

VNIVERSITAT
D VALÈNCIA



FACULTAT(Ψ)DE PSICOLOGIA

**EL PAPEL DE LA SENSACIÓN DE INACABADO Y LAS
EXPERIENCIAS “NOT JUST RIGHT” EN EL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO**

Una aproximación experimental al estudio de los motivadores de síntomas

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

GERTRUDIS FORNÉS ROMERO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, Mayo 2017

UNIVERSITAT DE VALENCIA

FACULTAT DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Programa de doctorado:

Investigación en Psicología

**EL PAPEL DE LA SENSACIÓN DE INACABADO Y LAS
EXPERIENCIAS “NOT JUST RIGHT” EN EL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO**

Una aproximación experimental al estudio de los motivadores de síntomas

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

GERTRUDIS FORNÉS ROMERO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, Mayo 2017

Este estudio ha sido subencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación por medio de la beca FPI adscrita al proyecto de I+D “Heterogeneidad del Trastorno Obsesivo-Compulsivo” (PSI2010-18340).

*A mi madre, por su amor infinito
y apoyo incondicional*

*A Facu y Santi, por estar siempre
a mi lado, por cuidarme y
protegerme como nadie*

AGRADECIMIENTOS

En este espacio intentaré expresar, de forma resumida, mi más sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que, de una forma u otra, han contribuido para que este proyecto sea una realidad.

En primer lugar, quiero agradecer de manera especial a Amparo Belloch. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de conocer el mundo de la investigación. Gracias por tu paciencia, generosidad y por enseñarme lo que sabes. Eres un ejemplo de trabajo incansable. He aprendido mucho a tu lado. Gracias por todo lo compartido.

A todos los miembros del grupo iTOC: Elena Cabedo, Ángel Carrasco, Carmen Carrió, Sonia Císcar, Gema del Valle, Conxa Perpiñá, M. Ángeles Ruiz, y Jose López Santiago. Gracias por vuestra acogida, por compartir vuestros conocimientos y hacer de las reuniones momentos de aprendizaje y disfrute. Y especialmente, quiero agradecer a Sandra Arnáez, Gemma García Soriano, Martha Giraldo, María Roncero, y Belén Pascual, por haber estado día a día durante todo este proceso. Gracias por vuestros consejos y apoyo constante. Y, por qué no, gracias por esas comidas de *tuppers* y meriendas tan “sanas” que nunca olvidaré.

A Héctor Fernández-Álvarez y Diana Kirsman. Gracias por permitirme realizar mi estancia en la Fundación Aiglé y por vuestra generosidad y afecto.

A los pacientes. Porque sin ellos esto no tendría sentido. Aliviar su sufrimiento es la razón principal de esta profesión. Para ellos/ellas mi más profundo respecto. Además, quiero agradecer especialmente a los pacientes que han colaborado en este trabajo en concreto.

Imposible olvidarme de Patri, Bego, Marta, Marian, Eli, y Victor. A mis chicas, Jasmi y Marta. Y a Inma y Davi. Gracias por vuestro cariño en esta etapa y por perdonar mis ausencias, pero sobre todo, gracias por formar parte de mi vida.

Por último, quiero agradecer a mi familia por nuestras conversaciones llenas de palabras de ánimo, apoyo y confianza. Y, especialmente, a mi madre, por enseñarme que la vida puede empezar en cualquier momento si te lo propones. A mis hermanos, por demostrarme que las cosas imposibles solo tardan un poco más en llegar. A mi padre, por enseñarme que no hay que rendirse, que es mejor afrontar las dificultades con una actitud positiva.

A María, gracias por tener siempre el consejo adecuado para cada momento y por estar incondicionalmente en los momentos más importantes de mi vida.

A Pol, gracias por tu paciencia, sobre todo durante la última etapa. Por apoyarme en todas mis decisiones, y por acompañarme y animarme cuando más lo necesitaba. Eres mi ejemplo de perseverancia y esfuerzo.

A todas y todos, muchas gracias.

ÍNDICE

ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	15
SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS	16
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO	17
MARCO TEÓRICO.....	19
CAPÍTULO 1: EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	21
1. DEFINICIÓN DEL TOC.....	23
2. CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA ACTUAL.....	32
3. EPIDEMIOLOGÍA DEL TOC	41
4. COMORBILIDAD	47
5. ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO DEL TOC.....	57
6. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	68
CAPÍTULO 2: SENSACIÓN DE INACABADO Y EXPERIENCIAS “NOT JUST RIGHT”	69
1. INTRODUCCIÓN	71
2. LA SENSACIÓN DE INACABADO	72
3. LAS EXPERIENCIAS <i>NOT JUST RIGHT</i>	75
4. FENÓMENOS SENSORIALES	76
5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	81
6. EVIDENCIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE SENSACIÓN DE INACABADO Y EXPERIENCIAS NOT JUST RIGHT Y TOC.....	87
7. INSUFICIENCIAS EN LA INVESTIGACIÓN.....	94
8. RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	98
MARCO EMPÍRICO.....	101
1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	103
2. OBJETIVOS GENERALES	105
ESTUDIO 1	107
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	109
2. PARTICIPANTES	111
3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	111
4. INSTRUMENTOS.....	112
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	117

6. RESULTADOS.....	117
7. DISCUSIÓN	131
8. CONCLUSIONES.....	140
ESTUDIO 2	143
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	145
2. PARTICIPANTES.....	147
3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	148
4. INSTRUMENTOS.....	149
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	152
6. RESULTADOS.....	152
7. DISCUSIÓN	161
8. CONCLUSIONES.....	170
ESTUDIO 3	173
ESTUDIO 3.1. INDUCCIÓN EXPERIMENTAL DE LA SENSACIÓN DE INACABADO Y LAS EXPERIENCIAS NOT JUST RIGHT EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	177
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	177
2. PARTICIPANTES.....	178
3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	179
4. INSTRUMENTOS	179
5. SESIÓN EXPERIMENTAL	181
6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	187
7. RESULTADOS	187
ESTUDIO 3.2. INDUCCIÓN EXPERIMENTAL DE LA SENSACIÓN DE INACABADO Y LAS EXPERIENCIAS NOT JUST RIGHT EN PACIENTES CON TOC	209
1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	209
2. PARTICIPANTES.....	210
3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	211
4. INSTRUMENTOS.....	212
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	214
6. RESULTADOS.....	214
7. DISCUSIÓN	226
8. CONCLUSIONES.....	231
CONCLUSIONES	233
1. CONCLUSIONES FINALES.....	235

2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	247
BIBLIOGRAFÍA.....	249
ANEXOS	283
1. Consentimiento	285
2. Datos socio-demográficos	287
3. Not-Just-Right-Experiences Questionnaire Revised (NJREQ-R).....	289
4. Obsessive Compulsive Core Dimensions Questionnaire (OC-CDQ).....	293
5. Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R).....	295
6. Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) – Escala <i>Just Right</i>	297
7. Inventario de Creencias Obsesivas Reducido (ICO-R).....	299
8. Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS).....	303
9. Intolerance of Unvertainty Scale (IUS)	305
10. Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21).....	307
11. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	309
12. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).....	311
13. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).....	313
14. Tarea de Memoria de Dígitos	315
15. Pantallas de la tarea de inducción (Estudio 3).....	317
16. Evaluación post tarea de inducción.....	321

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Acumul.	Acumulación (escala del OCI-R)
AN	Anorexia nerviosa
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory – II</i> (Inventario de Depresión de Beck - II)
CDI	<i>Child Depression Inventory</i> (Inventario de depresión infantil)
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades
Comprob.	Comprobación (escala del OCI-R)
CYBOCS	<i>Child Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale Inventory</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown versión infantil)
DASS-21	<i>Depression Anxiety Stress Scales</i> (Escala de estrés, ansiedad y depresión)
DSM	Manual diagnóstico de los trastornos mentales
ED	Evitación del daño (escala del OC-CDQ)
FMPS	<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i> (Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost)
Grav.	Escala de gravedad del NJREQ-R
ICO-R	Inventario de Creencias Obsesivas – Revisado
IUS	<i>Intolerance of Uncertainty Scale</i> (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre)
Limp.	Lavado (escala del OCI-R)
Neutral.	Neutralización (escala del OCI-R)
NJREQ-R	<i>Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised</i> (Cuestionario Revisado de Experiencias <i>Not Just Right</i>)
Núm.	Escala de número del NJREQ-R
OBQ-44	<i>Obsessive Beliefs Questionnaire</i> (Cuestionario de Creencias Obsesivas)
Obses.	Obsesiones (escala del OCI-R)
OC-CDQ	<i>Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire</i> (Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo-Compulsivas)
OCI-CV	<i>Obsessive-Compulsive Inventory Child Version</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo – versión infantil)
OCI-R	<i>Obsessive-Compulsive Inventory – Revised</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo – Revisado)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSWQ	<i>Penn State Worry Questionnaire</i> (Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania)
PT	Puntuación total en el cuestionario correspondiente
SI	Sensación de inacabado (escala del OCCDQ)
ST	Síndrome de Tourette
TCI	Trastorno del Control de los Impulsos
TDC	Trastorno Dismórfico Corporal
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TT	Trastornos de Tics

VOCI-just right	<i>Vancouver Obsessional Compulsive Inventory</i> (escala <i>just right</i>)
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Inventario Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown)

SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS

α	Alfa de Cronbach
d	d de Cohen
DT	Desviación Típica
ET	Error Típico
F	F de Fisher
gl	Grados de libertad
N	Número de personas que forman una muestra
n	Parte de las personas que forman la muestra
M	Media
p	Probabilidad
r	Coefficiente de correlación de Pearson
R^2	Coefficiente de Determinación
t	t de Student
VD	Variable Dependiente
VI	Variable Independiente
Z	Estadístico Fisher
Δ	Incremento

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Durante los últimos 20 o 25 años, se han producido avances significativos relacionados con el inicio, mantenimiento y tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Los resultados relacionados con la génesis del trastorno proceden, fundamentalmente, de investigaciones basadas en los modelos teóricos cognitivos, según los cuales las creencias obsesivas tienen un papel central en el origen de los síntomas obsesivo-compulsivos, puesto que se consideran factores de vulnerabilidad para las valoraciones disfuncionales responsables de que los pensamientos intrusos normales se conviertan en obsesiones clínicas.

No obstante, durante los últimos años la investigación se ha centrado en la búsqueda de otros posibles factores causales o etiológicos involucrados en el inicio de la sintomatología obsesivo-compulsiva. En este contexto, ha resurgido el interés por fenómenos descritos antiguamente, pero que han sido reformulados en otros términos: *sensación de inacabado* y *experiencias not just right*. La sensación de inacabado se postula como una variable motivacional subyacente a los síntomas obsesivo-compulsivos, mientras que las experiencias *not just right* representarían algo similar a una modalidad de obsesión.

La literatura en torno a la sensación de inacabado y experiencias *not just right* señala que ambos constructos son relevantes en la explicación del TOC. Sin embargo, las investigaciones no son abundantes y tampoco los resultados son del todo concluyentes. Por este motivo, en la presente Tesis Doctoral se examinará la sensación de inacabado (SI) y las experiencias *not just right* (E-NJR), explorando el papel que desempeñan en el desarrollo de los síntomas obsesivos-compulsivos, así como las relaciones que mantienen con síntomas emocionales no TOC y otras variables psicológicas teóricamente asociadas al TOC, desde una perspectiva correlacional y experimental, y en muestras de población general y pacientes con TOC.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: EL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO

1. DEFINICIÓN DEL TOC

La primera definición del TOC se le atribuye al psiquiatra francés Jean Étienne Dominique Esquirol, puesto que fue el primero en realizar una descripción clínica sobre una paciente con TOC. No obstante, el cuadro que este él describía lo denominó “monomanía”.

Desde esa primera descripción del TOC, la definición ha ido modificándose considerablemente a medida que avanzaba el conocimiento. En la actualidad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia, frecuentemente simultánea, de obsesiones y compulsiones, aunque estos componentes también pueden tener lugar de forma individual.

En los apartados que se presentan a continuación se incluye una descripción detallada de las características de cada uno de estos dos componentes.

1.1. Obsesiones

Las obsesiones se refieren a fenómenos recurrentes, persistentes y difíciles de controlar. Pueden manifestarse en forma de pensamiento, imagen, sensación y/o impulsos y se experimentan como intrusas causando una marcada ansiedad. La persona que las experimenta intenta ignorarlas, suprimirlas o neutralizarlas con otro pensamiento o acción, y reconoce que son producto de su mente (American Psychiatric Association, 2000).

Aunque no existe un consenso respecto las características definitorias de las obsesiones, Clark (2004) ha postulado las siguientes:

1. *Intrusividad*: el pensamiento, imagen, sensación o impulso invade repentina y repetitivamente en la conciencia de la persona, en contra de su voluntad.
2. *Inaceptabilidad*: la obsesión es inaceptable para la persona que la experimenta, afectando de forma negativa a su estado de ánimo. El afecto negativo que

producen puede oscilar desde la molestia o desagrado, llegando a niveles elevados de miedo o ansiedad. Además, pueden generar otras emociones negativas.

3. *Resistencia activa*: la persona intenta voluntariamente eliminar o disminuir la obsesión, o evitar que acceda a la conciencia. Para ello, pone en marcha conductas de evitación, estrategias de control cognitivas o conductuales.
4. *Incontrolabilidad*: aunque inicialmente las personas que experimentan obsesiones tienen la sensación de control sobre ellas, estas son prácticamente incontrolables, debido su naturaleza intrusiva.
5. *Egodistonía*: en un gran porcentaje de los casos, el contenido del cual versa la obsesión es contrario a los valores de la persona que la experimenta. Pero además, la egodistonía asociada a la obsesión se explica por la intrusividad, inaceptabilidad, resistencia e incontrolabilidad antes mencionadas. Una explicación más detallada del papel de la egodistonía en el TOC se incluye más adelante.

1.1.1. Contenido de las obsesiones

Los contenidos de las obsesiones son idiosincrásicos de cada persona y, por ello, existe una amplia gama de contenidos o temas posibles. En el Cuadro 1, se pueden observar los contenidos de obsesiones más típicos que muestran los pacientes con TOC.

Según Rachman y Hodgson (1980), la mayoría de las obsesiones incluyen pensamientos repetitivos sobre contaminación, duda, necesidad de tener las cosas en un orden concreto, impulsos agresivos, o imágenes sexuales (Rachman y Hodgson, 1980). Por su parte, Foa, Kozac, Goodman y Hollander (1995) encontraron que las obsesiones más prevalentes de una muestra de 431 pacientes con TOC fueron las de contaminación, así como las obsesiones relacionadas con el miedo a hacerse daño a uno mismo o a otros.

Cuadro 1. Contenidos de las obsesiones más comunes

Contenido	Ejemplo
Limpieza/contaminación	<i>Contagiarse por tocar la barra del autobús, pomos de puertas, barandillas de las escaleras.</i>
Heteroagresivo/daño	<i>Empujar a alguien al metro, atropellar a un peatón.</i>
Autoagresivo/daño	<i>Tirarse por el balcón, clavarse un cuchillo.</i>
Dudas	<i>Si ha quedado algún grifo abierto, si he cerrado bien la puerta de casa.</i>
Orden/simetría	<i>Tener la necesidad de que las cosas estén en un determinado orden.</i>
Sexual	<i>Tener relaciones sexuales con alguien con el/la que nunca quisiera tener; Desnudarse en un sitio público.</i>
Blasfemo	<i>Imaginar un santo desnudo; Impulso de insultar a un sacerdote.</i>
Supersticioso/mágico	<i>Si no me acuerdo del número de una matrícula, mi madre tendrá un accidente.</i>

1.1.2. Fenómenos psicopatológicos similares

En ocasiones, las obsesiones pueden ser difíciles de diferenciar de otros fenómenos cuya apariencia, en principio, puede resultar similar, y que son más propios de otros trastornos diferentes del TOC. La delgada línea que separa a estos fenómenos de las obsesiones, puede dificultar la diferenciación, incluso en contextos clínicos. Cabe incluir, por tanto, algunas consideraciones sobre estos fenómenos: pensamientos automáticos negativos (PAN), preocupación patológica (o *worry*), ideas delirantes e ideas sobrevaloradas.

Beck (1967, 1976), observó que sus pacientes con depresión clínica manifestaban un tipo de pensamientos de los que casi no eran conscientes, surgían de forma rápida y automática, y no eran voluntarios o de control consciente. Estos pensamientos eran negativos y se relacionaban con el sí mismo, el mundo y el futuro. Al igual que las obsesiones, los PAN aparecen de forma automática ante la presencia

de un estímulo elicitor o en ausencia del mismo, es decir, espontáneamente. No obstante, a diferencia de aquellas, los PAN se experimentan como autoafirmaciones negativas de contenido egosintónico (aceptado por la persona), de forma frecuentemente verbal, y no existe resistencia por parte del paciente para controlarlos. Cabe mencionar que dada la elevada tasa de coocurrencia que existe entre el TOC y la depresión, un alto porcentaje de pacientes con TOC experimentan también PAN. Esta situación es cuanto menos compleja, siendo de gran importancia su identificación y diferenciación por parte del clínico, ya que las obsesiones y los PAN requieren de intervenciones diferentes.

Las obsesiones no son meras preocupaciones de la vida cotidiana (v. g. la crisis económica o el paro), que con frecuencia también son difíciles de eliminar de la mente. Las obsesiones tampoco se refieren a preocupaciones excesivas, características del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Si bien el TOC y el TAG comparten algunas características (Nestadt, Samuels, Riddle, Liang, Bienvenu et al., 2001), la literatura señala que el *worry* y las obsesiones difieren en ciertas variables. Langlois, Freeston, y Ladouceur (2000) encontraron en una muestra de estudiantes, diferencias significativas en frecuencia, duración, porcentaje de contenido verbal e imagen, interferencia, egodistonía, emociones. Estos autores también discuten el papel de la egodistonía/egosintonía en la comprensión de las obsesiones y el *worry*. A diferencia de las preocupaciones, las obsesiones versan, habitualmente, sobre contenidos inaceptables y desagradables para la persona que las experimenta, debido a que son contrarios a sus valores, es decir, son egodistónicas (v. g. obsesiones de tipo agresivo, sexual o religioso). En el apartado siguiente se incluye una breve discusión sobre el papel de la dimensión de egodistonía/egosintonía en el TOC.

Por otro lado, las obsesiones no son ideas delirantes. Los pacientes con TOC luchan contra sus ideas, consideran que sus pensamientos, imágenes o impulsos son excesivos y racionalmente injustificables. Por el contrario, los pacientes psicóticos se identifican con sus ideas, consideran sus delirios como creencias verdaderas totalmente justificadas (Oulis, Konstantakopoulos, Lykouras, y Michalopoulou, 2013).

Por su parte, el otro fenómeno es el de las ideas sobrevaloradas. Un grupo de autores las definen en función de la fuerza de la creencia (o nivel de *insight*) o la anormalidad (Hollander, 1993; Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, y Stevens, 1999; Phillips y McElroy, 1993). Según estos, las ideas sobrevaloradas se situarían en el medio del continuo (*insight* pobre); en uno de los extremos se ubicarían las obsesiones (buen *insight*) y en el otro, las ideas delirantes (*insight* inexistente). Sin embargo, Veale (2012) propone una definición más amplia comprendida por un grupo de características. Según él, una idea sobrevalorada es una “creencia que se mantiene de forma fija, es de naturaleza egosintónica, se suele desarrollar en una personalidad anormal, su contenido es anormal para la población general pero no extraño, produce alteración en el funcionamiento y malestar en el paciente, puede conducir a acciones repetidas, puede progresar hacia una idea delirante y ante la cual los pacientes no suelen solicitar ayuda”. Este tipo de ideas se encuentran de forma predominante en los trastornos alimentarios como la Anorexia Nerviosa o la Bulimia, pero también pueden estar presentes en pacientes con otros trastornos como el TOC, el Trastorno Dismórfico Corporal o la Hipocondría. Por su parte, Kozak y Foa (1994) concluyen que las ideas que presentan los pacientes con TOC no pueden dicotimizarse según del nivel de *insight* de la persona. En cambio, deben ser valoradas desde un continuo de la fuerza de las creencias obsesivo-compulsivas.

Finalmente, tal como se comentaba al principio de este apartado, aunque las obsesiones, ideas sobrevaloradas e ideas delirantes se postulan y describen como fenómenos psicopatológicos diferentes, como ocurre con frecuencia en psicopatología, la línea que los separa está difuminada. Esto dificulta la conceptualización y diagnóstico, y por ende, tiene una evidente repercusión en el tratamiento. Esta importante cuestión ha constituido durante décadas el objeto de estudio de numerosas investigaciones. Sin embargo, en este trabajo no se incluirá una discusión más detallada, puesto que excede los objetivos del mismo.

1.1.3. Dimensión de egodistonía/egosintonía

El rol que desempeña esta dimensión en el TOC es innegable, tal es así, que Purdon y Clark (1999) postularon que la egodistonía es una característica fundamental que diferencia las obsesiones de otros pensamientos negativos como los pensamientos automáticos negativos (característicos de la Depresión) y la preocupación excesiva o *worry* (en la Ansiedad Generalizada). No obstante, el papel de la egodistonía en las obsesiones de los pacientes con TOC no está del todo claro, ya que aunque hay obsesiones que son fácilmente identificables como egodistónicas (v.g. las que se refieren a contenidos agresivos, sexuales o blasfemos), existen casos en los que claramente las obsesiones no son egodistónicas. Por ejemplo, cuando una persona duda de haber dejado algún aparato encendido y poder causar un accidente mortal. En este caso, la obsesión en forma de duda podría ser egosintónica, ya que reflejaría una preocupación por la seguridad de terceras personas significativas. Al respecto, Morillo (2004) planteó que la egodistonía en el TOC no siempre estará relacionada con el contenido de la obsesión. Por el contrario, la egodistonía puede producirse por la excesiva frecuencia y/o interferencia de la obsesión, es decir, la egodistonía estaría relacionada con cómo se experimenta un pensamiento y el estado de ánimo que de éste se deriva, más que con el contenido del pensamiento.

La resistencia de las personas con TOC a las obsesiones se consideró durante bastante tiempo una característica definitoria del trastorno (Lewis, 1935; Pollit, 1956). Sin embargo, existen pacientes que no manifiestan resistencia a las obsesiones, sino que muestran egosintonía hacia sus síntomas. En estos casos, la sintomatología suele ser más grave y presenta mayor dificultad para el tratamiento.

1.1.4. De las intrusiones normales a las obsesiones patológicas

Las intrusiones normales son experiencias similares, en algunos aspectos, a las obsesiones clínicas que experimentan los pacientes con TOC. Las intrusiones pueden ser desde dudas cotidianas, como no haber cerrado el coche o la puerta de entrada de

casa, hasta intrusiones de contenido más amenazante como tener el pensamiento o el impulso de arrojarse o arrojar a alguien a las vías del metro.

Existe suficiente evidencia empírica de que una gran parte de la población experimenta este tipo de intrusiones (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004; Clark y de Silva, 1985; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991; Salkovskis y Harrison, 1984). Este hallazgo vio la luz gracias al clásico estudio llevado a cabo por Rachman y de Silva (1978). Mediante un estudio exploratorio en dos muestras, una de pacientes obsesivos y otra de población general sin trastorno mental, estos autores concluyeron que las intrusiones (u obsesiones normales como ellos las denominan) son una experiencia común, llegando a producirse en el 80% de las personas del grupo no clínico. Asimismo, encontraron que las intrusiones normales son similares en forma y contenido a las obsesiones que se producen en el TOC. Sin embargo, hallaron también que las obsesiones son más frecuentes, duraderas e intensas, y producen mayor malestar que las intrusiones normales. Aquel estudio puso de manifiesto dos hallazgos fundamentales: la normalidad de las intrusiones y la existencia de un continuo entre éstas y las obsesiones psicopatológicas.

1.2. Compulsiones

Las compulsiones constituyen el otro componente que caracteriza al TOC. Son actos intencionales conductuales (v. g., lavar, ordenar, comprobar) o mentales (v. g. rezar, contar mentalmente, repetir frases) que la persona se siente obligada a realizar para prevenir o reducir el malestar que generan las obsesiones o para prevenir consecuencias no deseadas.

Estas conductas en ocasiones, pueden realizarse de forma estereotipada, es decir, siguiendo un orden determinado, y en otras ocasiones no. Asimismo, en algunos pacientes con TOC, las compulsiones mantienen una relación lógica con las obsesiones que las suscitan, tal es el caso de una persona que se lava las manos repetidas veces por miedo a contraer una enfermedad. Sin embargo, en otros casos las compulsiones no se corresponden de forma lógica con la obsesión que las origina,

por ejemplo, el caso de una persona que repite mentalmente una frase para que sus padres no tengan un accidente.

Los pacientes con TOC suelen resistirse a realizar las compulsiones, sin embargo, en muchas ocasiones no lo consiguen. La dificultad de la resistencia radica, en muchos casos, en que las compulsiones sirven como refuerzo negativo, puesto que generan un alivio momentáneo del malestar, lo cual ocasiona que se perpetúen las compulsiones. En otros casos, la potencia del impulso a realizar las compulsiones es difícil de controlar para la persona. Existen otros casos, como señalan de Silva y Rachman (1992), en que los pacientes con sintomatología obsesivo-compulsiva crónica y de larga evolución pueden mostrar escasa o nula resistencia.

Según Rachman y Hodgson (1980), los tipos de compulsiones más comunes son las de lavado y limpieza, comprobación, solicitar o exigir seguridad o garantía, repetición de acciones y orden. Las compulsiones más comunes encontradas por Foa, Kozak, Goodman, y Hollander (1995) en una muestra de 431 pacientes con TOC fueron las que se presentan en el Cuadro 2. Tal y como puede observarse, las compulsiones más prevalentes fueron las compulsiones de comprobación, limpieza/lavado, y actos repetitivos y compulsiones mentales.

Cuadro 2. Compulsiones más comunes en pacientes con TOC según Foa et al. (1995)

Compulsión	Frecuencia (%)
Comprobación	28,8
Limpieza/lavado	26,5
Actos repetitivos	11,1
Compulsiones mentales	10,9
Orden, simetría o exactitud	5,9
Acumulación	3,5
Conteo	2,1

Las compulsiones, entendidas como estrategias de afrontamiento, pueden clasificarse en varias modalidades. Cuando los comportamientos se realizan de forma muy estereotipada, siguiendo una secuencia fija y van acompañados de la sensación de urgencia o necesidad de hacer algo, reciben el nombre de rituales (Belloch, Cabedo, y Carrió, 2011).

Otra de las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con TOC son las conductas de evitación de aquellos estímulos que puedan elicitar las obsesiones y/o las compulsiones. Ejemplos de este tipo de comportamientos son evitar abrir las ventanas por miedo a tener el pensamiento de que me lanzo al vacío; o no coger medios de transporte público por miedo a ensuciarse y/o contagiarse y tener la necesidad de lavarse y/o limpiar. Este tipo de conductas puede producir una grave alteración del funcionamiento diario del paciente y de las personas que tiene a su alrededor, llegando en algunos casos extremos a la confinación en su propia casa.

Por otro lado, otra modalidad de compulsiones son las conductas de neutralización, es decir, aquellas que se ponen en marcha para calmar la ansiedad producida por la obsesión pero con un matiz más interno. Un claro ejemplo de esta modalidad, es la generación de pensamientos contrarios (positivos) a las obsesiones, actuando así como un mecanismo de compensación del malestar.

Finalmente, otra compulsión típica que se observa en los pacientes con TOC es la búsqueda de confirmación de otros, cuya principal motivación es la reducción temporal de la ansiedad que genera la obsesión. Un ejemplo de este tipo de conducta lo encontramos en un paciente que, mientras va conduciendo, le pregunta a su pareja si no ha atropellado a nadie.

Al igual que se ha comentado en el apartado anterior dedicado a las obsesiones, en el caso de las compulsiones, también existe un continuo de normalidad-patología. Varios tipos de compulsiones observadas en pacientes con TOC, son también comunes en personas sin trastorno mental (Flament et al., 1988; Henderson y Pollard, 1988). Asimismo, Muris, Merckelbach y Clavan (1997) revelan que más de la mitad de

las personas sin trastorno mental indican haber realizado rituales. Estos autores concluyen que las conductas ritualizadas parecen ser un fenómeno común y que el contenido de las compulsiones normales y las patológicas son similares. No obstante, las compulsiones patológicas son más frecuentes e intensas, producen mayor incomodidad y resistencia, y están más asociadas con afectividad negativa.

2. CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA ACTUAL

Lejos de pretender hacer un análisis minucioso de la evolución de los criterios diagnósticos para el TOC en los diferentes manuales de clasificación, en el presente apartado se comentarán los cambios más significativos producidos en las últimas versiones de los dos sistemas de clasificación diagnóstica más ampliamente reconocidos y empleados: la Clasificación Internacional de Enfermedades (en inglés, *International Statistical Classification, o CIE*) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, o DSM*).

Los criterios diagnósticos del TOC no han cambiado de forma sustancial desde la publicación de la tercera edición del manual (DSM-III; APA, 1980). A continuación, se mencionarán las modificaciones llevadas a cabo en el texto revisado de la cuarta edición del DSM (DSM-IV-TR), en comparación con los criterios diagnósticos que incluye la última y vigente versión del manual (DSM-5; APA, 2013), los cuales pueden consultarse en el Cuadro 3.

En primer lugar, cabe mencionar que en la definición de obsesiones se ha reemplazado el término “inapropiadas” por “no deseadas”, otorgando así un carácter mucho más subjetivo a las obsesiones. Asimismo, en la actual versión se ha eliminado como criterio diagnóstico que “en algún momento del curso del trastorno la persona haya reconocido que las obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales”. En su lugar, se incluyen tres especificadores relacionados con la conciencia del trastorno, basados en el nivel de convicción de los síntomas. Además, en la versión 5 del DSM se ha añadido un especificador relacionado con la posible existencia (presente o pasada) de trastornos de tics. Este hecho es resultado de los

crecientes estudios entorno a la comorbilidad entre el TOC y los trastornos de tics, los cuales muestran un patrón de manifestación clínica característico en los pacientes que presentan ambas condiciones, y por ende, su consideración tiene una innegable relevancia clínica. La comorbilidad entre el TOC y los trastornos de tics se comentan de forma más detallada en el apartado 5 de este capítulo (comorbilidad del TOC).

Cuadro 3. Criterios diagnósticos del TOC según el DSM-5 (APA, 2013)

<p>A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas: Las <i>obsesiones</i> se definen por (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. 2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). <p>Las <i>compulsiones</i> se definen por (1) y (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. 2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. <p>Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.</p> <p>B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno</p>

obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

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

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

Pero además de las modificaciones mencionadas, el cambio más evidente producido en esta última versión es el relacionado con la ubicación del TOC en la clasificación. Desde el DSM-III, el TOC se había ubicado dentro de la categoría o capítulo de los Trastornos de ansiedad, dado el papel central que la ansiedad tiene en el trastorno: tanto las obsesiones como la resistencia subjetiva a las mismas producen niveles elevados de ansiedad, las compulsiones causan una disminución de la ansiedad (aunque sea momentánea), así como la elevada tasa de comorbilidad que existe entre el TOC y otros trastornos de ansiedad.

Actualmente se sabe que el TOC es una entidad heterogénea, tanto por las diferentes manifestaciones que se producen, como por las potenciales diferencias etiológicas que subyacen a los síntomas. Las evidencias derivadas de las investigaciones respecto a esta heterogeneidad han sido plasmadas en la última versión del DSM (DSM-5). En esta edición, el TOC se elimina del grupo de los trastornos de ansiedad y se incluye como un trastorno organizador de una nueva categoría denominada *Trastorno Obsesivo Compulsivo y relacionados*. Este nuevo capítulo incluye el Trastorno obsesivo-compulsivo, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), Trastorno de acumulación, Tricotilomanía (Trastorno de arrancarse el pelo), Trastorno de excoiación (rascarse la piel), Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica, Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados, y Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados. La agrupación de estos trastornos en una nueva categoría se debe a que comparten similitudes en la fenomenología (v.g. conductas repetitivas), comorbilidad, características genéticas y

familiares, circuitos cerebrales y respuesta al tratamiento (Hollander, Kim, Braun, Simeon y Zohar, 2009).

Cabe destacar que la propuesta de excluir al TOC de la categoría de los trastornos de ansiedad y la creación de una nueva categoría, ha sido un asunto muy debatido (Bartzy Hollander, 2006; Hollander, Braun, y Simeon, 2008; Lochner y Stein, 2010; Storch, Abramowitz, y Goodman, 2008; van den Heuvel, Mataix-Cols, Zwitter, Cath, van der Werf, et al., 2011). En general, los autores que se muestran a favor de que el TOC continúe en la categoría de los trastornos de ansiedad, consideran que la ansiedad es el fenómeno nuclear. Por el contrario, aquellos que apoyan la creación de una nueva categoría, sostienen que la ansiedad es sólo una consecuencia de las obsesiones y de las compulsiones, siendo estas últimas las variables nucleares.

En 2007, Mataix-Cols, Pertusa, y Leckman llevaron a cabo una encuesta a un grupo de 187 expertos en dicho trastorno procedentes de diferentes partes del mundo (108 psiquiatras, 69 psicólogos y 10 otros), a los cuales se les preguntó sobre la clasificación del TOC. Los autores encontraron, entre otros datos interesantes, que el 60% de los encuestados estaban de acuerdo con eliminar el TOC del capítulo de los trastornos de ansiedad, frente al 40% que estaba en desacuerdo, concluyendo que no existe un consenso en torno a este debate.

Por otro lado, a partir de los resultados encontrados en un estudio familiar, Bienvenu, Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K. Y., Wang, et al. (2012) plantearon que la eliminación del TOC de la sección de Trastornos de ansiedad sería un error, y propusieron la creación de una categoría que incluyera los trastornos de ansiedad y trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. Dicha propuesta, previamente planteada por otros autores (Phillips, Stein, Rauch, Hollander, Fallon, et al., 2010; Stein, Fineberg, Bienvenu, Denys, Lochner, et al., 2010), estaba fundamentada en el hallazgo de que el TOC presenta altas tasas de comorbilidad y comparte influencias familiares tanto con los trastornos de ansiedad como con otras condiciones asociadas al TOC (v.g. trastornos de tics, trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía).

Por su parte, Abramowitz y Jacoby (2014) se muestran críticos con la eliminación del TOC de la categoría de los trastornos de ansiedad y rebaten los argumentos que se han empleado para dicha eliminación. Estos autores mantienen que el TOC tiene mucho más en común con los trastornos de ansiedad que se incluyen en el DSM-5, que con los trastornos incluidos en la categoría *Trastorno Obsesivo Compulsivo y relacionados* (a excepción del Trastorno dismórfico corporal). Los autores plantean que este importante cambio, así como los criterios diagnósticos que incluye la última versión del DSM presentan implicaciones positivas y negativas en el diagnóstico, evaluación y tratamiento del TOC y en los trastornos que contiene la nueva categoría. Entre las potenciales consecuencias negativas, los autores destacan los posibles diagnósticos erróneos que pueden derivarse de la consideración de las conductas repetitivas como organizadoras de la nueva categoría, lo cual trae consigo el planteamiento de tratamientos inapropiados. Asimismo, plantean que el énfasis en la compulsividad que se incluye en los criterios diagnósticos puede contribuir a desatender otros signos y síntomas claves del TOC (e.g. supresión del pensamiento, evitación y otras formas de supresión menos “compulsivas”). También consideran que la nueva categoría puede fomentar confusión sobre qué tratamientos aplicar para cada trastorno, con el riesgo de que se apliquen los mismos tratamientos (psicológicos y farmacológicos) para todos los trastornos que incluye dicha categoría. Finalmente, entre las implicaciones positivas los autores señalan que se producirá un aumento del empleo del tratamiento apropiado para el TDC, es decir, aquel que utiliza la Exposición con Prevención de Respuesta o EPR (McKay, Todaro, Neziroglu, Campisi, Moritz, y Yaryura-Tobias, 1997; Wilhelm, Phillips, Didie, Buhlmann, Greenberg, Fama, Keshaviah y Steketee, 2014). Por último, los autores presagian que se producirá una mejora en el reconocimiento del Trastorno de acumulación y la Tricotilomanía por parte de los profesionales clínicos, y las personas buscarán más ayuda para este tipo de problemas. Por último, gracias a los especificadores que incluyen los nuevos criterios diagnósticos del TOC se podrá identificar aquellos pacientes que puedan ser más resistentes al tratamiento (e.g. pacientes con tics asociados o, con escaso o nulo reconocimiento del problema), lo cual permitiría diseñar un tratamiento específico y más eficaz para este tipo de pacientes.

Por lo que respecta a la actual CIE-10 (OMS, 1992), el TOC se encuentra ubicado en una categoría denominada Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y fuera del capítulo de los trastornos de ansiedad fóbica y de otros trastornos de ansiedad. Además, los criterios diagnósticos del TOC de la CIE-10 (ver Cuadro 4) son similares a los del DSM-5.

Cuadro 4. Pautas para el diagnóstico del TOC según la CIE-10 (OMS, 1992)

<p>F42. Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios. b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista. c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido). d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos. <p>Incluye: Neurosis obsesivo-compulsiva. Neurosis obsesiva. Neurosis anancástica.</p> <p>F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos) F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación</p>

No obstante, el próximo año 2018 se publicará una nueva versión (CIE-11), razón por la cual actualmente algunos grupos de trabajo están elaborando recomendaciones y guías diagnósticas provisionales. En este contexto, Stein, Kogan, Atmaca, Fineberg, Fontanelle, et al. (2016) manifiestan una serie de modificaciones que se llevarán a cabo en la vigente versión. Entre esos cambios destaca la creación de una categoría denominada “Trastornos Obsesivo-Compulsivo y relacionados” (TOCR), que incluiría el TOC, TDC, Hipocondría, Trastorno de acumulación, Trastorno de referencia olfativa, Tricotilomanía y Trastorno por excoriación. Por su parte, el Síndrome de Tourette según los autores, será incluido, junto a otros Trastornos de tics primarios, en el capítulo sobre Enfermedades del Sistema Nervioso.

Aunque Stein y cols. (2016) exponen las modificaciones que se llevarán a cabo en otras condiciones como el TDC, Hipocondría, o el Trastorno de acumulación, en este trabajo se mencionarán únicamente las propuestas de modificaciones en los criterios diagnósticos del TOC.

En primer lugar, los autores manifiestan que la definición de obsesiones será más amplia, de manera que ponga de manifiesto que los fenómenos que preceden a las conductas compulsivas pueden ser tanto cognitivos (pensamientos, imágenes) como sensoriales (impulsos/necesidad). Asimismo, aseguran que aunque las obsesiones se asocian con altos niveles de ansiedad, también pueden estar relacionadas con otras variables como el asco o la sensación desagradable de inacabado (una de las variables centrales de este trabajo). Los autores afirman que la heterogeneidad en las reacciones emocionales y/o afectivas es uno de los factores que distingue al TOC de los trastornos relacionados con la ansiedad y el miedo, y por tanto, justifica la separación del TOC.

En segundo lugar, Stein et al. (2016) plantean que en la definición de compulsión se eliminará la característica de estereotipada (presente en la actual versión), con la finalidad de evitar confusión con conductas estereotipadas que se producen en otros trastornos (v.g. Autismo). En su caso, aseguran que las compulsiones serán descritas como conductas repetitivas o actos mentales.

En tercer lugar, los autores postulan que en la CIE-11 se eliminará el requisito relacionado con la duración de los síntomas para efectuar el diagnóstico, puesto que no hay suficiente apoyo empírico para un criterio temporal específico.

En cuarto lugar, los criterios diagnósticos pondrán de manifiesto la relación funcional que se establece entre las obsesiones y las compulsiones, esto es, la persona con TOC pone en marcha compulsiones en respuesta a las obsesiones y al malestar generado por estas. Con esta especificación se pretende efectuar diagnósticos diferenciales con otros trastornos en los cuales las conductas repetitivas no responden a una obsesión. No obstante, en algunos casos (por ejemplo,

en aquellos con una evolución larga del trastorno) esta relación causal puede no ser fácilmente detectable, pudiendo el paciente manifestar conductas repetitivas, aparentemente, en ausencia de obsesiones.

Por último, los autores sugieren que los subtipos de TOC que se incluyen en los actuales criterios de la CIE-10 (Tabla 4) sean eliminados, ya que no reflejan los hallazgos actuales de la investigación y tampoco son clínicamente útiles para el tratamiento. Finalmente, la versión 11, permitirá el diagnóstico comórbido entre el TOC y la depresión, y el TOC y trastorno de tics.

2.1. El espectro obsesivo-compulsivo

El concepto de *espectro obsesivo-compulsivo* surgió en la década de los 90 (Hollander, 1993) como respuesta a las críticas derivadas de las clasificaciones nosológicas. En este contexto se planteó una reorganización de algunos trastornos, así como la configuración de nuevas categorías diagnósticas. El espectro obsesivo-compulsivo hace referencia a un conjunto de trastornos mentales (diferentes unos de otros) que comparten características con el TOC, motivo por el cual se pretenden agrupar en una misma categoría.

Algunos autores mantienen que el espectro obsesivo-compulsivo está justificado por las similitudes fenomenológicas así como las tasas de coexistencia que comparten los trastornos (Lochner y Stein, 2010). No obstante, la agrupación de trastornos en base a las semejanzas en la sintomatología manifiesta y a la comorbilidad que mantienen es insuficiente. Por este motivo, se han propuesto otras dimensiones o características en las cuales se evidencian similitudes, las cuales están relacionadas con la edad de inicio y curso del trastorno (Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh, y Iyengar, 2005), la fisiopatología (Stein, 2000), la influencia familiar (Bienvenu et al., 2000, 2012) y la respuesta al tratamiento (Ravindran, da Silva, Ravindran, Richter, y Rector, 2009).

Uno de los enfoques que ha recibido gran atención por parte de la investigación empírica es el que toma como referencia un continuo dimensional en el cual se situarían los TEPOC, y que discurre desde la compulsividad a la impulsividad. Según este planteamiento, los trastornos que se ubican en el polo compulsivo serían el TOC, el TDC, la Hipocondría, y la Anorexia nerviosa. Estos pacientes muestran un exagerado sentido del daño, puesto que las variables subyacentes a sus comportamientos compulsivos es la evitación del daño y del riesgo, y la búsqueda de seguridad (Allen, King y Hollander, 2003). Por el contrario, en el extremo de la impulsividad se situarían trastornos tales como el juego patológico y la compulsividad sexual. Estas personas tienden a la búsqueda de riesgos, placer y gratificación, ya que subestiman la probabilidad de posibles daños (Allen, King y Hollander, 2003). Aunque ambos polos difieren en la motivación de sus conductas, los trastornos de ambos extremos tienen en común la incapacidad para inhibir o detener las conductas repetitivas (Hollander y Rosen, 2002).

Frente a la aproximación dimensional de los TEOC, se ha formulado otra que plantea la existencia de tres “clusters” o categorías (Hollander, 1998). Una de las categorías correspondería a los Trastornos del Control de los Impulsos (TCI), comprendiendo la Tricotilomanía, el Juego patológico, cleptomanía, piromanía, entre otros. La segunda categoría implicaría a los trastornos caracterizados por la preocupación excesiva por la apariencia, el peso y las sensaciones corporales (v.g. TDC, Hipocondría, trastornos alimentarios). Y finalmente, el tercer grupo correspondería a los trastornos neurológicos con conductas repetitivas (v.g. Síndrome de Tourette, Corea de Sydenham).

Por otro lado, cabe mencionar que no se ha llegado a un consenso respecto a qué trastornos deben formar parte de este espectro o conjunto. Las primeras propuestas comprendían un amplio rango de trastornos, pero más recientemente estos se redujeron. Según Hollander et al. (2008) las condiciones que deberían integrar este conjunto son el TOC, Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC), Trastornos de tics, Hipocondría, TDC, Tricotilomanía, Trastornos Alimentarios (TA), Juego Patológico y otros Trastornos del control de los impulsos

(TCI) como la dependencia a sustancias. Por su parte, otros autores señalaron como candidatos el TDC, Trastorno de acumulación, Hipocondría, Trastorno de Tourette, Tricotilomanía, y TPOC (Castle y Phillips, 2006; Elroy, Phillips, y Keck, 1994; Hollander et al., 2009; Phillips et al., 2010). Más recientemente, Lochner y Stein (2010) evaluaron la posible existencia de TEOC mediante una entrevista diagnóstica estructurada (SCID-OCSD; du Toit, van Kradenburg, Niehaus, y Stein, 2001) a pacientes con diagnóstico primario de TOC (n=417), Trastorno de Pánico con/sin Agorafobia (n=74) y Trastorno de Ansiedad social (n=74). Encontraron que los Trastornos de tics y Síndrome de Tourette, comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (como Tricotilomanía) y algunos TCI (v.g. Cleptomanía) pueden ser conceptualizados como TEOC. A pesar de los diversos trastornos propuestos como candidatos para formar parte del espectro, parece existir un acuerdo en torno a algunos de ellos: TOC, TPOC, TDC, Hipocondría, Trastornos de tics, TCI (v.g. juego patológico, onicofagia, tricotilomanía,..), y los TA.

Aunque actualmente no se disponen de datos irrefutables y la búsqueda de justificación para la inclusión (o no) de cada uno de los trastornos comentados persiste, los hallazgos por parte de la investigación sobre el espectro obsesivo-compulsivo se han materializado en el DSM-5 y lo harán también en la próxima edición de la CIE, tal y como se ha podido comprobar en el punto anterior.

3. EPIDEMIOLOGÍA DEL TOC

3.1. Prevalencia

La tasa de prevalencia del TOC ha suscitado controversias en la literatura. Durante un amplio período de tiempo, el TOC se ha considerado un trastorno raro e infrecuente en la población, puesto que la literatura señalaba que su prevalencia era muy baja, en torno al 0,05%-0,5% (Woodruff y Pitts, 1964). Estas tasas reducidas se encontraban tanto en población general como en población clínica. La mayoría de los datos derivados de estos primeros estudios provenían del juicio clínico sobre

pacientes hospitalizados, mediante el empleo de encuestas y no de medidas diagnósticas formales (Menzies y de Silva, 2003).

A partir de la década de los 80, se produjo el inicio de la investigación sistemática del TOC, en parte gracias al desarrollo de los criterios diagnósticos del trastorno (APA, 1980). En esta época se llevaron a cabo los primeros estudios epidemiológicos a gran escala, los cuales revelaron que el TOC era un trastorno mucho más común de lo que se creía. En 1984, Robins et al., basándose en los criterios diagnósticos del DSM-III y empleando una amplia muestra estadounidense, encontraron que la prevalencia del TOC se situaba en aproximadamente el 2,5% de la población general. De igual modo, Karno, Golding, Sorenson y Burnam (1988), llevaron a cabo un estudio de estimación de la prevalencia del TOC denominado ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) también en población norteamericana, y determinaron que la prevalencia se situaba entre el 1,9% y el 3,3%. Este constituyó un importante estudio, ya que puso de manifiesto que el TOC representaba uno de los cuatro trastornos psiquiátricos más comunes de la población estadounidense (Pigott, 1998). Resultados similares, concretamente una tasa de prevalencia del 3%, encontraron Bland, Orn y Newman (1988), pero en una muestra canadiense. La comprobación de que el TOC era una patología frecuente fue un hito importante en la investigación del trastorno porque de esta manera adquirió más reconocimiento, llegando a considerarse una epidemia oculta, como queda reflejado en la obra de Jenicke (1989).

Según Rasmussen y Eisen (1990), entre las razones que pueden explicar la subestimación en la prevalencia del TOC en los estudios iniciales, se encuentran la reticencia de algunos pacientes para revelar sus síntomas (debido a la alta estigmatización que existía en esa época), el fallo de los profesionales para reconocer las diversas manifestaciones de síntomas, los diagnósticos erróneos, así como los fallos en la detección del TOC en las pruebas rutinarias del estado mental de los pacientes, todo esto justificado por los escasos conocimientos que se tenían sobre el trastorno.

Pero los grandes estudios epidemiológicos realizados en la década de los 80, tampoco es estuvieron exentos de críticas. Algunos autores consideran que las elevadas tasas de prevalencia halladas pudieron ser consecuencia del de ellos pudieron ser empleo de entrevistadores no profesionales, quienes podrían haber realizado sobre-diagnósticos. Otros autores también criticaron el instrumento de evaluación utilizado (la *Diagnostic Interview Schedule; DIS*), por no ser fiable ni válido, y que podía ocasionar sobre diagnósticos de trastornos de ansiedad (Antony et al., 1998, Nelson y Rice, 1997).

Cabe mencionar que un estudio más reciente, empleando una medida de datos diferente (criterios diagnósticos del DSM-IV) situó la prevalencia del TOC en la población general entorno al 2-3% (Ruscio, Stein, Chiu y Kessler, 2010). No obstante, en este trabajo la obtención de los datos también fue realizada por entrevistadores no profesionales, pudiendo justificar nuevamente la sobreestimación de los síntomas obsesivo-compulsivos en la población evaluada. Por otro lado, Kessler et al. (2005) encontraron una prevalencia anual del 1%.

Dadas las inconsistencias en torno a la tasa de prevalencia global del TOC, algunos autores proponen situarla entre 1-2% de la población general (Clark, 2004).

3.2. Inicio, curso e interferencia

El TOC suele iniciarse en la etapa adolescente o principio de la edad adulta, y de forma aislada, puede surgir después de los 50 años (Rachman y Hodgson, 1980; Rasmussen y Tsuang, 1986). Su aparición suele a ser de forma gradual e insidiosa, aunque en algunas personas, el TOC puede desencadenarse de forma aguda o exacerbarse como consecuencia de algún acontecimiento vital estresante para la persona que lo padece al igual que ocurre en otros trastornos mentales (Cromer, Schmidt, y Murphy, 2007; Rachman y Hodgson, 1980). De hecho, algunas investigaciones se han centrado en el estudio de las relaciones entre los síntomas obsesivo-compulsivos y embarazo/parto (Abramowitz, Schwartz, Moore, y Luenzmann, 2003; Maina, Vaschetto, Ziero, Di Lorenzo, y Bogetto, 2001), y la

experiencia de acontecimientos traumáticos (Dykshoorn, 2014; Mathews, Kaur, y Stein, 2008). Estos hallazgos convierten a esos acontecimientos en potenciales factores de riesgo para el TOC.

En cuanto al curso del trastorno, conviene destacar que en los casos que no reciben el tratamiento adecuado, el curso tiende a ser crónico, con variaciones en los síntomas a lo largo del tiempo, que pueden o no responder a estresores vitales (Mataix-Cols et al., 2002).

Hoy en día se sabe que el TOC está asociado con un elevado nivel de sufrimiento. Como señala Veale (2004), el TOC se incluye dentro de las 10 enfermedades más perjudiciales por la pérdida de ingresos y la disminución de la calidad de vida. La sintomatología obsesivo-compulsiva no sólo causa malestar en sí misma, sino que en algunos casos consume un tiempo significativo a la persona que lo padece. Según el estudio de Ruscio et al. (2010), el tiempo consumido por las obsesiones y las compulsiones alcanzan valores medios de 5,9 horas y 4,6 horas por día respectivamente. Numerosos estudios confirman que la calidad de vida de los que padecen TOC se ve comprometida de forma muy negativa (Biglieri, 2013), y que la disminución de la sintomatología se traduce en una mejora en su calidad de vida (Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz, y Foa, 2009). Se ha encontrado que la calidad de vida de los pacientes con TOC era significativamente peor que la de pacientes con depresión o dependientes de la heroína, y similar a la de los pacientes con esquizofrenia (Bobes et al., 2001). El TOC tiene un impacto en todas las áreas de la persona, tanto en el funcionamiento familiar, interpersonal, como laboral (Eisen et al., 2006).

Por último, un aspecto importante a destacar es el tiempo que tardan los pacientes en revelar sus síntomas o en buscar ayuda profesional. Algunos estudios sitúan esta demora en una media de 3 años (Belloch, Del Valle, Morillo, Carrió, y Cabedo, 2009), aunque no existe un consenso respecto a este número. Y es que a pesar de la repercusión negativa que tiene en sus vidas, el TOC sigue siendo un problema oculto, ya que muchos pacientes sienten vergüenza y/o miedo por el

contenido de sus síntomas. En un reciente trabajo, Glazier, Wetterneck, Singh, y Williams (2015) estudiaron el papel que juegan el estigma y la vergüenza como obstáculos en el inicio del tratamiento en un grupo de pacientes con TOC, otro de pacientes con Tricotilomania, y un tercer grupo de pacientes con trastorno por excoriación. Los autores encontraron que los tres grupos de pacientes experimentaron tasas similares de obstáculos hacia el tratamiento. Además, observaron que el contenido de las obsesiones que experimentan los pacientes con TOC, tenían un impacto en el inicio del tratamiento, de tal forma que los pacientes con TOC cuyas obsesiones eran de tipo “inaceptable” (por ejemplo, sexuales o violentas), manifestaban un mayor número de obstáculos relacionados con el estigma, la vergüenza o las preocupaciones sobre el tratamiento, en comparación con aquellos pacientes con otro tipo de obsesiones (como contaminación o simetría). Por tanto, no sólo el temor a la estigmatización social es un factor negativo muy poderoso relacionado con el ocultamiento, sino también el miedo asociado al contenido de los síntomas. En este sentido, muchas personas que padecen TOC tienen miedo a sus pensamientos por miedo a que se hagan realidad o porque estén revelando algo (malo) de ellas.

3.3. Variables sociodemográficas

En cuanto al género, si bien algunas investigaciones ponen de manifiesto que el TOC es ligeramente superior en mujeres que en hombres (Karno et al., 1988; Weissman et al., 1994), lo cierto es que los estudios con muestras clínicas parecen encontrar proporciones similares de prevalencia entre ambos géneros. Sin embargo, los estudios señalan que las diferencias son patentes en la infancia, siendo mayor la incidencia del TOC en el caso de los niños que las niñas (Geller, 2006). Además, se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres en función del tipo de sintomatología obsesivo-compulsiva. Así, las mujeres suelen presentar más síntomas de lavado compulsivo que los hombres (Noshirvani et al., 2001), mientras que estos manifiestan más obsesiones sobre sexo (Lensi et al., 1996; Rachman y Hodgson, 1980; Veale, 2014) o agresivas (Lochner et al., 2004). Asimismo, los estudios muestran que los hombres, en comparación con las mujeres, manifiestan un inicio más temprano de

los síntomas y mayor comorbilidad con trastornos de tics (Bogetto, Venturello, Albert, Maina, y Ravizza, 1999; Torresean et al., 2009; Ruscio et al., 2010). Por su parte, las mujeres suelen presentar coexistencia con síntomas de depresión y con trastornos alimentarios y de control de los impulsos (Castle, Deal y Marks, 1995; Torresan et al., 2008).

En relación a la variable edad, resulta interesante mencionar que un amplio cuerpo de estudios han puesto de manifiesto claras diferencias entre pacientes con inicio temprano de los síntomas TOC frente a pacientes con inicio tardío, apuntando a la posibilidad de que estos constituyan subgrupos diferenciados de TOC. Las diferencias observadas se relacionan con la manifestación clínica del trastorno, la historia familiar, la comorbilidad, la respuesta terapéutica, y también diferencias en variables biológicas y psicosociales (de Rosario-Campos et al., 2001; Grant et al., 2007; Hemmings, et al., 2004; Sobin, Blundell, y Karayiorgou, 2000; Taylor, 2011) e incluso se han encontrado diferencias en el patrón de funcionamiento neuropsicológico (Roth, Milovan, Baribeau, y O'Connor, 2005). Por ejemplo, Fontenelle, Mendlowicz, Marques y Versiani, (2003) encontraron en una muestra de 66 pacientes adultos diagnosticados de TOC, que aquellos con sintomatología de inicio temprano, en comparación con los de inicio tardío, eran más proporción de hombres, manifestaban mayor número de obsesiones y compulsiones, realizaban con más frecuencia sus rituales, presentaban una sintomatología más grave al comienzo del tratamiento, y necesitaban más sesiones de tratamiento durante la fase de seguimiento. Según los autores, estos resultados ponen de manifiesto que el TOC de inicio temprano podría constituir un subtipo de trastorno más grave. Aunque no haya un acuerdo en la edad que establece que sea de inicio temprano

Finalmente, por lo que respecta al estado civil, los estudios parecen indicar que el TOC es más prevalente en el grupo de mujeres casadas (Castle, Deale y Marks, 1995), mientras los hombres con TOC tienden a ser solteros (de Mathis et al., 2011; Torresan et al., 2009). Por otro lado, las investigaciones indican que no existen diferencias significativas en relación al nivel educativo entre pacientes con TOC y otros (Torres et al., 2006).

4. COMORBILIDAD

El TOC presenta elevadas tasas de comorbilidad con un amplio rango de trastornos mentales. Algunos estudios epidemiológicos sugieren que, al menos, el 50% de los pacientes con TOC padecen otro trastorno mental concomitante (Torres et al., 2000; Steketee, Barlow, 2002). Por su parte, Adam, Meinlschmidt, Gloster, y Lieb (2011), encontraron que el 89% de los pacientes con TOC cumplía criterios para al menos un trastorno mental, diferente del TOC, y Ruscio, Stein, Chiu y Kessler (2010), hallaron que el 90% de las personas que cumplían criterios diagnósticos para el TOC, también cumplían criterios para otros trastornos mentales.

No obstante, más relevante que determinar la tasa de comorbilidad exacta que existe entre el TOC y otros trastornos mentales, es determinar qué influencia tiene la coexistencia de trastornos en una determinada persona. Por ejemplo, se ha encontrado que la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva está asociada con alta comorbilidad (Ruscio, Stein, Chiu y Kessler, 2010). Asimismo, algunos autores sugieren que la ausencia de respuesta al tratamiento, a menudo está relacionada con la presencia de condiciones comórbidas (Pallanti, Grassi, Cantisani, Sarrecchia, y Pellegrini, 2011).

Por otro lado, es interesante señalar que algunos autores han propuesto un sub-sistema clasificación basado en la frecuencia de la comorbilidad, dando lugar a tres categorías, cada una de ellas con diferentes características clínicas (Nestadt et al., 2009). En la primera categoría, el trastorno de depresión mayor es el trastorno más frecuente; en la segunda predominan los trastornos de tics, mientras que los trastornos afectivos son bastante escasos; y en la tercera categoría, el trastorno de pánico y los trastornos afectivos están altamente presentes. Los autores sostienen que esta clasificación contribuye a reducir la heterogeneidad del trastorno, lo cual tiene importantes implicaciones en términos clínicos y de investigación.

A continuación, se incluyen los trastornos con los cuales el TOC aparece altamente asociado.

a) Trastornos del estado de ánimo

El TOC muestra las mayores tasas de comorbilidad con los trastornos emocionales. De hecho, Murphy, Timpano, Wheaton, Greenberg, y Miguel (2010), observaron que el 80% de personas de un grupo de 605 pacientes con TOC presentaba un trastorno afectivo coexistente. Asimismo, LaSalle et al. (2004), encontraron un 81% de los pacientes con TOC con uno o más trastornos mentales adicionales presentaba un trastorno de estado de ánimo.

De este grupo de trastornos, el más tradicionalmente asociado al TOC es la depresión. Las primeras observaciones sugerían que los pacientes que padecían TOC con depresión grave asociada, respondían peor al tratamiento conductual basado en la exposición (Foa, 1979; Foa et al., 1982; Marks, 1973). Más recientemente, Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, y Foa (2000) estudiaron los efectos de la comorbilidad en la respuesta al tratamiento cognitivo conductual en 87 pacientes con TOC con trastornos mentales comórbidos y encontraron que sólo los pacientes con TOC que presentaban una depresión grave asociada, mostraban menor disminución de la sintomatología tras el tratamiento cognitivo-conductual basado en EPR. Además, se ha observado que los pacientes con TOC con depresión asociada, en comparación con pacientes con TOC sin sintomatología depresiva, presentan mayor discapacidad funcional (Hong et al., 2004; Tukul et al., 2006).

Aunque existen discrepancias en las tasas de comorbilidad, los estudios epidemiológicos y clínicos señalan que entre el 13% y el 75% de los pacientes con TOC presenta un Trastorno depresivo mayor (Quarantini et al., 2011). Por ejemplo, volviendo al ya citado estudio de Murphy et al. (2010), el 70% de los pacientes que tenían un trastorno mental asociado al TOC, tenía un diagnóstico de depresión mayor. Por su parte, Ruscio et al. (2010), sitúa la comorbilidad del TOC y el trastorno depresivo mayor en 40,7%, mientras que otros estudios encuentran tasas en torno al 20-22% (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001; Denys, Tenney, van

Megen, de Geus, y Westenberg, 2004; Fineberg et al., 2013) o 36,8% (Torres et al., 2006).

Finalmente, en cuanto a la coexistencia entre el TOC y la depresión, cabe añadir que en la mayoría de los pacientes, la depresión surge de forma posterior a la sintomatología obsesivo-compulsiva (Brown et al., 2001).

Por último, también existen casos en los que coexisten el TOC y el Trastorno Bipolar (TB), aunque las tasas halladas por los estudios son bastante discordantes. Timpano, Rubenstein y Murphy (2012) sostienen que el TB afecta entre 1-23% de los pacientes con TOC. Por su parte, Ruscio et al. (2010) encontraron que la prevalencia de la asociación entre estos trastornos era un 23,4%, mientras que Fineberg et al. (2013) hallaron un porcentaje del 40%. Otros estudios encuentran porcentajes de coexistencia más bajos. Así, Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, y Foa (2000) comprobaron que el 4% de los pacientes con TOC presentaba un trastorno bipolar coexistente, y, por su parte, Adam et al. (2012) encontraron que en un grupo de 30 pacientes con TOC, un 10% presentaba además un TB.

b) Trastornos de ansiedad

Al igual que sucede con los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad también están frecuentemente asociados al TOC y las tasas de coexistencia varían considerablemente entre las investigaciones. Según el estudio de Ruscio et al. (2010), el 75,8% de las personas que padecían TOC, también cumplían criterios de otro trastorno de ansiedad. Del mismo modo, Torres et al. (2014), encontraron que el 73,5% de pacientes con TOC, también presentaba un Trastorno de ansiedad coexistente. No obstante, estas cifras contrastan con otra marcadamente inferior (11%), encontrada por Abramowitz et al. (2000).

Se han realizado numerosos trabajos, tanto en muestras clínicas como en muestras de población general, con el objetivo de determinar la tasa de comorbilidad que existe entre el TOC y otros trastornos de ansiedad. En 2006, Torres y cols.

llevaron a cabo un estudio epidemiológico en Inglaterra, empleando una gran muestra de población general y encontraron que de las personas que cumplían criterios diagnósticos para el TOC (N=114), el 31,4% también cumplía criterios para el Trastorno de ansiedad Generalizada, el 22,1% para el Trastorno de pánico o Agorafobia, el 17,3% para Fobia social, y el 15,1% para fobia específica. Por otro lado, Torres et al. (2014) emplearon una considerable muestra de pacientes con TOC (N=1001), y se observó que el 11,3% de ellos padecía también un Trastorno de pánico, el 4,6% presentaba Agorafobia, el 34,3% Ansiedad generalizada, el 31,4% Fobia específica, el 34,6% Fobia Social, y el 19,1% Trastorno por estrés postraumático. Finalmente, cabe mencionar el estudio de revisión realizado por Murphy et al. (2013), quienes basándose en el análisis de los resultados obtenidos de 6 estudios con muestras clínicas, encontraron que la Fobia social muestra un rango de comorbilidad de entre el 2% y el 45% con el TOC. El trastorno de Pánico entre un 1% y 26%, la Ansiedad Generalizada entre un 4%-21%, la Agorafobia entre un 0,4% y 21%, la Fobia específica entre un 2% y un 39% y el Trastorno de estrés postraumático entre el 1% y el 3%.

Por último, cabe añadir que, al contrario de lo que sucede con la depresión, algunos estudios señalan que los trastornos de ansiedad suelen preceder al TOC (Brown et al., 2001; Ruscio et al., 2010).

c) Trastornos psicóticos

Los estudios indican que el porcentaje de pacientes con TOC que también manifiestan síntomas psicóticos muy bajo. Asimismo, no suele ser habitual la transición del TOC a la Esquizofrenia. No obstante, las investigaciones muestran que existe una frecuente presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con diagnóstico principal de Esquizofrenia. Así, Ohta, Kokai, y Morita (2003) encontraron que 13 (18,3%) de 71 pacientes con Esquizofrenia, cumplía criterios para el TOC. Por su parte, los resultados del estudio de Eisen et al. (1997) revelaron que el 7,8% de pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo, tenían también TOC. Otro estudio llevado a cabo por Kruger et al. (2000), mostró una prevalencia del 15,8% de

TOC en una muestra de 76 pacientes con Esquizofrenia. También Poyurovsky, Fuchs, y Weizman, (1999) con una muestra de 50 pacientes con Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme y Trastorno Esquizoafectivo, hallaron que el 14% de ellos también cumplían criterios para el diagnóstico de TOC. Del mismo modo, pero con una muestra de mayor número, Hagen, Hansen, Joa, y Larsen (2013), observaron que de 246 pacientes que presentaban un trastorno del espectro psicótico, el 10,6% (N=26) tenía TOC. Por último, cabe mencionar un reciente metaanálisis realizado por Swets et al. (2014), quienes hallaron resultados similares a los comentados. Los autores se basaron en el análisis de 43 estudios, y determinaron que la tasa de prevalencia del TOC era del 12,3% y la de los síntomas obsesivo-compulsivos es del 30,7%, ambas en pacientes con Esquizofrenia.

d) Abuso y/o dependencia de sustancias

Las tasas de comorbilidad entre el TOC y los trastornos por el uso de sustancias varían en función de las muestras empleadas para la estimación. Por lo general, las tasas suelen ser más elevadas cuando se emplean muestras de personas procedentes de población general, así como con grupos de personas en tratamiento por uso de sustancias. La mayoría de los estudios se centra en el alcohol, y drogas como el cannabis.

En cuanto al consumo de alcohol, en el estudio epidemiológico de Torres et al. (2006) llevado a cabo con una gran muestra de personas procedentes de población general, se observó que entre las personas que cumplían criterios diagnósticos para el TOC (N=114), el 34,7% tenían un problema con el consumo de alcohol (el 20,2% manifestaba dependencia al alcohol y el 14,5 % hacía un uso peligroso). Este porcentaje es similar al 38,6% hallado por Ruscio et al. (2010), siendo en este caso el porcentaje de dependencia al alcohol del 23,7%. No obstante, estas tasas de prevalencia son superiores al 14,1% observado por Adam et al. (2012) y 24% encontrado por Karno et al. (1988) en otro importante estudio epidemiológico anteriormente citado. Por otro lado, investigaciones con muestras clínicas señalan que las tasas de prevalencia de la dependencia de alcohol son inferiores (Riemann, McNally y Cox, 1992). Torres et

al. (2006), sugieren que este hecho puede ser debido a que los pacientes con este tipo de comorbilidad sean menos propensos a buscar tratamiento, o estén siendo tratados por su problema con el alcohol, dejando el TOC enmascarado.

Por lo que respecta al consumo de drogas, principalmente algunos estudios señalan que no existe una elevada comorbilidad con el TOC (Bienvenu et al., 2012; Nestadt et al., 2001). Así, Fineberg et al. (2013), encontraron porcentajes aún menores, concretamente observaron que de un grupo de 30 personas que cumplían criterios de diagnósticos para el TOC, solo el 6,3% manifestaba problemas de abuso de drogas. También Mancebo et al. (2009) hallaron que el 3% de una amplia muestra de 323 pacientes con TOC, cumplía criterios para un trastorno por el uso de drogas. Sin embargo otras investigaciones encuentran tasas de coexistencia más elevadas, como el mencionado estudio de Torres et al. (2006), quienes encontraron que un 13,5% de los pacientes con TOC, tenía dependencia a drogas, especialmente al cannabis. Asimismo, Ruscio et al. (2010) observaron que el porcentaje de comorbilidad entre el TOC y la dependencia de drogas era del 13,9%.

e) Trastornos de personalidad

Los estudios señalan que la tasa de comorbilidad del TOC con los trastornos de personalidad es elevada. De hecho, algunos autores han manifestado que el porcentaje de coexistencia entre estos trastornos fluctúa entre el 50 y el 65% (Baer y Jenike, 1992; Summerfeldt, Huta y Swinson, 1998). Los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados al TOC son el evitador, dependiente, histriónico, y el esquizotípico, mientras que el Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) es el menos frecuente (Summerfeldt et al., 1998).

En cuanto a la relación entre el TOC y el TOCP, según los modelos tradicionales psicodinámicos existía una fuerte asociación, y consideraban que los rasgos de personalidad obsesiva eran una condición premórbida del TOC. No obstante, en la actualidad se sabe que el TPOC no constituye un requisito necesario para desarrollar

TOC, e incluso algunos autores han observado que no existen relaciones específicas ente ellos (Wu, Clark y Watson, 2006).

Por otro lado, cabe mencionar que el hallazgo de tasas de coexistencia importantes entre el TOC y el TOCP en otras investigaciones, han permitido abrir nuevas líneas de interpretación. Así, algunos autores han sugerido la existencia de un subgrupo/subtipo específico de TOC, caracterizado por la coexistencia de sintomatología TOC y TOCP (Garyfallos et al., 2010). El trabajo de Coles, Pinto, Mancebo, Rasmussen y Eisen (2008) fue uno de los primeros que encontraron resultados que apoyaban esta perspectiva. Estos autores comprobaron que los pacientes con ambas patologías manifestaban unas determinadas características clínicas, que los diferenciaba de aquellos pacientes con TOC sin TOCP asociado. Estas características eran una edad de inicio temprano de los síntomas obsesivo-compulsivos, mayor tasa de obsesiones de simetría y acumulación, y compulsiones de limpieza, orden, repetición y acumulación, menor funcionamiento general y un funcionamiento social más deteriorado, entre otros aspectos. Todo esto sin mostrar una mayor gravedad de la sintomatología TOC. Otras investigaciones, por el contrario, han encontrado que la presencia de TOCP en pacientes con TOC, representa simplemente un marcador de gravedad, caracterizado por un alto deterioro funcional y bajo insight (Lochner, Serebro, van der Merwe, Hemmings, Kinnear, Seedat, y Stein, 2011). Otra aproximación al estudio de la relación entre el TOC y el TOCP es explorar si las características de personalidad obsesivo-compulsiva están asociadas a determinadas dimensiones de síntomas TOC (Gibbs y Oltmanns, 1995; Tallis, Rosen, y Shafran, 1996). Aunque la investigación empírica es amplia, no ha arrojado resultados concluyentes desde ninguna de las aproximaciones comentadas.

f) Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo

Como se ha comentado en el apartado dedicado a los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, no existe un consenso definitivo sobre qué trastornos forman parte de ese espectro. No obstante, a continuación se incluyen algunos datos de comorbilidad con el TOC de aquellos trastornos que se consideran candidatos a

entrar en el espectro. Estos son: Trastorno dismórfico corporal (TDC), Trastorno de Ansiedad por la enfermedad (o Hipocondría), Trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la Anorexia nerviosa), Trastorno de acumulación, Trastornos del control de los impulsos (Tricotilomanía, Trastorno de excoriación, Cleptomanía, Juego patológico, y otros como la onicofagia, sexo compulsivo, piromanía), y Trastornos de tics (incluyendo el Síndrome de Tourette).

En cuanto al *Trastorno Dismórfico Corporal* (TDC), el estudio de Costa et al. (2012), encontraron que el 12,1% (N=109) de 901 pacientes con TOC, cumplían criterios diagnósticos para el TDC, mientras que Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy, y Carter (1998) revelaron que un 14,5% de un grupo de pacientes con TOC (N=62) tenían un TDC asociado. No obstante, la tasa de comorbilidad se eleva si el diagnóstico principal del paciente es el TDC y presenta un TOC asociado. Así, Phillips, Menard, Fay, y Weisberg (2005), observaron que de 200 pacientes con diagnóstico de TDC, 66 (33%) también cumplían criterios diagnósticos para el TOC. Asimismo, en un estudio con 298 pacientes con TDC, Gunstad y Phillips (2003), hallaron una tasa de coexistencia con el TOC del 32%.

Respecto al *Trastorno de ansiedad por la enfermedad*, según el estudio de revisión de Phillips et al. (2010), las tasas de prevalencia en pacientes con TOC varían desde 8,2% (N=85) a 15% (N=80). También, Abramowitz, Brigidi, y Foa (1999) observaron que en una muestra de 399 pacientes con TOC, un 14% (N=56) manifestaba preocupaciones por la salud.

Por lo que respecta a los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (TCA), la investigación indica que la comorbilidad del TOC con la Anorexia Nerviosa (AN) es mayor que con la Bulimia Nerviosa (Braun, Sunday, y Halmi, 1994; Speranza et al., 2001). Algunos autores indican que dentro de los trastornos de ansiedad, el TOC es el tercer trastorno más frecuentemente observado en la AN (Godart et al., 1996; Halmi et al., 1991; Keck et al., 1990). Algunos estudios epidemiológicos señalan que la tasa de prevalencia vital de la AN en pacientes con TOC oscila del 10% al 17% (Flament, Whitaker, y Rapaport, 1988; Kasvikis, Tsakiris, Marks, Basoglu, y Noshirvani, 1986;

Rubenstein, Pigott, L'Heureux, Hill, y Murphy (1992). También Pigott, L'Heureux, Dubbert, Bernstein, y Murphy (1994) observaron que el 13% de un conjunto de pacientes con TOC (hombres) tenía AN, mientras que el porcentaje fue menor en el grupo de mujeres con TOC (6,5%). No obstante, el porcentaje de comorbilidad aumenta cuando los estudios se llevan a cabo con personas cuyo diagnóstico principal son los TCA. Así, Thiel, Broocks, Ohlmeier, Jacoby, y Schussler (1995), encontraron en un grupo de 93 pacientes con Anorexia y Bulimia Nerviosa, que el 37% tenía síntomas obsesivo-compulsivos. Del mismo modo, Hsu, Kaye, y Weltzin (1993) sugieren que aproximadamente el 20-30% de pacientes con AN muestra características obsesivas y/o compulsivas.

En referencia al *Trastorno por Acumulación (TA)*, según Rachman, Elliott, Shafran, y Radomsky (2009) entre el 11% y el 33% de los pacientes con TOC presentan síntomas de acumulación compulsiva, mientras que Frost, Krause, y Steketee (1996) señalaron que la acumulación compulsiva se produce en el 20-30% de los pacientes con TOC. Por su parte, Lochner et al. (2005) encontraron que un 18% de 325 pacientes con TOC manifestaba este tipo de sintomatología.

Por lo que respecta a los *Trastornos del Control de los Impulsos (TCI)*, las tasas de coexistencia con el TOC parecen consistentes entre los estudios. Así, Grant, Mancebo, Pinto, Eisen y Rasmussen (2006) encontraron en una muestra de 293 pacientes con TOC, que el 16,4% tuvo historia de TCI, y el 11,6% padecía actualmente un TCI. Además, el TCI más prevalente fue el Trastorno de excoriación o rascarse la piel (*Skin picking*), alcanzando unaprevalencia vital del 10,4% y la prevalencia actual un 7,8%. Del mismo modo, Fontenelle, Mendlowicz y Versiani, (2005) estudiaron la tasa de prevalencia de los TCI en pacientes con TOC, comprobando que el 35,5% (N=16) de un grupo de 45 personas con TOC presentaba un TCI comórbido. De entre este grupo de pacientes, el 6,6% (N=3) padecía Tricotilomanía, un 13,3% (N=6) Trastorno de excoriación y un 2,2% (N=1) cumplía criterios para Juego patológico. Ambas investigaciones encontraron que los pacientes con TOC con un TCI asociado presentaban un perfil clínico más grave que aquellos pacientes sin dicha comorbilidad. Por otro lado, en un estudio más reciente, realizado por Lovato et al.

(2011) con un amplio grupo de 901 personas con diagnóstico principal de TOC, observaron que el 31,9% tenía un TCI asociado, de los cuales el 16,3% (N=147) presentaba Trastorno de excoriación, un 4,9% Tricotilomanía (N=44) y un 0,4% (N=4) Juego patológico. Por último, Matsunaga, Kiriike, Matsui, Oya, Okino, y Stein, (2005), revelaron que el porcentaje de pacientes con TOC (N=153) con un TCI asociado era del 29% (N=45), alcanzando un 5% los pacientes que presentaban Tricotilomanía y un 3% correspondía al Juego Patológico.

Finalmente, en cuanto a los *Trastornos de Tics (TT)*, incluyendo el Síndrome de Gilles de la Tourette (ST) y otros tics motores y verbales crónicos, existe una vasta evidencia de la asociación con el TOC (Cath, Spinhoven, van de Wetering, Hoogduin, Landman et al., 2000; Miguel, Coffey, Baer, y Savage, 1995; Miguel, do Rosario-Campos, Shavitt, Hounie, Mercadante, 2001; Pauls, Towbin, Leckman, Zahner, y Cohen, 1986).

Estudios epidemiológicos y clínicos estiman que un 30% de los pacientes con TOC presenta TT o ST asociado. Por ejemplo, do Rosario-Campos et al. (2005) encontraron en un grupo de 106 niños y adolescentes con TOC que un 33% tenía ST y un 13,2% TT. También en el estudio de de Alvarenga et al. (2012), se observó que el 29% de la muestra de pacientes con TOC (N=813) presentaba un TT, de los cuales el 8,9% tenía ST, el 17,3% TT motores y un 2,8% TT vocales. No obstante, tasas de coexistencia menores fueron halladas por Denys et al. (2004), quienes comprobaron que en una muestra de 420 pacientes con TOC, el 2,1% padecía ST y un 1,5% TT.

Por otro lado, el porcentaje de pacientes con ST, que también padecen TOC, varía de forma considerable, desde un 11% a un 80% (Cavanna, Servo, Monaco, y Robertson, 2009). Según Hounie et al. (2006), un tercio de los pacientes con ST tiene un TOC asociado, y al menos el 50% presenta síntomas obsesivo-compulsivos, lo cual va en la línea de lo que afirma Robertson (2000). Según este autor, los síntomas y conductas obsesivo-compulsivas están presentes en la mayoría de pacientes con ST, pero estas son diferentes de las obsesiones y las compulsiones que tienen lugar en los pacientes con TOC como diagnóstico principal. Asimismo, se ha comprobado que el

TOC es una de las condiciones psiquiátricas más frecuentemente asociadas al ST, después del Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad (Cavanna et al., 2009).

Con la finalidad de encontrar subgrupos de pacientes con TOC más homogéneos, se ha intentado hacer categorizaciones en función de la presencia o ausencia de características específicas (por ejemplo, en función de la edad de inicio de los síntomas o la comorbilidad con tics). En este contexto, un importante cuerpo de investigaciones ha propuesto la existencia de un subgrupo de TOC diferenciado: pacientes con TOC y tics asociados. Según estos estudios, los pacientes con TOC con tics comórbidos presentan unas determinadas características que les diferencian de los pacientes con TOC sin tics asociados (de Mathis et al., 2009; Diniz et al., 2006; Holzer et al., 1994; Leckman et al., 1994). En este sentido, el estudio clínico con 813 pacientes con TOC de de Alvarenga et al. (2012) reveló que los pacientes con TOC y TT, en comparación con aquellos pacientes con TOC sin TT, eran en mayor proporción hombres, presentaban mayor gravedad de la sintomatología y mostraban patrones de comorbilidad psiquiátrica diferentes. Pero también se ha comprobado que los pacientes con TOC con tics asociados presentan una edad de inicio más temprano de los síntomas (do Rosario-campos et al., 2001), mayor frecuencia de compulsiones de acumulación y simetría, y compulsiones similares a tics motores (Holzer et al., 1994; Leckman et al., 1994), mayor riesgo de antecedentes familiares de TT y TOC (Pauls et al., 1995), y menor respuesta al tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (McDougle, Goodman, Leckman, Barr, Heninger, y Price, 1993). Por último, cabe mencionar que también se ha encontrado que los pacientes con TOC con tics asociados presentan mayor frecuencia de *fenómenos sensoriales* (Miguel, do Rosario-Campos, Shavitt, Hounie, y Mercadante, 2001; da Silva Prado et al., 2008), un término amplio que en esencia se refiere a sensaciones desagradables que preceden a los tics, pero que se describirá más en profundidad en el siguiente capítulo, puesto que constituye una parte esencial de este trabajo.

5. ETIOLOGÍA Y MANTENIMIENTO DEL TOC

La comprensión del TOC plantea dos grandes desafíos relacionados con determinar las causas del trastorno y los factores de mantenimiento del mismo.

Actualmente dos de los modelos a los que se suele aludir para intentar explicar el origen y mantenimiento del TOC son los modelos psicológicos y neurobiológicos. Dentro de los primeros, se enmarcan los modelos cognitivo-conductuales, son los que más aceptación y sustento empírico han recibido, y constituyen el paradigma psicológico dominante de la psicopatología. Estos modelos se describirán más detalladamente en el siguiente apartado.

Por lo que respecta a los planteamientos biológicos, en líneas generales señalan la posibilidad de que existan anormalidades en la actividad cerebral podríasubyacentes a la etiología del TOC. Concretamente, los hallazgos señalan una disfunción en el circuito orbitofrontal subcortical (Whiteside, Port, y Abramowitz, 2004), el cual incluiría áreas cerebrales concretas como los ganglios basales, entre otras. La mayoría de los resultados presentados desde esta aproximación proceden de los estudios de neuroimagen (v.g. Tomografía por emisión de positrones o TEP, tomografía computarizada de emisión monofotónica o SPECT) en los que se comparan pacientes con TOC con pacientes controles no TOC o personas sin trastorno mental en determinadas áreas o funciones cerebrales (Alonso, Orbegozo, Pujol, López-Solà, Fullana, et al., 2013; Subirà, Alonso, Segalàs, Real, López-Solà, et al., 2013). Muchos de los hallazgos derivados de estos estudios, pretenden una integración con los modelos psicológicos.

5.1. Modelos psicológicos explicativos actuales

Los modelos cognitivos que van a describirse enfatizan los elementos cognitivos involucrados en la etiología del TOC. Sin embargo, no se puede obviar los elementos conductuales que funcionan como factores de mantenimiento y que completarían el cuadro psicopatológico del TOC. Por tanto, aunque a continuación se expongan por separado, estamos ante modelos cognitivo-conductuales que intentan explicar el TOC.

5.1.1. Perspectiva conductual

La aproximación conductual al estudio del TOC surgió en los años cuarenta en el contexto de la psicología del aprendizaje. Esta aproximación se basa en el modelo bifactorial de Mowrer (1960), formulado inicialmente para explicar la adquisición de las fobias, y posteriormente aplicado al TOC. Según este modelo, al igual que sucede con las fobias, el TOC se produce como consecuencia de dos fases consecutivas. En la primera fase, tiene lugar la génesis del TOC, la cual se produce por condicionamiento clásico. Concretamente, el modelo sugiere que un acontecimiento traumático puede activar los síntomas del trastorno (Cassin y Rector, 2011). La segunda fase, corresponde con el mantenimiento de los síntomas, el cual se explica por condicionamiento operante o instrumental. Esta aproximación señala que las compulsiones se llevan a cabo para aliviar o disminuir la ansiedad generada por las obsesiones. De esta manera, las compulsiones se ven reforzadas de forma negativa aumentando la probabilidad de que estas se repitan, e impidiendo, además, la habituación a las obsesiones. Por tanto, las compulsiones alivian el trastorno (a corto plazo), pero lo mantienen a medio y largo plazo.

La teoría de Mowrer ha recibido importantes críticas, sobre todo, en relación a la implicación de sucesos vitales traumáticos en la patogénesis del TOC mediante condicionamiento clásico. En primer lugar, aunque numerosos estudios han encontrado una elevada relación entre acontecimientos traumáticos o sucesos vitales estresantes y el inicio del TOC (Dykshoorn, 2014), lo cierto es que los datos que se disponen hasta el momento indican que hay poca evidencia empírica que apoye el desarrollo del TOC mediante condicionamiento clásico ante un evento traumático (Cassin y Rector, 2011). En segundo lugar, tanto la investigación como la práctica clínica demuestran que no todos los pacientes con TOC identifican un trauma asociado al inicio del trastorno, ya sea por dificultad o por ausencia del mismo. Además, otro argumento en contra de la instauración del TOC por condicionamiento clásico es que en la mayoría de los casos, el surgimiento del TOC se produce de forma gradual, tal y como ya se ha comentado en el apartado “inicio, curso e interferencia del trastorno”. Otra de las críticas que recibió la teoría de Mowrer estaba relacionada

con la segunda fase, la cual implicaba el condicionamiento instrumental. Según el modelo, las compulsiones tienen la capacidad de reducir la ansiedad o malestar y por este motivo se mantienen. Sin embargo, en algunos pacientes con TOC (muy pocos) la realización de las compulsiones no produce disminución de la ansiedad o malestar, sino que tiene efecto sobre ella o la aumenta (Rachman y Hodgson, 1980). Estos autores sugieren que la disminución de la ansiedad puede que no sea el único elemento involucrado en el mantenimiento de las compulsiones, apelando así a otros elementos explicativos.

En definitiva, la perspectiva conductual explica en gran medida el mantenimiento de los síntomas obsesivo-compulsivos, y este postulado supuso la base para la creación de la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), una de las técnicas más eficaces (junto con otras técnicas terapéuticas cognitivas) empleadas para el tratamiento del TOC. No obstante, la aproximación conductual parece ser débil a la hora de explicar el origen del TOC. Las limitaciones planteadas a los modelos conductuales y las críticas surgidas dieron lugar a las propuestas cognitivas que a continuación se describen.

5.1.2. Aproximaciones cognitivas

Las aproximaciones cognitivas predominantes tienen su origen en la Teoría Cognitiva de los Trastornos Emocionales propuesta por Beck (1976), el cual sostenía que la ansiedad es el resultado de las interpretaciones negativas de los estímulos. No obstante, cada autor adapta esta idea inicial para desarrollar su propio modelo cognitivo.

Como se podrá comprobar, muchas de las variables que describen los modelos cognitivos que a continuación se presentan, ya han sido mencionadas a lo largo de las páginas anteriores. Tras la exposición de los modelos cognitivos más significativos, se incluirá una explicación acompañada de un gráfico que compila, de una manera lógica y organizada, todos los conceptos relevantes de los modelos cognitivos.

Existen varios modelos teóricos que surgieron desde esta perspectiva durante los años 70, tales como el de Carr (1974), McFall y Wollersheim (1979), Reed (1985), Barlow (1988) y Kozak, Foa y McCarthy (1988), los cuales plantearon que los pacientes con TOC presentan déficits o anomalías en el procesamiento de la información (v.g. problemas de memoria, sesgos atencionales). Estos modelos aportaron información muy valiosa para el conocimiento del TOC y supusieron un gran avance en la investigación. No obstante, no eran capaces de explicar el origen del trastorno y tampoco contribuirían directamente en la mejora de la evaluación y tratamiento del trastorno.

Los principales modelos contemporáneos La aproximación cognitiva para el estudio del TOC más ampliamente aceptada tiene su origen en la teoría cognitiva de los trastornos emocionales propuesta por Beck (1976), según el cual la ansiedad se produce como consecuencia de interpretaciones negativas que se realizan sobre un estímulo. A partir de este supuesto surge el modelo cognitivo de Salkovskis.

Más adelante se postularon otras como por ejemplo, la necesidad de controlar los pensamientos, el perfeccionismo, la sobrestimación de la amenaza, la intolerancia a la incertidumbre (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997, 2005).

Modelo de Paul M. Salkovskis

Una de las primeras aportaciones de Salkovskis fue la de distinguir entre pensamientos automáticos negativos y pensamientos intrusos obsesivos, estableciendo la diferencia fundamental en la valoración o interpretación que se hace de ellos (Salkovskis, 1985). Según él, los pensamientos son inicialmente neutros pero pueden dar lugar a pensamientos automáticos negativos si se produce una interacción entre los pensamientos intrusos inaceptables para la persona y su propio sistema de creencias. Por tanto, el TOC se produce como consecuencia de malinterpretar los pensamientos, principalmente relacionadas con la responsabilidad del daño (a uno mismo o a otros).

Por otro lado, el autor asegura que las neutralizaciones llevadas a cabo por la persona para calmar el malestar que produce el pensamiento, suponen intentos de evitar o reducir la responsabilidad del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros.

Un amplio cuerpo de trabajos han estudiado el papel que la responsabilidad tiene en el TOC (Arntz, Voncken, y Goosen, 2007; Bouchard, Rhéaume y Ladouceur, 1999; Freeston, Ladouceur, Gagnon, y Thibodeau, 1993; Rachman, Thordarson, Shafran y Woody, 1995; Rhéaume, Ladouceur, Freeston y Letarte, 1995; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester et al., 2000; Steketee, Frost y Cohen, 1998). Y, aunque Salkovskis, señalaba que la responsabilidad excesiva era una variable específica del TOC, algunos estudios apuntan a que esta creencia sea relevante en unas manifestaciones de síntomas, pero no en otras.

Modelo de Stanley Rachman

Al igual que Salkovskis, para Rachman las valoraciones tienen un papel crucial en el desarrollo de las obsesiones. En su teoría cognitiva (1997, 1998) plantea que las obsesiones se producen porque la persona interpreta que sus pensamientos intrusos normales tienen un significado personal y amenazante. La persona considera que ese pensamiento revela algo oculto del yo que puede ser peligroso. En este sentido, el contenido es importante y será determinante para el proceso de transformación de un pensamiento intruso en una obsesión clínica (Rachman, 2003).

Al igual que en el modelo de Salkovskis, estas interpretaciones producirán malestar emocional y por tanto, la necesidad de neutralizar dicho malestar. Las conductas de neutralización impiden que la persona compruebe que sus pensamientos intrusos son solo eso, pensamientos, y que nada de lo que teme ocurre.

Por otro lado, Rachman también asegura que las interpretaciones de los pensamientos intrusos están influidas por factores como el estado de ánimo, las preocupaciones actuales, así como por el sistema de valores de la propia persona.

Asimismo, plantea que existen procesos cognitivos o sesgos de procesamiento que influyen en el desarrollo de las obsesiones. Se refiere a la fusión pensamiento acción, concepto que hace referencia la equiparación entre los pensamientos y los actos. Existe la fusión pensamiento acción moral (v.g. pensar en robar un banco es igual de inmoral que hacerlo) y la de probabilidad (v.g. pensar en que voy a suspender el carné del coche, aumenta la probabilidad de que suceda).

El modelo propuesto por Rachman ha recibido atención por parte de algunas investigaciones, las cuales han encontrado que las interpretaciones que el autor propone son relevantes para el TOC (Amir, Freshman, Ramsey, Neary, y Brigidi, 2001; Rassin, Merckelbach, Muris, y Spaan, 1999; Shafran, Thordarson, y Rachman, 1996). No obstante, algunos resultados de otros estudios han puesto en tela de juicio la especificidad de la FPA para el TOC (Abramowitz, Whiteside, Lynam, y Kalsy, 2003).

Modelo de David A. Clark y Christine Purdon

Clark y Purdon (1993) realizan una revisión del modelo propuesto por Salkovskis y proponen un modelo cognitivo en el que las obsesiones se producen como consecuencia de las creencias disfuncionales relacionadas con la necesidad de controlar los propios pensamientos. Basándose en los hallazgos de las investigaciones sobre la supresión, estos autores indican que los intentos repetidos de controlar el pensamiento aumentarán paradójicamente la frecuencia y la importancia del mismo.

Asimismo, los autores sugieren que las conductas de neutralización pueden no tener un papel decisivo en el origen de las obsesiones, sino que las obsesiones se desarrollan como respuesta a un fallo en las estrategias de control de los pensamientos. Además, ponen el énfasis en que para determinar por qué una persona desarrolla obsesiones, es fundamental examinar cómo esa persona evalúa sus intentos de controlar los pensamientos intrusos.

Este modelo tendría una importante implicación clínica. Si la supresión del pensamiento produce las obsesiones, entonces la intervención debe dirigirse a la no supresión, a que el paciente deje de intentar suprimir o controlar sus obsesiones. En otras palabras, a no hacer nada con la obsesión.

Más adelante, Purdon y Clark (1999) incorporan dos elementos que serán claves para el desarrollo de su modelo: metacognición y egodistonía. Según los autores, la valoración de un pensamiento como egodistónico, junto a las creencias metacognitivas sobre la importancia de controlar el pensamiento, puede hacer que la persona no quiera tener el pensamiento. Esto conducirá a intentos excesivos de control del pensamiento que están destinados a fracasar, con un fuerte impacto. Por lo tanto, proponen que la egodistonía y los intentos excesivos de control tengan un papel más relevante.

Posteriormente, Clark (2004) propone que no sólo son importantes las valoraciones que hace la persona de su pensamiento obsesivo, sino que además, es importante considerar la valoración que realiza la persona sobre sus propios esfuerzos por controlar la obsesión. Esto se conoce como valoraciones secundarias sobre el control de las obsesiones. Si la valoración que hace una persona sobre su capacidad para controlar un pensamiento es desadaptativa, entonces el problema es aún mayor. Clark manifiesta que los pacientes con TOC no sólo intentan controlar sus obsesiones, sino que además, tienen en cuenta las consecuencias de no poder controlarlas.

Algunos trabajos han encontrado evidencias de la relación entre las valoraciones y las creencias sobre el control del pensamiento en la sintomatología obsesivo-compulsiva (Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, y Synodi, 2002; Purdon, 2004; Purdon, Rowa, y Antony, 2005).

La propuesta del OCCWG (1997)

Los modelos cognitivos descritos anteriormente abogan, en mayor o en menor medida, a que las responsables del desarrollo de una obsesión son las valoraciones disfuncionales sobre los pensamientos intrusos. Y que estas valoraciones disfuncionales pueden producirse como consecuencia de creencias sobre el origen, naturaleza o contenidos de los propios procesos mentales (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011). Por tanto, en la medida en que estas creencias sean más firmes, aumentará la predisposición a realizar valoraciones disfuncionales sobre los pensamientos, así como la valoración inadecuada del hecho de tener ciertos pensamientos, lo cual dispararía las estrategias para controlar los pensamientos.

En 1996, se constituyó el Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), un grupo de expertos en el TOC procedentes de diversos países del mundo reunido para aunar conocimientos y avanzar en el tratamiento psicológico del TOC. Una de las aportaciones de este grupo fue el establecimiento de las áreas de creencias que podrían estar involucradas en el inicio y mantenimiento del TOC. Las dimensiones de creencias consensuadas fueron las que se presentan en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Dimensiones de creencias disfuncionales (OCCWQ, 1997)

Creencia	Definición
Responsabilidad excesiva	Creencia de que uno tiene el poder especial de causar, y el deber de prevenir, resultados negativos.
Sobreestimación de la importancia del pensamiento	Creencia de que la mera presencia de un pensamiento revela que es importante
Sobreestimación del peligro	Exageración de la probabilidad o gravedad del daño
Importancia de controlar los pensamientos	Sobrevalorar la importancia de controlar completamente los pensamientos y creer que ese control es posible y deseable.
Intolerancia a la incertidumbre	Dificultad para tolerar la ambigüedad, la novedad y los cambios inesperados o imprevistos.
Perfeccionismo	Creencia de que existe una solución perfecta para cualquier problema. Creer que es posible (y necesario) hacer algo perfecto (sin errores). Cualquier error por pequeño que se puede ocasionar graves consecuencias

Otra de las aportaciones hechas por el grupo fue el diseño de un cuestionario para evaluar las mencionadas creencias disfuncionales: el Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ). La primera versión de este instrumento se componía de 87 ítems, pero posteriormente se produjo una reducción del número de ítems a un total de 44 (OBQ-44). En esta última versión los ítems se agrupan en las siguientes tres escalas: 1) Responsabilidad y sobreestimación del peligro, 2) perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, y 3) importancia y control de los pensamientos.

En nuestro contexto, también se elaboró un instrumento (similar al creado por el OCCWG) con el objetivo de evaluar las creencias disfuncionales. Este cuestionario se denominó Inventario de Creencias Obsesivas (ICO; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003). Actualmente existe una versión reducida de aquella primera versión, la cual se compone de 50 ítems que se agrupan en 8 dimensiones: 1) Responsabilidad, 2) Fusión pensamiento acción tipo probabilidad, 3) Fusión pensamiento acción tipo moral, 4) Intolerancia a la incertidumbre, 5) Sobrestimación de la amenaza, 6) Importancia de controlar los pensamientos, 7) Sobrestimación de la importancia de los pensamientos y 8) Perfeccionismo.

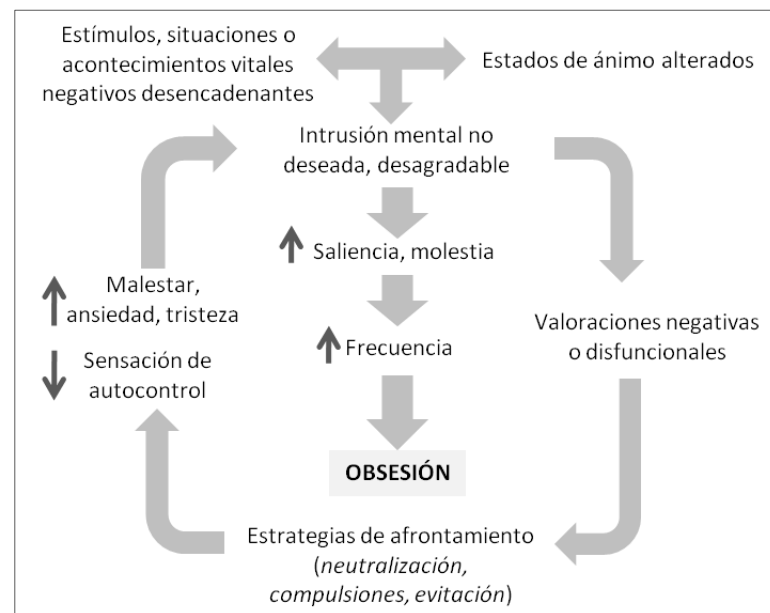
Numerosos estudios han demostrado que las creencias obsesivas mantienen asociaciones significativas con la sintomatología obsesivo-compulsiva, tanto en muestras clínicas como en muestras de personas sin trastorno mental (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon, y Rygwall, 2006; Faull, Joseph, Meaden, y Lawrence, 2004; Tolin, Woods, y Abramowitz, 2003; Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann, y Hale, 2010).

El modelo cognitivo del TOC

La explicación del TOC desde la aproximación cognitiva está simbolizada en la Figura 1 (Extraída de Belloch, Cabedo y Carrió, 2011) y representa las aportaciones de las teorías cognitivas actuales que se acaban de describir. Ante estímulos o situaciones negativas es común experimentar pensamientos intrusos cuyos contenidos son similares a los de las obsesiones clínicas. Estos pensamientos, además

de generar malestar, son evaluados de forma inadecuada por las personas que tengan creencias que predisponen a este tipo de valoraciones, con lo cual el malestar aumenta. La ansiedad que esto genera propicia la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento, que a corto plazo disminuyen el malestar, pero tienen el efecto paradójico de incrementar la frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusos. La repetición continua de este círculo promueve la instauración del TOC.

Figura 1. Explicación cognitiva del TOC



5.2. Insuficiencias o limitaciones

Aunque en general se ha encontrado sustento al papel que juegan las creencias disfuncionales en el TOC, no obstante, parece no existir una asociación totalmente específica entre ellas y los síntomas obsesivo-compulsivos (Wu y Carter, 2008). Los resultados apuntan a que algunas de las creencias propuestas podrían tener relaciones específicas con el TOC, mientras que otras podrían ser relevantes para otros trastornos (Belloch, Morillo, Luciano, García-Soriano, Cabedo y Carrió, 2010; Tolin, Woods, y Abramowitz, 2003; Viar, Bilsky, Armstrong, y Olatunji, 2011). Una posible explicación a la ausencia de especificidad en la relación puede deberse a que

las creencias tengan un papel diferencial en la sintomatología TOC, siendo más o menos relevantes para unas determinadas dimensiones de síntomas que para otras. Otra posible explicación puede estar relacionada con que los pacientes muestren diferentes niveles de adhesión a dichas creencias. En cualquier caso, lo que estos resultados sugieren es que las creencias disfuncionales, aunque evidentemente han demostrado ser relevantes para el TOC, están lejos de ser constructos específicos y nucleares de este trastorno.

6. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El TOC es un trastorno heterogéneo y complejo que genera un marcado malestar y es más prevalente de lo que inicialmente se creía. Tras demostrar la normalidad y universalidad de los pensamientos intrusos, la investigación se centró en la búsqueda de la explicación a la transición de las intrusiones normales a las obsesiones clínicas. Desde la aproximación cognitivo conductual, el TOC se produce, a grandes rasgos, como consecuencia de las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos intrusos. Sin embargo, a pesar de las grandes aportaciones de los modelos psicológicos explicativos del TOC, lo cierto es que aun estos modelos no son suficientes para explicar la complejidad sintomatológica y etiológica que muestra el TOC. En este contexto, surge la necesidad de explorar otros elementos, variables o fenómenos que posiblemente también intervienen en el origen y/o mantenimiento del trastorno, y que posiblemente no están siendo contemplados pudiendo influir en las tasas de recaídas o en la limitada respuesta al tratamiento cognitivo-conductual que muestran algunos pacientes con TOC (Abramowitz, Taylor, y McKay, 2005). Esto nos lleva a presentar el siguiente capítulo, dedicado a la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*.

CAPÍTULO 2: SENSACIÓN DE INACABADO Y EXPERIENCIAS “NOT JUST RIGHT”

1. INTRODUCCIÓN

Para encontrar la primera referencia al término *sensación de inacabado* (que se describirá en detalle posteriormente) debemos remontarnos al siglo XX, concretamente a 1903 cuando Pierre Janet (1859-1947) describió en su clásica obra “Les obsessions et la psychasthénie” (obsesiones y psicastenia) *les sentiments d'incomplétude* que manifestaban algunos pacientes con TOC. Janet señaló que sus pacientes manifestaban una sensación interna de imperfección que los atormentaba continuamente, sentían que no lograban completar totalmente sus acciones, o que estas no producían la satisfacción deseada, a pesar de que la realización de las mismas parecieran perfectamente normales a un observador externo (Pitman, 1987).

Uno de los aspectos más valiosos de su obra radica en la inclusión de descripciones de síntomas, a partir de las cuales identifica *les sentiments d'incomplétude*. Esta obra es una de las más influyentes e importantes dentro del campo de los trastornos obsesivos y relacionados, ya que Janet intenta exponer su teoría sobre el TOC aludiendo a la etiología subyacente. Aunque la descripción completa de la teoría postulada por Janet excede los objetivos de este trabajo, cabe resaltar que su propuesta supuso un importante avance en la consideración y comprensión del TOC, puesto que formulaba una alternativa a la importancia que tenían la ansiedad y los déficits cognitivos en los comportamientos obsesivo-compulsivos.

Por otro lado, cabe mencionar que a pesar de la presencia en la literatura tanto clínica como teórica, no fue hasta hace una década (como se comentará más adelante) que se comenzó a medir de forma directa este fenómeno descrito antiguamente.

2. LA SENSACIÓN DE INACABADO

2.1 La teoría dimensional de los motivadores de síntomas obsesivo-compulsivos

Basándose en el trabajo de Rasmussen y Eisen (1992), quienes habían retomado el concepto de inacabado (*incompleteness*) de Janet, Summerfeldt y su grupo propusieron un modelo dimensional del TOC. Esta teoría surge a partir de las limitaciones que muestra el planteamiento de la división de los síntomas TOC en subtipos, o dicho en otras palabras, de la clasificación de los síntomas obsesivo-compulsivos a partir de las manifestaciones o conductas “visibles”. Y es que la observación clínica muestra que dos pacientes con síntomas manifiestos iguales (v.g. compulsiones de comprobación), pueden tener motivaciones diferentes: mientras uno comprueba para prevenir posibles daños, otro lo hace para compensar una sensación desagradable y recuperar la sensación de satisfacción interna. Asimismo, dos conductas manifiestas diferentes (e.g. conductas de lavado y conductas de comprobación) pueden ambas realizarse en respuesta al miedo que genera un potencial peligro.

En respuesta a la heterogeneidad de la sintomatología TOC, Summerfeldt (2004) planteó la existencia de dos variables subyacentes a los síntomas “visibles” del TOC. La primera, la evitación del daño, es similar a los motivadores de síntomas de otros trastornos de ansiedad y está relacionado con la ansiedad anticipatoria, la sensibilidad hacia una amenaza potencial, etc. La evitación del daño ha sido descrita como una tendencia hereditaria a aprender a evitar el castigo (Cloninger, 1987). Esta dimensión es la que más interés ha suscitado en la investigación (Ettelt et al., 2008; Klump et al., 2000; Lyoo, Lee, Kim, Knong, y Kwon, 2001; Starcevic, Uhlenhuth, Fallon, y Pathak, 1996) y la que en gran medida está contemplada en los modelos cognitivos contemporáneos del TOC. La segunda dimensión es la sensación de inacabado y, en palabras de Summerfeldt, los pacientes que muestran esta motivación “no describen ansiedad anticipatoria, sino una sensación molesta de ausencia de satisfacción con su estado actual”. Lo que motiva a estos pacientes no es la evitación del daño, sino el impulso de corregir sensaciones internas de imperfección relacionadas con la

necesidad de que las experiencias se ajusten a un criterio exacto, pero un criterio que generalmente no puede explicarse. Según Summerfeldt, esta experiencia subjetiva se puede manifestar mediante cualquier modalidad sensorial, ya sea visual, auditiva, táctil o propioceptiva. Summerfeldt, Kloosterman, Antony, y Swinson (2014) añaden que la sensación de inacabado es una atormentadora sensación de insatisfacción o incomodidad con el estado actual, una sensación interior de imperfección, el extremo patológico de la imperfección.

Según el grupo de Summerfeldt, la evitación del daño y la sensación de inacabado constituyen dos dimensiones nucleares ortogonales, situadas en un continuo, y subyacen a la mayoría de manifestaciones sintomatológicas del TOC. Los resultados de las investigaciones, así como las observaciones clínicas sugieren, en palabras de Summerfeldt, que la sensación de inacabado podría revelar “un déficit en la habilidad para utilizar la experiencia emocional y la retroalimentación sensorial para guiar el comportamiento”. Aparentemente, este déficit refleja un mal funcionamiento de algún criterio interno que regula la terminación de las conductas. En este sentido, la sensación de inacabado podría considerarse un mecanismo compensatorio para dicho déficit. La presencia de este déficit concuerda con la literatura que apunta a la existencia de una disfunción en los circuitos neurales del TOC, los cuales implican a los ganglios basales. De acuerdo con Summerfeldt (2004), la sensación de inacabado mantiene asociaciones con algunos síntomas obsesivo-compulsivos (e.g. simetría, repetición, lentitud), con un inicio temprano de los síntomas, con rasgos de personalidad obsesiva tales como el perfeccionismo y la indecisión. Miguel et al. (2000) incluye un relato de un paciente sobre su sensación de inacabado: “Peor que las obsesiones es la sensación de que siempre hay algo que me falta. Casi nunca me deshago de esta horrible sensación de que no estoy completo, de que necesito hacer algo para satisfacerme”.

2.2 Validez empírica del modelo

Un grupo de estudios se ha centrado en buscar validez empírica del modelo propuesto por Summerfeldt, empleando para ello el instrumento diseñado para

evaluar las dimensiones motivaciones: el Obsessive Compulsive Core Dimensions Questionnaire (OCCDQ; Summerfeldt et al., 2014). La descripción de este instrumento se encuentra en el apartado “instrumentos de evaluación”.

En 2005, Coles, Heimberg, Frost y Steketee encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que las puntuaciones en sensación de inacabado de personas con alta intensidad en la experiencia *not just right* más reciente (constructo que se explicará con mayor detalle en el siguiente apartado) eran significativamente más altas que las puntuaciones obtenidas por personas con intensidad baja. Estas diferencias no fueron significativas en el caso de la evitación del daño. Este primer estudio supuso un apoyo a la separación de las dimensiones de sensación de inacabado y evitación del daño.

Más tarde, Ecker y Gönner (2008) estudiaron las asociaciones entre síntomas obsesivo-compulsivos y sensación de inacabado y evitación del daño, en una amplia muestra de pacientes con TOC (N=202). Para ello emplearon una versión alemana del OCCDQ, la cual arrojó una estructura factorial idéntica a la del modelo (55% de la varianza explicada) y mostró excelentes propiedades psicométricas.

Del mismo modo, Pietrefesa y Coles (2008) realizaron un análisis factorial confirmatorio del instrumento que evalúa la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* (E-NJR) en un grupo de estudiantes (N=377). Los resultados replicaron la estructura factorial de dos factores cuya correlación entre ellos fue de $\alpha = 0,76$. Este hallazgo vuelve a confirmar la separabilidad de las dimensiones.

También Pietrefesa y Coles (2009) diseñaron tareas para inducir conductas de precaución y que estuvieran asociadas a consecuencias de daño (v.g. lavar platos sucios para evitar que alguien enferme por una intoxicación alimentaria) y otras tareas dirigidas a inducir E-NJR y conductas perfeccionistas (v.g. ordenar libros en una biblioteca). Asimismo, administraron medidas autoinformadas de evitación del daño y sensación de inacabado. Los resultados mostraron que la evitación del daño

correlacionó de forma significativa con la ansiedad experimentada durante las tareas, y con el deseo de prevenir el daño durante las tareas para inducir sensación de inacabado. Por su parte, la sensación de inacabado correlacionó significativamente con el malestar/tensión experimentada y el deseo de realizar las tareas de forma perfecta, o hasta que ellos se sintieran bien. Por tanto, los hallazgos vuelven a otorgar validez a la distinción entre sensación de inacabado y evitación del daño.

Más recientemente, Summerfeldt et al. (2014) llevaron a cabo un estudio para investigar la validez estructural del modelo de dos dimensiones en un grupo de 289 pacientes con TOC y un grupo de 3090 estudiantes universitarios. Asimismo, emplearon dos versiones del OCCDQ, una en forma de cuestionario y otra como entrevista. De nuevo, los resultados apoyaron el modelo bifactorial y hallaron correlaciones moderadas y significativas entre sensación de inacabado y evitación del daño.

Finalmente, Taylor et al. (2014) también se plantearon como objetivo examinar si la sensación de inacabado y la evitación del daño eran constructos distinguibles. Para ello, realizaron 2 estudios: un metaanálisis de los correlatos clínicos de la sensación de inacabado, y un estudio para explorar la asociación y la distinción factorial de ambas variables.

En definitiva, los estudios que se acaban de comentar dirigidos a encontrar validez para el modelo dimensional han sido bastante consistentes, aunque las correlaciones moderadas entre las dimensiones es un asunto que aún no ha sido explicado.

3. LAS EXPERIENCIAS *NOT JUST RIGHT*

Las experiencias *not just right* tienen una cercanía evidente con la sensación de inacabado. No obstante, mientras las E-NJR se refieren a experiencias subjetivas, la SI se entiende como una variable motivacional. También estas experiencias pueden ser de cualquier modalidad sensorial.

Además, el estudio de estas experiencias proviene fundamentalmente de las investigaciones del campo de los trastornos de tics, donde estas experiencias fueron finalmente conceptualizadas como *fenómenos sensoriales* y serán explicados en el siguiente apartado.

4. FENÓMENOS SENSORIALES

La investigación empírica de las variables centrales de este trabajo tiene su origen en el campo de los Trastornos de Tics, entre los cuales se encuentra el Síndrome de Tourette. El ST es un trastorno caracterizado por la presencia de tics motores y verbales con una duración de, al menos, un año (Leckman, 2003).

Durante un tiempo, se creía que los tics manifestados por los pacientes con ST, y por otros tipos de trastornos de tics, eran los únicos síntomas de los trastornos y, además, que eran completamente involuntarios. No obstante, el trabajo de Bliss, Cohen, y Freeman (1980) marcó un hito puesto que partir de este trabajo (aunque estaba basado únicamente en la observación y estudio de un único paciente) se observó que los síntomas de los pacientes con ST no eran totalmente involuntarios y tampoco eran los únicos. En base a sus observaciones, Bliss y cols. llegaron a una serie de conclusiones respecto a la sintomatología mostrada por pacientes con ST. Así, aseguran que existen estímulos sensoriales que ocurren previamente a los movimientos y sonidos propios de estos pacientes, existen también un impulso o necesidad producida por estas sensaciones,

Los resultados encontrados por Bliss y cols. fueron similares a los hallados por Bullen y Hemsley (1983) quienes mediante un estudio de caso único en una paciente de 19 años que sufría de múltiples tics motores, encontraron que la paciente experimentaba una sensación similar a un comezón o picor que ocurría de forma previa a los movimientos (tics), sugiriendo que esta sensación podía tomarse como un disparador de los movimientos.

Existe un cuerpo importante de estudios que se llevaron a cabo los siguientes años demostrando que los tics manifestados por los pacientes no son involuntarios, tal y como se pensaba anteriormente (Kurlan, Lichter, Hewitt, 1989; Lang, 1991).

A partir de estos primeros estudios, se realizaron ulteriores investigaciones pero en muestras de mayor tamaño. Así, Cohen y Leckman (1992) llevaron a cabo un estudio con un grupo de 28 pacientes con Gilles de la Tourette quienes fueron evaluados de la presencia y características de los fenómenos sensoriales mediante entrevistas individuales. Estos autores se centraron en el análisis de 3 tipos de fenómenos sensoriales: los impulsos premonitorios, sensibilización a estímulos sensoriales y desinhibición conductual. Este trabajo también incluye narrativas de pacientes describiendo las sensaciones que experimentan previamente a los tics.

Entre los resultados encontraron que el 79% de los pacientes experimentaban impulsos premonitorios o predecetes (*premonitory urges*) a los tics motores y verbales. El 57% de ellos manifestaban que estos impulsos eran iguales o más molestos que los propios tics, y el 55% manifestaban que estos impulsos mejoraban la capacidad de suprimir los tics. Este estudio muestra, además, que los pacientes con ST muestran conductas de desinhibición que pueden poner en riesgo su salud física. Por otro lado, el 65% de los pacientes manifestó que tenía una alta sensibilidad a estímulos sensoriales (e.g. luz solar, etiquetas de ropa, la luz o el ruido que emite el televisor, ruido emitido por los aparatos eléctricos, etc.). Finalmente, el 36% de la muestra reveló tener o haber tenido conductas de desinhibición (e.g. golpear objetos, hacer aquello que se les prohíbe hacer, hacer cosas peligrosas). Una de las conclusiones más importantes a las que llegan los autores es que existe un componente de voluntad en la ejecución de los tics que están precedidos por impulsos premonitorios. Y más aun, que al igual que estudios anteriores, este trabajo pone de manifiesto que los fenómenos sensoriales son un componente clínicamente significativo del ST.

Por su parte, Leckman, Walker y Cohen (1993) realizaron un estudio con una muestra más grande de pacientes con tics (N=135) y encontraron que el 93% de los

pacientes refirió sensaciones premonitorias (en forma de impulso, sensación, necesidad), estos impulsos o sensaciones podían ser ubicadas en determinadas zonas corporales (e.g. hombros, abdomen, etc.), y el 84% manifestó que los tics producían alivio.

Posteriormente se sugirió que los impulsos premonitorios observados en los pacientes con tics, también mostraban asociaciones con los síntomas obsesivo-compulsivos. Así, Leckman, Walker, Goodman, Pauls y Donald(1994) intentan estudiar los fenómenos sensoriales en pacientes con tics y TOC asociado mediante un cuestionario que evaluaba el inicio, la frecuencia, la localización anatómica y las características de los fenómenos sensoriales premonitorios (percepciones o fenómenos “*just right*”, sensación de inacabado). Dada la coexistencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con trastornos de tics. En una muestra de 134 pacientes con Síndrome Tourette y con TOC. Encontraron que el 23% de las personas tenían TOC en el momento del estudio y el 43% tenía síntomas obsesivo-compulsivos. Los resultados muestran que el 81% de los pacientes con ST y TOC manifestó que tenía la necesidad de realizar las compulsiones hasta conseguir una sensación de satisfacción o acabado (*just right*). El 53% indicó que esa necesidad o impulso tenía un matiz más mental que físico. De este estudio también se deriva que la percepción de cómo se ven, sienten o suenan las cosas está asociada con los impulsos *just right*. También evaluaron la sensación de inacabado encontrando que el 58% de los pacientes con TOC refirió sensación de inacabado. En este estudio, Leckman y su grupo, establecen una diferencia entre los impulsos premonitorios (que ocurren previos a los tics) y las percepciones “*just right*” (que generalmente preceden a las compulsiones), siendo estas últimas fenómenos de carácter más mental, mientras que los impulsos premonitorios tienen un matiz más físico.

Estos resultados fueron nuevamente confirmados por otro trabajo llevado a cabo por Miguel et al. (1997), en el cual analizaron “experiencias subjetivas asociadas a las conductas repetitivas”. Concretamente midieron los fenómenos cognitivos (pensamientos, ideas, imágenes), fenómenos sensoriales (sensaciones e impulsos desagradables), y ansiedad autonómica (sudoración, palpitaciones, sequedad en la

boca, dificultad para respirar, etc.) previos a la ejecución de conductas repetitivas, entendiéndose por conductas repetitivas: tics simples, tics motores complejos y compulsiones. Esto se realizó en tres muestras: un grupo de pacientes con TOC sin tics, un grupo de pacientes con ST sin TOC y un grupo de pacientes con TOC y ST. Los resultados revelan que en comparación con los pacientes con ST, los pacientes con TOC manifiestan una mayor frecuencia de fenómenos cognitivos y ansiedad autonómica, y una menor frecuencia de fenómenos sensoriales. Asimismo, el grupo de pacientes con TOC y ST mostraron una alta frecuencia de fenómenos sensoriales. En este estudio el porcentaje de pacientes con TOC que refiere experiencias sensoriales es menor al porcentaje hallado en investigaciones anteriores (Leckman et al., 1994, 1995). Otro importante hallazgo es que los fenómenos sensoriales mantienen asociaciones positivas con la gravedad de los síntomas TOC (evaluados con el Y-BOCS). Los resultados en su conjunto indican que los fenómenos sensoriales son una característica más propia del ST o de algunas formas de TOC con tics asociados. Mientras que las conductas repetitivas asociadas a los fenómenos cognitivos y a la ansiedad son más características de las formas de TOC sin tics asociados. A partir de los resultados, los autores sugieren que los fenómenos sensoriales pueden representar una característica fenotípica que diferencia entre el TOC con tics relacionados y el TOC sin tics asociados.

Resultados similares fueron hallados por Miguel et al. (2000). Este estudio supone un paso adelante en la investigación dado que estos autores intentan clarificar qué se entiende por fenómenos sensoriales y también proponen una clasificación. Ellos proponen dos grupos de sensaciones: corporales y mentales. Dentro de las corporales incluyen las sensaciones táctiles, las musculares o viscerales. Por su parte, las sensaciones mentales comprenden los impulsos (sin ningún disparador), liberación de energía, sensación de inacabado y percepciones *just right*. Miguel y cols. 2000, encontraron similar a los estudios antes comentados (Miguel et al., 1997, Leckman. Emplean un grupo TOC, un grupo TOC con ST, y un grupo con ST. La mayoría de los tipos de fenómenos sensoriales fueron más frecuentes en los grupos con ST.

Las diferentes conceptualizaciones de estas experiencias subjetivas no facilitaban la investigación. Esta dificultad llevó a realizarse trabajos que tenían la finalidad de encontrar un consenso en la definición de estos fenómenos. En este sentido, da Silva Prado et al. (2008), llevaron a cabo una revisión de todos los conceptos empleados hasta el momento y concluyeron que el término que mejor definía y englobaba las experiencias que hasta el momento se habían estudiado era *fenómenos sensoriales*.

En 2009, Lee et al., encontraron que los fenómenos sensoriales distinguían los pacientes con TOC de las personas sin trastorno mental. Nuevamente este estudio confirma la presencia de fenómenos sensoriales en pacientes con TOC.

En un reciente estudio realizado con una amplia muestra de pacientes con TOC (N=1001) se analizó la presencia y gravedad de los fenómenos sensoriales (Ferrão et al., 2012). Los resultados revelaron que el 61,4% de la muestra experimentaba alguna modalidad de fenómeno sensorial. Concretamente, el 51,8% de la muestra tenía percepciones *just right* desencadenadas por inputs táctiles, visuales o auditivos, el 37,1% sensaciones físicas, el 17,6% refería percepciones *just right* desencadenadas por la sensación de inacabado, 14,4% manifestaba sensaciones de liberación de energía y el 24% presentaba solo impulsos. Asimismo, se encontró que los pacientes que habían referido tener fenómenos sensoriales mostraban significativamente mayor gravedad en las dimensiones de simetría/orden, contaminación/lavado, acumulación y misceláneo, que aquellos pacientes que no habían referido fenómenos sensoriales. Otro reciente estudio encontró relaciones significativas entre los fenómenos sensoriales y los síntomas obsesivo-compulsivos (Youkiko et al., 2015).

Aunque inicialmente los fenómenos sensoriales se planteaban como característicos del TOC con Síndrome Tourette, más tarde se observó que algunos pacientes con TOC sin trastornos de tics comórbido también los presentan. Por tanto, en general, los estudios de comorbilidad entre el TOC y los TT, aportan evidencias a favor de que estas experiencias son compartidas por ambos trastornos.

5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Como se ha comentado anteriormente, los fenómenos o experiencias centrales de este trabajo se han postulado como variables motivadoras subyacentes a los síntomas obsesivo-compulsivos, lo cual los sitúa en un nivel de análisis más profundo que en el plano en que tienen lugar los síntomas manifiestos. Por este motivo, la evaluación objetiva de los mismos ha supuesto un reto para la investigación y se han realizado diversos intentos para capturar estos constructos, dando lugar a una serie de medidas que, a continuación, se presentan.

Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire (OCCDQ; Summerfeldt, Kloosterman, Antony, y Swinson, 2014)

Este instrumento surge de la necesidad de operacionalizar las dos dimensiones propuestas en el modelo de Summerfeldt (2004), y que se postulan como factores motivacionales esenciales de los síntomas obsesivo-compulsivos.

El desarrollo de este instrumento se inició con la configuración de un banco de ítems representativos de las dimensiones que se pretendían evaluar. Según sus autores, este conjunto de ítems se basó en el análisis del contenido de autodescripciones de 60 pacientes con TOC (en cuyo perfil de síntomas predominaba una de las dos dimensiones), y en el análisis de las descripciones fenomenológicas de experiencias obsesivo-compulsivas, obtenidas a través de la revisión de literatura específica. En cuanto a la redacción de los ítems, se intentó que estos no describieran contenidos de síntomas específicos, sino que hicieran referencia a una sensación subjetiva que acompaña a los síntomas.

El primer conjunto de ítems que se obtuvo (42 en total) fue valorado por un grupo de especialistas en TOC (psicólogos y psiquiatras), quienes mediante una escala de respuesta tipo Likert puntuaron la aplicabilidad y adecuación de cada uno de los ítems para describir las dos dimensiones (evitación del daño y sensación de inacabado). Se conservaron únicamente aquellos ítems que fueran puntuados por

todos los especialistas por encima de 2 puntos de adecuación a una dimensión y menos de 2 puntos de adecuación para la otra dimensión. Solo 28 ítems cumplieron este requisito, 5 ítems fueron propuestos para revisión y 5 ítems fueron recomendados para su inclusión. Estos 38 ítems fueron nuevamente valorados mediante el mismo sistema descrito antes y finalmente la primera versión del OCCDQ quedó compuesta por 31 ítems (14 para la evitación del daño, y 17 para la sensación de inacabado). Tras un estudio en el que se examinó la validez de esta estructura factorial, se produjo una reducción a 20 ítems (10 para cada dimensión) quedando así conformada la última versión del cuestionario.

Not Just Right Experiences Questionnaire (Coles, Frost, Heimberg, y Rhéaume, 2003)

La primera versión de este cuestionario fue diseñada y empleada por Coles y colaboradores (2003) y comenzaba con una breve definición de las E-NJR, acompañada de una serie de ejemplos. A continuación, se presentaba una lista de 13 experiencias NJR (Cuadro 6) y la persona debía indicar si había tenido cada una de esas experiencias durante la última semana y alguna vez en su vida, empleando un formato de respuesta dicotómico (si/no). Los autores aseguran que la configuración de esa lista de experiencias NJR se realizó a partir de la experiencia clínica, de las contribuciones de pacientes con TOC y de un estudio piloto. Seguidamente, la persona debía elegir la experiencia NJR que había ocurrido más frecuentemente en su vida y valorarla en base a 22 dimensiones que examinaban: frecuencia, intensidad, importancia y ansiedad. Además, este instrumento incluía un ítem referido a si la experiencia NJR era como una conciencia mental (*mental awareness*), como una sensación corporal (*body feeling*), o ambas, o bien si era similar a otro fenómeno diferente. Por su parte, en otro ítem la persona debía indicar qué se decía así misma cuando experimentaba esta sensación. Las opciones de respuesta eran las siguientes: 1) nada, 2) que era una experiencia extraña sin importancia, o 3) que esto significaba que algo estaba mal o incompleto. También incluía otro ítem que evaluaba en qué grado la persona consideraba que las cosas necesitan ser o estar perfectas, siendo la escala de respuesta de tipo Likert, con valores entre 0 (nada en absoluto) y 4

(extremadamente). Además, en otro ítem se valoraba qué hacían los participantes en respuesta a la sensación: 1) nada, se va solo; 2) distraerme; 3) preocuparme por ello; 4) hacer alguna acción para corregirla; 5) o hacer otra cosa. Finalmente, en el último ítem los participantes debían indicar hasta qué punto creían que el estado de ánimo bajo del momento tenía algo que ver con la E-NJR (escala de 0=nada en absoluto; a 4=totalmente).

Cuadro 6. Lista de experiencias NJR empleadas en la primera versión del NJREQ-R (Coles et al. 2003)

1	Al poner la alarma, he tenido la sensación de que no lo había hecho correctamente
2	He sentido que mi ropa no estaba correctamente en mi cuerpo, o que no se sentía del todo bien
3	Al enviar un mensaje de texto, he tenido la sensación que no lo había hecho del todo bien
4	He tenido una sensación inexplicable de que algo malo o fuera de común iba a ocurrir
5	Cuando he hecho algo que no suelo hacer (por ejemplo, ponerme la ropa en un determinado orden), he tenido una molesta sensación de que las cosas no estaban del todo bien
6	Al cerrar el grifo, he tenido una molesta sensación de que quizás no estaba cerrado del todo bien o correctamente
7	Al cerrar la puerta de la nevera, he tenido la sensación de que podría no estar correctamente cerrada
8	He tenido la sensación de que mis manos no estaban limpias después de lavarlas durante un tiempo apropiado
9	Al cambiar la emisora/el canal de radio, he sentido que no estaba del todo bien en el canal
10	Después de escribir una carta, sentí que no expresaba exactamente lo que quería decir
11	Al hacer una tarea sin importancia (por ejemplo, ordenar o clasificar libros antiguos), tenía que hacerlo de una determinada manera, sin saber explicar por qué.
12	Al recordar un suceso pasado, he tenido la extraña sensación de que mis memorias no encajaban correctamente con el suceso original.
13	Al entrar a mi habitación, he tenido una incómoda sensación de que algo no estaba exactamente como debía ser.

En un posterior estudio, se llevó a cabo una reestructuración de este instrumento. En primer lugar, la lista de E-NJR que se incluía al inicio del cuestionario,

se redujo a 10 y se modificó la temporalidad de la ocurrencia o no de las E-NJR de la lista únicamente teniendo en cuenta las que se produjeron durante el mes pasado. Además, se realizó una disminución de las dimensiones que se empleaban para valorar la experiencia seleccionada como la más frecuente. Así, de las 22 dimensiones que incluía en la versión anterior, pasaron a considerarse únicamente 7 parámetros para valorar la E-NJR más reciente. Finalmente, se añadieron otras dos preguntas, quedando finalmente compuesto por 19 ítems y pasó a denominarse *Not Just Right Experiences Questionnaire Revised* (NJREQ-R), tal y como se lo conoce actualmente. En la actualidad es la única medida empleada para evaluar las E-NJR. En el apartado “instrumentos” del primer estudio de este trabajo se incluye más información sobre este autoinforme. Asimismo, en los Anexos se incluye una copia del mismo.

Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI; Radomsky, Rachman, Shafran, y Hakstian, 2004)

Este instrumento fue diseñado con el objetivo de subsanar las limitaciones que presentaban algunas medidas empleadas para evaluar la sintomatología obsesivo-compulsiva, tales como el *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977) o el *Padua Inventory* (Sanavio, 1988). Así, el VOCI se desarrolló para evaluar un amplio rango de obsesiones, compulsiones, comportamiento evitativo, y características de personalidad importantes en el TOC.

El desarrollo de este instrumento se llevó a cabo por fases. La primera se inició con un conjunto de 172 ítems agrupados en 13 dominios de contenidos relevantes en el TOC, a partir del cual se realizó un análisis factorial de componentes principales para extraer los “mejores” ítems de cada grupo. Los resultados arrojaron una nueva estructura factorial con 84 ítems agrupados en cuatro conjuntos o subescalas: peligro, contaminación, otras obsesiones y compulsiones y características de personalidad. Esta medida se denominó *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory-Revised* (MOCI-R).

En un estudio posterior se puso a prueba la estructura factorial del MOCI-R en muestras de estudiantes, población general y pacientes con TOC y otros trastornos de ansiedad. Los resultados mostraron que la medida requería modificaciones en términos de mejoras en la redacción de ítems y de adecuación de los mismos a la escala. De esta manera, la escala quedó conformada por 52 ítems y la denominaron Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI).

Esta nueva versión (VOCI) fue sometida a una nueva evaluación de la validez de criterio de los ítems que conformaban cada una de las subescalas, quedando el instrumento definitivamente comprendido por 55 ítems. Esta última medida fue objeto de validación tanto en población general como clínica (TOC y no-TOC). En este último estudio de validación se encontraron, además de las subescalas de contaminación, comprobación, obsesiones y acumulación, dos factores claramente diferenciados: *just right* (ítems relacionados con estar perfecto, hacer las cosas siguiendo una rutina estricta, etc.) e indecisión (ítems que se refieren a la dificultad de tomar decisiones de poca importancia, triviales).

University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS; Rosario et al., 2009)

Como se comentó anteriormente, las experiencias subjetivas en las que se centra este trabajo, fueron incluidas dentro de un concepto más amplio denominado fenómenos sensoriales (Prado, Rosario, Lee, Hounie, Shavitt, y Miguel, 2008). Para evaluar la presencia y la gravedad de los fenómenos sensoriales en pacientes con TOC y con trastornos de tics se diseñó un instrumento basado en una entrevista desarrollada previamente por Miguel et al. (1997), la USP-Harvard Repetitive Behavior Interview. Este nuevo instrumento es una medida semiestructurada llamada University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS), la cual cuenta con dos partes.

La primera parte está compuesta por un listado de diferentes fenómenos sensoriales pasados y actuales que se incluyen en los siguientes subtipos: sensaciones

físicas; percepciones de que algo se siente, ve o escucha de forma correcta; sensación de inacabado; energía; e impulso.

La segunda parte de la USP-SPS corresponde a una escala de gravedad y se compone de las dimensiones de frecuencia de los fenómenos sensoriales, cantidad de malestar que causan, y grado en que interfieren con el funcionamiento del paciente. Estos parámetros se miden con una escala tipo Likert de 6 puntos (0-5).

La USP-SPS cuenta con validación portuguesa (Rosario et al., 2009) e inglesa (Sampaio, McCarthy, Mancuso, Stewart y Geller, 2014), llevadas a cabo ambas con muestras de pacientes con TOC y con Trastornos de Tics.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Second Edition (YBOCS-II; Storch, et al., 2006)

Este instrumento es una revisión de la conocida y ampliamente utilizada Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, et al., 1989), una medida de uso clínico que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Las modificaciones introducidas en la última versión (segunda edición) se refieren a: 1) la eliminación del ítem que se refiere a la resistencia a las obsesiones, 2) mejora de la sensibilidad al cambio mediante la ampliación de la escala de respuesta de tipo Likert para cada ítem a 6 puntos (0-5), 3) mayor énfasis a las conductas de evitación con la inclusión de ítems específicos, 4) modificaciones tanto del contenido como del formato de los síntomas incluidos en la lista que se presenta en la primera parte del instrumento.

Al igual que su predecesora, la YBOCS-II, cuenta con dos partes: una lista de control de síntomas (obsesiones y compulsiones por separado) y una escala de gravedad de los síntomas. La evaluación de las experiencias objeto de estudio de este trabajo queda reflejada en la lista de compulsiones. Esta lista incluye un ítem relacionado con la necesidad de hacer algo hasta que sienta que está “correctamente”

(*Need to do something until it feels "just right"*), sin la existencia de miedo o ansiedad a las consecuencias.

6. EVIDENCIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE SENSACIÓN DE INACABADO Y EXPERIENCIAS NOT JUST RIGHT Y TOC

6.1 Estudios experimentales

Dado que este trabajo pretende estudiar la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* desde una perspectiva experimental, resulta imprescindible hacer una revisión de los trabajos experimentales que se han llevado a cabo hasta la fecha desde esta aproximación.

Uno de los primeros trabajos experimentales fue el llevado a cabo por Coles et al. (2005) con una muestra de estudiantes universitarios. Coles y su grupo, evaluaron las E-NJR mediante autoinforme (NJRE-Q) y mediante una tarea experimental. Dicha tarea consistía en que cada participante entraba en una habitación, en la cual había una parte que no inducía E-NJRE, mientras que había otra parte que sí era altamente probable la inducción de E-NJR. Entre los estímulos experimentales se encontraban una librería desordenada, una librería cuidadosamente ordenada, un lavabo sucio, una silla sin un apoyabrazos, una alfombra desaliñada y sucia, un escritorio con un cajón ligeramente abierto y otro cajón sin el tirador, un tablero de corcho con un póster torcido y clips desordenados, una papelería de reciclaje con trozos de papel en el suelo alrededor de la misma. Los participantes debían atender a cada uno de los 8 estímulos y apuntar su malestar (mediante una escala con un rango de 0 a 100), hasta qué punto tienen la necesidad de hacer algo en la habitación (cambiar, organizar o mover cosas) con una escala de respuesta cuyo rango era de 0-100, y si habían pensado en que algo malo podía suceder (miedo a las consecuencias). Además de la tarea experimentales, administraron cuestionarios que medían: síntomas obsesivo-compulsivos (OCI-R), sensación de inacabado y evitación del daño (OC-CDQ), tendencia al perfeccionismo (FMPS), simetría/orden (SOAQ), responsabilidad (RAS), preocupación patológica (PSWQ), ansiedad por la interacción social (SIAS) y

depresión (BDI). Para llevar a cabo los análisis, se dividió la muestra en dos grupos en función de la intensidad de las E-NJR autoinformadas. El primer grupo estaba compuesto por personas que puntuaban alto en la intensidad de las E-NJR (n=25). Por su parte, el segundo grupo estaba integrado por personas que tenían puntuaciones bajas en la intensidad de las E-NJR (n=25). Los resultados mostraron con experiencias NJR de alta intensidad, puntuaron significativamente más alto en el malestar asociado a los estímulos experimentales. No se encontraron diferencias entre los grupos en la fuerza de sus impulsos para cambiar, ordenar, o mover algo, ni tampoco en el miedo a las consecuencias en respuesta a los estímulos experimentales.

Por otro lado, también encontraron que la media del malestar producido por los estímulos experimentales no se asociaba de forma significativa con ningún constructo relevante del TOC. No obstante, la media del impulso para cambiar los estímulos experimentales mostró relaciones significativas con las medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y la dimensión de orden/simetría. Tampoco se encontraron asociaciones significativas entre las reacciones a los estímulos experimentales (malestar, impulso a cambiar) y las medidas de síntomas no-TOC (depresión, ansiedad social, worry). Una de las conclusiones a destacar es que las E-NJR inducidas experimentalmente no produjeron miedo a las consecuencias, lo cual es consistente con la idea de que existen compulsiones que no tienen como objetivo reducir la sensación de evitación del daño.

Otro trabajo que incluye metodología experimental fue el realizado por Mancini et al. (2008), en el cual indujeron la sensación de culpa y la sensación *not just right* a estudiantes universitarios, empleando para ello dos tareas diferentes. La inducción de la sensación *not just right* se llevó a cabo mediante la realización de una tarea de reorganización, en la cual los participantes debían reordenar cartas colocadas en un escritorio, empleando el mejor criterio de orden posible que ellos consideraban. Se les permitía hacer todos los cambios que querían y la tarea finalizaba cuando el participante lo decidía. Tras realizar la tarea, los participantes debían responder a un cuestionario diseñado para evaluar la sensación inducida, indicando si habían experimentado una experiencia *not just right* durante la tarea y el

nivel de intensidad de la misma. Los autores encontraron asociaciones significativas entre las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (evaluados con el Padua Inventory) y las E-NJR inducidas. Asimismo, observaron que la activación de los sentimientos de culpa incrementaba las E-NJR en adultos sin trastorno mental.

Más tarde, Whal, Salkovskis, y Cotter (2008) realizaron un estudio experimental con dos grupos de pacientes con TOC (uno con personas con síntomas de lavado, y otro con síntomas de otras dimensiones diferentes a la de lavado) y un grupo de personas sin trastorno mental. El experimento estaba relacionado con el lavado de manos, y contaba con tres fases que se correspondían con una entrevista semi-estructurada, cumplimentación de un cuestionario y una tarea experimental. En la entrevista semi-estructurada (la cual fue grabada en audio) se preguntaba a los participantes por dos situaciones en las que tuvieron que lavar sus manos: una en la que realmente sintieron la necesidad de lavarse las manos y otra en la que no sintieron la necesidad, pero igualmente se las lavaron por ser una costumbre social o por ser un hábito. En ambos casos se les pedía que imaginaran durante unos minutos el momento del lavado de manos y explicaran al experimentador paso a paso la secuencia del lavado. Asimismo, se animaba a los participantes a describir qué estaban pensando en ese momento, qué les parecía ser lo peor que podría haber ocurrido en caso de no lavarse las manos, cuánto tiempo creían que habían tardado lavándose las manos, y qué fue lo que los hizo iniciar el lavado. Finalmente, se les preguntaba la razón por la que habían decidido parar de lavarse las manos. Tras la entrevista, se pidió a los participantes que respondieran a un breve cuestionario para cada una de las dos situaciones que habían descrito en la entrevista. Este cuestionario incluía una lista de razones por las cuales las personas pueden decidir detener el lavado de manos. Cada participante debía indicar, mediante una escala visual análoga, cuán importante era cada razón. Finalmente, se llevaba a cabo la tarea experimental en la cual los participantes debían lavarse las manos dos veces. Los lavados se grabaron en video y también se controló el tiempo de duración de los mismos.

Los resultados mostraron que la duración del lavado se asociaba de forma significativa con el uso de criterios subjetivos empleados para detener el lavado de

manos y con el número de criterios que se tienen en cuenta. Además, los resultados revelaron que los pacientes con síntomas de lavado tuvieron más sensaciones internas y valoraron los criterios subjetivos como más importantes que los pacientes con TOC sin síntomas de lavado y que el grupo de personas sin trastorno mental. Los resultados también indicaron que los dos grupos clínicos utilizaron más criterios para tomar la decisión de detener el lavado que el grupo sin trastorno mental. Los autores concluyeron que los criterios subjetivos de referencia interna son importantes para la detención de un lavado compulsivo, y que los pacientes obsesivos emplean más cantidad de criterios para detener una conducta, que las personas sin problemas obsesivos.

Como ya se comentó brevemente, en 2009, Pietrefesa y Coles, realizaron un estudio con la finalidad de validar de forma conductual la separabilidad de las dimensiones de evitación del daño y la sensación de inacabado, empleando para ello una muestra de estudiantes universitarios (N=97). Los participantes tenían que realizar 6 tareas diseñadas para provocar conductas obsesivo-compulsivas. Las tareas que con más probabilidad estaban asociadas a consecuencias perjudiciales fueron: lavar platos sucios para prevenir que alguien enferme por una intoxicación alimentaria; revisar y clasificar viales con productos químicos peligrosos para prevenir el uso indebido y derrame de sustancias tóxicas; y revisar el currículum de un estudiante universitario que sería enviado a los empleadores potenciales, para prevenir que el estudiante pierda una oportunidad de trabajo debido a errores o negligencias en su currículum. En cuanto a las tareas que eran más probables de producir experiencias *not just right* o conductas perfeccionistas se encontraba: ordenar libros en una estantería; colgar fotos o retratos en la pared; y organizar el contenido de una papelería de reciclaje. Después de cada tarea, los participantes debían responder un formulario en el que se les pedía que puntuaran una serie de aspectos relacionados con la experiencia de realizar la tarea (ansiedad/nerviosismo; sensación desagradable/tensión; importancia de realizar la tarea para evitar que algo malo pueda ocurrir; importancia de realizar la tarea hasta conseguirla de forma correcta). Tras completar la totalidad de las tareas, los participantes respondían un

cuestionario de autoinforme que evalúa la sensación de inacabado y evitación del daño, entre otros síntomas.

Los resultados encontrados otorgan validez a la separabilidad de los constructos evitación del daño y sensación de inacabado, puesto que se asociaron a respuestas emocionales diferentes. La evitación del daño se asoció de forma significativa con la ansiedad y nerviosismo, y con el deseo de prevenir el daño experimentado durante las tareas conductuales. Por su parte, la sensación de inacabado correlacionó de forma significativa y moderada con la tensión y el malestar experimentado durante las tareas, y con las puntuaciones en el deseo de realizar las tareas perfectamente o hasta que estuvieran *just right*.

En 2011, Cogle, Goetz, Fitch y Hawkins, sugirieron que los pacientes con compulsiones de lavado tienen una tendencia a tener experiencias *not just right* de naturaleza no cognitiva, automática, las cuales influyen en la duración de los lavados. Otros habían sugerido previamente que la finalización de una conducta compulsiva de lavado podría ser un proceso cognitivo consciente, que implica una toma de decisión complicada y basada en criterios internos (Whal, Salkovskis, y Cotter (2008). Para probar su hipótesis, Cogle, Goetz, Fitch y Hawkins (2011), llevaron a cabo un estudio con una muestra de estudiantes universitarios, los cuales debían realizar dos tareas experimentales. La primera tarea tenía la finalidad de evaluar la ansiedad asociada a ciertos elementos contaminantes que pueden desencadenar las preocupaciones de lavado. En esta tarea la persona debían introducir las manos en una mezcla de tierra, grillos muertos y pelo de perro colocado en una caja de cartón. El nivel de ansiedad se evaluaba antes de introducir las manos en la mezcla, e inmediatamente después. A continuación, se llevaba al participante a una habitación para que procediera a lavarse las manos. El lavado de manos se grababa en video. La segunda tarea tenía como objetivo inducir experiencias *not just right* y fue realizada por un subconjunto de 45 personas. En esta tarea los participantes debían indicar su nivel de ansiedad, malestar y su impulso para ordenar una pila de elementos desordenados sobre una mesa (v.g. libros, lápices, bolígrafos, revistas). Además, se les

indicó que tenían el tiempo que consideraran para arreglar u ordenar el montón de elementos.

Los resultados mostraron que la intensidad de las experiencias *not just right* inducidas experimentalmente y evaluadas de forma retrospectiva emergieron como predictores significativos de la duración del lavado de manos. Asimismo, la ansiedad, el malestar y el impulso para ordenar como respuesta a la pila de elementos desordenados fueron predictores significativos de la duración del lavado de manos. A la luz de los resultados encontrados, los autores sugirieron que los pacientes con compulsiones de lavado tienen una tendencia a tener experiencias *not just right* de naturaleza no cognitiva, automática, las cuales influyen en la duración de los lavados. No obstante, previamente se había planteado que la finalización de una conducta compulsiva de lavado podría ser un proceso cognitivo consciente, que implica una toma de decisión complicada y basada en criterios internos (Whal, Salkovskis, y Cotter, 2008).

Posteriormente, Zor et al. (2011) llevaron a cabo un estudio con 39 pacientes con TOC con conductas ritualizadas y un grupo de personas sin trastorno mental. En el caso del grupo clínico, debían grabarse en casa llevando a cabo sus rituales. Los participantes no clínicos, debían grabarse haciendo la misma tarea que su análogo clínico (por ejemplo: limpiando la habitación).

Los autores observaron que un 75% de los pacientes con TOC llevaban a cabo actos adicionales a la consecución de una tarea, es decir, continuaban la actividad más allá de la finalización funcional de una tarea. Siendo además estos actos no funcionales ni necesarios para completar la tarea. El grupo no clínico también realizó actos no funcionales. Sin embargo, parece que en los pacientes con TOC estos actos son más largos en duración y en número. Según los autores “la sensación de inacabado pueda estar generada por un fallo en la señal de parada de una conducta, dando lugar a una repetición innecesaria y excesiva de actos. Estos actos no necesitan ser "funcionales", ya que son simplemente para producir alivio y reducir la desagradable sensación de inacabado”.

Posteriormente, Ghisi, Bottesi, Sica, Sanavio y Freeston (2013) examinaron la relación que se establecía entre las experiencias *not just right* y la ejecución en las tareas “go/no go”, tareas diseñadas para detectar déficits en la inhibición de respuestas. Para ello, contaron con un grupo de 22 personas diagnosticadas de TOC y otro con 22 personas sin trastorno mental, los cuales cumplimentaron un grupo de medidas autoinformadas (experiencias *not just right*, síntomas obsesivo-compulsivos, creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos, síntomas de ansiedad y depresión) y llevaron a cabo una tarea go/no go. En esta tarea, los participantes debían responder lo más rápido posible a un estímulo objetivo (go) mediante una respuesta motora simple (como por ejemplo, presionar un botón), y resistir el impulso de responder ante estímulos que no son el objetivo que se busca (no go). Las variables experimentales que se obtuvieron fueron: número de errores (por omisión o comisión) y los tiempos de reacción para responder (medidos en milisegundos). Los errores por comisión en este tipo de tareas se relacionan con los errores de la Comisión en la tarea Go / Nogo generalmente se consideran un índice de poco control de inhibición motor.

Los resultados mostraron que el grupo clínico cometió significativamente más errores por comisión que las personas sin trastorno mental, pero no hubo diferencias entre los grupos en relación a los errores por omisión. Asimismo, las experiencias *notjustright* autoinformadas predijeron un porcentaje de la varianza de los tiempos de reacción. Los autores afirman que “este estudio aporta evidencias de que las experiencias *not just right* pueden tener un papel en la lentitud que muestran los pacientes con TOC en la ejecución de las tareas “go/ no go”.

Por último, Coughle, Fitch, Jacobson, y Lee (2013) se interesaron por el estudio de la relación entre la sensación de inacabado y la conducta compulsiva de comprobación. Intentaron examinar las relaciones mediante tres estudios en los que se emplearon tareas en vivo. Estos autores encontraron que los síntomas de comprobación se asociaban únicamente con la sensación de inacabado inducida. Además, la sensación de inacabado predijo la necesidad de comprobar. Los resultados

derivados de este trabajo señalan a la sensación de inacabado como un factor importante en la comprobación compulsiva.

Otros estudios experimentales han hallado relaciones significativas entre la sensación de inacabado y la necesidad de simetría (Summerfeldt, Gilbert y Reynolds, 2015) y algunas dominios de perfeccionismo (Summers, Fitch, y Cogle, 2014).

6.2 Otros estudios

La mayoría de las investigaciones relacionadas con la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* se han llevado a cabo mediante la evaluación retrospectiva de las mismas con sus respectivos cuestionarios. Estos se han centrado en explorar las relaciones con los síntomas obsesivo-compulsivos (Coles et al., 2003; Cogle et al., 2013; Sica et al., 2012), las asociaciones que mantienen con constructos como el perfeccionismo (Coles et al., 2003; Moretz y McKay, 2009) o intolerancia a la incertidumbre (Botessi, Ghisi, Sica y Freeston, 2017). Asimismo, se han realizado estudios con familiares (Sica et al., 2013) y otros en los que se ha explorado la especificidad de la relación entre las experiencias y la sintomatología TOC (Fergus, 2013; Ghisi, Rocco, Marchetti, Sanavio y Sica, 2010, Taylor et al., 2014). Los principales resultados de estos estudios se incluirán de forma más detallada en las discusiones de los estudios que se presentan a continuación en el marco empírico.

7. INSUFICIENCIAS EN LA INVESTIGACIÓN

Sensación de inacabado y experiencias *not just right* en el modelo cognitivo y sistemas de clasificación

Las aproximaciones cognitivo-conductuales a la explicación del TOC están centradas fundamentalmente en los modelos de la evitación del daño. En el caso del TOC esto se traduce en que las compulsiones están principalmente motivadas por la evitación o prevención del daño. Sin embargo, la investigación y la práctica clínica muestran que existen otras motivaciones subyacentes a los síntomas obsesivo-

compulsivos. La literatura es muy escasa respecto a esta limitación que plantean los modelos antes mencionados. Del mismo modo, tampoco en los criterios diagnósticos actuales del TOC se incluyen estas experiencias, lo que puede estar produciendo que en muchos casos no sean consideradas para el tratamiento, probablemente reduciendo la efectividad del mismo.

Por tanto, la incorporación de dichas variables tanto a los modelos explicativos como a los sistemas de clasificación favorecería el conocimiento de las mismas, así como el interés en la evaluación y tratamiento de las mismas, reduciendo así la probabilidad de llevar a cabo intervenciones inadecuadas.

Intervención en sensación de inacabado y experiencias *not just right*

Una de las primeras propuestas de intervención fue la realizada por Summerfeldt (2004, 2007). En su trabajo, centrado en la comprensión y tratamiento de la SI en el TOC, explica detalladamente que el tratamiento del cual se beneficiarían los pacientes con TOC que manifiesten SI debe basarse en el enfoque cognitivo-conductual. No obstante, subraya la necesidad realizar adaptaciones de los principios tradicionales de dicho enfoque, sobre todo, en los que subyacen al componente cognitivo.

Por lo que se refiere al componente conductual, la autora plantea que al igual que la ansiedad en el TOC, la SI debe tratarse mediante la habituación, a sabiendas que la SI no es una respuesta condicionada, sino que es generada internamente. Esta habituación se llevaría a cabo mediante la técnica de la EPR. El componente conductual es, según Summerfeldt, lo esencial del tratamiento de la SI.

Por su parte, para explicar las adaptaciones que la autora propone en el componente cognitivo, hay que tener presente que Summerfeldt considera que la SI es una manifestación de una alteración sensorial afectiva. Según la autora, aunque la alteración sensorial afectiva es primaria, la interpretación de la experiencia tiene implicaciones en las conductas y respuestas emocionales que le siguen. Por tanto,

propone examinar las interpretaciones sobre las experiencias emocionales internas de los pacientes, y no de los estímulos externos. Según afirma, sería conveniente ayudar a la persona a cambiar el valor subjetivo que le otorga a la SI.

Además, Summerfeldt propone que en el caso de los pacientes con TOC con SI, las cogniciones (creencias y valoraciones disfuncionales) serían resultado de una condición patológica más básica. Esta consideración se diferencia de lo que aseguran los modelos cognitivo conductuales tradicionales, los cuales otorgan el papel principal a las cogniciones. Por tanto, si se parte de la idea que en los casos con SI la alteración sensorio-afectiva es primaria, entonces, las cogniciones deben considerarse consecuencia y no causa de dicha alteración primaria. Según la autora, la alteración sensorio-afectiva serviría como disparador y motivador de conductas patológicas y dicha característica explicaría por qué las técnicas de reestructuración cognitiva tradicional centradas en las modificaciones de las creencias nucleares disfuncionales no son especialmente útiles para los pacientes cuyos síntomas responden a la SI.

Por otro lado, Schubert, Ravid y Coles (2016) presentaron una intervención en un caso de TOC infantil (9 años), caracterizado por la presencia de obsesiones agresivas hacia otros, acompañadas de conductas de comprobación. Asimismo, la paciente presentaba síntomas que no estaban asociados con el miedo a las consecuencias, sino a E-NJR. Basándose en las aportaciones de Summerfeldt (2014, 2007) sobre la intervención en SI (antes comentadas), Schubert, Ravid y Coles llevaron a cabo exposiciones centradas en las emociones y a los estados emocionales generados internamente. Para ello, diseñaron exposiciones para inducir las E-NJR y dejar que naturalmente desaparezcan, y se combinaron con exposiciones dirigidas a eliminar los pensamientos intrusos de daño. En su trabajo, los autores incluyen una descripción detallada del desarrollo de las sesiones, así como de las tareas o ejercicios llevados a cabo por la paciente. La eficacia de la intervención fue evaluada por un asesor independiente antes y después. Los autores revelaron que tras la intervención se produjo una importante reducción de la gravedad de la sintomatología TOC (CYBOCS; Child Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale Inventory pre=28; CYBOCS

post=1) y de los síntomas obsesivo-compulsivos (OCI-CV; Obsessive-Compulsive Inventory Child Version pre=28; OCI-CV post=0) y de depresión (CDI; Child Depression Inventory pre=15; CDI post=8).

Más recientemente, Coles y Ravid (2016) llevaron cabo un estudio con 19 pacientes con TOC (adultos), en el que exploraron los cambios en las E-NJR y SI tras una intervención con terapia cognitivo-conductual basada en EPR. El tratamiento fue ligeramente modificado, de manera que estuviera dirigido hacia síntomas motivados por E-NJR (por ejemplo, se llevaron a cabo exposiciones centradas en las E-NJR). El tratamiento tuvo una duración de entre 14 y 17 sesiones, y se destinaron a la evaluación, psicoeducación (en TOC y terapia cognitivo-conductual), aplicación de la EPR, mantenimiento de los logros conseguidos y prevención de recaídas. Cabe añadir que no se especifican más datos relacionados con las técnicas empleadas en la intervención. Las autoras observaron que tras la finalización de la terapia se produjo una disminución significativa en el número E-NJR, así como una reducción significativa del malestar asociado a las E-NJR.

Las investigaciones realizadas durante los últimos 10 años apoyan la relevancia que tienen la SI y las E-NJR en el TOC. No obstante, es evidente que existen escasos estudios sobre este aspecto. Sin embargo, los resultados de algunos estudios que muestran insuficiencias del tratamiento cognitivo-conductual en determinados casos (v.g. pacientes resistentes, pacientes sin predominio de creencias obsesivas), de forma indirecta nos da la pauta de la necesidad de modificar esta intervención, al menos en aquellos casos en los que las técnicas estándares no son de gran ayuda.

En suma, hasta el momento lo que se puede concluir al respecto al tratamiento para los pacientes con síntomas asociados a E-NJR y SI, es que podrían beneficiarse (mayormente) de una intervención basada en tareas conductuales dirigidas a la habituación de las experiencias sensoriales/emocionales desagradables. Asimismo, el tratamiento basado en EPR que no emplea técnicas de reestructuración cognitiva se ha comprobado que es eficaz en el tratamiento de los Trastornos de tics (Verdellen, Keijsers, Cath, y Hoogduin, 2004). Por este motivo, puede ser trasladado a la SI y las

E-NJR, dado que estos fenómenos son muy similares a las sensaciones que preceden a los tics (Leckman, Walker, Goodman, Pauls, y Cohen, 1994; Miguel et al., 1997, 2000).

8. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La sensación de inacabado y las experiencias *not right* son conceptos que comparten origen conceptual histórico y que han sido retomados para su estudio en relación con el TOC. Según la literatura, la SI y las E-NJR son fenómenos diferentes: el primero se postula como una variable motivadora de los síntomas obsesivo-compulsivos, y el segundo representa una experiencia subjetiva en sí misma, también vincula al TOC. Las investigaciones muestran que estas variables son importantes en el TOC. Sin embargo, los resultados no son del todo concluyentes en torno a la especificidad de las relaciones, las asociaciones con determinadas dimensiones de síntomas, y el papel que tienen en la explicación de la sintomatología, es decir, como variables implicadas en la etiología del TOC.

A pesar del potencial papel motivador de estas experiencias, hasta el momento, los modelos teóricos no han incluido en sus explicaciones estas experiencias. Aunque se intuye en el caso de las E-NJR, los autores la describen como muy similar a una intrusión, capaz de ser valorada por la persona y por tanto, reforzada y perpetuada como se explicó en los supuestos del modelo cognitivo. Tampoco están reflejadas en los manuales de clasificación diagnóstica.

El estudio de la SI y las E-NJR supone una interesante área de conocimiento, puesto que hay hechos que prueban que la evitación del daño no es la única variable motivacional que explica la sintomatología. Uno de esos hechos es la exclusión del TOC de la categoría de los trastornos de ansiedad. Como se ha comentado en el capítulo anterior, en la última edición del DSM, el TOC está agrupado a un grupo de trastornos cuyo principal denominador común es la compulsión, que muchas veces está ligada a una irrefrenable necesidad de hacer algo, que en muchos casos finaliza con el fracaso en la inhibición de la conducta.

En la medida que estas experiencias sean relevantes para explicar la sintomatología TOC, no tenerlas en cuenta en la evaluación y en el tratamiento, repercutirá de forma negativa sobre la persona que padece un TOC. Conocer los aspectos más importantes que subyacen los síntomas de un determinado paciente, nos permite diseñar un tratamiento adecuado para ese paciente.

MARCO EMPÍRICO

1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Es indiscutible que la investigación en el campo del TOC ha crecido de forma exponencial durante los últimos 20 años, y se han producido avances significativos en el conocimiento de la etiología, mantenimiento y tratamiento de este trastorno. Sin embargo, la investigación no es capaz de responder a una serie de limitaciones con las que nos enfrentamos diario en la práctica clínica. En este sentido, no es infrecuente encontrarse con pacientes con TOC cuya sintomatología no parece estar motivada por la evitación del daño o miedo a las consecuencias temidas. Asimismo, algunos autores han observado que un porcentaje no desdeñable de pacientes con TOC presenta creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos de una intensidad baja o poco disfuncional. Además, tenemos conocimiento de que algunos pacientes con TOC no se benefician del tratamiento cognitivo, y/o muestran importantes tasas de recaídas.

Estas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de examinar otros constructos que posiblemente no han recibido suficiente atención en el campo de la investigación y que pueden aportar algo de luz en la búsqueda de respuestas a las mencionadas limitaciones. Pero además, el estudio de “nuevas” variables contribuye ineludiblemente a ahondar en los entresijos de esta patología tan heterogénea como es el TOC, permitiendo desentrañar las complejidades relacionadas con la sintomatología obsesivo-compulsiva.

En este contexto, pues, surge el estudio de las variables que se han propuesto como factores motivacionales y/o mantenedores de los síntomas característicos del TOC: la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*. Los resultados prometedores, así como las inconsistencias e insuficiencias en los resultados derivados de las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento, justifican el análisis de estas variables en un nivel más profundo.

2. OBJETIVOS GENERALES

El recorrido y análisis de los estudios relacionados con la SI y las E-NJR que se han desarrollado en el capítulo anterior dedicado al marco teórico, han generado preguntas de investigación que se han materializado en los objetivos que se presentan a continuación.

Objetivo 1: Explorar las asociaciones que se establecen entre sensación de inacabado (SI), experiencias *Not Just Right (E-NJR)*, síntomas (obsesivo-compulsivos y no obsesivo-compulsivos), y otras variables psicológicas en población general.

Objetivo 2: Examinar las relaciones que se establecen entre sensación de inacabado (SI), experiencias *Not Just Right (E-NJR)*, síntomas (obsesivo-compulsivos y no obsesivo-compulsivos), y otras variables psicológicas en pacientes con TOC.

Objetivo 3: Estudiar desde una perspectiva experimental la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* en un grupo de estudiantes universitarios y un conjunto de pacientes con TOC.

Para la consecución de estos objetivos se han llevado a cabo 3 estudios (uno por cada objetivo) y que se presentarán a lo largo de las siguientes páginas. Una parte de los resultados de estos estudios ha sido objeto de publicación en revistas especializadas (Belloch et al., 2016; Fornés et al., 2016; Fornés-Romero y Belloch, 2017).

Esta Tesis doctoral está centrada fundamentalmente en la exploración del papel que juegan la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* en el TOC. No obstante, dado que la dimensión de evitación del daño muestra una correlación elevada con la variable sensación de inacabado, también será incluida en los análisis y comentada en los resultados de los diferentes estudios.

ESTUDIO 1

**Asociaciones entre sensación de inacabado (SI),
experiencias *not just right* (E-NJR), síntomas (obsesivo-
compulsivos y no obsesivo-compulsivos), y otras variables
psicológicas en población general¹**

¹ Parte de los datos de este estudio han sido publicados en Fornés, G., Ruiz-Fernández, M.A, y Belloch, A. (2016). Sensación de inacabado y experiencias “not just right” como motivadoras de los síntomas obsesivo-compulsivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 105-118.

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos²

Objetivo 1: Examinar la prevalencia de la SI evaluada mediante el *Obsessive-Compulsive Core Dimension Questionnaire (OCCDQ)* y las E-NJR medidas con el *Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised (NJREQ-R)* en personas procedentes de la población general.

Objetivo 2: Estudiar las relaciones entre SI, E-NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos. Este objetivo se concreta en los siguientes:

Subobjetivo 2.1. Analizar las asociaciones entre las medidas autoinformadas de SI y E-NJR.

Subobjetivo 2.2. Examinar las correlaciones entre SI, E-NJR y dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (*OCI-R; Obsessive Compulsive Inventory – Revised*), así como la capacidad predictiva/explicativa de SI y E-NJR sobre esas dimensiones

Subobjetivo 2.3. Analizar las relaciones entre SI, E-NJR y la escala de síntomas *Just Right (VOCI; Vancouver Obsessional Compulsive Inventory)*.

Subobjetivo 2.4. Analizar las diferencias en SI y E-NJR entre un grupo de personas con alto riesgo de padecer TOC y otro grupo de personas con bajo riesgo de sufrir dicho trastorno.

Objetivo 3: Examinar las relaciones entre SI, E-NJR y los síntomas no-obsesivo compulsivos, específicamente: depresión, ansiedad, estrés (*DASS-21; Depression, Anxiety, Stress Scales – 21*), tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo (*PSWQ; Penn State Worry Questionnaire*), y afecto positivo y negativo (*PANAS; Positive and Negative Affect Schedule*).

²La descripción de los cuestionarios que se mencionan en este apartado se encuentra en el punto 4, Instrumentos.

Objetivo 4: Estudiar las relaciones entre SI, E-NJR y variables psicológicas teóricamente relevantes en la psicopatología del TOC: creencias disfuncionales (*ICO-R; Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado*), perfeccionismo (*FMPS; Frost Multidimensional Perfectionism Scale*), e intolerancia a la incertidumbre (*IUS; Intolerance of Uncertainty Scale*).

Subobjetivo 4.1. Explorar la contribución de la SI y las E-NJR en la explicación de los síntomas obsesivo-compulsivos, controlando el efecto de las creencias disfuncionales, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la evitación del daño.

1.2. Hipótesis

Sobre la base de la literatura revisada en la introducción y de los objetivos enunciados, nos planteamos las siguientes hipótesis:

- La SI y las E-NJR serán experimentadas por un alto porcentaje de la población general.
- Las medidas autoinformadas de la SI y las E-NJR mostrarán asociaciones positivas entre sí.
- La SI y las E-NJR se asociarán positivamente con las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, si bien el tamaño de la asociación será significativamente mayor con los síntomas de orden y comprobación, que con el resto de síntomas.
- La asociación entre SI, las E-NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos (puntuación total OCI-R) se mantendrá tras controlar el peso relativo de los síntomas de depresión, ansiedad, estrés, worry, y afecto negativo.
- La SI y las E-NJR tendrán un peso importante en la explicación de los síntomas obsesivo-compulsivos.

2. PARTICIPANTES

2.1 Criterios de inclusión

Los participantes de este estudio debían tener una edad comprendida entre 18 y 60 años, y poseer las adecuadas habilidades de comprensión lectora para responder tanto a las instrucciones sobre la correcta forma de completar cada instrumento, como a los ítems que forman cada uno de estos. Asimismo, no debían haber recibido ningún diagnóstico de trastorno mental, o estar bajo tratamiento psicológico o psicofarmacológico en el último año.

2.2 Participantes

Para la realización de este estudio se contó con la participación de 267 personas procedentes de la población general, de las cuales el 74,5% eran mujeres. La edad media de los participantes fue de 27,29 años ($DT=11,79$; rango=18-60 años) y la mayoría estaba soltero en el momento del estudio (73,4%). Finalmente, el 80,9% de la muestra tenía estudios universitarios y un 67,4% informó un nivel socio-económico medio.

3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El presente estudio se llevó a cabo gracias a la participación voluntaria de estudiantes del grado de Psicología procedentes de la Universidad de Valencia y de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)³.

La participación de los estudiantes de la Universidad de Valencia consistía en la asistencia a un seminario de investigación a cargo de la autora de este trabajo, y contaba con la supervisión de la directora del mismo (Prof.^a Dra. A. Belloch). En dicho

³La autora expresa su agradecimiento a la colaboración de la Prof.^a Dra. D.^a M.^a Ángeles Ruiz, Prof. Titular de la UNED, que facilitó la recogida de información entre los estudiantes de esa Universidad.

seminario, se exponían los aspectos teóricos en los que se enmarcaba la investigación: sensación de inacabado y experiencias *not just right* en el TOC. En esta sesión, además, se realizaba una descripción de los instrumentos que componían el protocolo de evaluación, y a continuación, los asistentes debían cumplimentar estos cuestionarios con el fin de solventar posibles dificultades o dudas. Estos datos no fueron incluidos en los análisis que se presentan en este estudio. Finalmente, se pedía a los participantes que administraran el protocolo completo de instrumentos de forma individualizada y anónima a cuatro familiares y/o amigos. Se remarcó la importancia de que la administración de los cuestionarios la realizara el/la propio/a estudiante.

En el caso de los estudiantes de la UNED, estos completaron el mismo protocolo de instrumentos que el grupo anterior, pero mediante el empleo del programa *SurveyMonkey* (programa cuya finalidad es la creación de encuestas y cuestionarios online). Así, los estudiantes recibieron, a través de sus correos electrónicos, un link que les permitía acceder y completar el protocolo. Sus respuestas son enviadas automáticamente a una base de datos conjunta.

El orden de administración de los instrumentos se balanceó aleatoriamente para configurar los protocolos. Todos los participantes de este estudio firmaron un consentimiento informado en el que aceptaban participar de forma voluntaria y daban su conformidad para la utilización de los datos derivados de la colaboración, siempre salvaguardando su identidad. Asimismo, el estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad de Valencia.

4. INSTRUMENTOS

A continuación, se incluye la descripción de los diferentes instrumentos utilizados en este trabajo, agrupados en categorías. Todos los cuestionarios pueden consultarse en la sección *Anexos*.

a) Variables centrales del estudio: SI y E-NJR

Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo Compulsivas (*Obsessive - Compulsive Core Dimensions Questionnaire, OCCDQ*; Summerfeldt, Kloosterman, Antony y Swinson, 2014). Este autoinforme evalúa dos dimensiones que se proponen como motivadores de los síntomas del TOC: Evitación del daño (*Harmavoidance*) y Sensación de inacabado (*Incompleteness*). Está formado por 20 ítems con una escala de respuestatipo Likert de 5 puntos, que oscila entre 0 (nunca) y 4 (siempre). Los estudios que han empleado este instrumento han encontrado que sus dimensiones alcanzan altos valores de consistencia interna (Coles et al., 2005; Cogle, Fitch, Jacobson, y Lee, 2013; Ecker y Gönner, 2008; Pietrefesa y Coles, 2008). La validación de su estructura factorial en población española, llevada a cabo por Carrasco y Belloch (2013), mostró excelentes índices de consistencia interna para sus dimensiones. En el presente estudio, estos índices también resultaron elevados; obteniendo la subescala de Evitación del daño un valor de $\alpha = 0,89$, y la subescala de Sensación de inacabado $\alpha = 0,88$.

Cuestionario Revisado de Experiencias “not just right” (*Not Just Right Experiences Questionnaire - Revised, NJREQ-R*; Coles et al., 2005). Este cuestionario mide el número de experiencias NJR que una persona ha experimentado el último mes y la gravedad de la experiencia NJR más reciente. Consta de 19 ítems. Los primeros 10 ítems corresponden a una lista de experiencias NJR a partir de la cual la persona debe informarse si le ha ocurrido o no (mediante escala de respuesta dicotómica). La suma de las experiencias NJR conforman la escala *número*. En el ítem 11, la persona debe indicar la experiencia NJR de la lista previa que le ha ocurrido más recientemente y, en el ítem 12, cuándo sucedió (de 1= en las últimas horas a 4= en el último mes). Los últimos 7 ítems constituyen cuestiones relacionadas con la experiencia NJR más reciente. Mediante una escala de 7 puntos (entre 1=nada a 7=extremadamente) la persona debe valorar esa experiencia en base a la frecuencia con que le ocurre, intensidad con que la experimenta, malestar inmediato y malestar posterior que le produce cuando la experimenta, rumiación y/o dificultad de eliminarla, impulso o necesidad de hacer algo, y responsabilidad de hacer algo con esa experiencia NJR. La suma de estas dimensiones constituye la escala de *gravedad*.

El instrumento ha mostrado adecuada validez convergente y discriminante, así como buenos índices de consistencia interna (Coles et al., 2003, 2005; Cogle et al., 2011; Sica et al., 2012). En el presente estudio, la escala de número obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0,59$, mientras que el valor para la escala de gravedad fue de $\alpha = 0,86$. La traducción al español y validación del instrumento en población española fue llevada a cabo por de Carrasco y Belloch (2013).

b) Psicopatología obsesivo-compulsiva

Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado (*Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R*; Foa et al., 2002). Es un autoinforme de 18 ítems que evalúa el malestar asociado a los síntomas obsesivos-compulsivos. Su escala de respuesta oscila entre 0 (ausencia de malestar) y 4 (muchísimo malestar). Se puede obtener una puntuación total de la escala, o puntuaciones individuales para cada una de las siguientes subescalas de síntomas obsesivo-compulsivos: lavado (ítems 5, 11 y 17), comprobación (ítems 2, 8, 14), orden (ítems 3, 9, 15), obsesiones (ítems 6, 12, 18), acumulación (ítems 1, 7, 13) y neutralización (ítems 4, 10, 16). En este trabajo, el índice de consistencia interna para la escala total fue de $\alpha = 0,88$, y para las dimensiones de síntomas se obtuvieron valores entre $\alpha = 0,56$ y $\alpha = 0,81$. Este cuestionario ha sido validado en población española, tanto adulta (Fullana et al. 2005; Malpica, Ruiz, Godoy y Gavino, 2009) como adolescente (Piqueras Rodríguez et al., 2009), además de en población clínica de TOC por el grupo en el que se enmarca este trabajo (Belloch, Roncero, García-Soriano, Carrió, Cabedo, y Fernández-Álvarez, 2013).

Inventario obsesivo compulsivo de Vancouver (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, VOCI*; Thordarson et al., 2004). Este instrumento evalúa síntomas obsesivo-compulsivos y está compuesto por 55 ítems con una escala de respuesta tipo Likert (0 = en absoluto, 4 = muchísimo). Los ítems se agrupan en las siguientes 6 escalas: contaminación (12 ítems), comprobación (6 ítems), obsesiones (12 ítems), acumulación (7 ítems), "just right" (12 ítems) e indecisión (6 ítems). En este trabajo sólo se emplearon los ítems correspondientes a la escala "just right".

Dicha escala obtuvo una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0,84$). La validación en español de este instrumento fue realizada por Nogueira Arjona et al. (2009) en dos muestras de población no clínica, mostrando adecuadas propiedades psicométricas.

c) Psicopatología no obsesivo-compulsiva

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (*Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995*). Este cuestionario evalúa conjuntamente síntomas de depresión, ansiedad y estrés en adultos. Está compuesto por 21 ítems y con una escala de respuesta de 4 puntos (de 0 = nunca, no me pasó, a 3 = casi todo el tiempo). En este estudio, se empleó la validación española realizada por Bados, Solanas y Andrés (2005) y los valores de consistencia interna obtenidos para las tres subescalas fueron los siguientes: depresión ($\alpha = 0,80$), ansiedad ($\alpha = 0,70$) y estrés ($\alpha = 0,76$).

Inventario de Preocupación de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990*). Este autoinforme evalúa la tendencia a preocuparse de forma excesiva por diferentes aspectos de la vida cotidiana. Está formado por 16 ítems con una escala de respuesta tipo Likert (de 1 = nada típico en mí, a 5 = muy típico en mí). La consistencia interna obtenida con la muestra de este estudio fue muy elevada, alcanzando un valor de $\alpha = 0,90$. La validación española en población no clínica de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao (2009), ha demostrado que el instrumento posee buena consistencia interna y fiabilidad test-retest.

Escalas PANAS (*Positive and Negative Affect Schedules, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988*). Este cuestionario autoinformado evalúa las dimensiones de afecto positivo y afecto negativo. Consta de 20 ítems, 10 de los cuales corresponden a la escala de afecto positivo y 10 a la escala de afecto negativo. La versión empleada en este trabajo es la validada en población española por Sandín et al. (1999), quienes confirmaron que la estructura dimensional del instrumento es robusta y estable. La

consistencia interna encontrada para las dos escalas en este estudio fueron de $\alpha = 0,67$ para el afecto positivo, y $\alpha = 0,86$ para el afecto negativo.

d) Otras variables psicológicas

Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado (ICO-R; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003). Este instrumento evalúa las creencias disfuncionales postuladas como relevantes en la explicación del desarrollo y/o mantenimiento del TOC. Está formado por 50 ítems y la escala de respuesta es tipo Likert cuyos valores que oscilan entre 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (completamente de acuerdo). Pueden obtenerse 8 escalas, correspondientes con el tipo de creencia: responsabilidad excesiva, importancia de los pensamientos, fusión pensamiento acción-probabilidad; fusión pensamiento acción-moral; importancia de controlar los pensamientos; sobreestimación del peligro o la amenaza; intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo. En este estudio la consistencia interna hallada para la puntuación total de la escala fue elevada: $\alpha = 0,94$; y el rango de valores para las subescalas antes mencionadas se situó entre $\alpha = 0,71$ y $0,82$.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (*Frost Multidimensional Perfectionism Scale*, FMPS; Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990). Es un instrumento compuesto por 35 ítems con escala de respuesta cuyo rango va desde 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Los ítems se agrupan en las siguientes seis dimensiones: Exigencias personales, preocupación por los errores, dudas sobre las acciones, expectativas parentales, críticas paternas y organización. En este estudio, el coeficiente de fiabilidad encontrado para la escala total alcanzó un valor de $\alpha = 0,92$. Por su parte, el rango de valores para las subescalas fue de $\alpha = 0,72$ a $\alpha = 0,88$. La validación española en población general fue llevada a cabo por Carrasco, Belloch y Perpiñá (2010).

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (*Intolerance of Uncertainty Scale*, IUS; Freston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994). Es un instrumento constituido por 27 ítems y escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = no es nada

típico en mí, no me caracteriza nada; 5 = es totalmente típico en mí, siempre me sucede así). La versión en español traducida y adaptada por Carrasco (2005) es la que se ha empleado en este estudio. Asimismo, el índice de consistencia interna hallado con la presente muestra fue elevado ($\alpha = 0,93$).

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La totalidad de los análisis estadísticos que se presentan en este estudio se realizaron mediante el empleo del paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows.

Se empleó un valor de alfa de 0,05 (bilateral) para todas las pruebas estadísticas. Los tamaños del efecto d de Cohen (Cohen, 1988) fueron calculados para las pruebas t , siguiendo el siguiente criterio: pequeño (0,2), mediano (0,5) o grande (0,8). Asimismo, los tamaños del efecto (η^2) se calcularon siguiendo el criterio de Kinnear y Gray (2009) que establece que los efectos pueden ser pequeños ($\eta^2 \leq 0,06$), medianos ($\eta^2 =$ entre 0,06-0,14) y grandes ($\eta^2 \geq 0,14$). Además, se aplicó el procedimiento de Greenhouse-Geisser para la corrección de los grados de libertad para preservar la hipótesis de esfericidad. Por su parte, el cálculo de las diferencias entre dos coeficientes de correlación se realizó mediante el estadístico Fisher para la transformación de r en z .

6. RESULTADOS

Los resultados se presentarán en el orden en que fueron expuestos los objetivos.

6.1 SI y E-NJR: Estadísticos descriptivos

6.1.1. Sensación de inacabado

En la Tabla 1, se presentan los estadísticos de tendencia central obtenidos en cada uno de los ítems que conforman la escala de la sensación de inacabado (OCCDQ).

Tabla 1. Estadísticos de tendencia central de los ítems de la escala de SI del OCCDQ

Nº de ítem	Descripción de la sensación de inacabado	M (DT)
2	Siento que debo hacer las cosas de una manera fija aunque puede costarme explicar esa manera con palabras.	0,99 (0,96)
4	Me molesta la sensación de que las cosas son imperfectas (por ejemplo pertenencias, ideas o tareas que hay que hacer).	1,24 (1,03)
6	Si no hago las cosas de una forma determinada no me siento bien.	1,30 (1,04)
8	Me siento forzado a repetir o prolongar actividades o tareas hasta que me parecen “completamente correctas”.	1,14 (1,03)
10	Las actividades rutinarias me llevan más tiempo de lo que deberían porque no me parece que estén perfectamente acabadas.	0,86 (0,91)
12	Pierdo mucho tiempo intentando que las cosas me salgan “completamente correctas”.	1,27 (1,06)
14	No hay nada como la sensación que tengo cuando por fin se completa algo satisfactoriamente.	2,63 (0,85)
16	Soy muy quisquilloso/o acerca de qué apariencia deben tener las cosas o cómo deben hacerse.	1,61 (0,99)
18	Me cuesta mucho tiempo sentirme seguro/a acerca de ciertas cosas.	1,40 (0,96)
20	Sé que he hecho algo bien cuando tengo una determinada sensación interior.	2,16 (1,03)

Como se observa en la tabla anterior, la media más elevada corresponde al ítem 14, seguido del ítem 20.

Por otro lado, cabe destacar que la media de la puntuación total en SI ($M = 14,60$; $DT = 6,87$) fue significativamente mayor ($t_{(266)} = 13,66$; $p = 0,000$; $d = 0,84$) que la puntuación media obtenida en la otra subescala del cuestionario, evitación del daño ($M = 10,11$; $DT = 6,69$). Asimismo, el rango de puntuaciones totales obtenidas para la SI osciló entre 2 y 36, y entre 0 y 34 para la evitación del daño. Estos datos indican que todos los participantes informaron tener algunas de las experiencias que conforman la subescala de sensación de inacabado, mientras que el 3,7% de la muestra ($n = 10$) no experimentó ninguna de las condiciones que se incluyen en la subescala de evitación del daño.

En cuanto a las diferencias de género, si bien la media obtenida por los hombres en SI ($M = 14,90$; $DT = 5,97$) fue mayor que la alcanzada por las mujeres ($M = 14,50$;

$DT = 7,17$), la diferencia no fue significativa ($t_{(265)} = 0,41$; $p = 0,68$). Tampoco fueron significativas las diferencias entre hombres ($M = 11,29$; $DT = 6,64$) y mujeres ($M = 9,71$; $DT = 6,68$) en evitación del daño ($t_{(265)} = 1,69$; $p = 0,09$).

Finalmente, cabe señalar que ninguna de las dos escalas mostró asociaciones significativas con la variable edad, siendo estos valores negativos y muy bajos (Sensación de inacabado: $r = -0,082$; Evitación del daño: $r = -0,034$).

6.1.2. Experiencias *not just right*

En cuanto al número o cantidad de E-NJR sólo 24 personas informaron no haber tenido alguna E-NJR durante el último mes. Por lo tanto, el 91% de los participantes ha tenido al menos una E-NJR durante ese período temporal. Además, la media para la muestra fue de 3,08 ($DT = 2,03$) experiencias NJR. Los datos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Número total y porcentaje de E-NJR tenidas por los participantes

Nº de E-NJR	N	%
0	24	9,0
1	46	17,2
2	43	16,1
3	48	18,0
4	36	13,5
5	40	15,0
6	20	7,5
7	4	1,5
8	2	0,7
9	2	0,7
10	2	0,7

De la lista de experiencias NJR que incluye el cuestionario, las más informadas por parte de los participantes fueron la número 1 (reportada por el 53,2%) y la número 6 (51,7%), mientras que la menos experimentada fue la número 8, siendo informada sólo por 10 personas (ver Tabla 3).

Tabla 3. Número y porcentaje de personas que seleccionaron cada una de los tipos de E-NJR de la lista

Nº ítem	Experiencia NJR	n	%
1	Después de vestirme, he tenido la sensación de que parte de mi ropa (etiquetas, cuellos, perneras de los pantalones, etc.) me molestaba.	142	53,2
2	Al guardar un libro en la estantería, he tenido la sensación de que no se veía del todo bien entre los otros libros.	36	13,5
3	Al cerrar la puerta de casa, he tenido la impresión de notar que el cierre de la puerta no encajaba perfectamente.	80	30
4	Al doblar la ropa he tenido la sensación de que no tenía la apariencia que debería tener la ropa doblada.	104	39
5	Al escribir algo, me ha dado la sensación de que las palabras no tenían el aspecto exacto que yo pretendía.	125	46,8
6	Al hablar con gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban del todo bien.	138	51,7
7	Al organizar mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y otras cosas no tenían un aspecto totalmente correcto.	89	33,3
8	Al meter una factura o una carta en el buzón, he tenido la sensación de que la manera en que introducía el sobre en el buzón y cerraba la tapa no era del todo correcta.	10	3,7
9	Después de lavarme las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que se sienten las manos limpias.	36	13,5
10	Al colgar un cuadro en la pared, he tenido la sensación de que no quedaba del todo bien.	57	21,3

En relación a la experiencia NJR más reciente, como se puede comprobar en la Tabla 4, la experiencia NJR elegida por mayor número de personas fue la que corresponde con el ítem 6 (23,2%) seguida de la experiencia NJR descrita en el ítem 1 (22,7%).

Tabla 4. Número y porcentaje de personas que seleccionaron las E-NJR más recientes

Nº ítem	N	%
1	53	22,7
2	5	2,1
3	18	7,7
4	25	10,7
5	42	18,0
6	54	23,2

7	15	6,4
8	2	0,9
9	10	4,3
10	9	3,9

Por lo que se refiere al período temporal en que tuvo lugar la E-NJR más reciente, los resultados muestran que el 15,4% de los participantes la tuvieron en las últimas horas, el 15,8% en el último día, el 38,8% en la última semana y finalmente, el 30% en el último mes.

El segundo indicador que se obtiene de esta escala es, como ya se mencionó en su descripción, una medida de gravedad relacionada con la experiencia más reciente. La puntuación media obtenida fue de 19,09 ($DT = 8,99$), y las medias para cada uno de los ítems que componen esta escala se encuentran en la Tabla 5. Como se puede constatar, los valores no fueron elevados, teniendo en cuenta que la escala de respuesta alcanza un valor de 7.

Tabla 5. Puntuaciones medias de los ítems que componen la escala de gravedad del NJREQ-R

Nº ítem	Descripción	M (DT)
13	Frecuencia con la que se ha experimentado	4,91 (1,93)
14	Intensidad	2,82 (1,54)
15	Malestar en ese momento	2,67 (1,61)
16	Malestar a lo largo del día	1,86 (1,48)
17	Dificultad para quitársela de la cabeza	1,60 (1,30)
18	Necesidad de hacer algo	2,52 (1,74)
19	Responsabilidad de hacer algo	2,72 (1,97)

En relación al género, las mujeres obtuvieron una media mayor a la de los hombres tanto en la escala global de *gravedad*, como en las dimensiones que la forman. No obstante, estas diferencias no resultaron significativas, excepto en la dimensión de malestar en el momento ($t_{(264)} = 2,035$; $p = 0,043$; $d = 0,29$).

Finalmente, los análisis de correlación entre la escala global de gravedad, las dimensiones que la integran y la variable edad no mostraron asociaciones significativas excepto en la frecuencia, cuya asociación fue negativa y baja ($r = -0,206$).

6.2 Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias not just right y síntomas obsesivo-compulsivos

Con el objetivo de examinar las relaciones que se establecen entre la sensación de inacabado y las experiencias NJR se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada (Tabla 6). Los resultados muestran que todas las asociaciones resultaron positivas. Más concretamente, se puede observar que la correlación obtenida entre la escala de evitación del daño y la sensación de inacabado fue la más elevada ($r = 0,67$). De hecho, la SI mantiene relaciones significativamente más elevadas con la evitación del daño que con el número de E-NJR ($z = 5,38$; $p < 0,05$) y con la gravedad de la más reciente ($z = 3,89$; $p < 0,05$). Asimismo, la asociación entre la sensación de inacabado y la gravedad de la experiencia más reciente fue mayor que con el número de E-NJR. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas correlaciones ($z = 1,49$; $p > 0,05$). Finalmente, las dos escalas del NJREQ-R mantuvieron asociaciones moderadas.

Tabla 6. Correlaciones bivariadas de las medidas de sensación de inacabado y experiencias NJR

	OC-CDQ SI	OC-CDQ ED	NJREQ-R Núm.	NJREQ-R Grav.
OC-CDQ – SI	-	0,67***	0,33***	0,44***
OC-CDQ - ED		-	0,28***	0,39***
NJREQ-R - Núm.			-	0,50***
NJREQ-R - Grav.				-

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

El estudio de las relaciones que se establecen entre la sensación de inacabado, las experiencias NJR y la sintomatología obsesivo-compulsiva se realizó en primer lugar, mediante un análisis de correlación. Como se puede observar en la Tabla 7, el patrón de correlaciones fue positivo y moderado.

La dimensión de sensación de inacabado mostró las correlaciones más elevadas con los síntomas de orden ($r = 0,54$; $p < 0,05$) y comprobación ($r = 0,45$; $p < 0,05$). La correlación con los síntomas de orden fue significativamente mayor que con los síntomas de lavado ($z = 2,21$; $p < 0,05$), obsesiones ($z = 2,21$; $p < 0,05$) y neutralización ($z = 3,39$; $p < 0,05$), y no se encontraron diferencias con las dimensiones comprobación ($z = 1,37$; $p > 0,05$) y acumulación ($z = 1,37$; $p > 0,05$). Por su parte, la asociación entre la sensación de inacabado y los síntomas de comprobación fue significativamente mayor que con la dimensión de neutralización ($z = 2,01$; $p < 0,05$). No hubo diferencias con lavado ($z = 0,84$; $p > 0,05$), obsesiones ($z = 0,84$; $p > 0,05$) y acumulación ($z = 0,56$; $p > 0,05$).

En cuanto a la evitación del daño, esta variable se asoció de forma más elevada con la dimensión de obsesiones que con orden ($z = 2,03$; $p < 0,05$) y neutralización ($z = 2,53$; $p < 0,05$). Además, la correlación entre evitación del daño y los síntomas de comprobación fue mayor que con los síntomas de neutralización ($z = 2,1$; $p < 0,05$).

En relación a las escalas del NJREQ-R, el número de experiencias NJR mantuvo asociaciones similares con todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos. Por el contrario, la correlación entre la gravedad de la experiencia NJR más reciente y los síntomas de comprobación fue significativamente mayor que la hallada con los de neutralización ($z = 2,06$; $p < 0,05$). Las relaciones fueron similares en magnitud entre el resto de dimensiones de síntomas y la escala de gravedad.

Finalmente, cabe destacar que los síntomas *just right* evaluados con el VOCl, revelaron correlaciones positivas y significativamente más elevadas con la sensación de inacabado que con evitación del daño ($z = 3,41$; $p < 0,05$) y la gravedad ($z = 5,73$; $p < 0,05$) y número de las E-NJR ($z = 4,77$; $p < 0,05$).

Tabla 7. Correlaciones bivariadas de las medidas de sensación de inacabado, experiencias NJR y síntomas obsesivo-compulsivos

	OCI-R							VOCI
	Limp.	Obses.	Acumul.	Orden	Comprob.	Neutral.	PT	<i>Just right</i>
OC-CDQ SI	0,39***	0,39***	0,41***	0,54***	0,45***	0,30***	0,59***	0,71***
OC-CDQ ED	0,41***	0,46***	0,33***	0,31***	0,43***	0,27***	0,52***	0,53***
NJREQ-R Núm.	0,30***	0,30***	0,29***	0,34***	0,37***	0,24***	0,44***	0,37***
NJREQ-R Grav.	0,30***	0,37***	0,34***	0,32***	0,40***	0,24***	0,47***	0,44***

*Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15
Todas las correlaciones resultaron significativas con $p < 0,001$*

Posteriormente, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal para examinar la direccionalidad de las asociaciones previamente encontradas y determinar el papel que tienen la sensación de inacabado y las experiencias NJR en la explicación de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos. Se realizaron análisis de regresión por el método de pasos sucesivos para cada una de las dimensiones de síntomas (VD), y se introdujeron como variables predictoras o independientes (VI) la sensación de inacabado, evitación del daño, número y gravedad de experiencias NJR (Tabla 8).

Los resultados muestran que, en relación a los síntomas de lavado, las dos variables que emergieron como predictoras fueron la evitación del daño y el número de experiencias NJR, explicando conjuntamente un 20,1% de la varianza ($F = 33,127$; $p < 0,001$).

Por su parte, la dimensión de obsesiones fue explicada por la evitación del daño y la escala de gravedad de la experiencia NJR con un 22% y un 4% respectivamente ($F = 45,804$; $p < 0,001$).

La sensación de inacabado y la gravedad de la experiencia NJR surgieron como predictoras de los síntomas de acumulación, explicando ambas un porcentaje de varianza del 19,5% ($F = 31,851$; $p < 0,001$).

Las dimensiones de sensación de inacabado, número de experiencias NJR y evitación del daño, explicaron conjuntamente un 32,7% de la varianza de los síntomas de orden ($F = 42,433; p < 0,001$).

Las variables que resultaron explicativas de los síntomas de comprobación fueron la sensación de inacabado, número de experiencias NJR, evitación del daño y gravedad de la experiencia NJR ($F = 27,072; p < 0,001$).

Finalmente, los síntomas de neutralización fueron explicados por la sensación de inacabado y el número de experiencia NJR en un porcentaje reducido que alcanzó el 11,8% conjuntamente ($F = 17,524; p < 0,001$).

Tabla 8. Predictores de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos

VD	VI (variables predictoras)	Cambio R ²	B	t	P
OCI-R Lavado	OCCDQ Evitación del daño	0,16	0,352	6,15	0,000
	NJREQ-R Número	0,04	0,198	3,45	0,001
OCI-R Obsesiones	OCCDQ Evitación del daño	0,22	0,379	6,58	0,000
	NJREQ-R Gravedad	0,04	0,223	3,87	0,000
OCI-R Acumulación	OCCDQ Sensación de inacabado	0,16	0,309	5,02	0,000
	NJREQ-R Gravedad	0,03	0,208	3,38	0,001
OCI-R Orden	OCCDQ Sensación de inacabado	0,29	0,568	8,01	0,000
	NJREQ-R Número	0,03	0,193	3,59	0,000
	OCCDQ Evitación del daño	0,01	-0,138	-1,98	0,049
OCI-R Comprobación	OCCDQ Sensación de inacabado	0,19	0,177	2,39	0,018
	NJREQ-R Número	0,06	0,182	3,00	0,003
	OCCDQ Evitación del daño	0,02	0,199	2,76	0,006
	NJREQ-R Gravedad	0,02	0,155	2,42	0,016
OCI-R Neutralización	OCCDQ Sensación de inacabado	0,09	0,252	4,11	0,000
	NJREQ-R Número	0,02	0,166	2,71	0,007

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

6.2.1 Diferencias entre personas con alto y bajo riesgo de padecer TOC en sensación de inacabado y experiencias NJR

El primer paso para examinar las diferencias fue la configuración de los grupos. Esta se realizó utilizando como punto de corte una puntuación igual o superior a 14 en la escala total del OCI-R, valor que se ha establecido como adecuado para discriminar entre personas con riesgo y sin riesgo de padecer TOC (Abramowitz y Deacon, 2006). En base a esta puntuación, el grupo con riesgo quedó conformado por 105 personas y el grupo sin riesgo por 162 personas.

Tras comprobar el supuesto de normalidad de las variables a contrastar (Kolmogorov-Smirnov) y la igualdad de varianza para los grupos (Levene), se efectuaron las comparaciones entre los dos grupos establecidos (*t de Student*). Los resultados muestran que el grupo con riesgo de TOC obtuvo puntuaciones significativamente mayores que el grupo sin riesgo, tanto en la sensación de inacabado como en las dos medidas o subescalas de las experiencias NJR (Tabla 9).

Tabla 9. Diferencias entre personas con alto (n=105) y bajo riesgo (n=162) de padecer TOC en SI y E-NJR

	Con riesgo de TOC <i>M (DT)</i>	Sin riesgo de TOC <i>M (DT)</i>	<i>t</i> (265)	<i>d</i> de Cohen
OC-CDQ-Sensación de Inacabado	18,51 (7,058)	12,06 (5,424)	7,967*	1,02
OC-CDQ-Evitación del daño	13,19 (7,094)	8,12 (5,591)	6,505*	0,79
NJREQ-R-Número	3,94 (1,911)	2,52 (1,918)	5,936*	0,74
NJREQ-R-Gravedad	23,03 (8,870)	16,56 (8,141)	6,104*	0,76

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,0001$*

6.3 Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias NJR y síntomas no obsesivo-compulsivos

Una vez comprobada las asociaciones que existen entre la sensación de inacabado, las experiencias NJR, y los síntomas obsesivo-compulsivos, resulta

interesante explorar las relaciones que se establecen con otros síntomas de psicopatología emocional. Para ello, se llevaron a cabo análisis de correlación bivariada (Tabla 10).

Los resultados pusieron de manifiesto que la SI mostró asociaciones positivas con los síntomas de estrés, ansiedad, depresión, preocupación excesiva y afecto negativo, mientras que la asociación con afecto positivo no resultó significativa. Más concretamente, la SI se asoció de forma más potente a preocupación excesiva que a estrés ($z = 2,34$; $p < 0,05$), ansiedad ($z = 3,76$; $p < 0,05$) y depresión ($z = 3,76$; $p < 0,05$), y no hubo diferencia de correlaciones con afecto negativo ($z = 1,66$; $p > 0,05$). La SI mostró asociaciones de igual potencia con la preocupación excesiva y los síntomas obsesivo-compulsivos ($z = 1,16$; $p > 0,05$).

La evitación del daño, mantuvo un patrón de asociaciones moderadas y positivas con todos los síntomas estudiados, excepto con el afecto positivo, cuya asociación fue positiva y de baja intensidad.

En cuanto a las escalas del NJREQ-R, el número de experiencias NJR mostró asociaciones positivas, pero bajas, con psicopatología emocional no-TOC. La relación con los síntomas obsesivo-compulsivos fue significativamente más potente que con los síntomas de preocupación excesiva ($z = 3,33$; $p < 0,05$), depresión ($z = 2,86$; $p < 0,05$), estrés ($z = 2,12$; $p < 0,05$), afecto negativo ($z = 2,12$; $p < 0,05$), pero no hubo diferencias con los síntomas de ansiedad ($z = 1,74$; $p > 0,05$). Por último, la correlación entre la escala de gravedad de la experiencia NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos fue moderada y significativamente más potente que la hallada con los síntomas de ansiedad ($z = 2,05$; $p < 0,05$). La magnitud de la asociación entre la gravedad de la experiencia NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos fue similar a las obtenidas con los síntomas de estrés ($z = 0,29$; $p > 0,05$), depresión ($z = 0,16$; $p > 0,05$), preocupación excesiva ($z = 0,99$; $p > 0,05$) y afecto negativo ($z = 0,086$; $p > 0,05$). También se halló una relación negativa con el afecto positivo, pero de intensidad débil.

Tabla 10. Correlaciones bivariadas entre sensación de inacabado y experiencias NJR con sintomatología no TOC

	DASS-21			PSWQ	PANAS	
	Estrés	Ansiedad	Depresión	PT	Afecto Positivo	Afecto Negativo
OCCDQ –SI	0,38***	0,27***	0,27***	0,54***	-0,016	0,43***
OCCDQ –ED	0,44***	0,40***	0,40***	0,43***	-0,157**	0,49***
NJREQ-R–Núm.	0,28***	0,31***	0,22***	0,18***	-0,099	0,28***
NJREQ-R–Grav.	0,45***	0,32***	0,37***	0,40***	-0,130**	0,41***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

Los resultados de los análisis expuestos hasta el momento, indican que tanto la SI como las E-NJR mantienen relaciones significativas no sólo con la sintomatología obsesivo-compulsiva, sino con otros síntomas de psicopatología emocional. En este punto, se pretende examinar si las relaciones encontradas entre la sensación de inacabado y las experiencias NJR con las dimensiones de síntomas TOC se mantienen tras controlar los efectos que puedan tener otros síntomas. Para ello se llevó a cabo un análisis de correlación parcial entre las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos y las variables objeto de estudio, incluyendo como variable control la sintomatología no TOC: depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), preocupación excesiva (PSWQ) y afecto positivo y negativo (PANAS). Como se puede evidenciar en la Tabla 11, las asociaciones se mantienen todas significativas, aunque se reducen en intensidad.

Tabla 11. Correlaciones parciales entre sensación de inacabado, experiencias NJR y dimensiones de síntomas obsesivo compulsivos

	OCI-R						
	Limp.	Obses	Acumul.	Orden	Comprob.	Neutral.	PT
OCCDQ-SI	0,24***	0,24***	0,26***	0,41***	0,32***	0,26***	0,43***
OCCDQ-ED	0,25***	0,24***	0,16**	0,14*	0,29***	0,19**	0,32***
NJREQ-R-Núm.	0,19**	0,17**	0,21***	0,29***	0,30***	0,21***	0,34***
NJREQ-R-Grav.	0,13*	0,15*	0,21***	0,17**	0,25***	0,14*	0,27***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.4 Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias NJR y otras variables psicológicas

En este apartado se incluye la descripción de los análisis llevados a cabo para explorar las relaciones que se establecen entre las variables objeto de estudio y variables teóricamente asociadas al TOC (y a otros trastornos mentales) (Tabla 12). Los resultados revelan que tanto la SI como las E-NJR mantienen un patrón de correlaciones positivas y moderadas con las creencias disfuncionales, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre. Más específicamente, la SI se asoció de forma más potente con las creencias disfuncionales que con el perfeccionismo ($z = 2,85$; $p < 0,05$). Lo mismo sucedió en el caso de la dimensión de evitación del daño, donde la correlación con las creencias disfuncionales fue más elevada que con el perfeccionismo ($z = 4,41$; $p < 0,05$). En cuanto al número de E-NJR, las correlaciones que se observaron fueron relativamente bajas y no hubo diferencias significativas entre ellas. Por último, la escala de gravedad mostró una asociación más alta con las creencias disfuncionales que con el perfeccionismo ($z = 2,09$; $p < 0,05$).

Tabla 12. Correlaciones bivariadas entre sensación de inacabado, experiencias NJR, creencias disfuncionales, perfeccionismo e Intolerancia a la incertidumbre

	ICO-r PT	FMPS PT	IUS PT
OCCDQ- SI	0,64***	0,47***	0,61***
OCCDQ- ED	0,60***	0,30***	0,52***
NJREQ-R-Número	0,33***	0,28***	0,33***
NJREQ-R-Gravedad	0,49***	0,34***	0,48***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.4.1 Capacidad predictiva de la SI, las E-NJR y las variables teóricamente relevantes para el TOC, en la explicación de los síntomas obsesivo-compulsivos

Se exploró la posible contribución de la sensación de inacabado y las experiencias NJR en la explicación de los síntomas obsesivo-compulsivos, por encima del poder predictivo que pueden mostrar las variables que gran parte de los investigadores consideran relevantes en el inicio y mantenimiento del TOC, estas son: Las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la evitación del daño.

Para ello, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos empleando como variable dependiente la puntuación total en OCI-R. Asimismo, las variables independientes (o predictoras) se introdujeron en bloques. En el primer bloque, se introdujo las creencias disfuncionales (ICO-R). En el segundo, variables que aluden a tendencias o formas de ser, como son el perfeccionismo (FMPS), la intolerancia a la incertidumbre (IUS) y la evitación del daño (OCCDQ). Y por último, en el tercer bloque, se introdujeron la sensación de inacabado (OCCDQ) y las experiencias NJR (NJREQ-R, escala de número y gravedad).

Los resultados derivados del análisis de regresión mostraron que las creencias disfuncionales, la evitación del daño, la intolerancia a la incertidumbre, la gravedad

de la experiencia NJR más reciente y el número de experiencias NJR emergieron como predictores significativos, consiguiendo explicar conjuntamente un 44,2% de la variabilidad observada en los síntomas obsesivo-compulsivos ($F=19,346$; $p<0,000$).

Como se puede observar en la Tabla 13, a excepción de las creencias disfuncionales (23,3%), el resto de predictores suponen un incremento pequeño en la mejora del modelo. No obstante, el nivel crítico de esas variables muestra que contribuyen significativamente a explicar lo que ocurre con la variable independiente.

Tabla 13. Predictores de los síntomas obsesivo-compulsivos

Variables independientes	Cambio R^2	β	t	P
ICO-PT	0,233	0,483	6,183	0,000
OCCDQ-Evitación daño	0,085	0,309	3,636	0,000
IUS-PT	0,048	0,282	3,052	0,003
NJREQ-R-Gravedad	0,056	0,197	2,275	0,025
NJREQ-R-Número	0,020	0,165	2,099	0,038

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15. Únicamente se incluyen las variables independientes que emergieron como predictores significativos.

7. DISCUSIÓN

Prevalencia de la sensación de inacabado y las experiencias NJR en población general

En cuanto a la sensación de inacabado, la media obtenida por la muestra de este estudio no fue elevada, situándose en el anclaje 1 de la escala de respuesta, lo cual indica que es un fenómeno que ocurre “raramente”. Además, esta media fue mayor que la media obtenida para la evitación del daño, resultado que concuerda con otras investigaciones realizadas en población general (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2013; Pietrefesa y Coles, 2008; Pietrefesa y Coles, 2009). Del conjunto de ítems que conforman la escala de sensación de inacabado, los que mostraron medias más altas fueron el número 14 (*No hay nada como la sensación que tengo cuando por fin se*

completa algo satisfactoriamente) y el número 20 (*Sé que he hecho algo bien cuando tengo una determinada sensación interior*), los cuales corresponden con los anclajes 3 (frecuentemente) y 2 (algunas veces) respectivamente. Como se puede evidenciar ambos ítems aluden a una sensación interna no específica en respuesta a una acción que se completa satisfactoriamente.

En referencia al número de experiencias NJR, los resultados muestran que una alta tasa de personas de la población general (91%) ha tenido este tipo de experiencias durante el mes anterior a la evaluación. Este hallazgo es consistente con otros estudios también realizados en población general donde encuentran que alrededor del 80% de los participantes había tenido una experiencia NJR (Coles et al., 2003; Fergus, 2013; Ghisi et al., 2010; Sica et al., 2012). Por tanto, los resultados obtenidos en este y en anteriores estudios revelan que estas experiencias son comunes y prevalentes en la población general. En cuanto al tipo de experiencia NJR, al igual que en otros estudios, la más reportada por la muestra fue “Después de vestirme, he tenido la sensación de que parte de mi ropa (etiquetas, cuellos, perneras de los pantalones, etc.) me molestaba”, seguida de “Al hablar con gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban del todo bien”. Ambas experiencias tienen un evidente matiz sensorial, aludiendo la primera al sentido del tacto, y la segunda al sentido auditivo. También se puede apreciar que ambas sensaciones parecen responder a un estímulo más interno que externo a la persona. Por otra parte, la experiencia NJR menos elegida fue “Al meter una factura o una carta en el buzón, he tenido la sensación de que la manera en que introducía el sobre en el buzón y cerraba la tapa no era del todo correcta”. Probablemente la razón por la que esta experiencia ha sido seleccionada por un escaso porcentaje, se deba al tipo de actividad al que se refiere. Es evidente que la acción de introducir cartas en los buzones es una actividad que con el tiempo se ha ido reduciendo y en su lugar, se han incrementado otras (uso de correos electrónicos, mensajes de textos, etc.), lo que sugiere una modificación del contenido de este ítem para adecuarlo a las actividades actuales. Por último, la puntuación media en la escala de gravedad de la experiencia NJR más reciente fue baja, sugiriendo que estas experiencias no son especialmente molestas o graves para los participantes, resultado esperable teniendo en cuenta la naturaleza de la muestra.

Relación entre sensación de inacabado y experiencias not just right

Tal y como se ha comentado en el marco teórico de este trabajo, la sensación de inacabado y las experiencias NJR no son el mismo constructo, aunque se encuentran estrechamente conectados, y por tanto cabía esperar que los análisis revelaran la existencia de asociaciones positivas entre los instrumentos que evalúan estas variables.

En primer lugar, cabe comentar que la relación entre sensación de inacabado y evitación del daño fue positiva y moderada ($r = 0,69$). Existe un debate entorno a esta asociación, puesto que estas dimensiones se plantearon como ortogonales, y de hecho, el análisis factorial confirmatorio del instrumento que las evalúa realizado en dos muestras de estudiantes independientes avalan una estructura factorial de dos factores separados (Pietrefesa y Coles, 2008; Summerfeldt et al., 2014). Sin embargo, los estudios coinciden en sus hallazgos encontrando una asociación elevada entre estas variables (Pietrefesa y Coles, 2008; Taylor et al., 2014). Uno de los motivos por los cuales se produce esta elevada asociación en estudios con población general es, según Summerfeldt et al. (2014), la varianza compartida debida al método, es decir, la coexistencia de ítems para ambas dimensiones en un mismo autoinforme y administrado al mismo tiempo. Esta explicación, aunque posible, no parece suficiente, ya que en la mayoría, si no en la totalidad, de los auto-informes, se encuentran listas de ítems que evalúan variables diferentes a priori. Por ejemplo, el listado de ítems del OCI-R incluye reactivos que evalúan dimensiones de síntomas diferentes. Lo mismo cabe decir de los cuestionarios de personalidad, de actitudes, de creencias, etc. En nuestra opinión, la razón de la elevada asociación entre dos subescalas que, en principio, evalúan constructos diferentes (SI y Evitación del daño), radica más bien en confundir “independencia” con “diferencia”: es decir, el hecho de que se trate de constructos psicológicos *diferentes*, no implica que entre ambos no pueda haber una asociación. Al fin y al cabo, ambos hacen referencia, al menos teóricamente, a motivadores de síntomas obsesivo-compulsivos, y está por demostrar que esos síntomas sean independientes y/o que los motivos que los impulsan lo sean. En la clínica es usual observar que los pacientes con TOC presentan más de un síntoma en

un momento dado, y/o que han “transitado” por diferentes síntomas a lo largo de la evolución del trastorno.

En cuanto a las experiencias NJR, tanto el número de experiencias como la escala de gravedad mostraron relaciones positivas de intensidad baja/moderada con la dimensión de sensación de inacabado y la evitación del daño, resultado similar al hallado por Coles et al. (2005) en una muestra de estudiantes universitarios. Esto sugiere que el NJREQ-R y el OCCDQ son instrumentos que miden constructos diferentes. La correlación entre las dos escalas del NJREQ-R fue nuevamente, positiva y moderada, indicando que cuanto más número de experiencias NJR tiene una persona, más grave es la valoración que hace de la experiencia NJR más reciente.

Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias NJR y síntomas obsesivo-compulsivos

Los análisis de correlaciones revelaron asociaciones positivas entre la sensación de inacabado y las experiencias NJR con todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos en un rango de valores de $r = 0,24$ a $r = 0,54$.

La sensación de inacabado se asoció de forma más elevada con los síntomas de orden, resultado consistente con la literatura previa (Pietrefesa y Coles, 2008; Taylor et al., 2014). Asimismo, la variable sensación de inacabado mostró correlaciones moderadas con los síntomas de comprobación, hallazgo que concuerda con los resultados encontrados en otros estudios llevados a cabo con anterioridad (Ecker y Gönner, 2008; Pietrefesa y Coles, 2008). Concretamente, Cogle y colaboradores (2013) encontraron en una muestra de estudiantes universitarios que la urgencia o necesidad de comprobar se asociaba positivamente con la sensación de inacabado. Los análisis de regresión otorgaron más evidencia de estas asociaciones, revelando que la sensación de inacabado explica un importante porcentaje de varianza de los síntomas de orden (29%) y comprobación (19%), y bajos porcentajes de los síntomas de acumulación y neutralización. En definitiva estos resultados indicarían que los pacientes con TOC con síntomas de orden y comprobación serían más propensos a

experimentar sensación de inacabado, lo que a su vez podría explicar la dificultad para inhibir el inicio y la finalización de sus conductas. Sin embargo, cabe mencionar que la sensación de inacabado no sería el único factor que explica esta sintomatología, puesto que existen otras dimensiones que podrían influir en el origen y perpetuación de estas conductas. (v.g. responsabilidad excesiva, intolerancia a la incertidumbre, duda patológica).

Por su parte, la dimensión de evitación del daño mostró correlaciones más elevadas con las dimensiones de obsesiones, comprobación y lavado, resultado similar al encontrado por Pietrefesa y Coles (2008) y Ecker y Gönner (2008). La evitación del daño se ha utilizado como una medida de la propensión a la ansiedad y una baja tendencia a asumir riesgos (Cloninger et al., 1998), y esta última característica es la que en muchos casos motiva a los pacientes con obsesiones de contaminación a llevar a cabo conductas de lavado, es decir, sus conductas se originan por miedo a la enfermedad o a cualquier otro peligro. Sin embargo, aunque las aproximaciones cognitivo-conductuales postulan que la evitación del daño y el deseo de seguridad son los motivadores centrales de la conducta compulsiva (Rachman, 2002; Salkovskis, 1999), como señaló Tallis (1996), los síntomas de lavado también pueden tener lugar aun cuando no existe miedo a la enfermedad, en tales casos, las conductas de lavado pueden responder también a la sensación de suciedad, o a la sensación de contaminación mental (Rachman, 1994) o a la sensación de asco (Olatunji, Lohr, Sawchuk, y Tolin, 2007). Finalmente, cabe mencionar que la evitación del daño emergió como variable predictora de los síntomas de obsesiones explicando un 22% de su varianza. Otros estudios también encontraron asociaciones importantes entre evitación del daño y obsesiones (Pietrefesa y Coles, 2008; Taylor et al., 2014), lo cual es consistente con el planteamiento de que el componente cognitivo del TOC estará más cerca de la evitación del daño, mientras que las compulsiones responderían más a la sensación de inacabado (Summerfeldt, 2004).

En relación a las experiencias NJR, tanto el número como la escala de gravedad se relacionan muy poco con todos los síntomas obsesivo-compulsivos, siendo las relaciones ligeramente más altas con los síntomas de comprobación. Un patrón

similar de asociaciones entre la escala de gravedad de la experiencia NJR más reciente y las dimensiones de síntomas fue encontrado por Ghisi et al. (2010) en una muestra de estudiantes universitarios (n=412). También Cogle et al. (2013) hallaron que tanto el número como la gravedad de la experiencia NJR se asocian de forma moderada con la urgencia de comprobar. Es posible que estos resultados varíen cuando se analicen las asociaciones en población clínica.

En cuanto a los síntomas *just right*, los hallazgos de este estudio señalan que se relacionan de forma significativamente más potente con la sensación de SI que con la evitación del daño y las experiencias NJR, lo cual sugiere que ambos constructos miden aspectos muy similares. De hecho, según sus autores, la escala de síntomas *just right* se compone de ítems relacionados con ser perfecto, prestar atención a los detalles, hacer las cosas siguiendo rutinas estrictas y organizar las cosas perfectamente (Thordason et al., 2004). La fuerte asociación entre SI y *just right* es un resultado esperado debido a la similitud de contenido de los ítems que conforman ambas escalas. Al comparar los ítems que componen las dos escalas se aprecian las similitudes de contenidos, ambos aludiendo a tendencias de personalidad relacionadas con la realización de rutinas fijas y perfección.

Finalmente, además de los resultados comentados hasta el momento, las relaciones entre la sensación de inacabado y las experiencias NJR quedan nuevamente respaldadas por el hallazgo de diferencias significativas entre personas con riesgo de padecer TOC versus aquellas que no presentan dicho riesgo. Las medias obtenidas, tanto en la sensación de inacabado como en el número y gravedad de las experiencias NJR, fueron significativamente más elevadas en el grupo de personas con altas puntuaciones en síntomas obsesivo-compulsivos.

Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias NJR y síntomas no obsesivo-compulsivos

Como ha quedado reflejado en la introducción teórica, el interés inicial por el estudio de estas variables tuvo lugar en el campo de los trastornos de tics y,

posteriormente en el TOC. No obstante, resulta interesante examinar las relaciones que estas variables poseen con otro tipo de sintomatología emocional. Los resultados encontrados en este estudio revelan que la sensación de inacabado, la evitación del daño y las experiencias NJR mantienen asociaciones positivas moderadas con los síntomas de estrés, ansiedad, depresión, preocupación excesiva, y afecto negativo.

Más concretamente, los análisis mostraron que la sensación de inacabado mantuvo una asociación similar con los síntomas obsesivo-compulsivos y con los síntomas de preocupación excesiva (worry), y estas correlaciones fueron más elevadas que con el resto de sintomatología emocional. La evitación del daño mostró relaciones de similar magnitud con los síntomas obsesivo-compulsivos y con el resto de medidas de psicopatología emocional. El número de experiencias NJR obtuvo una correlación de similar magnitud con los síntomas de ansiedad, y estas fueron significativamente más altas que con el resto de síntomas. Finalmente, la gravedad de las experiencias NJR se asoció de forma similar con todos los síntomas, excepto con ansiedad, cuya relación fue significativamente menor.

Un posterior análisis de correlaciones parciales mostró que las asociaciones de la sensación de inacabado, las experiencias NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos se mantuvieron (aunque disminuyeron en intensidad) tras controlar el efecto del resto de síntomas de psicopatología emocional no obsesivo-compulsiva.

Teniendo en cuenta estos resultados parece que, aunque la sensación de inacabado y las experiencias NJR muestran relaciones ligeramente más elevadas con los síntomas obsesivo-compulsivos que con el resto de medidas de psicopatología emocional incluidas en este trabajo, la relación entre ellas no puede considerarse radicalmente específica. Esto es contrario a lo que plantean estudios previos que intentan demostrar la mencionada especificidad. Por ejemplo, Coles et al. (2003) llevaron a cabo un estudio con estudiantes universitarios y encontraron que la asociación entre las experiencias NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos fue significativamente más elevada que con los síntomas de ansiedad-rasgo, preocupación excesiva, ansiedad social y Depresión. Posteriormente, Coles y

colaboradores (2005) realizaron un estudio nuevamente con participantes universitarios, y no encontraron asociaciones significativas entre el malestar y la necesidad de responder a las experiencias NJR y los síntomas depresión, ansiedad social y preocupación excesiva. Más recientemente, Ghisi et al. (2010) pusieron de manifiesto que la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y la gravedad de la experiencia NJR es de carácter específico dado que esta asociación era significativamente mayor que con los síntomas de depresión y ansiedad, se mantienen tras controlar los síntomas de depresión y ansiedad. Asimismo, la correlación se mantuvo incluso controlando el efecto de esos síntomas de patología emocional. En la misma línea, Sica y colaboradores (2012) llevaron a cabo un estudio longitudinal de un año de duración y observaron que la gravedad de la experiencias NJR predijo la variación de los síntomas obsesivo-compulsivos incluso controlando los síntomas de malestar emocional. Por su parte, Taylor et al. (2014) encuentra que tanto la sensación de inacabado como las experiencias NJR tienden a mostrar correlaciones más potentes con síntomas obsesivo-compulsivos que con malestar general (depresión y ansiedad). Es posible que la disparidad entre nuestros datos y los informados por otros autores en población general no-clínica se deban a los “efectos suelo” típicamente obtenidos en la mayor parte de las medidas en población no-clínica, lo que indica una cierta inestabilidad de las puntuaciones obtenidas y dificultades en la generalización a contextos clínicos.

De hecho, Fergus (2013) realiza una crítica a estos estudios que defienden la especificidad de la relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y las experiencias NJR, aludiendo a un problema en el instrumento de medida de las experiencias NJR. Según este autor, el autoinforme diseñado por Coles et al. (2003) incluye una lista de experiencias NJR creada a partir de “la experiencia clínica con pacientes con TOC, de aportaciones de pacientes con TOC mediante internet y de un estudio piloto” y, por tanto, estas experiencias son relevantes para un tipo de síntomas: los obsesivo-compulsivos. Para subsanar esta limitación, realiza una modificación en la forma de evaluar las experiencias NJR y lleva a cabo un estudio en una amplia muestra de población general, concluyendo que las experiencias NJR se muestran relevantes para un amplio rango de síntomas (como los de ansiedad generalizada, depresión, ansiedad social).

Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias NJR y otras variables psicológicas relevantes para el TOC

Debido a la relevancia que han adquirido durante la última década las variables centrales de este estudio en el campo de investigación del TOC, resulta fundamental analizar las relaciones que estas mantienen con otros constructos que poseen asociaciones ampliamente demostradas con el TOC, como son las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre.

Los resultados de los análisis de correlación reflejan asociaciones positivas entre la sensación de inacabado, las experiencias NJR y las variables psicológicas previamente mencionadas. Asimismo, los resultados sugieren que la sensación de inacabado, la evitación del daño y la escala de gravedad de la experiencia NJR están más relacionadas con las creencias disfuncionales que con la dimensión de perfeccionismo. Por su parte, el número de experiencias NJR mostró una asociación débil, y similar en magnitud, con las tres variables relevantes para el TOC.

Por otro lado, cuando se examinó la capacidad predictiva de la sensación de inacabado y las experiencias NJR, controlando el peso de las creencias disfuncionales, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la evitación del daño, los resultados de los análisis de regresión revelaron que entre los predictores significativos de la sintomatología obsesivo-compulsiva se encontraban las experiencias NJR, aunque su poder predictivo no fue elevado. Este hallazgo, junto con los presentados durante todo el estudio, podrían suponer un primer apoyo a la inclusión de este tipo de variables dentro del modelo cognitivo explicativo del TOC, el cual pone el énfasis fundamentalmente en las creencias disfuncionales y en la evitación del daño. No obstante, hay que ser prudentes a la hora de efectuar conclusiones definitivas, puesto que estamos analizando datos procedentes de la población general.

Resulta interesante comentar los resultados encontrados en torno al perfeccionismo. En primer lugar, como se ha comentado, la sensación de inacabado y las experiencias NJR se asociaron de forma significativa con el perfeccionismo, aunque estas relaciones fueron menos potentes que las halladas entre la SI y las E-NJR con las creencias disfuncionales y la intolerancia a la incertidumbre. Además, en los análisis de regresión el perfeccionismo no emergió como predictor significativo de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Estos resultados son consistentes con la postura que defienden algunos autores respecto a que la sensación de inacabado y las experiencias NJR, aunque mantienen asociaciones significativas con el perfeccionismo, no son una forma de perfeccionismo. Summers, Fitch y Cogle (2014) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 284 estudiantes universitarios, a los que indujeron y evaluaron las experiencias NJR mediante tareas en vivo de diferentes modalidades sensoriales. Estos autores analizaron, entre otras cosas, las relaciones que se establecían entre los parámetros derivados del experimento y las facetas (o subescalas) del perfeccionismo (evaluado mediante el FMPS). No encontraron un patrón claro de relaciones entre las E-NJR y el perfeccionismo, sugiriendo que las experiencias NJR pueden relacionarse de forma diferente con las diferentes facetas del perfeccionismo, y que las experiencias NJR y el perfeccionismo son constructos separados. En esta misma línea, Ghisi et al. (2010), encontraron también en una muestra de estudiantes universitarios (N=412), que la gravedad de la experiencia NJR más reciente explicaba un porcentaje significativo de varianza de los síntomas obsesivo-compulsivos, incluso tras controlar el distres general y el perfeccionismo. Según los autores, este resultado señala también que las experiencias NJR no son sólo una forma de perfeccionismo.

8. CONCLUSIONES

Los hallazgos derivados de este estudio deben ser considerados teniendo en mente una serie de limitaciones. El empleo de medidas de autoinformes, así como el diseño correlacional del estudio no permite realizar inferencias y predicciones causales de los resultados. Este sesgo se intentó minimizar indicando a las personas

que colaboraron en la investigación, que la administración de los instrumentos debía ser heteroaplicada.

No obstante, este estudio aporta datos importantes a la investigación. Los resultados permiten continuar apoyando los hallazgos realizados previamente por otros autores, como por ejemplo, la alta prevalencia de las E-NJR y la SI en población general, aunque estas experiencias fueron de baja intensidad y no generaron malestar elevado. Asimismo, se ha observado que los instrumentos NJREQ y OCCDQ miden constructos diferentes pero relacionados. Finalmente, otro importante aporte de este estudio radica en las relaciones observadas entre SI y E-NJR con variables TOC. Así, aunque estas experiencias se asocian con todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, parece que la SI mantiene una relación más potente con los síntomas de orden. Además, los resultados apuntan a posible especificidad de la relación entre SI y E-NJR y la sintomatología TOC, aunque también se han hallado relaciones con sintomatología emocional no TOC. Por último, otro resultado interesante obtenido en este estudio fue que las E-NJR y la SI mostraron capacidad predictiva de las dimensiones de síntomas o-c, por encima de la influencia de otras variables asociadas con el TOC (creencias obsesivas, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo).

ESTUDIO 2

Asociaciones entre sensación de inacabado (SI), experiencias *not just right (E-NJR)*, síntomas (obsesivo-compulsivos y no obsesivo-compulsivos), y otras variables psicológicas en pacientes con TOC y población general⁴

⁴ Parte de los datos de este estudio han sido publicados en Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., y Menchón, J. M. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 236.

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1 Objetivos

Objetivo 1: Explorar las relaciones entre SI, ED, E-NJR y los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con TOC. Este objetivo se concreta en los siguientes:

Subobjetivo 2.1. Analizar las asociaciones entre las medidas autoinformadas de SI y ED (OC-CDQ; *Obsessive-Compulsive Core Dimension Questionnaire*) y E-NJR (NJREQ-R; *Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised*).

Subobjetivo 2.2. Examinar las correlaciones entre SI, ED, E-NJR y dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (OCI-R; *Obsessive Compulsive Inventory – Revised*).

Objetivo 2: Estudiar las relaciones entre SI, E-NJR y las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos (ICO-R; *Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado*) en pacientes con TOC.

Objetivo 3: Analizar las asociaciones que se establecen entre SI, ED, E-NJR y síntomas de depresión (BDI-II) y preocupación excesiva (PSWQ) en pacientes con TOC.

Objetivo 4: Determinar la capacidad predictiva de la sensación de inacabado, la evitación del daño y las experiencias *not just right* en la explicación de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos.

Objetivo 5: Examinar la dimensionalidad de la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*.

Subobjetivo 5.1. Estudiar las diferencias entre personas procedentes de la población general y pacientes con TOC en todas las variables empleadas en este estudio.

Subobjetivo 5.2. Analizar las diferencias entre personas sin síntomas clínicos, personas con riesgo de padecer TOC, y pacientes con TOC en SI, ED y E-NJR.

1.2 Hipótesis

A partir de las investigaciones revisadas y de los objetivos expuestos, nos planteamos las siguientes hipótesis:

- La sensación de inacabado y las experiencias *not just right* son dos constructos psicológicos que se han propuesto como relevantes en la motivación de los síntomas TOC, y por tanto, mostrarán más relaciones significativas entre ellos, que con otras constructos psicológicos importantes para el TOC. En especial, la asociación entre ellos será más potente que con la evitación del daño.
- La asociación entre las creencias disfuncionales y la evitación del daño será significativamente mayor que la asociación entre las creencias disfuncionales y la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*.
- La sensación de inacabado y las experiencias *not just right* exhibirán asociaciones significativamente mayores con los síntomas TOC, que con los síntomas emocionales no-TOC, como la depresión y tendencia general a preocuparse.
- La sensación de inacabado, las experiencias *not just right* y la evitación del daño se han postulado como motivadores de diferentes dimensiones de síntomas TOC, por tanto, el poder predictivo de cada una de ellas será diferente.
- La sensación de inacabado y las experiencias *not just right* se consideran variables dimensionales que se sitúan en un continuo, en cual las puntuaciones de las personas sin trastorno mental se hallarán en un extremo, las de los pacientes con TOC en el extremo contrario, y las puntuaciones de las personas con riesgo de padecer TOC, se ubicarán en medio de estos extremos.

2. PARTICIPANTES

2.1. Criterios de inclusión

Al igual que se comentó en el Estudio 1, los participantes de este estudio debían tener una edad comprendida entre 18 y 60 años, y poseer las adecuadas habilidades de comprensión lectora que les permitiera cumplimentar los cuestionarios que conformaban el protocolo de evaluación.

A diferencia del estudio 1, este estudio se ha llevado a cabo con la colaboración de dos muestras de diferente naturaleza: un grupo clínico y un grupo no-clínico. Las personas que componían este último grupo no debían haber recibido ningún diagnóstico de trastorno mental, o estar bajo tratamiento psicológico o psicofarmacológico en el último año.

2.2. Muestras

Grupo clínico

Este grupo estuvo compuesto por 47 personas con diagnóstico principal de TOC (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), cuya edad media se situaba en 34,82 años ($DT = 8,43$; rango: 19-50 años). El 61,7% de los participantes era mujer y la mayoría estaba soltero/a (38,3%) o casado/a (38,3%). Asimismo, más de la mitad de la muestra tenía estudios universitarios (57,4%) y un 48,9% tenía un nivel socio-económico medio.

En cuanto a la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva que presentaban los pacientes, la media fue de 25,74 ($DT = 6,51$) en la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), revelando una sintomatología grave. Asimismo, más de la mitad de los participantes ($n = 26$; 55,31%) presentaba uno o más trastornos mentales comórbidos. La condición comórbida más prevalente fue la Depresión mayor (15 pacientes), seguida

del Trastorno de Pánico y/o Agorafobia (5 pacientes), Trastorno de Personalidad (5 pacientes), Ansiedad generalizada (4 pacientes), Trastorno de ansiedad por enfermedad (2 pacientes), y Trastorno Dismórfico Corporal (1 paciente).

Grupo no clínico

Los participantes de este grupo fueron las 267 personas que participaron en el estudio 1, cuya edad media fue de 27,29 años ($DT=11,79$; rango=18-60 años). Para conocer más detalles de sus datos demográficos, dirigirse al apartado “Muestra” del Estudio 1.

3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El procedimiento de recogida de los datos llevado a cabo con el grupo de participantes no clínicos se explicó en el Estudio 1 (apartado correspondiente). Por su parte, los pacientes con TOC que componen el grupo clínico procedían de tres unidades de salud mental ambulatoria, dos de las cuales están incluidas en el Sistema Nacional de Salud Pública de Valencia (centros de Salud Mental de Foios y Burjassot), y la otra es la Unidad de Investigación y Tratamiento del TOC y Trastornos relacionados de la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia) cuya responsable es la Dra. Amparo Belloch.

Antes de ser incluidos en la investigación, todos/as los/as pacientes fueron evaluados/as mediante una entrevista diagnóstica por parte de un profesional clínico, como parte de la rutina habitual de tratamiento. En esta entrevista, además de recopilar datos necesarios para configurar la historia de cada paciente, se administró la Escala para los Trastornos de Ansiedad (Anxiety Disorders Interview; ADIS-IV; Di Nardo, Brown, y Barlow, 1994).

El proceso de recogida de los datos se llevó a cabo en dos sesiones. En la primera, el evaluador explicaba al paciente los objetivos de la investigación y el procedimiento a seguir. Tras pedir a los participantes que firmaran el consentimiento informado de participación, los pacientes debían completar una hoja con sus datos

sociodemográficos (Anexo) y se evaluaba la gravedad de la sintomatología TOC mediante la mencionada YBOCS. Esta sesión terminaba con la cumplimentación de 3 o 4 instrumentos. La siguiente sesión, que tenía lugar entre 2-4 días más tarde, se destinaba a cumplimentar la totalidad de los instrumentos que conforman el protocolo de evaluación de este estudio y que se mencionan en el siguiente apartado. Cabe mencionar que todos los instrumentos fueron administrados de forma individual y en presencia del evaluador.

En la recogida de los datos de ambos grupos, el orden de administración de los instrumentos se balanceó aleatoriamente, con la finalidad de reducir o eliminar los efectos de orden. Además, los participantes de ambas muestras firmaron un consentimiento informado, mediante el cual aceptaban participar de forma voluntaria en la investigación, y asimismo, daban su conformidad para utilizar los datos obtenidos de la colaboración, protegiendo su identidad. Por último, el estudio fue aprobado por los Comités Éticos de la Universidad de Valencia y de los Hospitales en los que se recogieron los datos.

4. INSTRUMENTOS

Puesto que los instrumentos empleados en este estudio se corresponden en su mayoría con los utilizados en el Estudio 1, la descripción detallada de la estructura de los mismos ya ha sido descrita anteriormente. Además, en este estudio se emplearon la escala YBOCS y el BDI-II. Por tanto, en el presente apartado se incluirá el coeficiente de fiabilidad obtenido para cada una de las medidas con la muestra clínica, así como una descripción de la estructura de los instrumentos que no se utilizaron en el Estudio 1. También en este caso los instrumentos se presentarán agrupados en categorías.

a) Variables centrales del estudio: SI y E-NJR

Cuestionario de Dimensiones Nucleares Obsesivo Compulsivas (*Obsessive – Compulsive Core Dimensions Questionnaire, OCCDQ*; Summerfeldt, Kloosterman, Antony y Swinson, 2014). En el presente estudio, se obtuvo un valor

de $\alpha = 0,84$ para la subescala de Sensación de inacabado, y $\alpha = 0,86$, para la evitación del daño.

Cuestionario Revisado de Experiencias “Not Just Right” (*Not Just Right Experiences Questionnaire - Revised*, NJREQ-R; Coles et al., 2005). La escala de número mostró una consistencia interna de $\alpha = 0,69$, mientras que para la escala de gravedad fue excelente ($\alpha = 0,90$).

b) Psicopatología obsesivo-compulsiva

Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado (*Obsessive Compulsive Inventory-Revised*, OCI-R; Foa et al., 2002). La escala total arrojó un índice de consistencia de $\alpha = 0,89$, y para las dimensiones de síntomas los valores se ubicaron entre $\alpha = 0,59$ y $\alpha = 0,85$.

c) Psicopatología no obsesivo-compulsiva

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (*Depression, Anxiety and Stress Scales*, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Este instrumento fue cumplimentado por 16 pacientes. La consistencia interna encontrada para las tres subescalas fue: depresión ($\alpha = 0,81$), ansiedad ($\alpha = 0,72$) y estrés ($\alpha = 0,78$).

Inventario de Preocupación de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). El valor de consistencia interna hallado en este estudio fue excelente ($\alpha = 0,89$).

Escalas PANAS (*Positive and Negative Affect Schedules*, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Sólo 16 pacientes completaron este cuestionario. Los índices de fiabilidad mostraron valores de $\alpha = 0,71$ para el afecto positivo, y $\alpha = 0,87$ para el afecto negativo.

Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory – II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Autoinforme para evaluar la gravedad de síntomas de depresión en población adulta y adolescente. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta. En este estudio se ha empleada la adaptación al español llevada a cabo por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003).

d) Otras variables psicológicas

Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ-44; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005). Este instrumento evalúa las seis creencias teóricamente relacionada con los síntomas TOC. Está compuesto por 44 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos. Los ítems se organizan en tres subescalas: responsabilidad excesiva y sobreestimación de la amenaza, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, e importancia y control de los pensamientos. La escala ha mostrado una alta consistencia interna y fiabilidad test-retest, y óptima validez convergente y divergente (OCCWG, 2005). En el presente estudio la puntuación total ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,84, y para las subescalas los valores se ubicaron entre $\alpha = 0,73$ y 0,84.

Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b). Este instrumento es ampliamente utilizado para evaluar la gravedad de las obsesiones y de las compulsiones que presenta un paciente con TOC, basándose en el tiempo que se emplea, la interferencia que producen, el malestar que generan, la resistencia y el grado de control de los síntomas. Está compuesto por 10 ítems en total, 5 para referidos a las obsesiones, y 5 a las compulsiones, y la escala de respuesta para cada ítem discurre de 0 a 4. Se puede obtener 3 escalas: gravedad de las obsesiones, gravedad de las compulsiones, y gravedad total (obtenida de la suma de las dos escalas anteriores). En función de la puntuación total obtenida (0-40), el nivel de gravedad de los síntomas puede ser: subclínico (0-7 puntos), leve (8-15 puntos), moderado (16-23 puntos), grave (24-31 puntos) o extremo (32-40 puntos). La versión en castellano empleada para este trabajo es la de Cruzado (1993). Los índices

de consistencia interna encontrados fueron: $\alpha = 0,89$ para la escala total, $\alpha = 0,85$ para la escala de obsesiones y $\alpha = 0,82$ para la de compulsiones.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows.

Para las pruebas estadísticas realizadas se utilizó un valor de alfa de 0,05 (bilateral). Para examinar la existencia de diferencias entre correlaciones, se utilizó el estadístico Fisher para la transformación de r en z . Además, para estimar el tamaño del efecto de las diferencias encontradas con las pruebas t , se recurrió al criterio d de Cohen (Cohen, 1988), cuyo valor se interpreta en función de la magnitud (0,2 = pequeño; 0,5 = mediano; 0,8 o superior = grande). También, se llevaron a cabo análisis de covarianza (ANCOVA), eliminando el efecto de la variable edad. La interpretación de los tamaños del efecto (η^2) se basó en el criterio establecido por Kinnear y Gray (2009), donde los efectos pueden ser pequeños ($\eta^2 \leq 0,06$), medianos ($\eta^2 =$ entre 0,06-0,14) o grandes ($\eta^2 \geq 0,14$). Por último, se aplicó el procedimiento de ajuste de Greenhouse-Geisser para la corrección de los grados de libertad para salvaguardar la hipótesis de esfericidad.

6. RESULTADOS

Los resultados se comentarán en el orden en que fueron expuestos los objetivos del estudio.

6.1 Asociaciones entre la sensación de inacabado, la evitación del daño y las experiencias *not just right* con los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con TOC

6.1.1 Relaciones entre las medidas autoinformadas de experiencias not just right, la sensación de inacabado y la evitación del daño

Como se puede observar en la Tabla 14, el número y la gravedad de las experiencias NJR, la sensación de inacabado y la evitación del daño correlacionan de forma significativa. Cabe mencionar que la correlación entre la sensación de inacabado y la evitación del daño fue la más pequeña (poseen un 15% de varianza compartida). No obstante, no se encontraron diferencias al comparar el tamaño de los coeficientes de las correlaciones (todos los valores para z fueron $p > 0,05$).

Tabla 14. Correlaciones bivariadas entre las medidas de las experiencias *not just right*, sensación de inacabado y evitación del daño en el grupo de pacientes con TOC (n=44)

Medidas	NJREQ-R Número	NJREQ-R Gravedad	OC-CDQ SI	OC-CDQ ED
NJREQ-R-Número	1			
NJREQ-R-Gravedad	0,61***	1		
OC-CDQ-Sensación inacabado	0,43**	0,49***	1	
OC-CDQ- Evitación del daño	0,48**	0,52***	0,39**	1

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$*

6.1.2 Relaciones entre la sensación de inacabado, la evitación del daño y las experiencias Not Just Right con sintomatología TOC

Los resultados de los análisis de correlación entre SI y E-NJR con la sintomatología TOC se encuentran en la Tabla 15. Como puede observarse, la sensación de inacabado correlacionó de forma significativa con la gravedad de la sintomatología TOC (YBOCS) y los síntomas obsesivo-compulsivos de orden. Estas relaciones fueron de similar magnitud (todos los valores de z fueron $p > 0,05$). Por su parte, la evitación del daño mostró asociaciones significativas con el malestar de los

síntomas obsesivo-compulsivos, y los síntomas obsesivo-compulsivos de comprobación, obsesiones y acumulación.

En cuanto a las experiencias NJR, el número mantuvo asociaciones significativas con la gravedad de la sintomatología TOC, con el malestar de los síntomas obsesivo-compulsivos y con las dimensiones de comprobación, orden y acumulación, siendo todas estas correlaciones similares en intensidad (todos los valores de z fueron $p > 0,05$). Por su parte, la gravedad de la experiencia NJR más reciente mostró relaciones significativas moderadas con el malestar de los síntomas TOC y, al igual que la escala de número, con los síntomas de orden, comprobación y acumulación.

Tabla 15. Correlaciones bivariadas entre las experiencias *not just right*, sensación de inacabado y evitación del daño con las dimensiones y gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con TOC ($n=44$)

	YBOCS			OCI-R				
	PT	Limp.	Comprob.	Orden	Obses.	Acumul.	Neutral.	PT
OC-CDQ – SI	0,30*	0,24	0,20	0,33*	0,03	0,27	0,02	0,27
OC-CDQ – ED	0,07	0,17	0,39**	0,31	0,47***	0,50***	0,30*	0,56***
NJREQ-R - Núm.	0,30*	0,01	0,42**	0,60***	0,12	0,49***	0,15	0,46**
NJREQ-R - Grav.	0,15	0,30	0,58***	0,48***	0,21	0,43**	0,11	0,55***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$*

6.2 Relaciones entre la sensación de inacabado, la evitación del daño las experiencias *not just right* con las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos

Los resultados de los análisis de correlación muestran asociaciones positivas de moderadas a altas entre las variables (Tabla 16). Concretamente, la sensación de

inacabado y el número de experiencias NJR mostraron el mismo patrón de asociaciones: correlaciones moderadas con la puntuación total de las creencias obsesivas y con las subescalas de responsabilidad y sobreestimación de la amenaza, e importancia y control de los pensamientos. Por otro lado, la gravedad de la experiencia NJR más reciente, además de repetir el mencionado patrón, también se asoció con la subescala de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

Finalmente, cabe añadir que las asociaciones encontradas entre la evitación del daño y las creencias obsesivas (PT) fueron significativamente superiores que las encontradas con el número de experiencias NJR ($z = 2,43; p < 0,05$), la gravedad de la experiencias NJR más reciente ($z = 2,17; p < 0,05$) y la sensación de inacabado ($z = 2,73; p < 0,05$).

Tabla 16. Correlaciones bivariadas entre las experiencias *not just right*, sensación de inacabado y evitación del daño con las creencias obsesivas en el grupo de pacientes con TOC (n=44)

	OBQ-44			
	Responsabilidad/ Amenaza	Perfeccionismo/ Incertidumbre	Importancia/ Control pensamientos	PT
OC-CDQ – SI	0,37*	0,07	0,66***	0,48***
OC-CDQ – ED	0,88***	0,47***	0,64***	0,81***
NJREQ-R - Núm.	0,48***	0,21	0,57***	0,53***
NJREQ-R - Grav.	0,54***	0,32*	0,52***	0,57***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

6.3 Relaciones entre la sensación de inacabado, la evitación del daño y las experiencias *Not Just Right* con síntomas emocionales no-TOC (depresión y preocupación excesiva)

En la Tabla 17 se puede apreciar que la sensación de inacabado, la evitación del daño y la gravedad de la experiencia NJR más reciente manifestaron asociaciones moderadas con los síntomas de depresión (BDI-II) y con la preocupación patológica (PSWQ). No obstante, el número de experiencias NJR no mostró relaciones significativas con ninguno de los síntomas emocionales no-TOC analizados.

Tabla 17. Correlaciones bivariadas entre las experiencias *not just right*, sensación de inacabado y evitación del daño con sintomatología depresiva y preocupación patológica en el grupo de pacientes con TOC (n=44)

	BDI-II	PSWQ
	PT	PT
OC-CDQ – SI	0,31*	0,52***
OC-CDQ – ED	0,44**	0,49***
NJREQ-R - Núm.	0,27	0,28
NJREQ-R - Grav.	0,31*	0,52***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

6.4 La sensación de inacabado, las experiencias *not just right*, y la evitación del daño como motivadores de síntomas TOC

Al igual que en el Estudio 1, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión múltiple por bloques con el objetivo de explorar la contribución de las experiencias NJR (número y gravedad), la sensación de inacabado y la evitación del daño en la explicación de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, por encima del peso que puedan tener la sintomatología no TOC y las creencias obsesivas.

Las variables dependientes que se emplearon para los análisis fueron únicamente los síntomas de comprobación, orden y acumulación, puesto que estas dimensiones mostraron previamente asociaciones significativas con las variables potencialmente motivadoras de síntomas TOC. Las variables independientes se introdujeron por bloques: en el primero, las puntuaciones en el BDI-II y PSWQ; en el segundo bloque, la puntuación total en creencias obsesivas (OBQ-44); y en el último bloque, las experiencias NJR (escala de número y gravedad), la sensación de inacabado y la evitación del daño, en función de si mostraron o no asociaciones con cada dimensión de síntomas TOC. Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 18.

En el bloque 3 del análisis de regresión para predecir la dimensión de comprobación se introdujeron las experiencias NJR (número y gravedad) y la evitación del daño. Se encontró que el único predictor significativo fue la gravedad de las experiencias NJR ($F = 3,771, p = 0,05$).

En cuanto a los síntomas de orden, las cuatro variables fueron introducidas en el tercer bloque. Los resultados mostraron que la varianza de la dimensión de orden fue explicada por la sintomatología depresiva, y ambas escalas de las experiencias NJR ($F = 5,851, p = 0,008$).

Para examinar los predictores de los síntomas de acumulación, las experiencias NJR y la evitación del daño se introdujeron en el tercer bloque. Las dos variables que explicaron la dimensión de acumulación fueron el número de experiencias NJR y la sintomatología depresiva ($F = 5,186, p = 0,001$).

Por último, cabe destacar que en ninguno de los análisis llevados a cabo, las creencias resultaron variables predictoras significativas de las dimensiones de síntomas TOC.

Tabla 18. Predictores de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos

Variables independientes*	<i>R</i> ² Adj	ΔR^2	B	SE B	β	T	P
<i>VD: OCI-R – Comprobación</i>							
	0,335	0,303					
NJREQ-R-Gravedad			0,210	0,074	0,462	2,202	0,05
<i>VD: OCI-R – Orden</i>							
	0,541	0,341					
BDI-II			0,158	0,057	0,461	2,773	0,01
NJREQ-R-Número			1,094	0,314	0,664	3,481	0,002
NJREQ-R-Gravedad			0,445	0,023	0,395	2,182	0,05
<i>VD: OCI-R – Acumulación</i>							
	0,564	0,112					
BDI-II			0,225	0,048	0,764	4,714	0,0001
NJREQ-R-Número			0,199	0,263	0,565	2,663	0,01

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Sólo se incluyen los predictores significativos

6.5 Dimensionalidad de la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*

6.5.1 Diferencias entre pacientes con TOC y personas sin trastorno mental en las variables del estudio

En la Tabla 19 se muestran las diferencias entre los grupos en todas las medidas incluidas en el estudio. Como se puede observar, los grupos difieren significativamente en la variable demográfica edad y en las medidas autoinformadas, siendo el grupo de pacientes con TOC más mayores y obteniendo puntuaciones significativamente más elevadas. No obstante, la diferencia de media no fue significativa en el caso de la dimensión de acumulación (OCI-R), donde las puntuaciones fueron prácticamente iguales. En cuanto al tamaño de las diferencias encontradas, estas fueron en general entre pequeño y mediano, aunque en algunos casos fue elevado (v.g. sensación de inacabado, evitación del daño, malestar de los síntomas obsesivo-compulsivos, y creencias de responsabilidad/amenaza e importancia/control de los pensamientos).

Tabla 19. Diferencias entre personas no clínicas y pacientes con TOC en los datos demográficos y en los cuestionarios

Medidas	Grupo NC (N=267)	Grupo TOC (N=47)	t (gl) o X ²	P	d Cohen
Edad	27,14(11,65)	34,82(8,43)	4,232(306)	0,0001	0,484
Género: Mujer (%)	75	61,70	4,125(2)	0,127	--
OC-CDQ-Sensación de inacabado	14,46(6,69)	30,11(10,01)	9,557(302)	0,0001	1,099
OC-CDQ-Evitación del daño	9,95(6,47)	27,61(12,14)	9,114(302)	0,0001	1,048
NJREQ-R-Número	3,04(1,97)	4,05(2,03)	3,103(305)	0,002	0,355
NJREQ-R-Gravedad	18,98(8,80)	30,83(10,43)	6,971(305)	0,0001	0,798
OCI-R-Lavado	0,98(1,79)	4,00(3,74)	5,061 (302)	0,0001	0,582
OCI-R- Comprobación	2,42(2,57)	6,00(4,17)	5,336(302)	0,0001	0,614
OCI-R-Orden	3,58(2,55)	4,78(3,60)	2,058(302)	0,04	0,236
OCI-R-Obsesiones	2,24(2,55)	6,71(3,71)	7,448(302)	0,0001	0,857
OCI-R-Acumulación	3,48(2,57)	3,46(3,17)	0,35(302)	n.s	--
OCI-R- Neutralización	0,70(1,40)	4,00(4,32)	4,842(302)	0,0001	0,557
OCI-R- PT	13,40 (9,52)	30,00 (13,76)	7,450 (302)	0,0001	0,857
DASS-21-Estrés*	3,86(2,97)	7,38(3,44)	4,555(277)	0,0001	0,547
DASS-21-Depresión *	2,92(2,75)	6,63(4,66)	3,150(277)	0,006	0,378
DASS-21-Ansiedad*	4,32(2,79)	5,88(3,26)	2,147(277)	0,030	0,258
PSWQ	46,84 (10,90)	58,51 (10,07)	5,999(296)	0,0001	0,697
PANAS-Afecto positivo*	32,38(8,56)	27,31(8,34)	2,304(277)	0,022	0,222
PANAS-Afecto negativo*	20,79(6,92)	26,75(8,86)	3,288(277)	0,001	0,395
BDI-II	---	21,44(11,80)	--	--	--
OBQ-44-Responsabilidad/Amenaza	41,09 (14,39)	64,66 (24,40)	8,255 (296)	0,0001	0,959
OBQ-44-Perfeccionismo/Incertidumbre	37,69 (12,69)	46,00 (17,91)	3,446 (296)	0,001	0,400
OBQ-44-Importancia/Control pensamientos	25,14 (8,96)	58,69 (27,00)	14,977 (296)	0,0001	1,741
YBOCS	---	25,744(6,51)	--	--	--

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

*Los datos están expresados en Medias (DT); *Pacientes con TOC: n = 16*

En cuanto a la sensación de inacabado y la evitación del daño, se llevaron a cabo análisis de diferencias dentro de cada grupo de participantes. Los resultados revelaron la existencia de diferencias de medias entre estas dos variables en el grupo de participantes no clínicos, siendo la puntuación en sensación de inacabado significativamente mayor que la de evitación del daño ($t_{(262)} = 13,64$, $p = 0,0001$). No obstante, en el grupo de pacientes con TOC las medias en ambas dimensiones fueron similares ($t_{(45)} = 0,986$).

Por lo que respecta a las experiencias *not just right*, todos los participantes del grupo no clínico y del grupo de pacientes con TOC informaron de haber tenido, al

menos una de las experiencias que se presentan en la lista del cuestionario. Sin embargo, los análisis muestran que los grupos difieren en el número de E-NJR, siendo la media mayor en el caso de los pacientes con TOC. Asimismo, se pudo comprobar que la E-NJR más reciente de los pacientes, en comparación con los participantes no clínicos, es más frecuente ($M(DT)$: 6,05 (1,51) vs. 4,91(1,91); $t(302) = 3,68$, $p = 0,0001$, d Cohen = 0,423), más intensa (4,62 (1,67) vs. 2,93 (1,46); $t(302) = 7,062$, $p = 0,0001$, d Cohen = 0,812) y más molesta (4,55 (1,62) vs. 2,65 (1,60); $t(302) = 7,095$, $p = 0,0001$, d Cohen = 0,816). Además, la experiencia NJR más reciente genera en los pacientes con TOC más necesidad de hacer algo (4,50 (2,17) vs. 2,51 (1,71); $t(302) = 5,651$, $p = 0,0001$, d Cohen = 0,650) y mayor sensación de responsabilidad (4,64 (2,14) vs. 2,69 (1,94); $t(302) = 5,942$, $p = 0,0001$, d Cohen = 0,683) que en el grupo no clínico.

6.5.2 Diferencias entre personas con y sin riesgo de padecer TOC, y pacientes con TOC en sensación de inacabado y experiencias not just right

Con el objetivo de examinar la dimensionalidad de las puntuaciones en SI, E-NJR, y evitación del daño, se realizaron análisis de diferencias en estas variables entre personas no clínicas, personas con riesgo de padecer TOC y pacientes con TOC. Al igual que se hizo en el Estudio 1, la muestra no clínica se dividió en personas con riesgo y sin riesgo de padecer TOC, atendiendo a la puntuación igual o superior a 14 en la escala total del OCI-R. El grupo sin riesgo se componía de 162 personas, y el grupo con riesgo estaba formado por 105 personas.

Se realizaron por tanto, los análisis de diferencias entre los tres grupos en las medidas mencionadas, y la variable edad fue introducida como covariable, puesto que anteriormente se habían encontrado diferencias entre los grupos, indicando que el grupo de pacientes era mayor en términos de edad. Como se aprecia en la Tabla 20, las puntuaciones obtenidas en las medidas van incrementando gradualmente, situándose las medias del grupo de participantes no clínicos en un extremo y las del grupo clínico en el otro extremo. Las puntuaciones del grupo con riesgo de TOC, se ubicaron en medio de los mencionados extremos.

Por último, cabe mencionar que las diferencias resultaron altamente significativas en el caso de la sensación de inacabado y la evitación del daño con tamaños de efecto grandes. Sin embargo, en el caso de las experiencias NJR los tamaños de las diferencias fueron pequeños (escala número) y medianos (escala gravedad). De hecho, las diferencias en el número de E-NJR no fueron significativas entre el grupo de pacientes con TOC y el grupo de personas con riesgo de TOC.

Tabla 20. Diferencias entre el grupo no-clínico, grupo con riesgo de padecer TOC, y grupo de pacientes con TOC en la sensación de inacabado, evitación del daño y las experiencias *not just right*

Medidas	Grupo NC (n = 164)	Grupo riesgo TOC (n = 103)	Grupo TOC (n = 47)	F (2,296)	P	η_p^2
OC-CDQ-SI	12,11 ^a (5,41)	18,30 ^b (6,92)	30,11 ^c (10,01)	120,972	0,0001	0,424
OC-CDQ-ED	8,16 ^a (5,58)	12,91 ^b (6,86)	27,61 ^c (12,14)	119,419	0,0001	0,443
NJREQ-R-Núm.	2,53 ^a (1,91)	3,85 ^b (1,80)	4,05 ^b (2,03)	20,427	0,0001	0,115
NJREQ-R-Grav.	16,66 ^a (8,06)	22,75 ^b (8,69)	30,83 ^c (10,43)	49,441	0,0001	0,236

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Los datos están expresados en Medias (DT); ^{a,b,c} Indican diferencias significativas entre los grupos ($p \leq 0,05$; pruebas post-hoc Games-Howell).

7. DISCUSIÓN

Asociaciones entre sensación de inacabado, evitación del daño y experiencias not just right

Los resultados de este estudio revelaron que las relaciones entre estas variables fueron significativas y positivas. En concreto, las asociaciones entre las E- NJR (número y gravedad) y la SI no fueron superiores a las relaciones que estas dos variables mostraron con la ED. En el grupo de pacientes con TOC, el coeficiente de correlación más bajo se obtuvo entre la SI y la ED, aunque no se encontraron diferencias en el tamaño del coeficiente, y tampoco en el tamaño de las correlaciones

observadas entre la SI y las dos escalas de la E-NJR. Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio de metaanálisis realizado por Taylor et al. (2013), en el cual sugieren que las E-NJR y la SI no son constructos idénticos puesto que comparten una proporción de varianza limitada, lo cual es especialmente cierto en el grupo de pacientes con TOC. En base a la revisión de los ítems que componen cada uno de los dos autoinformes, y teniendo en cuenta el objetivo explicado por los autores a la hora de presentar el OC-CDQ y el NJREQ-R, parece evidente que estas dos medidas exploran diferentes (aunque relacionados) aspectos de un mismo constructo subyacente: una experiencia subjetiva y una dimensión motivacional en el caso de la SI, y una experiencia interna y subjetiva que sería análoga a una obsesión, en el caso de las E-NJR. Estas diferencias sugieren que las dos medidas (NJREQ-R y OCCDQ) deberían ser empleadas de forma complementaria, y no de una forma idéntica para evaluar la relevancia de los constructos subyacentes para la comprensión del TOC. Hay que añadir que la relación encontrada entre SI y ED no fue alta ($r = 0,39$), si se compara con las asociaciones encontradas entre las mismas variables en estudios anteriores (Pietrefesa y Coles, 2008; Pietrefesa y Coles, 2009). No obstante, esos estudios fueron llevados a cabo en muestras de estudiantes universitarios, mientras que en este estudio se empleó un grupo de pacientes con TOC.

Relaciones entre la sensación de inacabado, evitación del daño y experiencias not just right con la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva

La ausencia de asociaciones entre la gravedad de la sintomatología TOC (evaluada con el YBOCS) y la escala de gravedad del NJREQ-R es sorprendente, puesto que la puntuación de gravedad de las E-NJR comprende 7 ítems que evalúan la gravedad asociada a la E-NJR más reciente. Una posible explicación a este hallazgo puede responder a que la última E-NJR experimentada por los pacientes no fuera tan grave y por esa razón no se encontró correlación con la gravedad de los síntomas TOC, o puede que mientras que todas las puntuaciones están relacionadas con sólo una E-NJR específica, la puntuación final compuesta no representa en realidad la interferencia, el malestar y la frecuencia que las E-NJR tienen a lo largo del curso del trastorno. Esto parece razonable teniendo en cuenta que el YBOCS evalúa la gravedad

del TOC en términos de tiempo invertido, interferencia, resistencia y grado de control con respecto a las obsesiones y a las compulsiones del paciente durante un intervalo de tiempo relativamente prolongado (es decir, la semana anterior hasta el momento de la entrevista). De hecho, los resultados indican que cuando se consideran el número de E-NJR que los pacientes informan así como la SI, entonces surgen las asociaciones significativas con la gravedad del TOC, aunque la magnitud de las correlaciones fue baja.

El estudio de la asociación entre gravedad de la sintomatología TOC y la SI no es reciente. En 1994, Leckman et al., encontraron en un grupo de 177 pacientes con Síndrome de Tourette (con TOC y con síntomas obsesivo-compulsivos) que la media de la escala de gravedad (evaluada con el YBOCS) de los pacientes que informaron tener la necesidad o impulso de realizar compulsiones hasta conseguir la sensación “de estar bien”, era superior a la media obtenida por aquellos pacientes que no experimentaron dicha sensación. Por su parte, Ecker y Gönner (2008) hallaron una relación significativa entre ambas variables ($r = 0,48$) que no difería de la encontrada en este trabajo ($z = 1,25$, $p = 0,10$). En el estudio de Ecker y Gönner se empleó la versión autoinformada de la escala YBOCS, mientras que en el presente trabajo se empleó la versión de entrevista clínica. Más recientemente, Sibrava, Boisseau, Eisen, Mancebo, y Rasmussen (2016) encontraron asociaciones significativas entre SI y la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva en un amplio grupo de pacientes con TOC ($N=307$). No obstante, hay que destacar que estos autores no emplearon la evaluación autoinformada de la SI, sino que realizaron una entrevista clínica individualizada con cada paciente para determinar si la sintomatología que manifestaban respondía a la SI o a la reducción de la ansiedad por consecuencias temidas identificables. Configuraron así dos grupos de pacientes: aquellos con alta SI y otro con baja SI. Del mismo modo, Coles y Ravid (2016) observaron que tanto con el número como con la gravedad de las E-NJR mantenían una correlación significativa con la gravedad de los síntomas TOC (YBOCS) en una muestra de pacientes con TOC.

Los trabajos provenientes del campo de los trastornos de tics también han estudiado las relaciones entre gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos y los fenómenos sensoriales, en los cuales se incluyen la SI y las E-NJR. Por ejemplo, Ferrão et al. (2012) encontraron en un grupo de 1001 pacientes con TOC que la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos (puntuación total del YBOCS) no estaba asociada con la presencia de fenómenos sensoriales (evaluados mediante la entrevista USP-SPS). No obstante, estos autores encontraron una relación significativa entre puntuaciones altas en la subescala de compulsiones del YBOCS y la presencia de fenómenos sensoriales. Además, observaron que la presencia de fenómenos sensoriales estaba asociada con mayor gravedad de los síntomas de simetría/orden. Resultados similares a estos fueron encontrados por otros autores (Kano, Matsuda, Nonaka, Fujio, Kuwabara, y Kono, 2015; Rosario et al., 2009). Por el contrario, Reese, Scahill, Peterson, Crowe, Woods, Piacentini, Walkup, y Wilhelm (2014) señalaron que la gravedad general de los síntomas de TOC, medida por la puntuación total de YBOCS, no mostró correlaciones significativas con la puntuación total de PUTS, instrumento que evalúa impulsos o sensaciones premonitorias en pacientes con tics y que incluye medidas de la SI y E-NJR.

En definitiva, los resultados de los que se dispone hasta el momento parecen apuntar a la existencia de una relación entre SI y E-NJR y la gravedad de la sintomatología TOC. No obstante, los resultados son cuestionables, puesto que la investigación no es suficiente en muestras de pacientes con diagnóstico primario de TOC.

Relaciones entre la sensación de inacabado, evitación del daño y experiencias not just right con los síntomas obsesivo-compulsivos

La SI y las E-NJR mostraron relaciones significativas con los síntomas de orden, resultado que añade evidencia a lo ya encontrado por diversos estudios anteriores. Estas asociaciones fueron observadas tanto en muestras de estudiantes universitarios o población general (Coles et al., 2003, 2005; Ghisi et al., 2010; Pietrefesa y Coles, 2008) como en pacientes con TOC (Ferrão et al., 2012; Sibrava et al., 2016; Sica et al.,

2015). Resultados similares también fueron encontrados mediante estudios experimentales (Cogle et al., 2013; Summers, Fitch y Cogle, 2014) y de metaanálisis (Taylor et al., 2014). Por tanto, las evidencias sobre la relación entre la SI y las E-NJR con la dimensión de orden/simetría, apuntan a que estos síntomas no parecen estar motivados por esfuerzos de evitar o prevenir un daño. Además, si la necesidad de simetría y orden es una característica importante asociada a la SI y las E-NJR, esto plantea un desafío para el tratamiento de estos pacientes con TOC, puesto que la simetría se ha postulado como una variable asociada a peores resultados del tratamiento. Así, Abramowitz, Franklin, Schwartz y Furr (2003) observaron que los pacientes con TOC con síntomas de simetría (detrás de los pacientes con síntomas de acumulación) mostraron peor respuesta a la Terapia cognitivo-conductual. Asimismo, Ruck, Larsson, y Mataix-Cols (2012) señalaron que la capsulotomía (intervención neuroquirúrgica para el TOC) podía ser ineficaz en pacientes con síntomas marcados de simetría/orden, ya que tras la cirugía el porcentaje de pacientes que reducía su sintomatología era igual o menor al 35%. Igualmente, Denys et al. (2010), encontraron que los pacientes con síntomas de simetría (así como aquellos con perfeccionismo y acumulación) no respondieron bien al tratamiento mediante estimulación cerebral profunda. Resultados similares a los de Denys y cols. fueron encontrados por Rück, Larsson y Mataix-cols, y Greenberg et al. (2010).

Por lo que respecta a la evitación del daño, esta variable mostró relaciones significativas con los síntomas de comprobación, obsesiones y acumulación. La asociación con la dimensión de obsesiones es consistente con lo encontrado previamente por otros estudios en muestras de estudiantes universitarios (Pietrefesa y Coles, 2008; Taylor et al., 2014) y en pacientes con TOC (Ecker y Gönner, 2008).

Por último, cabe mencionar que las relaciones encontradas entre las E-NJR y los síntomas de comprobación y acumulación también es consistente con otros estudios (Coles et al., 2003; Ecker y Gönner, 2008; Ghisi et al., 2010; Pietrefesa y Coles, 2008). Por ejemplo, Cogle, Fitch, Jacobson y Lee (2013) postularon que la SI es un factor importante que contribuye en los síntomas de comprobación compulsiva.

Relaciones entre la sensación de inacabado, evitación del daño y experiencias not just right con las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos

Otra de las hipótesis que se puso a prueba en este estudio fue que las creencias obsesivas mostrarían mayor correlación con la evitación del daño, que con la sensación de inacabado y las experiencias NJR, puesto que las creencias fueron postuladas como creencias relacionadas con el daño. Los resultados encontrados nos permiten confirmar dicha predicción, ya que las creencias obsesivas se asociaron más fuertemente con la evitación del daño, en comparación con la SI y las E-NJR. Estos resultados apoyan la consideración de las creencias obsesivas como creencias relacionadas con el daño, lo cual concuerda con los supuestos generales de los modelos cognitivos actuales sobre el TOC acerca del papel que estas creencias tienen en el mantenimiento del trastorno. Por último, las magnitudes de las relaciones encontradas entre las creencias obsesivas y la SI y las E-NJR encontradas en el presente estudio, ponen de manifiesto la necesidad de realizar futuras investigaciones para explorar dichas asociaciones con mayor profundidad.

Especificidad de la sensación de inacabado, la evitación del daño y las experiencias not just right: relaciones con síntomas de depresión y preocupación excesiva

Otra de las hipótesis planteadas estaba relacionada con la especificidad de las E-NJR y la SI para el TOC, en comparación con la sintomatología no TOC. Los resultados obtenidos en este estudio indican una baja especificidad de las E-NJR, la SI y la ED, derivada de comparar el coeficiente de correlación entre cada una de estas variables y la puntuación total en el OCI-R, con los coeficientes de las asociaciones obtenidas para los síntomas de depresión (BDI-II) y la preocupación patológica (PSWQ). La baja especificidad de la SI se explica por la correlación significativa que obtuvo con la preocupación patológica y la depresión, y no con la puntuación total del OCI-R. Estos resultados son diferentes de los presentados en un estudio de metaanálisis por Taylor et al. (2013). Sin embargo, en este estudio se incluían resultados procedentes de muestras clínicas con TOC y muestras no clínicas. Los resultados encontrados en el presente estudio pueden ser explicados en términos de la alta comorbilidad entre el

TOC, la Depresión y los Trastornos de ansiedad que presentaban los pacientes, debido a que el 32% de la muestra presentaba un Trastorno Depresivo Mayor secundario al TOC, y un 19% presentaba un Trastorno de Ansiedad diferente del TOC. Estas tasas de comorbilidad son habituales cuando se emplean muestras clínicas (Abramowitz, Franklin, Street, Kozak y Foa, 2000; Quarantini et al., 2011; Steketee, Chambless, y Tran, 2001). La realidad es que los pacientes con TOC presentan patologías comórbidas, lo cual convierte la búsqueda de características específicas y únicas causalmente relacionadas con el TOC en una labor complicada.

La exploración de una posible especificidad de la SI y las E-NJR en el TOC ha despertado interés los últimos años. Los estudios se han centrado sobre todo en las E-NJR y al parecer apuntan a que estas son específicas del TOC. Por ejemplo, según Coles y cols. (2003) las E-NJR son específicas del TOC puesto hallaron correlaciones significativas entre estas experiencias y los síntomas obsesivo-compulsivos, y además, dichas correlaciones se mantenían tras controlar los niveles de ansiedad (BAI; Inventario de Ansiedad de Beck, y STAI-T; Cuestionario de Ansiedad-Rasgo), depresión (BDI-II), preocupación patológica (PSWQ), ansiedad social (BFNE; Escala de miedo a la evaluación negativa, versión breve). No obstante, cabe mencionar que las E-NJR mostraron también asociaciones (aunque débiles en intensidad) con los síntomas emocionales no-TOC antes mencionados. Del mismo modo, Sica y su grupo afirman que las E-NJR son específicas para el TOC (Sica et al., 2012, 2013). Así, Ghisi et al. (2010) encontraron en una muestra de estudiantes universitarios (N=412) una asociación específica entre la gravedad de las E-NJR y los síntomas TOC (evaluados con el OCI-R) tras controlar el peso de síntomas de depresión (BDI-II), ansiedad (BAI) y perfeccionismo (FMPS). En 2015, Sica y cols. llevaron a cabo un estudio con muestras clínicas y observaron que un grupo de pacientes con TOC puntuaba significativamente más alto que un grupo de pacientes con Trastorno Juego Patológico y que un grupo de pacientes con Trastornos alimentarios en gravedad de las E-NJR.

Por su parte, Fergus (2013) encontró que las E-NJR correlacionaban de forma significativa y moderada con síntomas obsesivo-compulsivos, depresión, ansiedad

generalizada, afecto negativo, y ansiedad ante la interacción social. Sin embargo, contrario a los hallazgos de Sica y su grupo, Fergus observó que la correlación más elevada se produjo con la ansiedad generalizada, en comparación con el resto de síntomas. Asimismo, sólo los síntomas obsesivo-compulsivos y los de ansiedad generalizada emergieron como predictores significativos de las E-NJR. Cabe mencionar que Fergus evaluó las E-NJR mediante un instrumento creado a partir de una reformulación de los ítems que componen el NJREQ-R de Coles et al. (2003). Según Fergus, el cuestionario de Coles y cols. fue creado particularmente para el TOC, dado que procede únicamente de experiencias de pacientes con TOC, y por tanto, y podría distorsionar los datos obtenidos con dicho instrumento. El autor concluye que las E-NJR son relevantes para un amplio rango de síntomas y posiblemente la especificidad hallada en estudios previa sea consecuencia de un sesgo por el instrumento de evaluación.

En suma, las investigaciones en torno a la especificidad de la relación entre la SI y las E-NJR y los síntomas TOC no son del todo concluyentes, puesto que provienen de estudios que emplean un instrumento de evaluación que podría tener limitaciones. Además, es necesario explorar la especificidad en muestras de un tamaño considerable de pacientes con TOC, en comparación con pacientes que no padecen TOC o trastornos relacionados.

Capacidad predictiva en la explicación de los síntomas TOC

Otro de los objetivos fue explorar el poder predictivo de las E-NJR, la SI y la ED en la explicación de las diferentes dimensiones de síntomas TOC, como una manera de determinar el potencial rol de motivadores de síntomas TOC, controlando el efecto de los síntomas no TOC (depresión y preocupación patológica) y las creencias obsesivas. En este sentido, los datos obtenidos en el presente estudio nos permiten confirmar parcialmente la hipótesis, puesto que solo la puntuación de gravedad de la E-NJR más frecuente predijo los síntomas de comprobación, y tanto la escala de número como la de gravedad de las E-NJR fueron predictoras de los síntomas de orden. Por su parte, los síntomas de acumulación sólo fueron explicados por la

puntuación en síntomas de depresión. Como sucedió en el Estudio 1, las creencias obsesivas no emergieron como predictores significativos de los síntomas TOC, mientras que las escalas de las E-NJR si lo fueron en dos de las tres ecuaciones realizadas, lo cual sugiere que las E-NJR juegan un importante papel en los síntomas TOC, comparado con las creencias obsesivas relacionadas con el daño. Estos resultados deben ser considerados con precaución, debido al bajo número de pacientes, y además, ya que sólo se examinaron tres dimensiones de síntomas.

Sin embargo, los resultados del presente trabajo son consistentes con otros estudios que postulan la relevancia de la sensación de que las cosas están incompletas o *not just right* como motivadoras de síntomas obsesivo-compulsivos y no solo que estos síntomas están motivados por las creencias relacionadas con la evitación del daño (Pietrefesa y Coles, 2008, 2009). Ghisi et al. (2010) realizaron un estudio con pacientes con TOC (N=30), depresión (N=11) y otros trastornos de ansiedad no TOC (N=12) y descubrieron que el NJREQ-R fue capaz de diferenciar pacientes con TOC de pacientes con otras patologías después de controlar las creencias obsesivas (OBQ). Además, observaron que las creencias obsesivas no discriminaron entre dichos grupos de pacientes tras controlar la gravedad de las E-NJR. Según los autores, estos resultados demuestran que las E-NJR pueden tener un papel más específico que las creencias obsesivas en los síntomas TOC. Asimismo, en 2013, Sica et al. llevaron a cabo un estudio longitudinal con estudiantes universitarios y encontraron que las E-NJR de los padres (no madres) predecían los síntomas obsesivo-compulsivos de sus hijos (no hijas) por encima de las creencias obsesivas (OBQ). Taylor et al. (2014) hallaron una correlación significativa entre la SI y las E-NJR con los síntomas obsesivo-compulsivos tras controlar el efecto de la ED y las creencias obsesivas.

Estos estudios otorgan un papel crucial a las E-NJR en la explicación de la sintomatología TOC y cuestionan el papel predictivo de las creencias obsesivas en los síntomas obsesivo-compulsivos. Además, van en línea con lo expresado por otros autores, como por ejemplo Calamari et al. (2006) y Taylor et al. (2006), quienes postulan que las creencias pueden no tener un papel en algunos subtipos de TOC.

La importancia que están adquiriendo la SI y las E-NJR en la explicación de la sintomatología TOC demanda una actualización de los modelos cognitivo-conductual clásicos del TOC.

Dimensionalidad de la sensación de inacabado y experiencias not just right

Respecto a la hipótesis sobre la dimensionalidad de las E-NJR y la SI, los resultados son bastante concluyentes. Los resultados muestran que las E-NJR son altamente comunes en personas sin trastorno mental, resultado coincidente con otros estudios (Coles et al., 2003; Fergus, 2014; Ghisi et al., 2010; Sica et al., 2012) y, tanto el número como la gravedad de la E-NJR, aumenta progresivamente desde niveles bajos a altos, dependiendo de la presencia o ausencia de síntomas TOC. Por otra parte, el hecho de que las personas en riesgo de padecer TOC no difirieran en el número de E-NJR, sugiere que podría ser un marcador para una mayor vulnerabilidad al TOC, como ya sugirieron Sica et al. (2015). En cuanto a la sensación de inacabado y la evitación del daño, los resultados indican claramente una tendencia creciente desde el TOC no clínico al TOC clínico. Este resultado apoya la visión de la psicopatología desde los modelos dimensionales, donde se plantea la existencia de un continuo entre los procesos normales y anormales.

8. CONCLUSIONES

Al igual que se ha comentado en el estudio 1, los hallazgos provenientes de este estudio deben ser tomados con cautela dada las limitaciones que presenta. La obtención de datos mediante cuestionarios autoinformadas y la naturaleza correlacional de este estudio, imposibilita realizar conclusiones causales. Aunque, cabe mencionar que, en el caso de los pacientes, los instrumentos fueron heteroadministrados. El grupo de pacientes con TOC es relativamente pequeño, y debe ser tenido en cuenta, especialmente en los resultados de la exploración de la capacidad predictiva de las E-NJR y la SI en la explicación de las dimensiones de síntomas. La comorbilidad del TOC con la Depresión y Trastornos de ansiedad encontrada en el grupo de pacientes, interfiere a la hora de realizar conclusiones

relacionadas con la especificidad de las E-NJR y la SI en el TOC, aunque la comorbilidad con otros trastornos es lo habitual en el contexto clínico.

En cualquier caso, los resultados presentados en este estudio aportan datos de gran relevancia. Así, se sugiere que el número de E-NJR, y no sólo la gravedad de la E-NJR más reciente, deben ser tenidos en cuenta al analizar la relevancia de las E-NJR para el TOC. El número de E-NJR (variable considerada en el estudio de Taylor et al., 2014) podría ser un mejor marcador de vulnerabilidad para el TOC que la puntuación de la escala de gravedad de la E-NJR más reciente (empleada en los estudios de Sica y colaboradores: Sica et al., 2012, 2015). Los resultados indican que el número de E-NJR no diferencia entre pacientes con TOC y personas en riesgo de TOC, además está asociado con la gravedad de los síntomas TOC en pacientes, y predijo los síntomas de orden y acumulación. Por el contrario, la escala de gravedad emergió como predictor de los síntomas de orden y comprobación. Asimismo, se puede concluir que las E-NJR y SI son constructos dimensionales que discurren desde la normalidad hacia el TOC, son variables diferentes pero complementarias para evaluar los *sentiments d'incomplétude* descritos por Pierre Janet, no son totalmente específicas para el TOC, y son más relevantes en la explicación de los síntomas TOC, que la psicopatología emocional no TOC y las creencias relacionadas con el daño.

ESTUDIO 3

Asociaciones entre sensación de inacabado y experiencias *not just right* inducidas experimentalmente con síntomas (obsesivo-compulsivos y no obsesivo-compulsivos), y otras variables psicológicas en estudiantes universitarios y pacientes con TOC⁵

⁵ Parte de los datos de este estudio han sido publicados en Fornés-Romero, G. y Belloch, A. (2017). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 103-112.

INTRODUCCIÓN

Se realizó una inducción experimental de la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* en dos muestras diferentes: estudiantes universitarios y pacientes con TOC.

Para una exposición más clara de los resultados se decidió dividir este estudio en dos. Así, en el Estudio 3.1, se explica todo lo relativo a la inducción experimental en la muestra de estudiantes universitarios. El Estudio 3.2, versa sobre la inducción experimental en el grupo de pacientes con TOC, y un análisis comparativo con el grupo de estudiantes universitarios en las variables experimentales. Finalmente, se incluye una discusión y conclusión conjunta de los datos obtenidos.

ESTUDIO 3.1. INDUCCIÓN EXPERIMENTAL DE LA SENSACIÓN DE INACABADO Y LAS EXPERIENCIAS NOT JUST RIGHT EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos

Objetivo 1: Inducir la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* mediante una tarea experimental y, a continuación, evaluar las experiencias inducidas en una muestra de estudiantes universitarios.

Objetivo 2: Examinar las relaciones que se establecen entre las variables experimentales y las medidas autoinformadas de la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*.

Objetivo 3: Analizar las asociaciones que existen entre las variables experimentales y los síntomas obsesivo-compulsivos y psicopatología emocional no-TOC.

Objetivo 4: Estudiar las relaciones que mantienen las variables derivadas del experimento con las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos, y los rasgos de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

1.2. Hipótesis

- La SI y las E-NJR son fenómenos que experimentan tanto los pacientes con TOC como personas sin trastorno mental con una prevalencia alta. Numerosas tareas cotidianas pueden provocar estos fenómenos. Por tanto, una sencilla tarea de recuerdo inmediato será capaz de inducir la SI y las E-NJR.

- Las variables experimentales se asociarán de forma significativa y positiva con las medidas autoinformadas de la SI (OCCDQ) y las experiencias *not just right* (NJREQ-R).
- Las variables experimentales mostrarán relaciones significativamente más elevadas con los síntomas obsesivo-compulsivos que con la sintomatología emocional no-TOC.
- Las variables experimentales mostrarán correlaciones significativas con las variables teóricamente asociadas al TOC.

2. PARTICIPANTES

2.1. Criterios de inclusión

Los potenciales participantes debían cumplir una serie de criterios para poder formar parte del estudio. En primer lugar, estas personas debían tener una edad comprendida entre los 18 y los 60 años. Asimismo, debían ser capaces de comprender las instrucciones para completar los instrumentos de evaluación, así como de la tarea experimental. Además, los participantes debían poseer la capacidad de memoria de trabajo preservada. Finalmente, no debían padecer trastorno mental, ni estar recibiendo tratamiento psicológico y/o farmacológico actual o haberlo recibido durante el último año.

2.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 93 estudiantes universitarios de grado de Psicología de la Universidad de Valencia. El 80% eran mujeres, cuya edad oscilaba entre 20 y 38 años ($M = 21,74$, $DT = 2,80$ años). La mayoría informó estar soltero/a en el momento del estudio (93,5%) y tener un nivel socio-económico medio (73%).

3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se distribuyeron carteles publicitarios en el campus de la facultad de Psicología, pidiendo la colaboración para un estudio relacionado con la memoria. Para ello, los/las participantes debían ponerse en contacto con el investigador manifestando su interés. La colaboración consistía en asistir a dos sesiones presenciales. La primera de ellas, se llevaría a cabo de forma individual y en ella, cada persona daba su conformidad de participar de forma voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado. A continuación, debía cumplimentar una hoja con datos sociodemográficos (sin indicar identidad) y seguidamente, debía realizar la tarea de memoria de dígitos de la Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS-IV; Wechsler, 1997, 2012), prueba elegida para determinar el funcionamiento de la memoria de trabajo. Finalmente, la persona debía responder a una batería de medidas de autoinformes, los cuales se indican más abajo en el apartado “instrumentos”. La presentación de los cuestionarios fue aleatorizada, de manera que se redujeran los posibles efectos de orden. Asimismo, el estudio recibió la aprobación del Comité Ético de la Universidad de Valencia. Tras esta sesión, los participantes que superaban los criterios de inclusión fueron citados de forma individual para la sesión experimental, en la cual se llevó a cabo la tarea experimental que se describe más abajo.

Al concluir con las fases de evaluación e inducción experimental, se ofreció a los participantes la posibilidad de asistir a un seminario informativo, en el que se expondría los aspectos teóricos en que se enmarca la investigación, y se les revelaría los objetivos del estudio.

4. INSTRUMENTOS

A continuación, se señalan los instrumentos empleados en este estudio y los valores de fiabilidad obtenidos para sus escalas. Para una descripción detallada de los mismos, consultar el apartado “*instrumentos*” del Estudio 1.

a) Variables centrales del estudio: INC y E-NJR

Cuestionario de dimensiones nucleares obsesivo-compulsivas (Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire, OC-CDQ; Summerfeldt et al., 2014).

En el presente estudio, estos índices fueron muy elevados, obteniéndose un $\alpha = 0,87$ para la escala de evitación del daño y $\alpha = 0,83$ para la de sensación de inacabado.

Cuestionario Revisado de Experiencias "Not Just Right" (Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised, NJREQ-R; Coles et al., 2005). La consistencia interna obtenida para los primeros 10 ítems en la presente muestra fue $\alpha = 0,65$, mientras que la fiabilidad de los ítems que forman la escala de gravedad fue $\alpha = 0,88$.

b) Psicopatología obsesivo-compulsiva

Inventario Obsesivo Compulsivo Revisado (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, y Salkovskis, 2002). Se obtuvo un alfa de Cronbach interna para la escala total de 0,86, mientras que para las dimensiones de síntomas los valores se situaron en un rango entre $\alpha = 0,51$ y 0,81.

Inventario Obsesivo Compulsivo de Vancouver (Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, VOCI; Thordarson et al., 2004). La escala "Just right" estuvo una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,85$).

c) Psicopatología no obsesivo-compulsiva

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Los valores de consistencia interna obtenidos fueron los siguientes: ansiedad ($\alpha = 0,61$), estrés ($\alpha = 0,73$) y depresión ($\alpha = 0,81$).

Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). La consistencia interna obtenida con la presente muestra fue $\alpha = 0,88$.

Escalas PANAS (Positive And Negative Affect Scale, PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Con la muestra que participó en este estudio se obtuvo un coeficiente de consistencia interna de $\alpha = 0,88$ para el afecto positivo, y $\alpha = 0,85$ para el afecto negativo.

d) Otras variables psicológicas

Inventario de Creencias Obsesivas Revisado (ICO-R; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003). La consistencia interna mostrada por la puntuación total de la escala fue $\alpha = 0,92$, y el rango para las subescalas se situó entre $\alpha = 0,69$ y $\alpha = 0,84$.

Escala de Perfeccionismo de Frost (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS; Frost et al., 1990). El índice de coeficiente de consistencia interna para la escala total fue de $\alpha = 0,93$.

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS; Freeston et al., 1994). El coeficiente de fiabilidad con la muestra de este trabajo fue excelente ($\alpha = 0,91$).

5. SESIÓN EXPERIMENTAL

Las sesiones experimentales se llevaron a cabo de forma individual con cada participante, estuvieron a cargo de la misma experimentadora (G.F) y se realizaron en la misma sala/habitación monótona e insonorizada, la cual disponía de una mesa y dos sillas (una para el/la participante y otra para el investigador), un ordenador portátil, una hoja de papel y lápiz, y un cronómetro.

5.1. Tarea de inducción

Con el objetivo de inducir la sensación de inacabado y las experiencias NJR se diseñó una tarea de recuerdo inmediato que consistía en memorizar una lista de objetos visualizada en una pantalla de ordenador y, a continuación, escribir en una hoja, el mayor número de objetos que se recordaban de dicha lista. El objetivo de la tarea no era en absoluto medir la capacidad de memoria de los participantes. La elección de una tarea simple de recuerdo inmediato para inducir las sensaciones objeto de estudio, fue por un lado, porque la sensación de inacabado y las experiencias NJR suelen producirse al realizar tareas cotidianas y sencillas y, por otro lado, para conseguir que la persona tuviera la impresión de que la tarea podía realizarse satisfactoriamente. Se optó porque el contenido de la tarea de memoria estuviera relacionado con la sintomatología de orden, dado que es una de las dimensiones de síntomas más características y porque, según estudios anteriores, las sensaciones que se pretendían evaluar mantienen asociaciones significativas con este tipo de sintomatología.

Los objetos se presentaban en forma de lista en una única diapositiva divididas en tres columnas que correspondían a tres categorías: mobiliario, material y otros objetos (el nombre de la categoría precedía a cada conjunto de objetos). Cada grupo o categoría constaba de seis objetos, todos ellos con una alta probabilidad de ser encontrados en una oficina y/o despacho. Asimismo, como claves de facilitación de la memoria, los grupos se dispusieron de forma diferenciada por color (negro, azul oscuro y azul claro) y ubicación en la pantalla (ver sección Anexo).

El/la participante se colocaba en frente de la pantalla del ordenador para iniciar la tarea de inducción. El inicio de la tarea se producía al oprimir la barra espaciadora. El/la participante era informado/a de que tenía que hacer lo que las diapositivas le fueran indicando en cada momento. Las diapositivas estaban programadas para transitar de forma automática, pero la sesión se realizaba bajo la supervisión constante del investigador.

El diseño de la tarea de inducción se llevó a cabo mediante el programa PowerPoint y constaba de un total de 4 diapositivas que discurrían de forma automática, como se ha dicho. Cada una de las diapositivas tenía un tiempo de permanencia de 1 minuto, mientras que la diapositiva que contenía la lista de objetos duraba dos minutos (*fase de memorización*). Cuando se superaba este tiempo, la aparición de una pantalla negra daba paso a la *fase de recuerdo*, momento en que la persona podía comenzar a escribir los objetos que recordaba de la lista.

La primera diapositiva correspondía a las instrucciones de la tarea. Esta diapositiva incluía el siguiente mensaje: *“En la diapositiva siguiente encontrarás las instrucciones de la tarea que vas a realizar, léelas atentamente. No tienes que hacer nada con la presentación, ya que las diapositivas transitarán de forma automática. El tiempo de cada diapositiva está predeterminado”*.

La segunda diapositiva comprendía las indicaciones concretas de la tarea de memoria: *“A continuación, se presentará un escenario o situación imaginaria que debes leer, y después, una nueva diapositiva aparecerá con unas listas de objetos. Dispones de un tiempo limitado y suficiente desde la aparición de las listas para memorizar el mayor número de objetos posibles. Tras aparecer la pantalla negra, deberás escribir en la hoja que se te ha facilitado todos los objetos que recuerdes durante un tiempo limitado (condición experimental) /el tiempo que necesites (hasta que tú decidas que has terminado) (condición no experimental).¿Tienes alguna duda o pregunta?*

La diapositiva número 3, contenía la situación imaginaria e incluía el siguiente texto: *“Imagina que te han comunicado que la próxima reunión, en la que se van a tomar decisiones importantes para el futuro de tu empresa, tendrá lugar en tu despacho. Además de un grupo de compañeros, acudirá tu jefe, una persona que valora mucho el orden en el ambiente de trabajo. Por esta razón, te dispones a ordenar tu espacio de trabajo”*.

La cuarta diapositiva contenía las tres mencionadas categorías de objetos que los/las participantes debían memorizar. La categoría “mobiliario” incluía:

archivadores, estantería, sillas, perchero, armario y escritorio. La categoría “material” comprendía: agenda, grapadora, clips, bolígrafos, folios, y celo. Finalmente, la categoría “otros objetos” constaba de: Cuadros, calendario, papelera, cortinas, teléfono, y fotografías. Como se ha comentado antes, esta diapositiva tenía una duración de 2 minutos, y finalizaba con la aparición de una pantalla negra, momento en que iniciaba la fase de recuerdo (reproducción en el papel de los objetos memorizados).

El diseño de esta tarea experimental fue el resultado de diversas sesiones de trabajo en las que colaboraron activamente los profesionales que conforman el grupo de investigación I'TOC de la Universidad de Valencia. Estos participaron en los ensayos llevados a cabo, aportando sus propuestas de modificación, y contribuyendo así al diseño final.

Antes de llevar a cabo el experimento con la versión definitiva de la tarea que se presenta en este estudio, se puso a prueba en un grupo de 95 estudiantes universitarios de Grado con el fin de comprobar: a) la facilidad de ejecución de la tarea; b) el intervalo temporal necesario para leer y comprender adecuadamente cada diapositiva; b) la comprensibilidad y frecuencia de uso de las 18 palabras; c) si la disposición de las palabras en bloques facilitaba el recuerdo; y d) el número de palabras que los estudiantes podían recordar. A partir de los resultados obtenidos, se seleccionaron las 18 palabras que todos los participantes consideraron de alta frecuencia de uso (clasificadas entre 95%-100%) y que fueron recordadas con precisión por hasta el 95% de los participantes.

5.2. Evaluación pre-tarea de inducción

Al inicio de la sesión, el investigador le explicaba al/la participante en qué consistiría la sesión experimental completa, se le informaba de la posibilidad de abandonar la tarea en el momento en que deseara, así como del trato confidencial de los datos. A continuación, e inmediatamente antes de la ejecución de la tarea de inducción descrita antes, la persona debía indicar su estado de ánimo actual

empleando una Escala Visual Análoga (EVA) de 6 puntos (0=Muy alegre; 1=Alegre; 2=Un poco alegre; 3=Un poco triste; 4=Triste; 5=Muy triste).

5.3. Evaluación post-tarea de inducción

Tras escribir todos los objetos que recordaba de las listas, el/la participante debía valorar nuevamente su estado de ánimo actual mediante la misma EVA del inicio y cumplimentar un cuestionario *ad-hoc*, diseñado para evaluar las sensaciones inducidas. El conjunto de preguntas que componían este instrumento de evaluación, estaba dividido en dos partes (ver Anexo). La primera parte incluía 12 ítems que correspondían con una lista de sensaciones y la persona debía indicar con qué intensidad (de 0=nada, a 6=muchísima) había experimentado cada una de ellas. Estas sensaciones versaban sobre el impulso o necesidad de hacer o decir algo mientras la persona realizaba la tarea de recuerdo (ítems 4, 8, 10 y 12), el impulso o necesidad de hacer o decir algo cuando el experimentador decía “se acabó el tiempo, para” (ítems 1, 5, 9, 11), sensación física desagradable mientras se realizaba la tarea de recuerdo (ítems 2 y 6) y sensación física desagradable cuando el experimentador decía “se acabó el tiempo, para” (ítems 3 y 7).

En la segunda parte, los participantes tenían que seleccionar la sensación más desagradable y la más intensa de la lista previa, y evaluar las consecuencias emocionales (malestar, irritación/enfado, frustración, nervios/ansiedad) y conductuales (dificultad de eliminar o controlar) producidas por ambas sensaciones (ítems 17 a 26). Finalmente, las tres últimas preguntas estaban relacionadas con la dificultad de la tarea, la autoeficacia percibida al realizar la tarea y la posibilidad de haberla realizado mejor con más tiempo. El cálculo de fiabilidad de las dos partes del cuestionario reveló un $\alpha = 0,89$ para la primera parte, y $\alpha = 0,82$ para la segunda.

Las variables dependientes del experimento que se obtuvieron de la suma de los ítems del cuestionario de evaluación posterior a la tarea de inducción fueron las siguientes:

- a) Experiencias *not just right* y sensación de inacabado (ítems 10 y 11)
- b) Sensaciones físicas desagradables durante la tarea (ítems 2 y 6)
- c) Sensaciones físicas desagradables tras la señal de parada (ítems 3 y 7)
- d) Impulsos durante la tarea (ítems 4, 8 y 12)
- e) Impulsos tras la señal de parada (ítems 1, 5, y 9)
- f) Emociones negativas asociadas a la sensación más desagradable (ítems 17-20)
- g) Emociones negativas asociadas a la sensación más intensa (ítems 22-25)
- h) Dificultad para suprimir la sensación más desagradable (ítem 21)
- i) Dificultad para suprimir la sensación más intensa (ítem 26)

5.4. Condiciones experimentales

Se diseñaron dos condiciones experimentales para la misma tarea: inducción SI/E-NJR y no-inducción SI/E-NJR. El objetivo de la tarea de memoria era idéntico para ambas condiciones, sin embargo, discernían en el tiempo de la fase de recuerdo. En la condición de inducción, la fase de recuerdo era interrumpida por el investigador, mientras la persona estaba reproduciendo la lista. Concretamente, el experimentador indicaba verbalmente a la persona (*“El tiempo se ha acabado. Tienes que dejar de escribir”*) antes de que esta hubiera completado la lista de objetos. El momento exacto en que se detenía/interrumpía al participante era cuando faltan 4 palabras y justo cuando comenzaba a escribir una nueva palabra.

Por el contrario, en la condición de no-inducción, la persona empleaba todo el tiempo que necesitaba para escribir los objetos que recordaba, sin ser interrumpida por el experimentador. En esta condición también se les indicaba a los participantes que el tiempo se había acabado, pero esto se producía cuando el experimentador comprobaba que la persona había finalizado la tarea.

En ambas condiciones, se les indicaba a los participantes que el tiempo estaba siendo controlado. La asignación de los participantes a las condiciones experimentales fue aleatoria, de modo que 48 personas se asignaron a la condición de

inducción y 48 a la condición de no-inducción. Finalmente, tres personas no fueron incluidas en la condición de inducción, puesto que una de ellas abandonó la tarea experimental y otros dos participantes no siguieron adecuadamente las instrucciones del experimentador.

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Al igual que en los estudios presentados con anterioridad, los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows. Se empleó valor de alfa de 0,05 (bilateral) para la totalidad de las pruebas estadísticas realizadas. El cálculo del estadístico Fisher (transformación de r en z) se utilizó para determinar la posible existencia de diferencias entre las magnitudes de las correlaciones. El tamaño del efecto de las diferencias observadas en las pruebas t de Student se determinaron en base al criterio d de Cohen (Cohen, 1988), el cual dicta que en función de la magnitud del estadístico, los tamaños pueden ser: pequeño (= 0,2); mediano (= 0,5); y grande (= 0,8 o superior).

7. RESULTADOS

7.1. Análisis preliminares

En primer lugar, cabe mencionar que el 100% de los participantes de este estudio tuvo, al menos, una de las 12 sensaciones de la lista, el 19,4% informó haber sentido 8, mientras que el 9,7% tuvo las doce. En la Tabla 21, se incluye el número y porcentaje de personas que seleccionaron cada una de las sensaciones de la lista. Como se puede observar, la sensación elegida por más personas, seleccionada por el 84,9% de la muestra, corresponde con el ítem 12 del cuestionario (“Necesidad de comprobar o de asegurarte que la estabas haciendo bien, que no olvidabas nada”), seguida de la sensación coincidente con el ítem número 10 (“Mientras la hacías, ¿has tenido la sensación de que algo que estabas haciendo no estaba bien del todo, p.ej.,

que no te acordabas de palabras importantes, que la letra no te salía como querías, que el orden en que escribías no era el adecuado, etc.?”), elegida por un 88,2%.

Tabla 21: Número y porcentaje de personas que han experimentado cada sensación de la lista

Nº Item	Descripción	n (%)
1.	El impulso de seguir haciendo la tarea, cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”.	66 (71)
2.	Sensación de incomodidad interna mientras te esforzabas por recordar.	78 (83,9)
3.	Sensación de incomodidad interna al terminar, cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”.	66 (71)
4.	Incomodidad mientras la hacías, hasta el punto de tener que pensar en algo para sentirte mejor (p.ej., decirte que no era importante, que te daba igual, pensar en algo agradable...).	26 (28)
5.	Incomodidad cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”, hasta el punto de tener que pensar en algo para sentirte mejor (p.ej., decirte que no era importante, que te daba igual, pensar en que ya habías acabado, en que era un rollo, ...).	25 (26,9)
6.	Sensación física desagradable mientras intentabas recordar las palabras (calor, frío, temblor, tensión muscular...).	49 (52,7)
7.	Sensación física desagradable (calor, frío, temblor, tensión muscular...) cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”.	34 (36,6)
8.	Sensación de que necesitabas hacer o decir algo mientras hacías la tarea (levantarte, mover las piernas, dar golpecitos en el suelo o la mesa, canturrear, silbar, etc.).	47 (50,5)
9.	Sensación de que necesitabas hacer o decir algo cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para” (levantarte, mover las piernas, dar golpecitos en el suelo o la mesa, canturrear, silbar, etc.).	32 (34,4)
10.	Mientras la hacías, ¿has tenido la sensación de que algo que estabas haciendo no estaba bien del todo (p.ej., que no te acordabas de palabras importantes, que la letra no te salía como querías, que el orden en que escribías no era el adecuado, etc.)?.	82 (88,2)
11.	Cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”, ¿has tenido la sensación de que había algo que no habías hecho bien, como a ti te gusta?	65 (69,9)
12.	Necesidad de comprobar o de asegurarte que la estabas haciendo bien, que no olvidabas nada.	79 (84,9)

En cuanto a la elección de las sensación más desagradable y más intensa experimentada (Tabla 22 y 23 respectivamente), en esta muestra la sensación elegida con más frecuencia por los participantes como la más desagradable fue la número 10 (Mientras hacías la tarea, ¿has tenido la sensación de que algo que estabas haciendo no estaba bien del todo?), seguida de la número 2 (Sensación de incomodidad interna mientras te esforzabas por recordar.). Las mismas sensaciones fueron elegidas como

las más intensas (ver Tablas 22 y 23). Esto puede deberse a que estas sensaciones podían coincidir o no, es decir, la sensación más desagradable podía ser también la más intensa, o ser otra diferente. Asimismo, la media de duración (medida en intensidad) de la sensación elegida como la más desagradable fue 1,44 ($DT = 1,478$) y la media de duración de la sensación experimentada como la más intensa fue 1,49 ($DT = 1,579$), ambas indicando una intensidad baja, lo cual revela la transitoriedad de las sensaciones inducidas.

Tabla 22. Número y porcentaje de participantes que seleccionaron cada sensación

Tipo de sensación más desagradable	N	%
Nº 1	13	14,0
Nº 2	19	20,4
Nº 3	1	1,1
Nº 4	2	2,2
Nº 6	9	9,7
Nº 7	1	1,1
Nº 8	2	2,2
Nº 9	2	2,2
Nº 10	23	24,7
Nº 11	11	11,8
Nº 12	10	10,8

Tabla 23. Número y porcentaje de participantes que seleccionaron cada sensación

Tipo de sensación más intensa	N	%
Nº 1	13	14,0
Nº 2	18	19,4
Nº 3	3	3,2
Nº 6	8	8,6
Nº 7	2	2,2
Nº 8	3	3,2
Nº 9	1	1,1
Nº 10	23	24,7
Nº 11	10	10,8
Nº 12	12	12,9

Como se deduce de los datos presentados en la Tabla 24, todas las sensaciones inducidas fueron de intensidad entre “algo” y “poco”, resultado esperable dado la naturaleza de la muestra. La media más elevada se encontró en las experiencias *not just right* y la sensación de inacabado.

Tabla 24. Estadísticos de tendencia central de las variables experimentales

Variables experimentales	M (DT)	Mín.	Máx.	Asimetría
E-NJR y SI	4,48 (3,11)	0	11	0,38
Sensaciones físicas durante la tarea	3,50 (2,60)	0	11	0,59
Sensaciones físicas tras la interrupción	2,38 (2,28)	0	9	0,86
Impulso y/o necesidad durante la tarea	3,89 (3,09)	0	14	1,12
Impulso y/o necesidad tras la interrupción	3,09 (2,93)	0	14	1,32
Emociones negativas experiencia más desagradable	6,34 (5,28)	0	21	0,96
Malestar	1,71 (1,51)	0	6	0,66
Enfado/irritación	0,94 (1,27)	0	5	1,47
Frustración	1,80 (1,68)	0	6	0,83
Ansiedad	1,90 (1,60)	0	6	0,57
Emociones negativas experiencia más intensa	6,46 (5,49)	0	21	0,82
Malestar	1,85 (1,63)	0	6	0,58
Enfado/irritación	0,95 (1,32)	0	5	1,37
Frustración	1,90 (1,74)	0	6	0,68
Ansiedad	1,76 (1,65)	0	6	0,69
Dificultad suprimir experiencia más desagradable	1,16 (1,65)	0	6	1,50
Dificultad suprimir experiencia más intensa	1,23 (1,64)	0	6	1,38

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Por lo que respecta al impacto emocional de las sensaciones inducidas, la reacción emocional negativa a la sensación más desagradable fue similar a la obtenida para la sensación más intensa ($t_{92} = 0,477$; $p = 0,634$), siendo ambas puntuaciones bajas y por tanto, indicadoras de “poca” intensidad. Tampoco se hallaron diferencias

entre las medias de la dificultad para suprimir la experiencia más intensa y la más desagradable ($t_{92} = 0,884$; $p = 0,379$).

7.2. Diferencias entre los grupos experimentales

7.2.1. Diferencias en las medidas autoinformadas y en las variables experimentales

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de comparación de medias entre las personas asignadas al grupo de inducción y las asignadas al grupo de no-inducción, en las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de autoinformes y en la variable demográfica edad (Tabla 25). Los resultados mostraron la inexistencia de diferencias significativas entre las medias de los grupos.

Tabla 25. Diferencias entre los grupos experimentales en las medidas autoinformadas

	Grupo inducción (n = 45)	Grupo no-inducción (n = 48)	t(91)	dCohen
Edad	21,44 (1,89)	22,02 (3,44)	0,99	-
OCCDQ-ED	9,91 (6,12)	9,73 (5,70)	0,15	-
OCCDQ-SI	14,67 (6,58)	13,90 (5,56)	0,61	-
NJREQ-R-Número	3,07 (2,23)	2,75 (1,96)	0,73	-
NJREQ-R-Gravedad	20,78 (8,51)	18,58 (8,69)	1,23	-
OCI-R-PT	15,29 (10,20)	12,83 (8,87)	1,24	-
VOCI-just right	7,67 (7,49)	5,98 (4,16)	1,35	-
DASS-21-Estrés	4,44 (3,18)	3,69 (2,34)	1,31	-
DASS-21-Ansiedad	4,80 (2,86)	4,21 (2,13)	1,14	-
DASS-21-Depresión	3,36 (2,75)	2,85 (2,89)	0,85	-
PANAS-AP	34,29 (7,77)	33,67 (6,17)	0,43	-
PANAS-AN	21,22 (7,39)	20,40 (6,07)	0,59	-
PSWQ-PT	48,18 (9,87)	46,60 (9,57)	0,78	-
ICO-PT	132,36 (36,23)	129,08 (26,22)	0,501	-
FMPS-PT	61,09 (19,67)	57,17 (14,75)	1,092	-

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Los datos están expresados en Medias (DT)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

En segundo lugar, se realizaron análisis de diferencias de medias entre los mencionados grupos, en las variables derivadas del experimento (Tabla 26). Los análisis revelaron diferencias significativas en los impulsos y las sensaciones físicas tras la señal de parada, y en la respuesta emocional negativa asociada tanto a la sensación más desagradable como a la más intensa, siendo la media del grupo de inducción mayor que la del grupo de no-inducción.

Tabla 26. Diferencias entre los grupos experimentales en las variables experimentales

Variables experimentales	Grupo inducción (n=45)	Grupo no inducción (n=48)	t_{91}	d Cohen
WAIS-dígitos	10 (1,94)	9,50 (2,03)	1,20	-
EVA-pre	1,18 (0,58)	1,35 (0,67)	1,36	-
EVA-post	1,47 (0,81)	1,48 (0,58)	0,08	-
E-NJR y SI	4,87 (3,16)	4,12 (3,07)	1,15	-
Impulsos durante la tarea	4,18 (3,23)	3,62 (2,96)	0,86	-
Impulsos tras la señal de parada	4,13 (3,21)	2,12 (2,29)	3,49**	0,566
Sensaciones física durante la tarea	3,82 (2,53)	3,21 (2,66)	1,14	-
Sensaciones física tras la señal de parada	3,02 (2,54)	1,77 (1,82)	2,74**	0,568
Emociones negativas sensación más desagradable	6,60 (4,52)	4,52 (4,22)	2,29*	0,480
Emociones negativas sensación más intensa	5,93 (5,11)	3,79 (4,37)	2,17*	0,454
Dificultad suprimir experiencia más desagradable	1,16 (1,57)	1,17 (1,74)	-0,032	-
Dificultad suprimir experiencia más intensa	1,38 (1,68)	1,08 (1,60)	0,87	-

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Los valores están expresados en Medias (DT)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Respecto a los ítems relacionados con la tarea de inducción propiamente dicha, ambos grupos informaron de que la tarea fue sencilla, que realizaron la tarea “moderadamente” bien. No obstante, el grupo de inducción consideró que podría

haber ejecutado “bastante” mejor la tarea con más tiempo, en comparación con el grupo de no-inducción que manifestó que la hubiera realizado “moderadamente” mejor (Grupo inducción: $M = 3,89$, $DT = 1,54$ vs. Grupo no-inducción: $M = 2,81$, $DT = 1,86$; $t(91) = 3,02$, $p = 0,003$, $d \text{ Cohen} = 0,632$).

Finalmente, cabe mencionar la tarea experimental influyó en el estado de ánimo. Como se puede observar en la Tabla 26, los grupos no diferían en el estado de ánimo anterior y posterior a la tarea. Sin embargo, en el grupo de inducción ($n=45$) se encontraron diferencias significativas entre el estado de ánimo previo y posterior a la inducción ($M \text{ pre} = 1,18$, $DT \text{ pre} = 0,57$ vs. $M \text{ post} = 1,47$, $DT \text{ post} = 0,81$; $t_{44} = 2,784$; $p = 0,008$, $d \text{ Cohen} = 0,414$), indicando los resultados un empeoramiento del mismo. En el grupo de no-inducción, aunque los resultados muestran que el estado de ánimo también desmejoró ($M \text{ pre} = 1,35$, $DT \text{ pre} = 0,668$; $M \text{ post} = 1,48$, $DT \text{ post} = 0,084$), la diferencia no fue significativa ($t_{47} = -1,770$; $p = 0,083$).

7.3. Relaciones entre las variables experimentales del grupo de inducción de E-NJR y SI (n=45)

7.3.1. Relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la primera parte del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada entre los tipos de sensaciones inducidas. Los resultados revelaron la existencia de relaciones significativas y positivas entre todas ellas (Tabla 27). La correlación más elevada que se observó fue entre las E-NJR/SI y las sensaciones físicas desagradables tras la señal de parada ($r = 0,75$; $p < 0,001$) y durante la tarea ($r = 0,72$; $p < 0,001$). También los impulsos tras la señal de parada y las sensaciones físicas desagradables también tras la señal de la parada mostraron una asociación elevada ($r = 0,71$; $p < 0,001$).

Asimismo, se analizaron las posibles diferencias en la magnitud de las asociaciones mediante el cálculo del estadístico *Fisher*. Así, se observó que la asociación entre las E-NJR/SI y la sensaciones físicas desagradables durante la tarea

era significativamente mayor que la relación entre las E-NJR y SI con los impulsos tras la señal de parada ($Z = 2$; $p < 0,05$). Las E-NJR y SI mostraron un patrón de asociaciones de similar intensidad con el resto de sensaciones.

Tabla 27. Correlaciones bivariadas entre las puntuaciones de la primera parte de la evaluación posterior a la tarea de inducción de E-NJR y SI (n=45)

VARIABLES EXPERIMENTALES	1	2	3	4	5
E-NJR y SI inducidas	-				
Sensaciones físicas durante la tarea	0,72***	-			
Sensaciones físicas tras la señal de parada	0,75***	0,62***	-		
Impulsos durante la tarea	0,51***	0,58***	0,62***	-	
Impulsos tras la señal de parada	0,54***	0,44***	0,71***	0,65***	-

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Todas las correlaciones $p < 0,001$

Con el objetivo de examinar si las E-NJR, la SI y las sensaciones físicas desagradables experimentadas en la tarea de inducción podían provocar los impulsos de hacer algo, se efectuaron dos análisis de regresión lineal por pasos sucesivos. En el primero, se introdujo como variable dependiente los impulsos para hacer algo durante la tarea de inducción, y como variables independientes las E-NJR y SI y las sensaciones físicas durante la tarea y tras la señal de stop. En el segundo análisis, la variable dependiente eran los impulsos para hacer algo tras la señal de parada y las variables independientes las mismas del análisis anterior. Los resultados se presentan en la Tabla 28. Como se puede observar, las experiencias NJR y la sensación de inacabado, así como las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea explican un 46,7% de la varianza de los impulsos de hacer o decir algo para disminuir el malestar generado mientras se realizaba la tarea ($F = 39,451$; $p < 0,001$). Por otro lado, el único predictor de los impulsos experimentados tras la señal de parada fueron las sensaciones físicas desagradables tenidas tras la señal de parada, explicando un 56,6% ($F = 118,89$; $p < 0,001$).

Tabla 28. Predictores de los impulsos para hacer algo durante la tarea de inducción y tras la señal de parada (grupo de inducción: n=45)

Variables independientes	R^2 Aj.	ΔR^2	B	DEB	β	T	P
<i>VD: Impulsos durante la tarea</i>							
E-NJR y SI	0,418	0,424	0,460	0,103	0,464	4,473	0,000
Sensaciones físicas durante la tarea	0,455	0,043	0,331	0,123	0,279	2,688	0,009
<i>VD: Impulsos tras la señal de parada</i>							
Sensaciones físicas tras la señal de parada	0,562	0,566	0,970	0,089	0,753	10,904	0,000

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

7.3.2. Relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la segunda parte del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

El análisis de correlación bivariada realizado entre las variables derivadas de la segunda parte del cuestionario de evaluación de la tarea de inducción reveló un patrón de asociaciones significativas y positivas entre todas ellas (Tabla 29). De modo que, cuanto más repercusión emocional negativa tiene la sensación inducida, mayor es la dificultad de suprimir dicha sensación.

Tabla 29. Correlaciones bivariadas entre las puntuaciones de la segunda parte de la evaluación posterior a la tarea de inducción de E-NJR y SI (n=45)

Variables experimentales	1	2	3	4
Repuesta emocional sensación desagradable	-			
Repuesta emocional sensación intensa	0,87***	-		
Dificultad de suprimir sensación desagradable	0,66***	0,71***	-	
Dificultad de suprimir sensación intensa	0,65***	0,78***	0,87***	-

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Todas las correlaciones $p < 0,001$

7.3.3. Relaciones entre las variables de ambas partes del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

Los resultados del análisis de correlación indican que todas las sensaciones inducidas mantienen asociaciones significativas, positivas e intensas con el impacto emocional y la dificultad de suprimir la sensación más desagradable y la más intensa (Tabla 30). Estos resultados indican que cuanto más intensas sean las sensaciones inducidas, mayor impacto emocional negativo causarán en la persona que las experimenta y mayor será la dificultad para eliminar la sensación.

Tabla 30. Correlaciones bivariadas entre ambas partes del cuestionario de evaluación posterior a la tarea de inducción de E-NJR y SI (n=45)

Variabes experimentales	Repuesta emocional sensación desagradable	Repuesta emocional sensación intensa	Dificultad suprimir sensación desagradable	Dificultad suprimir sensación intensa
E-NJR y SI	0,80***	0,80***	0,62***	0,63***
Sensaciones físicas durante tarea	0,73***	0,78***	0,60***	0,61***
Sensaciones físicas tras señal parada	0,68***	0,76***	0,56***	0,61***
Impulsos durante tarea	0,52***	0,62***	0,43**	0,49***
Impulsos tras la señal de parada	0,66***	0,61***	0,47***	0,51***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

p < 0,05; **p < 0,01; *p < 0,001*

7.4. Relaciones entre las variables experimentales y las medidas autoinformadas

7.4.1. Asociación entre las variables experimentales y las medidas de la sensación de inacabado y experiencias not just right (grupo de inducción: n=45)

Se llevaron a cabo análisis de correlación bivariada entre las variables derivadas de la tarea experimental y las medidas autoinformadas de las experiencias NJR y la SI (Tabla 31).

En cuanto a las variables de la primera parte del cuestionario, las E-NJR y la SI inducidas sólo mostraron relaciones significativas con la escala gravedad de la experiencia NJR más reciente (medida con el NJRE-Q). Además, las sensaciones físicas desagradables y los impulsos, ambos experimentados durante la tarea, mostraron correlaciones positivas con la SI autoinformada y con la gravedad de la experiencia NJR autoinformada. Asimismo, tanto las sensaciones físicas desagradables posteriores a la señal de parada como los impulsos de hacer algo con la sensación también después de la interrupción de la tarea, mostraron relaciones significativas con ambas medidas autoinformadas de E-NJR y SI.

Por lo que respecta a la segunda parte del cuestionario, la respuesta emocional negativa y la dificultad de suprimir, tanto la sensación más intensa como la más desagradable, mostraron asociaciones significativas con las medidas autoinformadas. No obstante, cabe mencionar que, según los resultados, el número de experiencias NJR autoinformadas no mantiene asociaciones con la respuesta emocional y la dificultad de suprimir la experiencia más desagradable.

Adicionalmente, se analizaron las posibles diferencias entre las correlaciones halladas mediante el cálculo del estadístico z . Los resultados revelaron que las variables experimentales mantienen un patrón de asociaciones de similar magnitud con todas las variables autoinformadas.

Estos resultados sugieren que a mayor puntuación en las medidas autoinformadas de E-NJR y SI, más intensas serán las sensaciones inducidas, mayor impacto emocional negativo, y mayor será la dificultad para eliminar las sensaciones inducidas experimentalmente.

Tabla 31. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y las medidas de sensación de inacabado y las experiencias *not just right* (n = 45)

Variables experimentales	OCCDQ		NJREQ-R	
	SI	ED	Núm.	Grav.
E-NJR y SI	0,264	0,271	0,150	0,462***
Sensaciones físicas desagradables durante la tarea	0,33**	0,26	0,21	0,55***
Sensaciones físicas desagradables tras la señal de parada	0,31**	0,33**	0,32**	0,50***
Impulsos durante la tarea	0,38**	0,38**	0,23	0,33**
Impulsos tras la señal de parada	0,44***	0,43***	0,42***	0,65***
Repuesta emocional sensación desagradable	0,46***	0,42**	0,18	0,60***
Repuesta emocional sensación intensa	0,49**	0,43**	0,30*	0,54***
Dificultad de suprimir sensación desagradable	0,53***	0,51***	0,24	0,51***
Dificultad de suprimir sensación intensa	0,51***	0,54***	0,31**	0,46***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

7.4.2. Asociación entre las variables experimentales y las medidas de psicopatología TOC y no-TOC (grupo de inducción: n=45)

Los análisis de correlación mostraron la existencia de asociaciones significativas y positivas entre las variables de la tarea experimental y todas las medidas de sintomatología emocional, excepto con el afecto positivo, donde las relaciones fueron prácticamente inexistentes (Tabla 32).

Más concretamente, las E-NJR y la SI inducidas mostraron correlaciones moderadas con los síntomas obsesivo-compulsivos, y correlaciones de misma magnitud con los síntomas *just right* ($Z = 0,93$; $p > 0,05$), síntomas de estrés ($Z = 0,83$;

$p > 0,05$) y afecto negativo ($Z = 0,67; p > 0,05$). Por el contrario, no se encontraron asociaciones con síntomas de ansiedad y preocupación patológica excesiva.

Por otro lado, las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea de inducción se asociaron de forma significativa y moderada con la sintomatología TOC, al igual que con los síntomas *just right* ($Z = 0,75; p > 0,05$) y estrés ($Z = 1,11; p > 0,05$). Por su parte, las sensaciones que se experimentaron tras la señal de parada, además de mostrar correlaciones de intensidad moderada con los síntomas obsesivo-compulsivos, y con los síntomas *just right* ($Z = 0,35; p > 0,05$) y estrés ($Z = 0,4; p > 0,05$), también se asoció con la sintomatología depresiva ($Z = 0,51; p > 0,05$).

Por lo que respecta a los impulsos para hacer algo para contrarrestar el malestar causado por las sensaciones inducidas, aquellos que sucedieron durante la tarea mostraron asociaciones moderadas con los síntomas TOC, y de similar magnitud con los síntomas *just right* ($Z = 0,061; p > 0,05$), depresión ($Z = 0,971; p > 0,05$) y preocupación excesiva ($Z = 0,86; p > 0,05$). Mientras que los impulsos experimentados tras la señal de parada se relacionaron con toda la sintomatología emocional (TOC y no-TOC) de forma moderada (excepto con la tendencia a la preocupación patológica).

En cuanto al impacto emocional de las sensaciones inducidas, las emociones negativas asociadas a la sensación más desagradable mantuvieron correlaciones significativas de tamaño moderado con la psicopatología TOC, y de similar intensidad con los síntomas no-TOC: *just right* ($Z = 0,52; p > 0,05$), estrés ($Z = 0,64; p > 0,05$), depresión ($Z = 1,09; p > 0,05$) y afecto negativo ($Z = 1,46; p > 0,05$). En el caso de las emociones negativas asociadas a la sensación más intensa se encontró el mismo resultado: asociaciones moderadas con la sintomatología TOC, y de la misma intensidad con síntomas *just right* ($Z = 0,37; p > 0,05$), estrés ($Z = 0,8; p > 0,05$), depresión ($Z = 1,08; p > 0,05$) y afecto negativo ($Z = 0,92; p > 0,05$). No hubo correlaciones significativas con la sintomatología ansiosa (DASS-21) y la preocupación excesiva (PSWQ).

Finalmente, las dificultades para eliminar la sensación más intensa y la más desagradable también se relacionaron de forma significativa y moderada con todos los síntomas de psicopatología emocional. No obstante, nuevamente se puede comprobar que no hubo asociaciones significativas con la preocupación patológica, y tampoco fue significativa la correlación entre la dificultad de suprimir la sensación más desagradable y los síntomas de ansiedad.

Tabla 32. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y las medidas de psicopatología TOC y no-TOC (n=45)

Variables experimentales	OCI-R	VOCI	DASS-21			PSWQ	PANAS	
	PT	<i>Just right</i>	Estrés	Ansiedad	Depresión	PT	AP	AN
E-NJR y SI	0,48***	0,31*	0,33*	0,13	0,23	0,13	-0,08	0,36*
Sensaciones físicas durante tarea	0,51***	0,38**	0,31*	0,25	0,25	0,25	-0,16	0,21
Sensaciones físicas tras señal parada	0,48***	0,42**	0,41**	0,09	0,39**	0,24	-0,05	0,27
Impulsos durante tarea	0,52***	0,51***	0,24	0,08	0,35*	0,37*	-0,04	0,13
Impulsos tras señal parada	0,63***	0,56***	0,56***	0,36*	0,59***	0,22	-0,06	0,37*
Repuesta emocional sensación desagradable	0,58***	0,50***	0,48***	0,29	0,40**	0,21	0,05	0,33*
Repuesta emocional sensación intensa	0,57***	0,52***	0,44**	0,26	0,39**	0,28	0,06	0,42**
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,34*	0,42**	0,45**	0,28	0,30*	0,29	0,23	0,41**
Dificultad suprimir sensación intensa	0,42**	0,44**	0,52***	0,31**	0,34**	0,28	0,06	0,49***

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

p < 0,05; **p < 0,01; *p < 0,001*

Finalmente, se efectuó un análisis de correlación parcial entre las variables derivadas del experimento y los síntomas obsesivo-compulsivos, eliminando el efecto del resto de síntomas de psicopatología emocional (estrés, ansiedad, depresión, afecto negativo y preocupación excesiva). Como se puede apreciar en la Tabla 33, las asociaciones fueron significativas (aunque se produjo una disminución en la intensidad de las mismas), excepto en la dificultad de eliminar la sensación inducida.

Tabla 33. Correlaciones parciales controlando DASS-21, PANAS y PSWQ (n=45)

Variables experimentales	OCI-R PT
E-NJR y SI	0,39**
Sensaciones físicas desagradable durante tarea	0,47**
Sensaciones físicas desagradable tras señal parada	0,33*
Impulsos durante tarea	0,48**
Impulsos tras señal parada	0,43**
Respuesta emocional sensación desagradableT1	0,46**
Respuesta emocional sensación intensa	0,43**
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,16
Dificultad suprimir sensación intensa	0,23

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

7.4.3. Asociación entre las variables experimentales y las dimensiones de síntomas TOC (grupo de inducción: n=45)

Puesto que las variables experimentales mostraron asociaciones significativas con los síntomas TOC (incluso controlando el efecto de otras variables), se llevó a cabo un nuevo análisis de correlación con la finalidad de estudiar las relaciones que se establecían con cada una de las dimensiones de síntomas TOC. Los resultados muestran que existen relaciones positivas con los síntomas obsesivo-compulsivos, aunque no todas son significativas (Tabla 34).

En relación a la primera parte del cuestionario de evaluación, las sensaciones inducidas muestran un patrón de correlaciones moderadas con prácticamente todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, a excepción del orden y neutralización, donde se aprecia que tanto las sensaciones físicas desagradables como las E-NJR y la SI no se relacionan de forma significativa.

Por lo que respecta a la segunda parte del cuestionario, la respuesta emocional negativa a las sensaciones correlacionó moderadamente con los síntomas de

limpieza, obsesiones, acumulación, comprobación y neutralización, pero no con los síntomas de orden. Por su parte, la dificultad de suprimir la sensación más desagradable y la más intensa mostró asociaciones significativas únicamente con las dimensiones de limpieza y obsesiones. La dificultad de eliminar la sensación más intensa (y no la más desagradable) se asoció significativamente con los síntomas de neutralización.

Por último, se observó la ausencia de diferencias significativas entre las correlaciones, indicando que las variables derivadas de la inducción experimental mantienen un patrón de correlaciones de intensidad similar con las dimensiones de síntomas TOC que las que exhibieron asociaciones.

Tabla 34. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (n=45)

Variables experimentales	OCI-R					
	Limp.	Obses.	Acumul.	Orden	Comprob.	Neutraliz.
E-NJR y SI	0,40**	0,39**	0,38**	0,20	0,39**	0,24
Sensaciones físicas durante tarea	0,37*	0,46***	0,44**	0,24	0,30*	0,37*
Sensación físicas tras la parada	0,39**	0,33*	0,29	0,22	0,45**	0,35*
Impulsos durante tarea	0,41**	0,37*	0,41**	0,30*	0,30*	0,54***
Impulsos tras la parada	0,54***	0,46***	0,45**	0,35*	0,44**	0,47***
Repuesta emocional sensación desagradable	0,49***	0,34*	0,54***	0,26	0,45**	0,38**
Repuesta emocional sensación intensa	0,47***	0,38**	0,46***	0,28	0,43**	0,44**
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,33*	0,32*	0,22	0,12	0,23	0,24
Dificultad suprimir sensación intensa	0,39**	0,39**	0,27	0,19	0,24	0,35*

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

p < 0,05; **p < 0,01; *p < 0,001*

Una vez comprobadas las relaciones entre las variables experimentales y los síntomas TOC, se decidió realizar una serie de análisis de regresión lineal por el método de pasos sucesivos, tomando como variables dependientes (VD) cada una de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, y como variables independientes (VI) las variables derivadas de la tarea de inducción con las cuales mantuvieron asociaciones significativas en los análisis de correlación presentados anteriormente. Los resultados encontrados se presentan en la Tabla 35.

En relación a los síntomas de limpieza, los análisis mostraron que el único predictor significativo fueron los impulsos experimentados tras la señal de parada ($F = 17,358$; $p < 0,01$).

En cuanto a la dimensión de obsesiones, emergieron como predictores significativos las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea y los impulsos tras la señal de parada, mostrando una capacidad predictiva conjunta del 31,6% ($F = 11,846$; $p < 0,01$)

La respuesta emocional negativa asociada a la sensación más desagradable emergió como único predictor de los síntomas de acumulación ($F = 17,453$; $p < 0,01$).

Los impulsos experimentados tras la interrupción de la tarea de inducción fueron predictores significativos de las dimensiones de orden ($F = 6,051$; $p < 0,01$) y de comprobación ($F = 11,137$, $p < 0,01$).

Por último, los síntomas de neutralización resultaron explicados en un 28,9% por los impulsos experimentados durante la realización de la tarea de inducción ($F = 17,501$; $p < 0,01$).

Tabla 35. Predictores de las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (OCI-R)

Variables independientes	$R^2Aj.$	ΔR^2	B	$SE B$	β	t	p
<i>VD: Limpieza</i>							
Impulsos tras la señal de parada	0,27	0,29	0,406	0,097	0,536	4,166	0,000
<i>VD: obsesiones</i>							
Sensaciones físicas durante tarea	0,198	0,216	0,295	0,131	0,325	2,260	0,029
Impulsos tras la señal parada	0,264	0,082	0,228	0,103	0,318	2,208	0,033
<i>VD: Acumulación</i>							
Respuesta emocional sensación desagradable	0,272	0,289	0,249	0,060	0,537	4,178	0,000
<i>VD: orden</i>							
Impulsos tras la señal de parada	0,103	0,123	0,287	0,117	0,351	2,460	0,018
<i>VD: comprobación</i>							
Impulsos tras la señal de parada	0,187	0,206	0,244	0,073	0,454	3,337	0,002
<i>VD: neutralización</i>							
Impulsos durante la tarea	0,273	0,289	0,237	0,057	0,538	4,183	0,000

7.4.4. Asociación entre las variables experimentales y variables teóricamente asociadas al TOC (grupo de inducción: n=45)

Un nuevo análisis de correlación reveló que todas las variables experimentales mantienen asociaciones significativas y positivas (con un rango de valores entre $r = 0,36$ y $r = 0,51$) con la intolerancia a la incertidumbre, los rasgos de perfeccionismo y las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos (Tabla 36). No obstante, las experiencias *not just right* y la sensación de inacabado no mostraron correlaciones significativas con las creencias disfuncionales y la intolerancia a la incertidumbre. Asimismo, el cálculo del estadístico Fisher para explorar posibles diferencias entre la magnitud de las asociaciones, puso de manifiesto que el patrón de correlaciones encontrado es similar en intensidad entre todas las variables.

Tabla 36. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre (n=45)

Variables experimentales	ICO-r PT	FMPS PT	IUS PT
E-NJR y SI	0,27	0,37*	0,26
Sensaciones físicas durante tarea	0,37*	0,45**	0,50***
Sensaciones físicas tras la señal de parada	0,51***	0,46**	0,29
Impulsos durante la tarea	0,36*	0,44**	0,36*
Impulsos tras la señal de parada	0,51***	0,47***	0,38*
Repuesta emocional sensación desagradable	0,40**	0,38**	0,36*
Repuesta emocional sensación intensa	0,47***	0,50***	0,45**
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,38**	0,44**	0,40**
Dificultad suprimir sensación intensa	0,40**	0,43**	0,38*

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

7.5. Análisis de regresión final

Tras comprobar las asociaciones que existen entre las variables derivadas de la tarea experimental y los constructos TOC y no-TOC relacionados, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal con el objetivo de examinar qué papel desempeñan los síntomas emocionales, las creencias disfuncionales y la sensación de inacabado y las experiencias NJR autoinformadas en la explicación de las variables experimentales. Para ello, se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión múltiple por pasos, uno por cada variable experimental. Todos los análisis se realizaron por bloques y por el método de pasos sucesivos. En el primer bloque, se introdujeron como variables independientes los síntomas de psicopatología emocional (evaluados con DASS-21, OCI-R), en el segundo bloque las creencias (medidas con ICO-r, IUS y FMPS) y en el tercero, las medidas autoinformadas de la sensación de inacabado y las experiencias *not just right (OCCDQ y NJREQ-R)*. Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 37. Únicamente se incluyen las variables que resultaron significativas para cada modelo de regresión.

Como puede observarse, las experiencias NJR y la SI inducidas experimentalmente fueron explicadas por los síntomas obsesivo-compulsivos ($F = 12,987; p < 0,01$).

Los síntomas obsesivo-compulsivos y la intolerancia a la incertidumbre resultaron predictores significativos de las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea, explicando en conjunto un 33,7% de la varianza ($F = 14,935; p < 0,01$).

Por su parte, las variables seleccionadas en el modelo final que consiguen explicar un 34,9% de la variabilidad observada en las sensaciones físicas desagradables experimentadas tras la señal de parada fueron los síntomas obsesivo-compulsivos y las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos ($F = 11,263; p < 0,01$).

El impulso y/o necesidad de hacer algo durante la tarea fue explicado únicamente por los síntomas obsesivo-compulsivos ($F = 16,375; p < 0,01$).

Las variables predictoras del impulso de hacer algo tras la señal de parada fueron los síntomas obsesivo-compulsivos, el estrés y la escala de gravedad de la experiencia NJR más reciente, explicando juntas un 55,3% de la varianza ($F = 16,908; p < 0,01$).

Las variables que emergieron como predictores significativos de la emocionalidad negativa asociada a la experiencia más desagradable fueron los síntomas obsesivo-compulsivos y la gravedad y el número de experiencias *not just right*, explicando conjuntamente un 45,95% de la variabilidad ($F = 15,203; p < 0,01$).

La varianza de la respuesta emocional negativa a la experiencia más intensa fue explicada en un 39,9% por los síntomas obsesivo-compulsivos y las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos ($F = 13,946; p < 0,01$).

Por otro lado, los predictores significativos de la dificultad de suprimir la sensación más desagradable fueron los síntomas de estrés y la SI, mostrando una capacidad predictiva conjunta del 30,9% ($F = 9,404$; $p < 0,01$).

Por último, los de estrés (27%) y la evitación del daño (10,6%) surgieron como variables explicativas de la varianza de la dificultad de suprimir la experiencia más intensa ($F = 12,663$; $p < 0,01$).

Tabla 37. Predictores significativos de las variables experimentales

Variab independientes	R ² Aj.	ΔR ²	B	SE B	β	T	p
<i>VD: E-NJR y SI</i>							
OCI-R	0,214	0,232	0,149	0,041	0,482	3,604	0,001
<i>VD: Sensación física durante la tarea</i>							
OCI-R	0,241	0,258	0,084	0,036	0,339	2,308	0,026
IUS	0,305	0,079	0,053	0,024	0,327	2,230	0,031
<i>VD: sensaciones físicas tras la señal de parada</i>							
OCI-R	0,210	0,228	0,082	0,034	0,328	2,415	0,020
ICO-r	0,318	0,121	0,027	0,010	0,379	2,791	0,008
<i>VD: Impulso durante la tarea</i>							
OCI-R	0,259	0,276	0,166	0,041	0,525	4,047	0,000
<i>VD: Impulso tras la señal de parada</i>							
OCI-R	0,381	0,395	0,106	0,041	0,338	2,609	0,013
DASS 21-estrés	0,460	0,089	0,203	0,133	0,201	1,529	0,134
NJREQ-R gravedad	0,520	0,069	0,131	0,052	0,349	2,514	0,016
<i>VD: Emociones negativas experiencia más desagradable</i>							
OCI-R	0,326	0,341	0,269	0,076	0,495	3,543	0,001
NJREQ-R-gravedad	0,426	0,111	0,325	0,088	0,498	3,692	0,001
NJREQ-R-número	0,492	0,075	-0,852	0,334	-0,342	-2,548	0,015
<i>VD: Emociones negativas experiencia más intensa</i>							
OCI-R	0,312	0,327	0,257	0,073	0,456	3,500	0,001
ICO-r	0,370	0,072	0,046	0,021	0,292	2,239	0,030

VD: Dificultad suprimir experiencia más desagradable

<i>DASS-21-estrés</i>	0,181	0,199	0,106	0,077	0,214	1,369	0,178
<i>OCCDQ-SI</i>	0,276	0,110	0,096	0,037	0,405	2,584	0,013

VD: Dificultad suprimir experiencia más intensa

<i>DASS-21-estrés</i>	0,253	0,270	0,176	0,074	0,332	2,357	0,023
<i>OCCDQ-ED</i>	0,346	0,106	0,103	0,039	0,376	2,669	0,011

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

ESTUDIO 3.2. INDUCCIÓN EXPERIMENTAL DE LA SENSACIÓN DE INACABADO Y LAS EXPERIENCIAS NOT JUST RIGHT EN PACIENTES CON TOC

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1. Objetivos

Objetivo 1: Inducir la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* mediante una tarea experimental y, a continuación, evaluar las experiencias inducidas en un grupo de pacientes con TOC.

Objetivo 2: Examinar las relaciones que se establecen entre las variables derivadas de la inducción experimental y las medidas autoinformadas de la sensación de inacabado y las experiencias *not just right*.

Objetivo 3: Analizar las asociaciones que existen entre las variables experimentales y los síntomas obsesivo-compulsivos y psicopatología emocional no-TOC.

Objetivo 4: Estudiar las relaciones que mantienen las variables derivadas del experimento con las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos, y los rasgos de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

Objetivo 5: Investigar qué papel poseen los síntomas emocionales (TOC y no TOC), las creencias disfuncionales, y la sensación de inacabado y las experiencias autoinformadas, en la explicación de las variables experimentales.

Objetivo 6: Examinar las diferencias que se establecen en las variables experimentales entre los pacientes con TOC y un grupo de estudiantes universitarios.

1.2. Hipótesis

- La SI y las E-NJR podrán ser inducidos experimentalmente mediante la realización de una tarea de recuerdo inmediato.
- Las variables experimentales se asociarán de forma significativa y positiva con las medidas autoinformadas de la SI (OCCDQ) y las experiencias *not just right* (NJREQ-R).
- Las variables experimentales mostrarán relaciones significativamente más altas con los síntomas obsesivo-compulsivos que con la sintomatología emocional no TOC.
- Las variables experimentales revelarán correlaciones significativas con las variables teóricamente asociadas al TOC.
- Las variables experimentales serán explicadas en mayor proporción por las SI y las E-NJR autoinformadas, y por los síntomas TOC, que por las creencias disfuncionales obsesivas y los síntomas no TOC.
- Los pacientes con TOC, en comparación con los estudiantes universitarios experimentarán mayor frecuencia de E-NJR y SI, más intensas, y las consecuencias emocionales y conductuales serán más potentes.

2. PARTICIPANTES

2.1. Criterios de inclusión

Los pacientes debían tener diagnóstico primario de TOC, de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM-5 (APA, 2013) y una duración del trastorno de al menos 1 año. Además debían tener una edad comprendida entre 18 y 65 años, haber obtenido una puntuación dentro del rango normal en la tarea de memoria de dígitos del WAIS (mencionada en la Fase 1), y no presentar retraso mental ni uso o abuso de sustancias. En cuanto a la gravedad de la sintomatología, la duración del trastorno y la comorbilidad con otras psicopatologías no se consideraron criterios de no-inclusión. Por último, en el caso de los participantes que en el momento del estudio estaban siguiendo tratamiento farmacológico, se solicitaba que tuvieran una dosis

estable durante un período de, al menos 3 meses para poder ser incluidos en el estudio.

2.2. Muestra

En este estudio participaron 20 pacientes con diagnóstico principal de TOC (90% con tratamiento farmacológico) cuya edad media se situaba en 36,39 años ($DT=10,69$; rango: 21-62 años). El 55% de los participantes era hombre y la mayoría estaba soltero/a o viviendo en pareja (75%). Además, el 60% de la muestra tenía estudios universitarios y el 55% informó un nivel socio-económico medio.

En cuanto a la gravedad de la sintomatología TOC, la media obtenida fue 26,43 ($DT= 4,73$) en la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), lo que indica una sintomatología grave. Y en cuanto a las obsesiones principales, las más prevalentes fueron: lavado/limpieza/contaminación (7 pacientes), daño/dudas/comprobación (6), superstición/pensamiento mágico (5), acumulación (1 paciente). Asimismo, sólo 3 pacientes presentan diagnósticos comórbidos, siendo estos Depresión mayor, Trastorno de la personalidad dependiente y Distimia.

3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Los pacientes procedían de la Unidad de Investigación y Tratamiento del TOC y Trastornos relacionados de la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia), de la cual es responsable es la Dra. Amparo Belloch.

La recogida de los datos se realizó en dos sesiones diferenciadas y ambas de forma individual. En la primera sesión se explicaba a los pacientes en qué consistía la colaboración y se solicitaba su consentimiento informado. Además, se les pedía que completaran una hoja con sus datos sociodemográficos. También en esta sesión se completaba la escala YBOCS de gravedad de la sintomatología TOC, así como la tarea de memoria de dígitos del WAIS (tal y como se hizo en el estudio anterior con estudiantes). Esta sesión finalizaba con la cumplimentación de los instrumentos de

autoinforme del protocolo de evaluación, y se citaba a los pacientes para la siguiente sesión (entre 2-4 días después).

En la segunda sesión se llevaba a cabo la tarea de inducción experimental y la evaluación de las sensaciones inducidas. Al igual que en el estudio anterior, las sesiones experimentales se realizaron de forma individual con cada paciente, estuvieron a cargo de la misma experimentadora (G.F) y tuvieron lugar en la misma sala. La tarea de inducción empleada fue exactamente la misma y se empleó el mismo material (ordenador portátil, hoja de papel y lápiz, y cronómetro). No obstante, en este caso, todos los pacientes fueron incluidos en la condición de inducción y al finalizar esta sesión, se les explicaba detalladamente en qué consistía la investigación.

Por último, cabe señalar que la administración de los cuestionarios fue aleatorizada, y que este estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad de Valencia.

4. INSTRUMENTOS

Los pacientes cumplieron las mismas medidas autoinformadas que la muestra de estudiantes del estudio descrito antes en la Fase 1. Pero además, un profesional clínico fue el encargado administrar la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989).

Al igual que lo comentado en el estudio anterior, la descripción detallada de los instrumentos se encuentra descrita en el Estudio 1. No obstante, aquí se presentan los coeficientes de fiabilidad encontrados en la presente muestra.

a) Variables centrales del estudio: INC y E-NJR

Cuestionario de dimensiones nucleares obsesivo-compulsivas (Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire, OC-CDQ; Summerfeldt et al., 2014). La escala de evitación del daño obtuvo un coeficiente de fiabilidad de $\alpha = 0,89$, mientras que la sensación de inacabado $\alpha = 0,85$.

Cuestionario revisado de Experiencias “Not Just Right” (Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised, NJREQ-R; Coles et al., 2005). La consistencia interna para la escala de número fue de $\alpha = 0,67$ y para la escala de gravedad $\alpha = 0,91$.

b) Psicopatología obsesivo-compulsiva

Inventario Obsesivo Compulsivo Revisado (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, y Salkovskis, 2002). Los valores obtenidos para las dimensiones de síntomas fueron entre $\alpha = 0,79$ – $\alpha = 0,96$.

Inventario Obsesivo Compulsivo de Vancouver (Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, VOCI; Thordarson et al., 2004). El coeficiente de fiabilidad para la escala *just right* fue de $\alpha = 0,90$.

c) Psicopatología no obsesivo-compulsiva

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Los índices de fiabilidad encontrados para las escalas fueron: depresión ($\alpha = 0,90$), ansiedad ($\alpha = 0,78$) y estrés ($\alpha = 0,85$).

Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). La consistencia interna para la puntuación total fue de $\alpha = 0,89$.

Escalas PANAS (Positive And Negative Affect Scale, PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988). El coeficiente de consistencia interna para el Afecto positivo fue de $\alpha = 0,91$, y para el Afecto Negativo de $\alpha = 0,90$.

d) Otras variables psicológicas

Inventario de Creencias Obsesivas Revisado (ICO-R; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003). Los valores de los coeficientes de fiabilidad para las subescalas fueron entre $\alpha = 0,74$ y $\alpha = 0,93$.

Escala de Perfeccionismo de Frost (Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS; Frost et al., 1990). La puntuación total de la escala obtuvo una fiabilidad excelente ($\alpha = 0,92$).

Escala de Intolerancia a la incertidumbre (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS; Freeston et al., 1994). El valor de la consistencia interna de esta escala fue $\alpha = 0,93$.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para el tratamiento de los datos en este estudio se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows. Al igual que en el estudio anterior, las pruebas estadísticas se realizaron basándose en un valor de alfa de 0,05 (bilateral). La exploración de diferencias entre las correlaciones se llevó a cabo con el estadístico Fisher para la transformación de r en z . Por último, la estimación del tamaño del efecto de las diferencias entre medias encontradas con las pruebas t , se utilizó el criterio d de Cohen (Cohen, 1988), según el cual: tamaño pequeño = 0,2; tamaño mediado = 0,5 y tamaño grande = 0,8 o superior.

6. RESULTADOS

6.1. Análisis preliminares

El 100% de la muestra de pacientes experimentó, al menos, una sensación como consecuencia de la inducción experimental. Asimismo, de las sensaciones que incluía

la lista del cuestionario de evaluación, las más frecuentemente experimentadas fueron la número 2, seguida de la 10 y la 11 (Tabla 38).

Por otro lado, las sensaciones elegidas por más número de personas como las más desagradables fueron la número 2 (Sensación de incomodidad interna mientras te esforzabas por recordar) y 10 (Mientras la hacías, ¿has tenido la sensación de que algo que estabas haciendo no estaba bien del todo (p.ej., que no te acordabas de palabras importantes, que la letra no te salía como querías, que el orden en que escribías no era el adecuado, etc.)?), seleccionadas ambas por un 25% de la muestra. Por su parte, la sensación elegida por mayor número de personas como la más intensa, fue nuevamente la número 2, habiendo sido elegida por el 30% de la muestra. Además, la media de duración (medida en intensidad) de la sensación elegida como la más desagradable fue 2,45 ($DT = 2,11$) y la media de duración de la sensación percibida como la más intensa fue 2,30 ($DT = 2,03$), lo cual se traduce en “poca” intensidad, sugiriendo la brevedad con que se mantienen las sensaciones inducidas.

Tabla 38: Número y porcentaje de personas que han experimentado cada sensación de la lista

Nº Item	Descripción	n (%)
1.	El impulso de seguir haciendo la tarea, cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”.	14 (70)
2.	Sensación de incomodidad interna mientras te esforzabas por recordar.	19 (95)
3.	Sensación de incomodidad interna al terminar, cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”.	16 (80)
4.	Incomodidad mientras la hacías, hasta el punto de tener que pensar en algo para sentirte mejor (p.ej., decirte que no era importante, que te daba igual, pensar en algo agradable...).	9 (45)
5.	Incomodidad cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”, hasta el punto de tener que pensar en algo para sentirte mejor (p.ej., decirte que no era importante, que te daba igual, pensar en que ya habías acabado, en que era un rollo, ...).	9 (45)
6.	Sensación física desagradable mientras intentabas recordar las palabras (calor, frío, temblor, tensión muscular...).	15 (75)
7.	Sensación física desagradable (calor, frío, temblor, tensión muscular...) cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”.	11 (55)
8.	Sensación de que necesitabas hacer o decir algo mientras hacías la tarea (levantarte, mover las piernas, dar golpecitos en el suelo o la mesa, canturrear, silbar, etc.).	6 (30)

9.	Sensación de que necesitabas hacer o decir algo cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para” (levantarte, mover las piernas, dar golpecitos en el suelo o la mesa, canturrear, silbar, etc.).	7 (35)
10.	Mientras la hacías, ¿has tenido la sensación de que algo que estabas haciendo no estaba bien del todo (p.ej., que no te acordabas de palabras importantes, que la letra no te salía como querías, que el orden en que escribías no era el adecuado, etc.)?.	18 (90)
11.	Cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”, ¿has tenido la sensación de que había algo que no habías hecho bien, como a ti te gusta?	18 (90)
12.	Necesidad de comprobar o de asegurarte que la estabas haciendo bien, que no olvidabas nada.	17 (85)

Los resultados relacionados con las variables experimentales se encuentran en la Tabla 39. Como se puede observar, todas las sensaciones inducidas fueron de intensidad entre “moderada” y “bastante”. Cabe destacar que las sensaciones más potentes fueron las E-NJR y la SI.

En cuanto a la respuesta emocional negativa asociada a las sensaciones inducidas, el impacto emocional de la sensación más desagradable fue igual de potente que el producido por la sensación más intensa ($t_{19} = 0,657$, $p = 0,519$), representando ambas puntuaciones “mucho” intensidad. Respecto a la dificultad para suprimir la experiencia más intensa y la más desagradable, los resultados muestran que las dos produjeron un “poco” de dificultad ($t_{19} = 1,674$; $p = 0,110$).

Tabla 39. Estadísticos de tendencia central de las variables experimentales

VARIABLES EXPERIMENTALES	M (DT)	Mín.	Máx.	Asimetría
E-NJR y SI	7,25 (3,22)	1	12	-0,30
Sensaciones físicas durante la tarea	5,50 (3,71)	1	11	0,23
Sensaciones físicas tras la interrupción	4,20 (3,24)	0	11	0,54
Impulso y/o necesidad durante la tarea	5,65 (3,84)	0	12	0,22
Impulso y/o necesidad tras la interrupción	4,50 (3,60)	0	13	0,66
Emociones negativas experiencia más desagradable	9,95(6,46)	1	20	0,13
Malestar	2,40 (2,16)	0	5	0,12
Enfado/irritación	1,50 (1,76)	0	5	0,74
Frustración	2,95 (1,99)	0	6	-0,19
Ansiedad	3,10 (1,80)	0	6	-0,22
Emociones negativas experiencia más intensa	9,75(6,78)	1	20	0,18
Malestar	2,35 (2,13)	0	5	0,18
Enfado/irritación	1,65 (1,90)	0	5	0,56
Frustración	2,70 (1,87)	0	5	-0,05

Ansiedad	3,05 (1,88)	0	6	-0,29
Dificultad suprimir experiencia más desagradable	2,25(1,83)	0	5	0,16
Dificultad suprimir experiencia más intensa	1,95(1,79)	0	5	0,51

Por último, aunque el estado de ánimo desmejoró ligeramente, no se encontraron diferencias entre antes ($M\text{ EVA pre} = 2; DT = 1,17$) y después ($M\text{ EVA post} = 2,30; DT = 1,08$) de realizar la tarea experimental ($t_{19} = 1,674; p = 0,110$). Además, en cuanto a las cuestiones sobre la tarea, los participantes la calificaron como un “poco” difícil, consideraron que habían realizado un “poco” bien, y la hubieran ejecutado “moderadamente” mejor si se les hubiera proporcionado más tiempo.

6.2. Asociaciones entre las variables experimentales

6.2.1. Relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la primera parte del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

Como se puede observar en la Tabla 40, las sensaciones inducidas se asociaron de forma positiva y moderadas-altas entre ellas, aunque no todas las relaciones fueron significativas. Concretamente las E-NJR y SI mostraron correlaciones significativas de intensidad moderada con las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea y tras la señal de parada, así como con los impulsos para hacer algo durante la tarea de recuerdo. No obstante, los impulsos percibidos tras la señal de parada no se asociaron de forma significativa con las E-NJR y la SI, pero sí con las sensaciones físicas desagradables. Además, se llevaron a cabo análisis de diferencias de valores de correlación y se encontró que no existían diferencias entre la intensidad de las asociaciones, siendo todas de la misma potencia.

Tabla 40. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales de la primera parte del cuestionario

Variables experimentales	1	2	3	4	5
E-NJR y SI	-				
Sensaciones físicas durante tarea	0,80***	-			
Sensaciones físicas tras señal parada	0,49*	0,64**	-		
Impulsos durante tarea	0,50**	0,61**	0,31	-	
Impulsos tras señal parada	0,25	0,44	0,64**	0,55**	-

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.2.2. Relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la segunda parte del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

Por lo que respecta a la segunda parte del cuestionario, tal y como se muestra en la Tabla 41, los resultados mostraron asociaciones positivas de intensidad alta entre todas ellas. Esto indica que cuanto mayor es el impacto emocional producido por las sensaciones, mayor es la dificultad para eliminarlas o suprimirlas.

Tabla 41. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales de la segunda parte del cuestionario

Variables experimentales	1	2	3	4
Respuesta emocional sensación desagradable	-			
Respuesta emocional sensación intensa	0,98***	-		
Dificultad suprimir sensación más desagradable	0,85***	0,89***	-	
Dificultad suprimir sensación más	0,91***	0,93***	0,90***	-

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.2.3. Relaciones entre las variables de ambas partes del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

Concretamente, las experiencias *not just right* y la sensación de inacabado inducidas mostraron relaciones significativas con las emociones negativas producidas por la sensación más desagradable. Además, las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea de memoria se asociaron con las emociones negativas y la dificultad de suprimirlas. Por su parte, los impulsos de hacer algo sentidos mientras se realizaba la tarea mantuvieron asociaciones tanto con la respuesta emocional como con la dificultad de supresión. La magnitud de las correlaciones encontradas fue de moderada a alta. Los resultados sugieren que cuanto más intensas son las sensaciones, mayor impacto emocional y más difícil es la eliminación (Tabla 42).

Tabla 42. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales de ambas partes del cuestionario de evaluación posterior a la inducción

Variables experimentales	Respuesta emocional sensación desagradable	Respuesta emocional sensación intensa	Dificultad suprimir sensación desagradable	Dificultad suprimir sensación intensa
E-NJR y SI	0,50*	0,41	0,11	0,30
Sensaciones físicas durante tarea	0,65**	0,59**	0,41	0,50*
Sensaciones físicas tras señal parada	0,27	0,29	0,20	0,22
Impulsos durante tarea	0,55*	0,52*	0,45*	0,39
Impulsos tras señal parada	0,34	0,34	0,39	0,26

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.3. Relaciones entre las variables experimentales y las medidas autoinformadas

6.3.1. Asociación entre las variables experimentales y las medidas de la sensación de inacabado y experiencias not just right

Los resultados revelaron que las sensaciones físicas desagradables experimentadas como consecuencia de la interrupción de la tarea correlacionaron con las medidas autoinformadas de la sensación de inacabado y con las dos escalas del cuestionario que evalúa las experiencias NJR (número y gravedad). Aunque el tamaño del coeficiente fue especialmente alto para la escala de número, en el análisis de las diferencias de correlaciones, las magnitudes de estas relaciones fueron similares (Tabla 43).

Tabla 43. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y la sensación de inacabado (OCCDQ) y experiencias *not just right* (NJREQ-R) autoinformadas

Variables experimentales	OCCDQ		NJREQ-R	
	ED	SI	Núm.	Grave.
E-NJR y SI	0,05	0,31	0,31	0,05
Sensaciones físicas durante tarea	-0,06	0,11	0,29	0,03
Sensaciones físicas tras señal parada	0,22	0,48*	0,73***	0,45*
Impulsos durante tarea	0,07	0,08	0,15	0,19
Impulsos tras señal parada	0,02	0,15	0,28	0,30
Respuesta emocional sensación desagradable	-0,13	0,18	0,01	0,15
Respuesta emocional sensación intensa	-0,005	0,27	0,02	0,18
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,009	0,29	-0,07	0,23
Dificultad suprimir sensación intensa	-0,08	0,23	-0,04	0,19

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

p < 0,05; **p < 0,01; *p < 0,001*

6.3.2. Asociación entre las variables experimentales y las medidas de psicopatología TOC y no-TOC

Los análisis de correlación revelaron que las sensaciones físicas desagradables experimentadas tras las señal de parada se asociaron con la sintomatología obsesivo-compulsiva, con los síntomas *just right* y, marginalmente, con la gravedad de las

obsesiones. Asimismo, la puntuación en el impulso a hacer algo tras la señal de parada mostró relaciones significativas con los síntomas *just right* y con la gravedad de las compulsiones. En cambio, los impulsos percibidos durante la tarea de memoria sólo se asociaron significativamente con los síntomas *just right* (Tabla 44).

Tabla 44. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y los síntomas obsesivo-compulsivos y la gravedad de la sintomatología TOC

Variables experimentales	OCIR-R	VOCI	YBOCS	
	PT	<i>Just Right</i>	Obsesiones	Compulsiones
E-NJR y SI	0,21	0,18	0,22	0,21
Sensaciones físicas durante tarea	0,18	0,11	0,17	0,18
Sensaciones físicas tras señal parada	0,55*	0,46*	0,35	0,24
Impulsos durante tarea	0,15	0,46*	0,28	0,22
Impulsos tras señal parada	0,43	0,53**	0,17	0,45*
Respuesta emocional sensación desagradable	0,12	0,15	0,12	0,26
Respuesta emocional sensación intensa	0,20	0,21	0,14	0,12
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,22	0,22	0,17	0,14
Dificultad suprimir sensación intensa	0,22	0,21	0,27	0,11

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

p < 0,05; **p < 0,01; *p < 0,001*

Por lo que respecta a la sintomatología no-TOC, tanto el impacto emocional de las sensaciones como la dificultad para eliminarlas mostraron correlaciones significativas con la sintomatología ansiosa. Además, las sensaciones físicas desagradables y los impulsos o necesidades de hacer algo (ambos experimentados tras la señal de parada) se relacionaron de forma significativa con la afectividad negativa (Tabla 45).

Tabla 45. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y psicopatología emocional no TOC

Variables experimentales	DASS-21			PSWQ	PANAS	
	Estrés	Ansiedad	Depresión	PT	AP	AN
E-NJR y SI	0,08	0,15	-0,07	0,33	0,36	0,20
Sensaciones físicas durante tarea	0,12	0,29	0,11	0,45	0,16	0,31
Sensaciones físicas tras señal parada	0,32	0,34	0,27	0,47	0,05	0,57*
Impulsos durante tarea	0,24	0,34	0,29	0,17	0,14	0,40
Impulsos tras señal parada	0,35	0,27	0,16	0,03	0,39	0,54*
Respuesta emocional sensación desagradable	0,34	0,48*	0,31	0,19	-0,13	0,25
Respuesta emocional sensación intensa	0,43	0,58*	0,39	0,20	-0,22	0,36
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,36	0,54*	0,40	0,13	-0,28	0,32
Dificultad suprimir sensación intensa	0,40	0,55*	0,39	0,17	-0,26	0,31

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.3.3. Asociación entre las variables experimentales y las dimensiones de síntomas TOC

Adicionalmente, se realizó un análisis de correlación para explorar las posibles asociaciones entre las variables derivadas del experimento y las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (Tabla 46). Los resultados muestran que las sensaciones físicas durante la tarea de memoria mantuvieron relaciones significativas con la dimensión de orden. Por su parte, las sensaciones físicas experimentadas tras la señal de parada se asociaron de forma significativa con los síntomas de limpieza, acumulación y orden. Por su parte, los impulsos tenidos tras la señal de parada correlacionaron significativamente con las dimensiones de acumulación y orden. Además, el impacto emocional de la sensación más intensa inducida se asoció con los

síntomas de orden. La dificultad para eliminar la sensación más desagradable y la más intensa correlacionó significativamente con la dimensión de obsesiones y de orden. Por último, cabe añadir que las correlaciones fueron de intensidad moderada-alta y no se encontraron diferencias en el tamaño de los coeficientes.

Tabla 46. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos

Variables experimentales	OCI-R					
	Limp.	Obses.	Acumul.	Orden	Comprob.	Neutral.
E-NJR y SI	0,38	0,19	0,25	0,47*	-0,11	-0,09
Sensaciones físicas durante tarea	0,12	0,24	0,24	0,51*	-0,01	-0,16
Sensaciones físicas tras señal parada	0,52*	0,35	0,53*	0,84**	0,22	0,11
Impulsos durante tarea	0,05	0,11	0,42	0,30	-0,21	0,10
Impulsos tras señal parada	0,29	0,27	0,51*	0,51*	0,05	0,32
Respuesta emocional sensación desagradable	-0,181	0,34	0,12	0,41	-0,005	-0,02
Respuesta emocional sensación intensa	-0,18	0,43	0,16	0,47*	0,06	0,07
Dificultad suprimir sensación desagradable	-0,26	0,44*	0,17	0,47*	0,08	0,17
Dificultad suprimir sensación intensa	-0,27	0,49*	0,10	0,48*	0,07	0,21

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

6.3.4. Asociación entre las variables experimentales y variables teóricamente asociadas al TOC

Por último, un nuevo análisis de correlación se realizó para examinar si las variables experimentales mantenían relaciones significativas con constructos teóricamente asociados al TOC (Tabla 47). Los resultados encontrados señalan que las sensaciones físicas experimentadas tras la señal de parada, la emocionalidad

negativa asociada a la sensación más intensa y la dificultad de suprimir también la sensación más intensa mantuvieron asociaciones significativas con la intolerancia a la incertidumbre.

Tabla 47. Correlaciones bivariadas entre las variables experimentales y las creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos obsesivos, el perfeccionismo y la intolerancia de incertidumbre

Variables experimentales	ICO_r PT	FMPS PT	IUS PT
E-NJR y SI	0,18	0,02	0,15
Sensaciones físicas durante tarea	0,18	0,08	0,41
Sensaciones físicas tras señal parada	0,43	-0,02	0,51*
Impulsos durante tarea	0,27	0,02	0,41
Impulsos tras señal parada	0,31	-0,11	0,35
Respuesta emocional sensación desagradable	0,25	-0,006	0,44
Respuesta emocional sensación intensa	0,34	0,03	0,50*
Dificultad suprimir sensación desagradable	0,32	0,04	0,47
Dificultad suprimir sensación intensa	0,27	-0,01	0,51*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

6.4. Comparación entre grupos en las medidas autoinformadas

Se llevó a cabo un análisis de comparación de medias en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios que conformaban el protocolo de evaluación, entre el grupo de estudiantes condición de inducción y el grupo de pacientes con TOC. Como cabía esperar, los resultados indican que existen diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas (excepto en el número de E-NJR), obteniendo el grupo de pacientes puntuaciones significativamente superiores al grupo de participantes no clínicos (Tabla 1). El tamaño del efecto de las diferencias encontradas fue grande, especialmente, en evitación del daño, sensación de inacabado, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas *just right*, preocupación excesiva, y creencias disfuncionales asociadas a los pensamientos.

Tabla 48. Diferencias entre pacientes con TOC y participantes no-clínicos (grupo de inducción) en los cuestionarios autoinformados

	Grupo TOC (n=20)	Grupo inducción (n=45)	t (63)	d de Cohen
OCCDQ-ED	25,67 (8,01)	9,91 (6,11)	8,43***	2,21
OCCDQ-SI	25,83 (7,07)	14,67 (6,58)	5,95***	1,73
NJREQ-R-Número	3,89 (2,40)	3,07 (2,23)	1,32	--
NJREQ-R-Gravedad	28,84 (11,50)	20,78 (8,51)	3,11**	0,796
OCI-R	29,47(16,08)	12,83 (8,66)	4,13***	1,28
VOCI-just right	18,61 (10,27)	7,67 (7,49)	4,69***	1,21
DASS 21-estrés	7,83 (3,93)	4,44 (3,18)	3,57***	0,948
DASS 21-ansiedad	6,72 (3,40)	4,80 (2,85)	2,28*	0,612
DASS 21-depresión	6,94 (4,60)	3,36 (2,74)	3,81**	0,945
PSWQ	62,54 (10,57)	48,18 (9,87)	4,54***	1,40
PANAS-AP	26,56 (7,88)	34,29 (7,77)	3,55**	0,987
PANAS-AN	28,00 (9,24)	21,21 (7,39)	3,05**	0,811
ICO-R	198,61 (57,90)	132,36 (36,23)	5,48***	1,371
FMPS	74,89 (18,22)	61,09 (19,67)	2,62*	0,727
IUS	73,25 (18,83)	53,38 (15,64)	4,13	1,15

Nota: El significado de las siglas y abreviaturas se encuentra en la página 15

Los datos están expresados en Medias (DT)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

6.5. Comparación entre grupos en las variables experimentales

En cuanto a las variables derivadas del cuestionario de evaluación posterior a la inducción experimental se encontró que el grupo de pacientes puntuaba significativamente más alto que el grupo no clínico en todas las variables, excepto en las sensaciones físicas desagradables experimentadas tras la señal de parada y la dificultad de suprimir la sensación más intensa (Tabla 49). En general, el tamaño de las diferencias fue mediano. No obstante, cabe destacar que el tamaño fue grande en el caso de los impulsos experimentados tras la señal de parada y la dificultad de suprimir la sensación más desagradable.

Tabla 49. Diferencias entre pacientes con TOC y participantes no-clínicos (grupo de inducción) en las variables experimentales

Variables experimentales	Grupo TOC (n=20)	Grupo inducción (n=45)	t (63)	d de Cohen
E-NJR y SI	7,25 (3,22)	4,86 (3,15)	2,78**	0,677
Sensaciones físicas durante tarea	5,50 (3,70)	3,82 (2,53)	2,12*	0,530
Sensaciones físicas tras señal parada	4,20 (3,23)	3,02 (2,54)	1,58	--
Impulsos durante tarea	5,65 (3,84)	4,18 (3,22)	2,14*	0,564
Impulsos tras señal parada	8,00 (4,67)	4,13 (3,20)	3,88***	0,966
Respuesta emocional sensación desagradable	9,95(6,46)	6,60 (4,52)	2,29*	0,598
Respuesta emocional sensación intensa	9,75(6,78)	5,93 (5,11)	1,99*	0,498
Dificultad suprimir sensación desagradable	2,25(1,83)	1,16 (1,56)	2,46**	0,641
Dificultad suprimir sensación intensa	1,95(1,79)	1,38 (1,68)	1,24	--

Nota: Los datos están expresados en Medias (DT)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

7. DISCUSIÓN

Inducción experimental de la SI y las E-NJR

Los resultados del presente estudio muestran que la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* pueden inducirse experimentalmente en personas de la población general y en pacientes con TOC, tal y como se ha demostrado en estudios previos con muestras de personas no-clínicas (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011, 2013; Pietrefesa y Coles, 2009; Summers et al., 2014). Asimismo, este estudio pone de manifiesto que las sensaciones inducidas experimentalmente tienen un impacto emocional y conductual negativo en las personas que informan haberlas tenido. La tarea experimental influyó negativamente en el estado de ánimo de los participantes, aunque el empeoramiento fue estadísticamente significativo únicamente en el caso de los estudiantes.

Las variables que indicaban inducción de las E-NJR y la SI (obtenidas con el cuestionario administrado posterior a la tarea de inducción) mostraron relaciones significativas entre sí, tanto en la muestra no clínica como en la muestra de pacientes

con TOC. Este resultado indica una semejanza entre los ítems que conformaban las variables, y por tanto, se podría pensar que son diferentes aspectos o características de un mismo constructo. Cabe destacar que en el grupo de pacientes se encontró una elevada relación entre las E-NJR y la SI con las sensaciones físicas y los impulsos percibidos durante la tarea de inducción, indicando este dato que estas experiencias se acercan en gran medida a fenómenos mucho más sensoriales e internos.

Las asociaciones encontradas entre las variables experimentales de la segunda parte del cuestionario (tanto en estudiantes como en pacientes con TOC) revelan que los intentos de supresión de una sensación desagradable que una persona pone en marcha, están vinculados necesariamente a un impacto emocional negativo.

Relaciones entre las variables experimentales y la SI y las E-NJR autoinformadas

Los resultados muestran una relación significativa entre las sensaciones inducidas mediante la tarea experimental y las medidas autoinformadas de las experiencias NJR y SI en el grupo de estudiantes universitarios. Las asociaciones entre las E-NJR y la SI inducidas con la gravedad de las experiencias NJR autoinformadas en la muestra de personas no-clínicas, sugieren que es la gravedad de las experiencias (y no el número) lo que debería de considerarse un factor de vulnerabilidad.

Por el contrario, en la muestra de pacientes con TOC, se observa en general una ausencia de correlaciones de las experiencias inducidas y las E-NJR y la SI autoinformadas, a excepción de las asociaciones encontradas entre las sensaciones físicas experimentadas tras la señal de parada y la SI, número y gravedad de las E-NJR autoinformadas. Este resultado plantea dudas respecto a la evaluación retrospectiva de este tipo de experiencias.

Asociaciones entre las variables experimentales y los síntomas obsesivo-compulsivos

Se encontraron asociaciones significativas entre las E-NJR y SI inducidas y los síntomas obsesivo-compulsivos y *just right* en la muestra de estudiantes. Estas

correlaciones se mantuvieron (aunque en menor intensidad) tras controlar el peso de los síntomas de estrés, ansiedad, depresión, afecto negativo y preocupación excesiva. Este resultado es similar al hallado por Sica y su grupo en sus estudios sobre la especificidad de las E-NJR y la SI, aunque estos autores emplearon metodología correlacional.

Los análisis de regresión ponen de manifiesto que la variable que más peso tiene en la explicación de las sensaciones inducidas son los síntomas obsesivo-compulsivos, excepto en la explicación de la dificultad de suprimir las experiencias, donde el peso recae en los síntomas de estrés. Este resultado otorga nuevamente un crucial papel al TOC en relación con las E-NJR y SI.

En la muestra de pacientes con TOC, nuevamente las sensaciones físicas experimentadas tras la señal de parada se asociaron con los síntomas obsesivo-compulsivos y los síntomas *just right*. Asimismo, los impulsos experimentados tras la señal de parada mostraron relaciones significativas con los síntomas *just right* y con las compulsiones, lo cual resulta lógico si se tiene en mente el carácter impulsivo que adquiere una conducta cuando se intenta impedir que se ejecute.

Por lo que respecta a las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, las E-NJR y la SI inducidas se asociaron con todas las dimensiones de síntomas con la misma intensidad, excepto con los síntomas de orden y neutralización en la muestra de estudiantes. Sin embargo, se ha encontrado que en la muestra de pacientes con TOC, las E-NJR y SI inducidas, las sensaciones físicas y los impulsos percibidos tras la señal de parada mantuvieron asociaciones significativas con los síntomas de orden, lo cual es consistente con investigaciones anteriores donde enfatizan el papel de las E-NJR y las SI en los síntomas de orden/simetría (Cogle, Fitch, Jacobson, y Lee, 2013; Summerfeldt, Gilbert y Reynolds, 2015; Summers et al., 2014), algunas de las cuales fueron comentadas en el Estudio 2. Asimismo, las sensaciones físicas desagradables experimentadas tras la señal de parada mostraron relaciones significativas también con los síntomas de lavado y acumulación. Finalmente, los impulsos percibidos tras la señal de parada también se asociaron con los síntomas de acumulación. En conjunto,

estos resultados sustentan la idea de que las E-NJR y la SI pueden ser relevantes en algunas dimensiones de síntomas, pero no en todas, o al menos no con el mismo nivel de importancia.

Otro resultado importante observado en el grupo de pacientes con TOC es la asociación encontrada entre la gravedad de las compulsiones y los impulsos de hacer algo tras la señal de parada. Estos hallazgos sustentan la hipótesis de que la E-NJR y la SI producen impulsos o necesidades de hacer determinadas acciones para aliviar el malestar.

Relaciones entre las variables experimentales y constructos teóricamente relacionados con el TOC

En la muestra de estudiantes, las E-NJR y la SI inducidas se asociaron de forma significativa únicamente con los rasgos de perfeccionismo, mientras que el resto de variables experimentales mostraron correlaciones significativas tanto con las creencias obsesivas, como con la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo. En el caso de los pacientes con TOC, las E-NJR y la SI no mostraron asociaciones significativas con los constructos TOC estudiados, a excepción de las relaciones encontradas entre las sensaciones físicas experimentadas tras la señal de parada y la respuesta emocional y la dificultad de suprimir la sensación más intensa con la intolerancia a la incertidumbre. Estos resultados pueden estar revelando que las E-NJR y la SI pueden ser más cercanas a la tendencia al perfeccionismo en población general (y por tanto algo más normativo), mientras que en los pacientes con TOC, las E-NJR y la SI se alejan de una simple manifestación de los rasgos de perfeccionismo revelando otra naturaleza.

Asociaciones entre las variables experimentales y psicopatología emocional no TOC

Con respecto a las relaciones entre las E-NJR y SI y la sintomatología emocional, cabe señalar que, la ausencia de asociaciones con otros síntomas diferentes del TOC, así como las asociaciones con la sintomatología TOC eliminando el efecto de otros

síntomas (v.g. depresión, estrés, worry) en la muestra de estudiantes sugiere una relativa especificidad de estas sensaciones con el TOC.

En el grupo de pacientes, se han encontrado asociaciones significativas entre la respuesta emocional negativa y las dificultades de neutralización (tanto de la sensación más intensa como de la más desagradable) con la sintomatología ansiosa, lo cual tiene sentido si tenemos en cuenta que la ansiedad juega un papel fundamental en el mantenimiento de los síntomas TOC. Además, se hallaron correlaciones significativas entre las sensaciones físicas y los impulsos (ambos experimentadas tras la señal de parada) con la afectividad negativa.

Diferencias entre pacientes con TOC y estudiantes universitarios en las variables experimentales

Al realizar las comparaciones entre el grupo de pacientes con TOC y el grupo de personas no-clínicas en las medidas autoinformadas, los resultados fueron los esperables: los pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo no clínico. No obstante, la ausencia de diferencias en el número de experiencias NJR autoinformadas es acorde con los resultados encontrados por otras investigaciones que afirman que estas experiencias son universales (Coles et al., 2003; Fergus, 2014; Ghisi et al., 2010; Sica et al., 2012).

Respecto a las diferencias entre grupos en las variables experimentales, los pacientes con TOC nuevamente puntúan significativamente más alto que el grupo no clínico en todas las variables, excepto en las sensaciones físicas desagradables percibidas tras señal parada y en la dificultad de eliminar la sensación más intensa. Este resultado podría indicar que la tarea de memoria fue capaz de inducir sensaciones físicas de similar intensidad en ambos grupos, añadiendo validez ecológica al experimento. Por último, cabe añadir que las diferencias encontradas entre los grupos en el impacto emocional y la dificultad de suprimir las sensaciones (ambos mayor en los pacientes) podría constituir una característica diferencial entre padecer y no padecer un TOC. Este hallazgo, además, resulta muy interesante en la

medida en que a día de hoy no existen estudios que exploren las consecuencias emocionales de las E-NJR y la SI en las personas que las experimentan.

8. CONCLUSIONES

Este estudio cuenta con limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Aunque las sesiones experimentales se llevaron a cabo de forma individual, el empleo de un cuestionario post-inducción autoinformado puede conllevar sesgos en las respuestas de los participantes. El reducido tamaño del grupo clínico no es representativo de la complejidad del TOC, sobre todo, de los diversos tipos de síntomas, y por tanto, no se pueden realizar conclusiones acerca de las relaciones entre las E-NJR y SI con algunas dimensiones de síntomas TOC. Además, la ausencia de un grupo clínico sin TOC (grupo control), limita las conclusiones respecto a la especificidad de las E-NJR y la SI en la fenomenología del TOC.

Los resultados encontrados en este estudio apoyan el planteamiento de que las E-NJR y la SI actúan como estímulos que desencadenan impulsos para hacer algo, tanto en pacientes con TOC como en personas no clínicas. Además, las E-NJR y la SI parecen ser relativamente específicas para algunas dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos, como los síntomas de orden. Asimismo, las personas que padecen TOC, en comparación con las personas no clínicas, experimentan un número similar de experiencias NJR, pero estas experiencias tienen mayor impacto emocional y son más difíciles de eliminar para los pacientes con TOC.

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES FINALES

Las limitaciones que presenta el tratamiento cognitivo-conductual para responder a algunos casos particulares de TOC, han propiciado la búsqueda de otros posibles motivadores subyacentes a los síntomas obsesivo-compulsivos, no contemplados en los modelos cognitivos contemporáneos que explican el TOC. En este contexto, surge el interés por estudiar la sensación de inacabado y experiencias *not just right*, constructos no precisamente nuevos, sino más bien “olvidados”.

En concreto, este trabajo se ha planteado profundizar en el conocimiento de estas variables mediante el estudio de las relaciones que mantienen con los síntomas obsesivo-compulsivos, observando la posible relación específica entre ellos, así como el papel que desempeñan la SI y las E-NJR en la explicación de las dimensiones de síntomas. Además, se ha explorado las relaciones que estos constructos mantienen con variables que han demostrado ampliamente estar asociadas al TOC. Adicionalmente, se han examinado las asociaciones entre SI y las E-NJR con síntomas de depresión, ansiedad, estrés, y preocupaciones patológicas.

Para responder a estos objetivos y poder establecer conclusiones mejor respaldadas, los estudios se llevaron a cabo en población general y en pacientes con TOC, desde una aproximación correlacional empleando medidas de autoinforme, y desde una aproximación experimental mediante la inducción in vivo de la SI y las E-NJR y evaluación posterior de las mismas.

En este apartado se presentarán una serie de conclusiones realizadas en base a los resultados encontrados en los tres estudios que se han descrito anteriormente, y a partir de la revisión bibliográfica incluida en el marco teórico de este trabajo. Evidentemente, estas conclusiones no deben tomarse como definitivas, sino que, como sucede con cualquier investigación, los resultados deben ser cuestionables, deben ser sometidos a diferentes juicios y ser contrastados con otros estudios, ya que de esta manera es como verdaderamente se avanza en el conocimiento real y útil de una materia.

Presencia de la sensación de inacabado y las experiencias not just right en población general y pacientes con TOC

Los datos obtenidos en este trabajo, así como los derivados de otras investigaciones ulteriores permiten concluir que la SI y las E-NJR son experimentadas comúnmente por personas de la población general y pacientes con TOC. Estas experiencias son más intensas y tienen mayor impacto emocional (v.g. frustración, enfado) y conductual (v.g. neutralización) en la población clínica con TOC, en comparación con las personas sin trastorno mental.

Por otro lado, se ha comprobado que la SI parece ser significativamente más alta que la evitación del daño en población general, lo cual podría indicar que la SI es un fenómeno menos patológico que la tendencia a la evitación de las consecuencias temidas.

La evidencia de que estas experiencias se producen en un alto porcentaje de población no clínica, revela que no estamos ante un fenómeno patológico per se, lo cual sucede con la mayoría de síntomas psicopatológicos, incluyendo las intrusiones mentales. Por tanto, aquí se plantea una duda respecto a qué hace que estas experiencias sean más intensas y produzcan mayor malestar en los pacientes con TOC, o si se quiere, ¿por qué se convierten en un problema en los pacientes?

Relación entre sensación de inacabado y experiencias not just right

La SI y las E-NJR, evaluadas mediante autoinformes, mantienen relaciones significativas y positivas entre ellas, indicando que son constructos similares, pero no idénticos. Aunque algunos autores emplean la SI y las E-NJR como términos intercambiables, lo cierto es que estas variables no son lo mismo, tienen ligeros matices que las distinguen. Las E-NJR normalmente están desencadenadas por estímulos externos (de cualquier modalidad sensorial), mientras que la SI es más un estado sensorial, interior y profundo. Esta ligera diferencia podría sugerir que las E-NJR se acercan más a una modalidad intrusiva, mientras la sensación de inacabado se

aproxima a una variable más disposicional, diferencia patentes en los ítems que componen cada uno de los instrumentos diseñados para evaluarlas. Pero, innegablemente lo que tienen en común entre ellas es que ambas generan malestar y el deseo o impulso de hacer algo para sentirse “mejor” en la persona que las experimenta.

Por último, dado que los resultados indican que la sensación de inacabado y las experiencias *not just right* son constructos relacionados, puede ser interesante tener en cuenta ambas dimensiones a la hora de diseñar el proceso terapéutico de un paciente con TOC con sintomatología asociada a dichas experiencias. En cualquier caso, son necesarias más investigaciones para lograr apresar de una forma más adecuada estas experiencias, y lograr distinguir de forma más precisa sus matices.

Dimensionalidad de la sensación de inacabado y las experiencias not just right

Con este trabajo se ha aportado datos empíricos que avalan que tanto la sensación de inacabado como las experiencias *not just right* son variables dimensionales: la intensidad de las mismas aumenta progresivamente de menor a mayor, en función de la presencia o ausencia de síntomas TOC. Este hallazgo coincide con el modelo o enfoque dimensional de la psicopatología, el cual sostiene que la psicopatología y la normalidad son dos extremos de un continuo, frente a la concepción categórica de los síntomas. La dimensionalidad de la SI y las E-NJR, así como el malestar que causan y el modo intrusivo con el que ocurren, son características que comparten con los pensamientos intrusos, lo cual puede llevarnos a pensar que estas experiencias pueden responder a una intervención con técnicas similares a las que se emplean con aquellos.

Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias not just right y síntomas obsesivo-compulsivos

En este trabajo se han aportado importantes evidencias de las relaciones entre las E-NJR y la SI con los síntomas obsesivo-compulsivos, tanto en población general como en pacientes con TOC, resultado consistente con otros estudios anteriores.

En concreto, en la muestra de población general, la SI y las E-NJR autoinformadas se asociaron con todas las dimensiones de síntomas TOC. Mientras que en la muestra de pacientes con TOC, la SI se asoció únicamente con la dimensión de orden y las E-NJR mostraron relaciones con los síntomas de comprobación, orden y acumulación. Por otro lado, la SI y las E-NJR inducidas experimentalmente en estudiantes universitarios mostraron asociaciones significativas con los síntomas de limpieza, obsesiones, acumulación y comprobación. Por el contrario, en el grupo de pacientes con TOC las experiencias inducidas correlacionaron de forma significativa con los síntomas de orden. Por tanto, los resultados en torno a la relación entre SI y E-NJR y síntomas obsesivo-compulsivos de orden son bastante concluyentes.

En cuanto a la relación entre la SI y las E-NJR y la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos, los resultados no son concluyentes. Tanto la SI y las E-NJR autoinformadas mostraron asociaciones significativas con la gravedad de la sintomatología TOC. No obstante, los resultados derivados de la inducción experimental revelaron que la puntuación de gravedad no correlacionó con las SI y las E-NJR inducidas, pero sí con los impulsos tras la señal de parada. Los resultados de otros estudios, sin embargo, si han observado que estas experiencias mantienen relaciones significativas con la gravedad de los síntomas TOC, aunque muchos de ellos han sido realizados con muestras de pacientes con TOC y tics asociados. Por tanto, esta es un aspecto que merece más atención y llevar a cabo más investigaciones con muestras de pacientes con TOC como diagnóstico primario.

La SI y las E-NJR como motivadores de síntomas TOC

Al analizar qué variables resultaban importantes en la predicción de cada una de las dimensiones de síntomas en población general, se encontró que la SI explicaba los síntomas de acumulación, orden, comprobación y neutralización, y la ED explicaba las obsesiones y los síntomas de lavado. Las E-NJR emergieron como predictores pero explicaban muy poca varianza de las dimensiones de síntomas.

En este trabajo también se examinó la contribución que tenía la SI y las E-NJR en la explicación de los síntomas TOC, controlando el posible poder predictivo de las creencias disfuncionales, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la evitación del daño y los síntomas de psicopatología emocional no TOC. Los resultados en población general, mostraron que las creencias obsesivas resultaron mejores predictores de los síntomas obsesivo-compulsivos, seguido de la evitación del daño, la intolerancia a la incertidumbre y las E-NJR. También en población general se encontró que la SI y las E-NJR inducidas fueron explicadas por los síntomas obsesivo-compulsivos, y los impulsos percibidos tras la interrupción de la tarea experimental emergieron como predictores significativas de los síntomas de limpieza, orden, comprobación y neutralización.

Por su parte, los resultados en población clínica revelaron que las E-NJR y los síntomas de depresión explicaban las dimensiones obsesivo-compulsivas de comprobación, orden y acumulación. Mientras que las creencias obsesivas no emergieron como predictores significativos.

Estos resultados vuelven a confirmar la importancia que tiene la SI y las E-NJR en el TOC. Pero más aún, aportan evidencia del papel relevante que desempeñan en la explicación de la sintomatología TOC (al menos en ciertas dimensiones), en comparación con las creencias obsesivas asociadas al daño, lo cual justificaría la inclusión de estas variables en los modelos psicológicos contemporáneos que intentan explicar el TOC. Estos datos, además, apoyarían la posibilidad de que la SI y las E-NJR constituyan un factor de vulnerabilidad para el TOC.

Relaciones entre sensación de inacabado, experiencias not just right y otras variables psicológicas relevantes para el TOC

Dado que la SI y las E-NJR se consideran variables asociadas al TOC, resultaba interesante explorar si estas experiencias mantenían relaciones significativas con otras variables ampliamente reconocidas como relevantes en el TOC: perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre.

Los datos con población general revelaron que la SI y la gravedad de la E-NJR más reciente mostraron correlaciones significativamente más altas con intolerancia a la incertidumbre que con perfeccionismo. El número de E-NJR exhibió asociaciones similares tanto con intolerancia a la incertidumbre como con la tendencia al perfeccionismo. Por su parte, las E-NJR y la SI inducida experimentalmente únicamente se asociaron de forma significativa con perfeccionismo.

Los resultados encontrados respecto al perfeccionismo son consistentes con lo hallado por otros estudios llevados a cabo en población general y con los planteamientos teóricos sobre la SI y las E-NJR. La SI ha sido descrita como la forma más disfuncional de perfeccionismo, y las E-NJR han sido conceptualizadas como experiencias conectadas con el deseo de tener las cosas perfectas. Pero, aunque la SI y las E-NJR muestran asociaciones con el perfeccionismo, estas experiencias no son simplemente una forma de perfeccionismo y por tanto, sería interesante examinar la posible influencia del perfeccionismo en la relación entre la SI y las NJRE con los síntomas obsesivo-compulsivos.

En cuanto a la intolerancia a la incertidumbre, hasta el momento solo un estudio ha examinado la relación que mantiene con la SI y las E-NJR (Botessi, Ghisi, Sica y Freeston, 2017), y dadas las importantes correlaciones halladas en el presente trabajo, así como el conocido papel que la intolerancia a la incertidumbre tiene en los síntomas obsesivo-compulsivos (y en otros trastornos mentales), justifican el estudio

en profundidad de las relaciones que se establecen entre la intolerancia a la incertidumbre con la SI y las E-NJR.

Especificidad de la relación entre sensación de inacabado y las experiencias not just right con el TOC

En este trabajo se observó que, en población general, la SI autoinformada mostró una correlación de magnitud similar a la preocupación patológica y al afecto negativo, siendo estas superiores a las asociaciones encontradas con los síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Las E-NJR y la SI inducidas in vivo mostraron asociaciones significativas con los síntomas obsesivo-compulsivos y con el estrés y con el afecto negativo de similar intensidad. No obstante, correlaciones parciales demostraron que la relación entre las E-NJR y la SI inducidas con los síntomas TOC se mantuvieron significativas tras controlar el efecto de la psicopatología emocional no TOC (depresión, ansiedad, estrés, afecto negativo y preocupaciones excesivas). Las correlaciones encontradas entre la SI y las E-NJR con síntomas de psicopatología emocional no TOC en población general no permite concluir que exista una relación completamente específica.

Por otro lado, los datos obtenidos con la muestra de pacientes con TOC indican que la SI autoinformada mostró correlaciones significativas con los síntomas de depresión y preocupación patológica y no con los síntomas obsesivo-compulsivos. La gravedad de la E-NJR más reciente se asoció de forma significativa y, con intensidad similar, a los síntomas TOC, depresión y preocupación patológica. Otro dato interesante es que el número de E-NJR mantuvo relaciones significativas únicamente con los síntomas obsesivo-compulsivos.

En definitiva, los resultados observados sugieren una relativa especificidad, no obstante, no se pueden extraer conclusiones definitivas. Posiblemente a la hora de estudiar un aspecto tan importante como es la especificidad de las relaciones entre variables, deben emplearse otros procedimientos estadísticos y no sólo ceñirse al resultado encontrado a partir de una correlación parcial o un análisis de regresión.

Asimismo, es posible que los resultados se hayan visto alterados por las tasas de comorbilidad que presentaban los pacientes. Cabe recordar, como se comentó en el marco teórico, que la investigación apunta a la existencia de una relación específica, sobre todo, de las E-NJR.

Inducción experimental y evaluación de la SI y las E-NJR

Como se ha comentado en el marco teórico de este trabajo, algunas investigaciones han empleado tareas experimentales in vivo para inducir la SI y las E-NJR (Cogle et al., 2011; Ghisi et al., 2013; Summers, Fitch y Cogle, 2014). Sin embargo, los estudios no son numerosos y la mayoría de ellos han sido realizados en muestras de estudiantes.

En este trabajo se realizó una inducción de la SI y las E-NJR mediante la ejecución de una tarea de recuerdo inmediato y una evaluación de las experiencias inducidas mediante un cuestionario autoinformado. Los resultados revelaron que la SI y las E-NJR pueden inducirse experimentalmente en personas sin trastorno mental y en pacientes con TOC. La tarea fue capaz de inducir la SI y las E-NJR, y además influyó negativamente en el estado de ánimo de los participantes, aunque no de una forma muy potente. El deterioro del estado de ánimo fue estadísticamente significativo en el caso de los estudiantes. Aunque la tarea haya sido capaz de alterar el estado de ánimo de los participantes, no podemos asegurar que el deterioro del mismo esté explicado por los mismos factores o causas en ambas muestras.

Por otro lado, los datos revelaron que la SI y las E-NJR inducidas así como las sensaciones físicas desagradables experimentadas durante la tarea, resultaron predictores significativos de los impulsos de hacer y/o decir algo para disminuir el malestar percibido mientras se realizaba la tarea en la muestra de estudiantes. Este resultado podría considerarse análogo a la relación funcional que existe entre una obsesión y una compulsión en el TOC.

Asimismo, los datos revelaron que, tanto en el grupo de estudiantes como de pacientes con TOC, el impacto emocional que generan las sensaciones inducidas, mantiene una importante relación con la dificultad de suprimir dichas sensaciones. Esto indica una consecuencia lógica y esperable: Cuanto más fuerte sea el impacto emocional de una experiencia, más difícil resultará controlarla o eliminarla.

Los datos procedentes de la muestra de estudiantes revelaron que a mayor gravedad de la E-NJR autoinformada, más intentas son: las E-NJR y la SI inducidas, las sensaciones físicas y los impulsos experimentados (ambos experimentado durante la tarea de inducción y después de la señal de parada). Por su parte, los resultados también mostraron que cuanto mayor es la SI autoinformada, mayor es el impulso de hacer algo para eliminar el malestar experimentado durante la tarea y después de la señal de parada, y más intensas son las sensaciones físicas desagradables percibidas también durante la tarea y tras la señal de parada. Por el contrario, en la muestra de pacientes, únicamente se encontró que, a mayor SI y E-NJR autoinformadas más sensaciones físicas se experimentan durante la tarea de inducción.

Otro dato importante que se ha observado es que los impulsos de hacer y/o decir algo para calmar el malestar experimentado durante la tarea y tras la señal de parada emergieron como predictores significativos de los síntomas obsesivo-compulsivos en el grupo de estudiantes. Por su parte, las sensaciones inducidas en los pacientes con TOC se asociaron de forma significativa con los síntomas de orden.

Asimismo, en la muestra de estudiantes se observó que las sensaciones inducidas, así como la respuesta emocional y la dificultad de suprimir las experiencias inducidas se asociaron de forma significativa con las medidas de variables teóricamente asociadas al TOC (creencias obsesivas, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre). En la muestra de pacientes, las sensaciones inducidas tampoco mostraron asociaciones con las variables TOC, excepto entre las sensaciones físicas experimentadas después de la señal de parada y la intolerancia a la incertidumbre.

Otros análisis en la muestra de pacientes revelaron que los impulsos experimentados tras la señal de parada se correlacionaron de forma significativa con la gravedad de las compulsiones. Esto significa que aquellos pacientes cuyas compulsiones les generan más interferencia, les causan más pérdida de tiempo, y mayor malestar, experimentaron mayores impulsos para hacer y/o decir algo en respuesta al malestar generado por la sensación experimentada.

Finalmente, se observaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes y el grupo de estudiantes en todas las sensaciones inducidas, excepto en las sensaciones físicas experimentadas después de la señal de parada, y en la dificultad para suprimir la sensación más intensa. Las puntuaciones obtenidas por el grupo clínico fueron significativamente más altas que las del grupo no-clínico.

Como se puede comprobar, los estudios experimentales presentados han arrojado datos relevantes relacionados con la SI y las E-NJR y constituyen una pieza más para añadir al complejo rompecabezas que representa al TOC.

Sensación de inacabado y experiencias not jut right: apuntes sobre la intervención

Uno de los objetivos que motivan el estudio en profundidad del TOC es aportar conocimiento para optimizar el tratamiento de esta patología, en especial, para dar respuesta a los casos más complejos. Como se ha podido comprobar en la introducción, existe poca investigación relacionada con el tratamiento de las E-NJR y la SI. Y, dada la relevancia que estas variables parecen tener en el TOC, en este apartado se comentarán algunos aspectos adicionales a los ya sugeridos por otros autores para el tratamiento de estas experiencias.

Como en toda intervención de cualquier trastorno, uno de los pasos más importantes es la evaluación adecuada de las variables que se pretenden tener en cuenta durante el proceso terapéutico. En este estudio se han empleado el OCCDQ y el NJREQ-R como medida de la SI y las E-NJR respectivamente, y aunque son

instrumentos que han mostrado adecuadas propiedades psicométricas, probablemente no sean los idóneos para evaluar las mencionadas experiencias, al menos en el contexto de una intervención psicológica. Estos instrumentos sin embargo, pueden ser perfectamente empleados para fines de investigación. Posiblemente lo más adecuado sea, en primer lugar, indagar en los síntomas obsesivo-compulsivos que presenta el paciente, preguntando por la motivación subyacente de cada uno de ellos, mediante una entrevista. De esta manera podemos asegurarnos de que estamos evaluando lo que pretendemos evaluar, y además, podemos hacer una evaluación más específica para cada paciente. Es fundamental, por tanto, determinar en la fase de evaluación si la sintomatología que muestra el paciente responde a la evitación del daño o a las sensaciones de inacabado o *not just right*. Y es que en función de esta información se realizará el diseño del tratamiento. Cabe añadir que los instrumentos arriba mencionados pueden constituir una herramienta complementaria a la entrevista, la cual podría ayudar a detectar síntomas que el paciente inicialmente no reconoce (ya sea por el nivel de automaticidad que ha adquirido o simplemente porque no es consciente de que pueda suponer un problema).

Otra de las ventajas que se derivan de una correcta evaluación, es que puede hacerse un seguimiento de la evolución de la SI y las E-NJR en cada paciente, de manera que el/la clínico/a pueda comprobar si la intervención está teniendo efecto o no, y si esa evolución guarda relación con la variabilidad de la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva.

En cuanto al tratamiento propiamente dicho, la propuesta de Summerfeldt (2004, 2007) de emplear la técnica de EPR es apropiada, dado que lo que se pretende es reducir la intensidad de las experiencias, mediante la habituación a ellas sin poner en marcha ningún mecanismo de neutralización. Es fundamental establecer las tareas de exposición de forma personalizada y en respuesta a los motivadores de síntomas de un paciente cada paciente. Sin embargo, consideramos que sería muy importante que el/la paciente se exponga a sensaciones/experiencias difusas cotidianas y de diversas modalidades sensoriales, con el objetivo de que aprenda a generalizar. En

Conclusiones

otras palabras, algunos pacientes con TOC aprenden a manejar sus síntomas, sin embargo, no son capaces de generalizar ese aprendizaje a otros posibles síntomas que puedan surgir en el futuro. Por tanto, estos ejercicios podrían proponerse como tareas entre sesiones a lo largo del proceso terapéutico o hacia el final del tratamiento, como prevención de recaídas.

2. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Los resultados derivados de estos estudios han permitido confirmar algunos datos encontrados previamente por otros autores, así como aportar nuevas evidencias. Además, los hallazgos procedentes de los estudios plantean nuevos retos para la investigación.

Una interesante línea de investigación sería estudiar qué papel tienen las E-NJR y la SI en otras muestras de pacientes diferentes del TOC. Sería especialmente interesante contar con pacientes que padecen trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, explorando así una posible característica transversal de estas experiencias.

Otra propuesta de investigación sería continuar con el conocimiento de las E-NJR y la SI mediante el uso de los paradigmas experimentales para inducirlos y desarrollar otras formas de medirlas, de manera que los datos no sean obtenidos únicamente mediante autoinformes. Por ejemplo, una posibilidad sería la presentación de estímulos que sean capaces de suscitar dichas experiencias, mientras se mide la actividad cerebral de la persona que está siendo expuesta a los estímulos. De esta manera, se podría comprobar si estas experiencias están más relacionadas con alteraciones en los circuitos de recompensas, que con los circuitos del miedo.

Otro objetivo de investigación sería explorar si la agrupación de pacientes con TOC en base a los motivadores de sus síntomas (y no basada en la dimensión de síntomas que manifiesta) es más útil a la hora de probar tratamientos psicológicos.

Otra interesante línea de trabajo podría centrarse en determinar si las E-NJR y la SI son especialmente importantes en aquellos pacientes con mayor tendencia a las recaídas, y/o menor adhesión al tratamiento, con la finalidad de subsanar dos de las limitaciones más habituales de la práctica clínica del TOC. Asimismo, sería interesante explorar una posible relación entre estas experiencias y la dimensión de egosintonía. Aunque inicialmente estas experiencias resultan desagradables, quizás ese malestar

Conclusiones

sea debido a su naturaleza intrusiva. Sin embargo, puede ser que el contenido sea egosintónico.

Finalmente, la realización de un estudio longitudinal podría contribuir con información sobre la variabilidad (vs. estabilidad) de estas experiencias. Concretamente, podría ponerse a prueba un tratamiento centrado en técnicas dirigidas a reducir las E-NJR y la SI. Además, estudiar las E-NJR y SI en población infantil aportaría información valiosa sobre la posible vulnerabilidad, lo cual a su vez está estrechamente vinculado con las labores de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., y Foa, E. B. (1999). Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(5), 529-539.
- Abramowitz, J. S. y Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive–Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (8), 1016-1035.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., y Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049-1056.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J., y Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31(3), 517-528.
- Abramowitz, J. S., y Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221-235.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., y Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive–compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S. A., Moore, K. M., y Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(4), 461-478.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., y McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 140-147.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D., y Kalsy, S. (2003). Is thought–action fusion specific to obsessive–compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1069-1079
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T. y Lieb, R. (2011). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 339-349.
- Allen, A., King, A., y Hollander, E. (2003). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 5(3), 259.

- Alonso, P., Orbegozo, A., Pujol, J., López-Solà, C., Fullana, M. À., Segalàs, C., Real, E., Subirà, M., Martínez-Zalacaín, I., Menchón, J. M., Harrison, B. J., Cardoner, N., y Soriano-Mas, C. (2013). Neural correlates of obsessive-compulsive related dysfunctional beliefs. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 47, 25-32.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd Edition). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition). Washington, DC.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., y Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 765-776.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., y Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176.
- Arntz, A., Voncken, M., y Goosen, A. C. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 425-435.
- Bados López, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4) 679-683.
- Baer, L., y Jenike, M. A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 803-812.
- Baer, L., Jenike, M. A., Black, D. W., Treece, C., Rosenfeld, R., y 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), 862-866.
- Barlow, D. H. (1988). Obsessive-compulsive disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.

- Bartz, J. A., y Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30 (3), 338-352.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2) 235-250.
- Belloch, A., del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., y Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 257.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., y Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 11(2), 100-110.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J.V., García-Soriano, G., Cabedo, E., y Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to Obsessive-Compulsive Disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (1) 369-381.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., Marco, A. y Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287-293.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Wuyek, L. A., Liang, K. Y., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B. A., Riddle, M. A., Greenberg, B. D., Rasmussen, S. A., Fyer, A. J., Pinto, A., Rauch, S. L., Pauls, D. L., McCracken, J. T., Piacentini, J., Murphy, D. L., Knowles, J. A. y Nestadt, G. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42(01), 1-13.

- Biglieri, R. R. (2013). Calidad de vida en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 139-146.
- Bland, R. C., Orn, H., y Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(S338), 24-32.
- Bliss, J., Cohen, D. J., y Freedman, D. X. (1980). Sensory experiences of Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 37(12), 1343-1347.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., y Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4), 239-245.
- Boswell, J. F., Thompson-Holland, J., Farchione, T. J., y Barlow, D. H., (2013). Intolerance of uncertainty: A common change factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (6) 630-645.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., y Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 14 (8), 434-441.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Sica, C., y Freeston, M. H. (2017). Intolerance of uncertainty, not just right experiences, and compulsive checking: Test of a moderated mediation model on a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 111-119.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., y Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 239-248.
- Bragdon, L. B., y Coles, M. E. (2017). Examining heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: Evidence for subgroups based on motivations. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 64-71.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., y Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24(04), 859-867.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585.

- Bullen, J. G., y Hemsley, D. R. (1983). Sensory experience as a trigger in Gilles de la Tourette's syndrome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14(3), 197-201.
- Cavanna, A. E., Servo, S., Monaco, F., y Robertson, M. M. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(1), 13-23.
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., y Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1347-1360.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Riemann, B. C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D. M., Jahn, S.C. y Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (6), 647-670.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311-318.
- Carrasco, A. y Belloch, A. (2013). Algo no está bien: Una nueva lectura de la duda obsesiva. *Psicología Conductual*, 21 (2), 341-361.
- Carrasco, A., Belloch, A. y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 49-65.
- Cassin, S. E. y Rector, N. A. (2011). Psychological models of obsessive compulsive and Spectrum disorders. From psychoanalytic to behavioral conceptualizations. En G. Steketee (Ed.), *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders* (pp. 209-232). Oxford: Oxford University Press.
- Castle, D. J., Deale, A., y Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(1), 114-117.
- Castle, D. J., y Phillips, K. A. (2006). Obsessive-compulsive spectrum of disorders: a defensible construct?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (2), 114-120.
- Cath, D. C., Spinhoven, P., Hoogduin, C. A., Landman, A. D, van Woerkom, T. C., van de Wetering, B. J., Roos, R. A., y Rooijmans, H. G. (2001). Repetitive behaviors in

- Tourette's syndrome and OCD with and without tics: what are the differences? *Psychiatry Research*, 101(2), 171-185.
- Cavanna, A. E., Servo, S., Monaco, F., y Robertson, M. M. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(1), 13-23.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.
- Clark, D. A., y de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena?. *Behaviour Research and Therapy*, 23(4), 383-393.
- Clark, D. A., y Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167.
- 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, A. J., y Leckman, J.F. (1992). Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's Syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(9), 319-323.
- Cohen, L. J., Stein, D. J., Simeon, D., Spadaccini, E., Rosen, J., Aronowitz, B., y Hollander, E. (1995). Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(7), 319-326.
- Coles, M. E., Frost, R.O., Heimberg, R. G., y Rheaume, J. (2003). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (6) 681-700.
- Coles, M. E., Hart, A. S., y Schofield, C. A. (2011). Initial Data Characterizing the Progression from Obsessions and Compulsions to Full-Blown Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (6) 685-693.

- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., y Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (2), 153-67.
- Coles, M. E., Pietrefesa, A. S., Schofield, C. A., y Cook, L. M. (2008). Predicting changes in obsessive compulsive symptoms over a six-Month follow-Up: a prospective test of cognitive models of obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research* (5) 32 657- 675.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., y Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD?. *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 289-296.
- Coles, M. E., y Ravid, A. (2016). Clinical presentation of not just right experiences (NJREs) in individuals with OCD: Characteristics and response to treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 182-187.
- Cogle, J. R., Fitch, K.E., Jacobson, S. y Lee, H-J. (2013). A multi-method examination of the role of incompleteness in compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 27 (2) 231-239.
- Cogle, J. R., Goetz, A. R., Fitch, F. E., y Hawkins, K. A. (2011). Termination of washing compulsions: A problem of internal reference criteria or 'not just right' experience? *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (6) 801-805.
- Cogle, J.R., y Lee, H-J. (2013). Pathological and non-pathological features of obsessive-compulsive disorder: Revisiting basic assumptions of cognitive models. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3 (1) 12-20.
- Costa, C., Lucas, D., Chagas Assunção, M., Arzeno Ferrão, Y., Archetti Conrado, L., Hajaj Gonzalez, C., Fontanelle, L. F., Fossaluzza, V., Miguel, E. C., Rodrigues Torres, A., y y Gedanke Shavitt, R. (2012). Body dysmorphic disorder in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Depression and Anxiety*, 29(11), 966-975.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., y Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (7), 1683-1691.
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- da Silva Prado, H., do Rosário, M. C., Lee, J., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., y Miguel, E. C. (2008). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. *CNS spectrums*, 13(05), 425-432.
- da Silva Prado, H., do Rosário, M. C., Shavitt, R. G., y Miguel, E. C. (2007). Sensory phenomena, 'just right', and 'not just right' experiences in OD patients: looking for consensus. *CNS Spectrums*, 12, 95-96.
- de Silva, P. y Rachman, S. (1992). *Obsessive-Compulsive Disorder: The facts*. Oxford University Press.
- de Haan, L., Dudek-Hodge, C., Verhoeven, Y., y Denys, D. (2009). Prevalence of psychotic disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, 14 (08), 415-418.
- Dar, R., Kahn, D. T., y Carmeli, R. (2012). The relationship between sensory processing, childhood rituals and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 679-684.
- Denys, D., Mantione, M., Figeo, M., van den Munckhof, P., Koerselman, F., Westenberg, H., Bosch, A., y Schuurman, R. (2010). Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1061-1068.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J., de Geus, F., y Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80(2), 155-162.
- de Alvarenga, P. G., de Mathis, M. A., Alves, A. C. D., do Rosario, M. C., Fossaluza, V., Hounie, A. G., Miguel, E. C., y Torres, A. R. (2012). Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS spectrums*, 17(02), 87-93.
- de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Shavitt, R. G., Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Fossaluza, V., Pereira, C., Miguel, E. C., y do Rosario, M. C. (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS spectrums*, 14(07), 362-370.
- Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Hounie, A. G., Curi, M., Shavitt, R. G., Lopes, A. C., y Miguel, E. C. (2006). Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40(6), 487-493.
- Di Nardo, P. A., Brown, T.A., y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. Graywind Publications, New York.

- do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miguel, E. C., y Pauls, D. L. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136(1), 92-97.
- do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., da Silva Prado, H., Sada, P., Zamignani, D., y Miguel, E. C. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1899-1903.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., y Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 291-300.
- Dykshoorn, K. L. (2014). Trauma-related obsessive-compulsive disorder: a review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 517-528.
- Ecker, W. y Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (8), 895-904.
- Ecker, W., Gönner, S., y Wilm, K. (2011). The measurement of motivational dimensions of OCD: incompleteness and harm avoidance. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61 (2), 62-69.
- Ecker, W., Kupfer, J., y Gönner, S. (2013). Incompleteness as a link between obsessive-compulsive personality traits and specific symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 394-402.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., y Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 1011-103.
- Egan, S. J., Wade, T. D., y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31 (2) 203-212.
- Eisen, J. L., Beer, D. A., Pato, M. T., Venditto, T. A., y Rasmussen, S. A. (1997). Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 271-273.

- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., y Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270-275.
- Ettelt, S., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Kraft, S., ... y John, U. (2008). Harm avoidance in subjects with obsessive-compulsive disorder and their families. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 265-269.
- Egan, S. J., Wade, T. D., y Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (3), 279-294.
- Faull, M., Joseph, S., Meaden, A., y Lawrence, T. (2004). Obsessive beliefs and their relation to obsessive-compulsive symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(3), 158-167.
- Fergus, T.A. (2014). Are “Not Just Right Experiences” (NJREs) specific to obsessive-compulsive symptoms?: Evidence that NJREs span across symptoms of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (4), 1-11.
- Ferrão, Y. A., Diniz, J. B., Lopes, A. C., Shavitt, R. G., Greenberg, B., y Miguel, E. (2007). Resistance and refractoriness in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, S66-S76.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., de Mathis, M. E., Lopes, A. C., Fontenelle, L. F., Torres, A. R. y Miguel, E. C. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199–209.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A., Hounie, A. G., Miguel, E. C., y do Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: an exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, 197(3), 253-258.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C., Gale, T., Rössler, W., y Angst, J. (2013). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 188-196
- Flament, M., Whitaker, A., y Rapaport, J. (1988). OCD in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (6), 764–771.

- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17(3), 169-176.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., y Steketee, G. (1982). Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives. *Practical Applications of Learning Theories in Psychiatry*, 129-142.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14 (4) 485-96.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., y Hollander, E. (1995). "DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder": Correction. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 1995, 654.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., y Versiani, M. (2003). Early-and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatric Research*, 37(2), 127-133.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., y Versiani, M. (2005). Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 30-37.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(1), 1-21.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour research and therapy*, 29(6), 585-597
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Frost, R. O., Krause, M. S., y Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20(1), 116-132.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O. y Steekete, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291-6.

- Fullana, M.A, Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andio, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2005). Properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 8, 893-903.
- Gangemi, A., Mancini, F., van den Hout, M. (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2387 - 2396.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., y Bozikas, V. P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatry Research*, 177(1), 156-160.
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 353-370.
- Ghisi, M., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sanavio, E., y Sica, C. (2010). In search of specificity: "Not just right experiences" and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 879-886.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16(8), 729-773
- Gibbs, N. A., y Oltmanns, T. F. (1995). The relation between obsessive-compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(5), 397-410.
- Giménez, A., Morillo, C., Belloch, A., Carrió, C., y Cabedo, E. (2004). Creencias disfuncionales asociadas a síntomas obsesivo-compulsivos: Una aproximación a la especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 1-17.
- Glazier, K., Wetterneck, C., Singh, S., y Williams, M. (2015). Stigma and shame as barriers to treatment for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Journal of Depression and Anxiety*, 4(191), 2167-1044.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F., y Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253-270.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., George, R. H., y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive

- scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Eisen, J. L., y Rasmussen, S. A. (2006). Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40(6), 494-501.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Williams, K. A., Eisen, J. L., y Rasmussen, S. A. (2007). Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 152(1), 21-27.
- Greenberg, B. D., Gabriels, L. A., Malone Jr., D. A., Rezai, A. R., Friehs, G.M., Okun, M. S., Shapira, N. A., Foote, K. D., Cosyns, P. R., Kubu, C. S., Malloy, P. F., Salloway, S. P., Giftakis, J. E., Rise, M. T., Machado, A. G., Baker, K. B., Stypulkowski, P. H., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., y Nuttin, B. J. (2010). Deep brain stimulation of the ventral internal capsule/ventral striatum for obsessive-compulsive disorder: worldwide experience. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 64-79.
- Grover, S., Dua, D., Chakrabarti, S., y Avasthi, A. (2017). Obsessive Compulsive Symptoms/disorder in Patients with Schizophrenia: Prevalence, relationship with other symptom dimensions and impact on functioning. *Psychiatry Research*, 250, 277-284.
- Gunstad, J., y Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270-276.
- Hagen, K., Hansen, B., Joa, I., y Larsen, T. K. (2013). Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis. *BMC psychiatry*, 13(1), 156.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Henderson, J. G., y Pollard, C. A. (1988). Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 747-752.
- Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Lochner, C., Niehaus, D. J., Knowles, J. A., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., y Stein, D. J. (2004). Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 128(2), 175-182.

- Hoffman, S. G. y Kashdan, T.B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 255–263.
- Hoffman, K. L. y Rueda Morales, R. I. (2009). Toward an understanding of the neurobiology of “just right” perceptions: Nest building in the female rabbit as a possible model for compulsive behavior and the perception of task completion. *Behavioural Brain Research*, 204, 182–191.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23(7), 355-358.
- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *British Journal of Psychiatry*, 173 (35), 7–12.
- Hollander, E., Braun, A., y Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 317-329.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C. C., y Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. En J. S. Abramowitz y A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 95-118). Nueva York: Springer.
- Hollander, E., Kim, S., Braun, A., Simeon, D., y Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, 170(1), 3-6.
- Hollander, E., y Rosen, J. (2002). Obsessive-compulsive spectrum disorders: A review. *Obsessive compulsive disorder*, 203-224
- Holzer, J. C., Goodman, W. K., McDougle, C. J., Baer, L., Boyarsky, B. K., Leckman, J. F., y Price, L. H. (1994). Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 164(4), 469-473.
- Hong, J. P., Samuels, J., Bienvenu, O. J., Cannistraro, P., Grados, M., Riddle, M. A., ... y Nestadt, G. (2004). Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 20(2), 86-91.
- Hounie, A. G., do Rosario-Campos, M. C., Diniz, J., Shavitt, R. G., Ferrao, Y., Lopes, A. C., Mercadente, M. T., Busatto, G., y Miguel, E. C. (2006). Obsessive-compulsive disorder in Tourette syndrome. En J. T. Walkup, J.W. Mink, y P. J. Hollenbeck

- (Eds). *Advances in Neurology*, 99 (pp. 22-38). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hsu, L. K., Kaye, W., y Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 305-318.
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., y Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39-45.
- Jenike, M. A. (1989). Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic. *The New England Journal of Medicine*, 321 (8), 539-41.
- Kano, Y., Matsuda, N., Nonaka, M., Fujio, M., Kuwabara, H., y Kono, T. (2015). Sensory phenomena related to tics, obsessive-compulsive symptoms, and global functioning in Tourette syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 141-146.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., y Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099
- Kasvikis, Y. G., Tsakiris, F., Marks, I. M., Basoglu, M., y Noshirvani, H. F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5(6), 1069-1075.
- Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I., McElroy, S. L., Yurgelun-Todd, D., y Hundert, E. M. (1990). A controlled study of phenomenology and family history in outpatients with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 31(4), 275-283
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kinncar, P.R. y Gray, C.D. (2009). SPSS 16 Made Simple. Hove and New York: Psychology Press.
- Kloosterman, P. H., Summerfeldt, L. J., Parker, J. D. A, y Holden, J. J. A. (2013). The obsessive-compulsive trait of Incompleteness in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 176-182.

- Klump, K. L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., ... y Treasure, J. (2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(9), 559-567.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., y McCarthy, P. R. (1988). Obsessive-compulsive disorder. En C. G. Last y M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. Oxford: Pergamon press.
- Krüger, S., Bräunig, P., Höffler, J., Shugar, G., Börner, I., y Langkrär, J. (2000). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(1), 16-24.
- Kurlan, R., Lichter, D., y Hewitt, D. (1989). Sensory tics in Tourette's syndrome. *Neurology*, 39(5), 731-731.
- Landau, D., Iervolino, A. C., Pertusa, A., Santo, S., Singh, S., y Mataix-Cols, D. (2011). Stressful life events and material deprivation in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 192-202.
- Lang, A. (1991). Patient perception of tics and other movement disorders. *Neurology*, 41(2 Part 1), 223-223.
- Langlois, F., Freeston, M. H., y Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 157-173.
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., y Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19(3), 163-173.
- Lee, J. C., Prado, H. S., Diniz, J. B., Borcato, S., da Silva, C. B., Hounie, A. G., Miguel, E. C., Leckman, J. F., y do Rosário, M. C. (2009). Perfectionism and sensory phenomena: phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 431-6.
- Leckman, J. F. (2003). Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. *Brain and Development*, 25, S24-S28.

- Leckman, J. F., Grice, D. E., Barr, L. C., de Vries, A. L., Martin, C., Cohen, D. J., McDougle, C. J., Goodman, W. K., y Rasmussen, S. A. (1994). Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety*, 1(5), 208-215.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., y Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911-917.
- Leckman, J.F., Walker, B.E., y Cohen, D.J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1) 98-102.
- Leckman, J. F., Walker, D. E., Goodman, W. K., Pauls, D.L., y Cohen, D. J. (1994). "Just-Right" perceptions associated with compulsive behaviors in Tourettes's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 51, 675-680.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., y Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1), 101-107.
- Lewis, A. (1935). Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29, 325-336.
- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., Knowles, J. A., Niehaus, D. J. H., y Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, 14(2), 105-113
- Lochner, C., Kinnear, C. J., Hemmings, S. M., Seller, C., Niehaus, D. J., Knowles, J. A., Daniels, W., Moolman-Smook, J. C., y Stein, D. J. (2005). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(9), 1155-1160.
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S., y Stein, D. J. (2011). Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 1087-1092.
- Lochner, C., y Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive spectrum disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Psychopathology*, 43(6), 389-396.

- Lovato, L., Ferrão, Y. A., Stein, D. J., Shavitt, R. G., Fontenelle, L. F., Vivan, A., ... y Cordioli, A. V. (2012). Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 562-568.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3) 335-343.
- Lyoo, I. K., Lee, D. W., Kim, Y. S., Kong, S. W., y Kwon, J. S. (2001). Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(8), 637-641
- McKay, D., Todaro, J., Neziroglu, F., Campisi, T., Moritz, E. K., y Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Body dysmorphic disorder: a preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 67-70.
- McDougle, C. J., Goodman, W. K., Leckman, J. F., Barr, L. C., Heninger, G. R., y Price, L. H. (1993). The efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid chronic tic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13(5), 354-358.
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., y Keck Jr, P. E. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 55, 33-51.
- McFall, M. E., y Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 333-348.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S. y Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsivedisordersubtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- McKay, D., Todaro, J., Neziroglu, F., Campisi, T., Moritz, E. K., y Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Body dysmorphic disorder: a preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 67-70.
- Maina, G., Vaschetto, P., Ziero, S., Di Lorenzo, R., y Bogetto, F. (2001). The post partum as specific risk factor for the onset of obsessive-compulsive disorder: clinical-controlled study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10 (02), 90-95

- Malpica, M.J., Ruiz, V.M, Godoy, A., y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25(2) 217-226.
- Mancebo, M. C., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., y Rasmussen, S. A. (2009). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 429-435.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., y Marini, C. (2008). Not just right experience: Is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 162-176.
- March, J. S., Franklin, M. E., Leonard, H., Garcia, A., Moore, P., Freeman, J., y Foa, E. (2007). Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61(3), 344-347.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., y Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., y Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *American Journal of Psychiatry*, 164 (9), 1313-4.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., y Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 263-268.
- Mathews, C. A., Kaur, N., y Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742-751.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Okino, K., y Stein, D. J. (2005). Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 43-49.
- Melero, R. y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 1, 83-100.
- Menzies, R. G., y de Silva, P. (Eds.). (2003). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. John Wiley & Sons.

- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (6)487-95.
- Miguel, E. C., Baer, L., Coffey, B. J., Rauch, S. L., Savage, C. R., O'sullivan, R. L., Phillips, K., Moretti, C., Leckman, J. F., y Jenike, M. A. (1997). Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *The British journal of psychiatry*, 170(2), 140-145.
- Miguel, E. C., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., Rauch, S. L., y Jenike, M. A. (1995). Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 246-255.
- Miguel, E. C., do Rosário-Campos, M. C., Prado, H. S., do Valle, R., Rauch, S. L., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., O'Sullivan, R. L., Jenike, M.A., y Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 150-156.
- Miguel, E. C., do Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Hounie, A. G., y Mercadante, M. T. (2001). The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Advances in Neurology*, 85, 43.
- Miguel, E. C., Leckman, J. F., Rauch, S., do Rosario-Campos, M. C., Hounie, A. G., Mercadante, M. T., Chacon, P., y Pauls, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10, 258-275.
- Moretz, M. W. y McKay, F. D. (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "Not just right" experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 640-644.
- Morillo (2004). *De los pensamientos intrusos a las obsesiones clínicas: acercamiento metacognitivo al trastorno obsesivo-compulsivo*. Universidad de Valencia.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Muris, P., Merckelbach, H., y Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 249-252.
- Murphy, D. L., Moya, P. R., Fox, M. A., Rubenstein, L. M., Wendland, J. R., y Timpano, K. R. (2013). Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive-compulsive disorder as an example

- of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 368(1615), 20120435.
- Murphy, D. L., Timpano, K. R., Wheaton, M. G., Greenberg, B. D., y Miguel, E. C. (2010). Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 131-148.
- Nelson, E., y Rice, J. (1997). Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 826-831.
- Nestadt, G., Di, C. Z., Riddle, M. A., Grados, M. A., Greenberg, B. D., Fyer, A. J., ... y Cullen, B. (2009). Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on comorbidity. *Psychological Medicine*, 39(09), 1491-1501.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R., Grados, M., y Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological medicine*, 31(03), 481-487.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., y Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 881-902.
- Nogueira, R., Godoy, A., Gavino, A. y Romero, P. (2009). Propiedades psicométricas del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) en dos muestras no clínicas de población española. *Psicothema*, 21, 646-651.
- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., Marks, I. M., Tsakiris, F. I. V. O. S., y Monteiro, W. O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 260-263
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.

- Ohta, M., Kokai, M., y Morita, Y. (2003). Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 67-74.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª edición (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Oulis, P., Konstantakopoulos, G., Lykouras, L., y Michalopoulou, P. G. (2013). Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: a phenomenological approach. *World Journal of Psychiatry*, 3(3), 50.
- Pauls, D. L., Towbin, K. E., Leckman, J. F., Zahner, G. E., y Cohen, D. J. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship. *Archives of General Psychiatry*, 43(12), 1180-1182.
- Pallanti, S., Grassi, G., Cantisani, A., Sarrecchia, E., y Pellegrini, M. (2011). Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 70.
- Phillips, K. A., Gunderson, C. G., Mallya, G., McElroy, S. L., y Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(11), 568-575.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., y Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317-325.
- Phillips, K. A., y McElroy, S. L. (1993). Insight, overvalued ideation, and delusional thinking in body dysmorphic disorder: Theoretical and treatment implications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(11), 699-702
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., , N., Mataix-Cols, D., Ferrao, Y. A., Saxena, S., Wilhem, S. Kelly, M. M., Clark, L. A., Pinto, A., Bienvenu, O. J., Farrow, J., y Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 528-555.
- Pietrefesa, A. y Coles, M. E. (2008). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in Obsessive Compulsive Disorder: considering the role of incompleteness. *Behaviour Therapy*, 39, 224-231.
- Pietrefesa, A. y Coles, M. E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in Obsessive-Compulsive Disorder: behavioral validation for the

- separability of Harm Avoidance and Incompleteness. *Behavior Therapy*, 40, 251–259.
- Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., y Murphy, D. L. (1994). Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 15-27.
- Pitman, R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903). *Archives of General Psychiatry*, 44, 226-232.
- Pollitt, J. (1957). Natural history of obsessional states. *British Medical Journal*, 1(5012), 194.
- Poyurovsky, M., Fuchs, C., y Weizman, A. (1999). Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1998-2000.
- Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 121-136
- Purdon, C., y Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 713-720.
- Purdon, C., y Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 6(2), 102-110.
- Purdon, C., Rowa, K., y Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 93-108.
- Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluzza, V., de Mathis, M. A., Do Rosário, M. C., Fontanelle, L. F., Ferrao y Hounie, A. G. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 386-393.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–401.

- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625–639.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Rachman, S., y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., Elliott, C. M., Shafran, R., y Radomsky, A. S. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 520-522.
- Rachman, S., y Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., y Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 779-784.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., y Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 757-76.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., y Spaan, V. (1999). Thought–action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 231-237.
- Rasmussen, S. A., y Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2), 10-13.
- Rasmussen, S. A., y Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743–758.
- Rasmussen, S. A., y Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 143(3), 317-322.
- Ravid, A., Franklin, M. E., Khanna, M., Storch, E. A., y Coles, M. E. (2014). “Not just right experiences” in adolescents: Phenomenology and associated characteristics. *Child Psychiatry and Human Development*, 45, 193–200.

- Ravindran, A. V., da Silva, T. L., Ravindran, L. N., Richter, M. A., y Rector, N. A. (2009). Obsessive-compulsive spectrum disorders: a review of the evidence-based treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(5), 331-343.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: A cognitive-structural approach*. Toronto: Academic Press.
- Reese, H. E., Scahill, L., Peterson, A. L., Crowe, K., Woods, D. W., Piacentini, J., Walkup, J. T., y Wilhelm, S. (2014). The premonitory urge to tic: measurement, characteristics, and correlates in older adolescents and adults. *Behavior Therapy*, *45*(2), 177-186.
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., y Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: Validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(2), 159-169.
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Antony, M. M., y Swinson, R. P. (2003). Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression and anxiety*, *18*(3), 118-127.
- Riemann, B. C., McNally, R. J., y Cox, W. M. (1992). The comorbidity of obsessive-compulsive disorder and alcoholism. *Journal of Anxiety Disorders*, *6*(2), 105-110.
- Robertson, M. M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, *123*(3), 425-462.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, *41*(10), 949-958.
- Rosario, M. C., Prado, H. S., Borcato, S., Diniz, J. B., Shavitt, R. G., Hounie, A. G., de Mathis, M. E., Savio Mastrorosa, R., Velloso, P., Alliende Perin, E., Fossaluza, V., Pereira, C. A., Geller, D., Leckman, J., y Miguel, E. (2009). Validation of the University of São Paulo sensory phenomena scale: initial psychometric properties. *CNS spectrums*, *14*(06), 315-323.
- Roth, R. M., Milovan, D., Baribeau, J., y O'Connor, K. (2005). Neuropsychological functioning in early-and late-onset obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *17*(2), 208-213.
- Rubenstein, C. S., Pigott, T. A., L'Heureux, F., Hill, J. L., y Murphy, D. L. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia

- nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(9), 309-14.
- Rück, C., Larsson, K. J., y Mataix-Cols, D. (2012). Predictors of medium and long-term outcome following capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: One site may not fit all. *European Neuropsychopharmacology*, 22(6), 406-414.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P.M., y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549- 552.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., y Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347-372.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L. Joiner, T.H., Santed, M.A. y Valiente, M.R. (1999). Escalas panas de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 1, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P. Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (2), 107-122.
- Sampaio, A. S., McCarthy, K. D., Mancuso, E., Stewart, S. E., y Geller, D. A. (2014). Validation of the university of São paulo's sensory phenomena scale—english version. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1330-1336.
- Schlosser, S., Black, D. W., Blum, N., y Goldstein, R. B. (1994). The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(3), 147-152.
- Schubert, J., Ravid, A. y Coles, M.E. (2016). Treatment of “Not-Just-Right Experiences” in Childhood Obsessive-compulsive Disorder. En Storch, E. A., y Lewin, A. B.

Clinical Handbook of Obsessive–Compulsive and Related Disorders (pp.197-210). Springer International Publishing: Imprint: Springer.

- Shafran, R., Thordarson, D. S., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Eisen, J. L., Mancebo, M. C., y Rasmussen, S. A. (2016). An empirical investigation of incompleteness in a large clinical sample of obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 45-51.
- Sica, C., Bottesi, G., Orsucci, A., Pieraccioli, C., Sighinolfi, C., y Ghisi, M. (2015). “Not Just Right Experiences” are specific to Obsessive-Compulsive Disorder: Further evidence from Italian clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 73-83.
- Sica, C., Caudek, C., Bottesi, G., De Fazio, E., Ghisi, M., Marchetti, I. y Orsucci, A. (2013). Fathers’ “Not Just Right Experiences” predict obsessive-compulsive symptoms in their sons: Family study of a non-clinical Italian sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 263-272.
- Sica, C., Caudek, C., Rocco Chiri, L.R., Ghisi, M., y Marchetti, I. (2012). “Not just right experiences” predict obsessive–compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 159-167.
- Sobin, C., Blundell, M. L., y Karayiorgou, M. (2000). Phenotypic differences in early-and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 373-379.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P., y Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2(3), 193-207.
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E. H., Fallon, S., y Pathak, D. (1996). Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37(2), 75-79.
- Stein, D. J. (2000). Neurobiology of the obsessive–compulsive spectrum disorders. *Biological Psychiatry*, 47(4), 296-304.
- Stein, D. J., Bouwer, C., y Emsley, R. A. (1997). Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive and related disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(3), 119-122.

- Stein, D. J., , N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., Leckman, J., Rauch, S. L., y Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 27(6), 495-506.
- Stein, D. J., Kogan, C. S., Atmaca, M., , N. A., Fontenelle, L. F., Grant, J. E., Matsunaga, H., Reddy, Y. C. J., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., Van Den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., y Reed, G. M. (2016). The classification of Obsessive–Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 190, 663-674.
- Steketee, G., y Barlow, D. (2002). Obsessive-compulsive disorder. En Barlow, D.H. (Ed.), *Anxiety and its disorders* 2nd edn. (pp. 516–50) New York: Guilford.
- Steketee, G., Frost, R. O., y Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 525-537.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., y Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive–compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13.
- Stewart, S. E., Rosario, M. C., Baer, L., Carter, A. S., Brown, T. A., Scharf, J. M., Leckman, J. F., Rasmussen, S., Goodman, W., Jenike, M. A., Geller, D. A., y Pauls, D. L. (2008). Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(7), 763-772.
- Storch, E. A., Abramowitz, J., y Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive–compulsive disorder belong in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 25 (4), 336-347.
- Subirà, M., Alonso, P., Segalàs, C., Real, E., López-Solà, C., Pujol, J., Martínez-Zalacaín, I., Harrison, B. J., Menchón, J. M., Cardoner, N., y Soriano-Mas, C. (2013). Brain structural alterations in obsessive-compulsive disorder patients with autogenous and reactive obsessions. *PloS one*, 8(9), e75273.
- Summerfeldt, L.J. (2004). Understanding and Treating Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1155–1168.
- Summerfeldt, L. J. (2007). Treating incompleteness, ordering, and arranging concerns. En M. M. Antony, C. Purdon, y L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 187-207). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Summerfeldt, L. J., Gilbert, S. J., y Reynolds, M. (2015). Incompleteness, aesthetic sensitivity, and the obsessive-compulsive need for symmetry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 141-149.
- Summerfeldt, L. J., Huta, V., y Swinson, R. P. (1998): "Personality and obsessive-compulsive disorder", en R. Swinson, M. Antony, S. Rachman y M. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (79-119). Nueva York: Guilford Press.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., Richter, M. A., y Swinson, R. M. (2004). The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1453-1467.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P., Antony, M. M., y Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 83-94.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P., Parker, J. D. A., Antony, M. M., y Swinson, R. P. (2001). Assessing and validating the obsessive-compulsive-related construct of incompleteness. In *Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Ste-Foy, Quebec. Abstract published in Canadian Psychology*.
- Summers, B. J., Matheny, N. L., y Cogle, J. R. (2017). 'Not just right' experiences and incompleteness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 247, 200-207.
- Swets, M., Dekker, J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Smid, G. E., Smit, F., de Haan, L., y Schoevers, R. A. (2014). The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophrenia research*, 152(2), 458-468.
- Tallis, F., Rosen, K., y Shafran, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: a replication employing a clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 649-653.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083-1100.


- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhem, S. y Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 85-97.
- Taylor, S., McKay, D., Abramowitz, J.S, Conelea, C.A., Calamari, J.E, y Sica, C. (2014). The sense of incompleteness as a motivator of obsessive-compulsive symptoms: An empirical analysis of concepts and correlates. *Behavior Therapy*, 45, 254-262.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G. E., y Schussler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 72-75
- Thordarson, D. S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C.N., y Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research y Therapy*, 42, 1289-1314.
- Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., y Murphy, D. L. (2012). Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depression and Anxiety*, 29(3), 226-233.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., y Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 505-517.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., y Foa, E. B. (2001). Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 501-510.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., y Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (4), 469-480.
- Tolin, D. F., Woods, C. M., y Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 657-669.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., y Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 469-480.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... y Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity,

- impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- Torres, A. R., Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Diniz, J. B., Costa, D. L., do Rosário, M. C., ... y Fontenelle, L. F. (2014). Panic Disorder and Agoraphobia in OCD patients: Clinical profile and possible treatment implications. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 588-597.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., y Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- Torresan, R. C., de Abreu Ramos-Cerqueira, A. T., de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., y Torres, A. R. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 63-69.
- Tükel, R., Meteris, H., Koyuncu, A., Tecer, A., y Yazıcı, O. (2006). The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *European archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(4), 240-245.
- Van den Heuvel, O. A., Mataix-Cols, D., Zwitser, G., Cath, D. C., van der Werf, Y. D., Groenewegen, H. J., van Balkom, A. J. L. M., y Veltman, D. J. (2011). Common limbic and frontal-striatal disturbances in patients with obsessive compulsive disorder, panic disorder and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 41(11), 2399-2410.
- Veale, D. (2004). Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 3(6), 65-68.
- Verdellen, C. W., Keijsers, G. P., Cath, D. C., y Hoogduin, C. A. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourettes's syndrome: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 501-511.
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., y Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 108-117.

- Wahl, K., Salkovskis, P. M., y Cotter, I. (2008). 'I wash until it feels right': The phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 143-161.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6) 1063-1070.
- Weisman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., ... y Wittchen, H. U. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3), 5-10.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., y Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 949-954.
- Whiteside, S. P., Port, J. D., y Abramowitz, J. S. (2004). A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 132(1), 69-79.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M., Keshaviah, A. y Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 45(3), 314-327.
- Woodruff, R., y Pitts JR, F. N. (1964). Monozygotic twins with obsessional illness. *American Journal of Psychiatry*, 120(11), 1075-1080.
- Wu, K. D., y Carter, S. A. (2008). Further investigation of the Obsessive Beliefs Questionnaire: Factor structure and specificity of relations with OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 824-836.
- Wu, K. D., Clark, L. A., y Watson, D. (2006). Relations between obsessive-compulsive disorder and personality: Beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(6), 695-717.
- Zor, R., Szechtman, H., Hermesh, H., Fineberg, N. A., y Eilam, D. (2011). Manifestation of incompleteness in obsessive-compulsive disorder (OCD) as reduced functionality and extended activity beyond task completion. *PloS one*, 6(9), e25217.

ANEXOS



VNIVERSITAT  DE VALÈNCIA

FACULTAT  DE PSICOLOGIA



1. Consentimiento

Acepto participar en este estudio, llevado a cabo por el Grupo de Investigación sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo dirigido por la Dra. Amparo Belloch, en la Universidad de Valencia (Facultad de Psicología), de forma absolutamente voluntaria.

Por tanto, doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que **en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.**

En _____, a _____ de _____ de 201__

Fdo.



2. Datos socio-demográficos

EDAD: _____ SEXO: Varón Mujer PROFESIÓN: _____

ESTADO CIVIL:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios o elementales Medios Superiores (universitarios)

¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad requiera atención especializada? SI NO Por favor, indica cuál _____

¿Qué tratamiento sigues para dicho problema? _____

¿En tu familia hay historia de trastornos de tics o relacionados? SI NO

Por favor, especifica cuál _____

☞ A CONTINUACIÓN, SE PRESENTA UNA SERIE DE CUESTIONARIOS A LOS QUE TIENES QUE CONTESTAR SEGÚN LAS INDICACIONES CONCRETAS QUE SE DAN AL PRINCIPIO EN CADA UNO DE ELLOS.

☞ POR FAVOR, RESPONDE CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y ASEGÚRATE DE QUE RESPONDES A TODAS LAS PREGUNTAS.

☞ TEN EN CUENTA QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. ÚNICAMENTE NOS INTERESA CONOCER TU PROPIA EXPERIENCIA.

TODOS LOS DATOS SERÁN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE

Directora: Prof^a Amparo Belloch Fuster
 Responsable: Gertrudis Fornés Romero
 Facultad de Psicología, Universitat de València

3. Not-Just-Right-Experiences Questionnaire Revised (NJREQ-R)

Este cuestionario tiene como objetivo estudiar las llamadas “*Experiencias no completamente correctas (NCC)*”. La mejor manera de definir estas experiencias sería esos momentos en los que se tiene la sensación subjetiva de que “*algo no es, o no está, exactamente como debería ser, o como debería estar*”.

Hay muchos tipos de experiencias NCC y a continuación se describen algunos ejemplos para ayudarle a comprenderlas. Normalmente, estas experiencias duran un tiempo limitado: a veces son momentáneas y otras duran algo más. Todas estas experiencias se originan en uno mismo, cuando se está inquieto por algo interior o debido a la sensación difusa de que algo no va bien en el mundo que nos rodea. Lea los siguientes ejemplos antes de empezar con el cuestionario.

Ejemplos que Sí se consideran experiencias NCC

- Sentir que puede haberse olvidado de algo
- Una sensación física extraña que no se reconoce
- La sensación que se tiene cuando uno piensa que no ha hecho algo lo suficientemente bien
- Sentirse inseguro o vulnerable sin razón aparente
- Sentir que los objetos no están organizados exactamente del modo correcto, o como deberían estar

A continuación se presenta un conjunto de experiencias NCC para que posteriormente escoja la que le ha ocurrido más recientemente y conteste algunas preguntas sobre ella. Por favor, lea la lista de experiencias NCC con cuidado e indique si ha experimentado o no cada una de ellas durante el último mes.

¿LE HA OCURRIDO ESTO DURANTE EL ÚLTIMO MES?

1.	Después de vestirme, he tenido la sensación de que parte de mi ropa (etiquetas, cuellos, perneras de los pantalones, etc.,) me molestaba.	NO	SÍ
2.	Al guardar un libro en la estantería, he tenido la sensación de que no se veía del todo bien entre los otros libros.	NO	SÍ
3.	Al cerrar la puerta de casa, he tenido la impresión de notar que el cierre de la puerta no encajaba perfectamente.	NO	SÍ
4.	Al doblar la ropa he tenido la sensación de que no tenía la apariencia que debería tener la ropa doblada.	NO	SÍ
5.	Al escribir algo, me ha dado la sensación de que las palabras no tenían el aspecto exacto que yo pretendía.	NO	SÍ
6.	Al hablar con gente, he tenido la sensación de que mis palabras no sonaban del todo bien.	NO	SÍ
7.	Al organizar mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y otras cosas no tenían un aspecto totalmente correcto.	NO	SÍ
8.	Al meter una factura o una carta en el buzón, he tenido la sensación de que la manera en que introducía el sobre en el buzón y cerraba la tapa no era del todo correcta.	NO	SÍ
9.	Después de lavarme las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que se sienten las manos limpias.	NO	SÍ
10.	Al colgar un cuadro en la pared, he tenido la sensación de que no quedaba del todo bien.	NO	SÍ

11. La experiencia **NCC de la lista** anterior que me ha ocurrido más recientemente es la siguiente:

12. La última vez que me ha ocurrido ha sido:

1	En las últimas horas.
2	En el último día.
3	En la última semana.
4	En el último mes.

Pensando en la **ANTERIOR EXPERIENCIA NCC**, responde ahora a las siguientes preguntas:

13. ¿Con qué **frecuencia** has experimentado esta experiencia?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca		En el último año		En el último mes		En el último día

14. ¿Cómo de **intensa** fue esta experiencia NCC?

1	2	3	4	5	6	7
Nada intensa	Un poco	Algo	Moderadamente intensa			Extremadamente intensa

15. ¿En qué medida causó **malestar** esta experiencia **EN ESE MOMENTO**?

1	2	3	4	5	6	7
Ningún malestar			Malestar moderado			Malestar extremo

16. ¿En qué medida te siguió causando **malestar A LO LARGO de ese día**?

1	2	3	4	5	6	7
Ningún malestar			Malestar moderado			Malestar extremo

17. ¿En qué medida sentiste que no podías **quitártela** de la cabeza?

1	2	3	4	5	6	7
Ninguna dificultad			Dificultad moderada			Dificultad extrema

18. ¿En qué medida sentiste la **necesidad** de hacer algo para remediar esta experiencia?

1	2	3	4	5	6	7
Ningún impulso a hacer nada			Impulso moderado a hacer algo			Impulso extremo a hacer algo

19. ¿En qué medida sentiste que eras **responsable** de hacer algo para remediar esta experiencia?

1	2	3	4	5	6	7
Nada responsable			Moderadamente responsable			Extremadamente responsable

4. Obsessive Compulsive Core Dimensions Questionnaire (OC-CDQ)

Por favor, lea cada afirmación y decida hasta qué punto expresan cómo usted piensa, siente y actúa **HABITUALMENTE**. No piense demasiado las respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas, acertadas o equivocadas. No deje ninguna frase sin calificar.

		Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Siempre
1	Me pongo aprensivo, como si algo malo pudiera ocurrir o hubiera ocurrido ya.	N	R	A	F	S
2	Siento que debo hacer las cosas de una manera fija aunque puede costarme explicar esa manera con palabras.	N	R	A	F	S
3	Aunque sea muy improbable que se produzca un daño, siento la necesidad de prevenirlo a toda costa.	N	R	A	F	S
4	Me molesta la sensación de que las cosas son imperfectas (por ejemplo pertenencias, ideas o tareas que hay que hacer).	N	R	A	F	S
5	Hay cosas que temo que ocurran si no tomo ciertas medidas para prevenirlas.	N	R	A	F	S
6	Si no hago las cosas de una forma determinada no me siento bien.	N	R	A	F	S
7	Me da la impresión de que las cosas son más amenazantes para mí que para otras personas.	N	R	A	F	S
8	Me siento forzado a repetir o prolongar actividades o tareas hasta que me parecen "completamente correctas".	N	R	A	F	S
9	Hay cosas específicas a mí alrededor que podrían dañarme a mí o a las personas que me importan.	N	R	A	F	S
10	Las actividades rutinarias me llevan más tiempo de lo que deberían porque no me parece que estén perfectamente acabadas.	N	R	A	F	S
11	Hay algunas consecuencias que me asustan más que a la mayoría de la gente.	N	R	A	F	S

		Nunca	Rara- mente	Algunas veces	Frecuen- temente	Siempre
12	Pierdo mucho tiempo intentando que las cosas me salgan “completamente correctas”.	N	R	A	F	S
13	Parece que esté a la búsqueda de los peligros de las situaciones.	N	R	A	F	S
14	No hay nada como la sensación que tengo cuando por fin se completa algo satisfactoriamente.	N	R	A	F	S
15	Tengo miedos que me gustaría ignorar pero no puedo.	N	R	A	F	S
16	Soy muy quisquilloso/a acerca de qué apariencia deben tener las cosas o cómo deben hacerse.	N	R	A	F	S
17	No puedo evitar pensar sobre las cosas malas que podrían ocurrir.	N	R	A	F	S
18	Me cuesta mucho tiempo sentirme seguro acerca de ciertas cosas.	N	R	A	F	S
19	Hay situaciones y cosas que me dan tanto miedo que me gustaría poder evitarlas totalmente.	N	R	A	F	S
20	Sé que he hecho algo bien cuando tengo una determinada sensación interior.	N	R	A	F	S

5. Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R)

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en tu vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe CUÁNTO malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada
 1= Un poco
 2= Bastante
 3= Mucho
 4= Muchísimo

1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4

15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

6. Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) – Escala *Just Right*

Por favor, indica en qué medida se ajusta a ti, te describe, cada una de estas afirmaciones:

1. Me siento obligado/a a comprobar las cartas una y otra vez antes de enviarlas	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
2. Me siento obligado/a a ser absolutamente perfecto/a	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
3. Muchas veces me siento obligado/a a memorizar cosas tontas (por ejemplo, matrículas de coches, las instrucciones de las etiquetas, etc.)	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
4. Muchas veces tengo problemas para tener las cosas hechas porque intento hacerlo todo con la máxima exactitud	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
5. Me siento obligado/a a seguir una rutina o regla muy estricta cuando hago las cosas de todos los días	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
6. Me siento muy molesto/a si mis muebles o mis objetos no están siempre exactamente en la misma posición	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
7. Muchas veces llego tarde porque no puedo terminar las tareas cotidianas a tiempo	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
8. Me siento continuamente obligado/a a contar cosas (por ejemplo, objetos, casas, árboles, coches,...)	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
9. Me siento muy molesto/a si no puedo completar exactamente igual cada noche mi rutina para irme a la cama	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
10. Suelo retrasarme en mi trabajo porque repito la misma tarea una y otra vez	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
11. Uno de mis mayores problemas es que presto demasiada atención a los detalles	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
12. Cada día tardo mucho tiempo en estar preparado/a para salir de casa porque tengo que hacerlo todo perfectamente bien	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo

1	2	3	4	5	6	7					
←—————→											
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo					
41. Debería ser capaz de librar mi mente de malos pensamientos					1	2	3	4	5	6	7
42. Para ser una persona digna de consideración, debo ser perfecto en todo lo que haga					1	2	3	4	5	6	7
43. A menudo pienso que mi entorno no es seguro					1	2	3	4	5	6	7
44. Creo que no tomar precauciones para evitar un posible daño, está tan mal como provocarlo					1	2	3	4	5	6	7
45. Tener dudas me resulta insoportable					1	2	3	4	5	6	7
46. Debo estar preparado para recuperar el control de mi mente en cuanto aparezca una imagen, un recuerdo, o un pensamiento intrusos					1	2	3	4	5	6	7
47. Debo estar completamente seguro de mis decisiones					1	2	3	4	5	6	7
48. Si pierdo el control sobre mis pensamientos, debo luchar para recuperarlo					1	2	3	4	5	6	7
49. Si me esfuerzo mucho conseguiré estar completamente seguro de todo lo que haga					1	2	3	4	5	6	7
50. Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas					1	2	3	4	5	6	7

8. Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)

A continuación, encontrarás una lista de afirmaciones que describen diversos modos de ser de las personas. Por favor, utiliza la escala de números para señalar en qué medida estás de acuerdo con cada una de esas afirmaciones aplicada a ti mismo/a, a tu forma de ser habitual, o a tus experiencias.

- 1= Completamente en desacuerdo (no me comporto así nunca)
 2= Bastante en desacuerdo (casi nunca me comporto de ese modo)
 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo (a veces me comporto así, y otras veces no)
 4= Bastante de acuerdo (casi siempre me comporto así)
 5= Completamente de acuerdo (siempre me comporto de ese modo)

1	Mis padres me pusieron metas muy altas	1	2	3	4	5
2	Para mí, es muy importante que todo esté organizado	1	2	3	4	5
3	De niño/a, me castigaban por no hacer las cosas perfectas	1	2	3	4	5
4	Si no me pongo las metas más altas, seguramente acabaré siendo un segundón	1	2	3	4	5
5	Mis padres nunca intentaron entender mis errores	1	2	3	4	5
6	Para mí es importante ser muy competente en todo lo que hago	1	2	3	4	5
7	Soy una persona cuidadosa	1	2	3	4	5
8	Intento ser organizado/a	1	2	3	4	5
9	Si fracaso en el trabajo/estudios, soy un fracasado/a	1	2	3	4	5
10	Debería sentirme mal si cometo un error	1	2	3	4	5
11	Mis padres querían que fuera el mejor en todo	1	2	3	4	5
12	Me pongo metas más altas a mí mismo/a que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
13	Si alguien hace una tarea en el colegio/trabajo mejor que yo, siento como si hubiera fracasado totalmente en esa tarea	1	2	3	4	5
14	Fracasar en parte es tan malo como fracasar en todo	1	2	3	4	5
15	En mi familia sólo se acepta un rendimiento sobresaliente	1	2	3	4	5

16	Se me da muy bien concentrar mis esfuerzos en alcanzar una meta	1	2	3	4	5
17	Incluso cuando hago algo con mucho cuidado, a menudo me parece que no está bien del todo	1	2	3	4	5
18	Odio no llegar a ser el/la mejor en todo lo que hago	1	2	3	4	5
19	Tengo metas extremadamente altas	1	2	3	4	5
20	Mis padres esperaban de mí la excelencia, lo mejor	1	2	3	4	5
21	Seguramente la gente me apreciará menos si cometo un error	1	2	3	4	5
22	Nunca me he sentido capaz de lograr lo que mis padres esperaban de mí	1	2	3	4	5
23	Si no hago las cosas tan bien como los demás, significa que soy un ser humano inferior	1	2	3	4	5
24	Los demás parecen conformarse con metas más bajas que las mías	1	2	3	4	5
25	Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará	1	2	3	4	5
26	Mis padres siempre han tenido expectativas más altas sobre mi futuro que yo mismo	1	2	3	4	5
27	Intento ser una persona cuidadosa	1	2	3	4	5
28	Normalmente tengo dudas sobre las pequeñas cosas que hago cada día	1	2	3	4	5
29	La pulcritud es muy importante para mí	1	2	3	4	5
30	Espero rendir mejor en mis tareas diarias que la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
31	Soy una persona organizada	1	2	3	4	5
32	Tiendo a retrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	1	2	3	4	5
33	Me cuesta mucho tiempo hacer algo "bien"	1	2	3	4	5
34	Cuanto menos errores cometa, más gustaré a los demás	1	2	3	4	5
35	Nunca me he sentido capaz de llegar a alcanzar el nivel de mis padres	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS

COMPRUEBA QUE NO HAS DEJADO NINGUNA FRASE SIN RESPONDER

9. Intolerance of Unvertainty Scale (IUS)

Instrucciones

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen los diversos modos que tiene la gente de reaccionar ante las incertidumbres e inseguridades de la vida diaria. Por favor, utiliza la escala de números para señalar en qué medida cada una de esas afirmaciones es característica de tu modo de comportarte ante las incertidumbres o inseguridades que se nos presentan en la vida.

- 1= No es nada típico en mí, no me caracteriza nada
- 2= Es un poco típico en mí, alguna vez me pasa
- 3= Es bastante típico en mí, me caracteriza bastante
- 4= Es muy típico en mí, casi siempre me pasa
- 5= Es totalmente típico en mí, siempre me sucede así

1	La incertidumbre me impide tener convicciones firmes	1	2	3	4	5
2	Si una persona está insegura acerca de algo, significa que es desorganizada	1	2	3	4	5
3	La incertidumbre hace que la vida sea intolerable	1	2	3	4	5
4	Es injusto no tener garantías en la vida	1	2	3	4	5
5	Mi mente no puede estar relajada si no sé lo que pasará mañana	1	2	3	4	5
6	La incertidumbre me molesta, me estresa o me pone nervioso	1	2	3	4	5
7	Los acontecimientos imprevisibles me molestan mucho	1	2	3	4	5
8	Me fastidia no tener toda la información que necesito	1	2	3	4	5
9	La incertidumbre me impide vivir una vida plena	1	2	3	4	5
10	Uno debería planificar siempre para evitar sorpresas	1	2	3	4	5
11	Un pequeño acontecimiento imprevisto lo puede estropear todo, incluso con la mejor planificación	1	2	3	4	5
12	Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza	1	2	3	4	5
13	Estar inseguro significa que no soy de primera categoría	1	2	3	4	5

14	Cuando estoy inseguro no puedo seguir adelante	1	2	3	4	5
15	Cuando estoy inseguro no puedo funcionar muy bien	1	2	3	4	5
16	Los demás parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas, no como yo	1	2	3	4	5
17	La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste	1	2	3	4	5
18	Siempre quiero saber lo que me depara el futuro	1	2	3	4	5
19	No soporto que me pillen por sorpresa	1	2	3	4	5
20	La duda más pequeña puede hacer que me paralice	1	2	3	4	5
21	Debería ser capaz de organizar todo por adelantado	1	2	3	4	5
22	Estar inseguro significa que me falta confianza	1	2	3	4	5
23	Creo que es injusto que otras personas parezcan estar seguras sobre su futuro	1	2	3	4	5
24	La incertidumbre no me deja dormir profundamente	1	2	3	4	5
25	Debería alejarme de cualquier situación incierta, poco clara	1	2	3	4	5
26	Las ambigüedades de la vida me estresan	1	2	3	4	5
27	No puedo soportar estar indeciso sobre mi futuro	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS

COMPRUEBA QUE HAS RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS

10. Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21)

Por favor, indica en qué medida has experimentado las siguientes sensaciones o estados de ánimo durante la ÚLTIMA SEMANA

1	Me resultó difícil estar tranquilo/a, no sentir presión	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
3	No conseguí tener sentimientos positivos	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
4	Tuve dificultades para respirar (por ej., respiración excesivamente rápida, o quedarme sin aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
5	Me resultó difícil tener ganas de hacer cosas	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
6	Tuve tendencia a reaccionar exageradamente en ciertas situaciones	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
7	Sentí temblores (por ejemplo, en las manos o en las piernas)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
8	Me sentí muy nervioso/a	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
9	Estuve preocupado/a por situaciones en las que me asusto y hago el ridículo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
10	Sentí que no había nada que me hiciese ir adelante, que no tenía nada que esperar	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
11	Sentí que yo solo/a me ponía nervioso a mí mismo/a	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
12	Me resultó difícil relajarme	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
13	Me sentí desanimado/a y triste	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
14	No toleraba que algo me impidiera hacer lo que tenía que hacer	Nunca, no me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
15	Estuve a punto de entrar en pánico	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
16	Me sentí incapaz de entusiasarme con nada	Nunca, no me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
17	Sentí que no valía mucho como persona	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
18	Sentí que estaba susceptible, irritable	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
19	Sentía el latido de mi corazón sin hacer ningún esfuerzo físico (por ej., sentir el corazón acelerado, o que perdía algún latido)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
20	Sentí miedo sin ninguna razón, sin motivo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

11. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

A continuación encontrarás una lista de 16 enunciados sobre formas de sentir que tiene la gente. Lee detenidamente cada uno de ellos y, aplicándolo a ti contesta rodeando con un círculo *el número que mejor se ajuste a tu forma de sentir habitual*. Contesta lo que a primera vista creas que es lo que mejor te define.

Escala de respuesta:

1	2	3	4	5
No es EN ABSOLUTO típico en mí	Es <i>POCO</i> típico en mí	Es <i>RELATIVAMENTE</i> típico en mí	Es <i>BASTANTE</i> típico en mí	Es <i>MUY</i> típico en mí

1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello	1	2	3	4	5
2. Me agobian mis preocupaciones	1	2	3	4	5
3. No suelo preocuparme por las cosas	1	2	3	4	5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado	1	2	3	4	5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1	2	3	4	5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo	1	2	3	4	5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación	1	2	3	4	5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1	2	3	4	5
10. Nunca suelo estar preocupado/a	1	2	3	4	5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él	1	2	3	4	5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1	2	3	4	5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1	2	3	4	5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1	2	3	4	5
15. Estoy preocupado/a constantemente	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo realizado	1	2	3	4	5

12. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A continuación se presenta una lista de 20 de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Por favor, lee cada una de ellas e indica en qué medida te has sentido de esta manera durante la **ÚLTIMA SEMANA, incluido el día de hoy**. Marca la respuesta más apropiada basándote en la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Muy ligeramente o nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

1	Interesado/a	1	2	3	4	5
2	Tenso/a o agobiado/a	1	2	3	4	5
3	Animado/a	1	2	3	4	5
4	Disgustado/a	1	2	3	4	5
5	Vital o enérgico/a	1	2	3	4	5
6	Culpable	1	2	3	4	5
7	Asustado/a	1	2	3	4	5
8	Enfadado/a	1	2	3	4	5
9	Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10	Orgullosa/a	1	2	3	4	5
11	Irritable	1	2	3	4	5
12	Dispuesto/a o despierto/a	1	2	3	4	5
13	Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14	Inspirado/a	1	2	3	4	5
15	Nervioso/a	1	2	3	4	5
16	Decidido/a	1	2	3	4	5
17	Atento/a	1	2	3	4	5
18	Intranquilo/a o preocupado/a	1	2	3	4	5
19	Activo/a	1	2	3	4	5
20	Temeroso/a	1	2	3	4	5

13. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

La YBOCS analiza 10 aspectos diferentes sobre los síntomas de la persona evaluada (tiempo ocupado por las ideas obsesivas y por las compulsiones, resistencias a las mismas, grado de control sobre ambas, etc.). Deben contestarse eligiendo cuatro posibles respuestas que van desde el 0=ausente, hasta el 4=extremo, según cada uno de los diferentes ámbitos evaluados. Debe ser completa por el clínico, sobre la base de la entrevista clínica y demás información que se recabe sobre la persona. Puede completarse preguntando directamente al paciente.

A		OBSESIONES				
1	TIEMPO diario ocupado por las Obsess. N° veces al día N° horas al día	0 Ninguno	1 Leve Menos de 8 veces Menos de 1 h/día	2 Moderado Más de 8 veces Entre 1-3h día	3 Grave Más de 8 veces Entre 3-8 h día	4 Extremo Constante Más de 8 h día
2	INTERFERENCIA debida a las obsesiones (p.ej., N° obsesiones en el trabajo, con amigos, familia...) ¿dejas de hacer cosas debido pensamientos?	0	1 Interferencia Leve. Puede realizar normalmente actividades diarias	2 Interfiere, pero es manejable (puede realizar actividades, pero con dificultad)	3 Perjuicio evidente en actividades (las dificulta mucho, a veces no puede hacerlas)	4 Le incapacita totalmente (no puede continuar con lo que hace o debe hacer)
3	MALESTAR provocado por las obsesiones ¿en qué grado te molestan?	0	1 Ligero, infrecuente, solo molesta a veces	2 Molesta, pero es tolerable	3 Frecuentemente molestan mucho; muy perturbadoras habitualmente	4 Malestar constante, incapacitante
4	RESISTENCIA contra las obsesiones ¿en qué grado te esfuerzas por detener los pensamientos o ignorarlos, o para no dejarte llevar?	0 Siempre se resiste, o no hace falta porque no tiene	1 Se resiste casi siempre, o la mayor parte de las veces que la tiene	2 Se esfuerza algo por resistirse a "caer" en ellas	3 Cede, no intenta controlar, pero lo vive mal, no le gusta, se da cuenta de que no puede, se rinde casi siempre	4 Cede por completo voluntariamente, ni se lo plantea, se rinde siempre.
5	GRADO DE CONTROL sobre las obsesiones ¿en qué grado consigues controlarla, no dejarte llevar?	0 Control total siempre o habitualmente	1 Mucho control. Es capaz de detener las obs. muchas veces	2 Control moderado. Pocas veces consigue pararlas	3 Control escaso. Casi nunca lo consigue, aunque se esfuerce	4 Ningún control Se experimentan como fuera de la voluntad, imposibles de parar.
Subtotal de obsesión :						
Observaciones:						

B		COMPULSIONES				
1	TIEMPO diario ocupado por las Compulsiones Nº veces al día Nº horas al día	0 Ninguno	1 Leve Menos de 8 veces Menos de 1 h/día	2 Moderado Más de 8 veces Entre 1-3h día	3 Grave Más de 8 veces Entre 3-8 h día	4 Extremo Constante Más de 8 h día
2	INTERFERENCIA debida a las compulsiones (p.ej., Nº en el trabajo, con amigos, familia...) ¿dejas de hacer cosas debido pensamientos?	0	1 Interferencia Leve. Puede realizar normalmente actividades diarias	2 Interfiere, pero es manejable (puede realizar actividades, pero con dificultad)	3 Perjuicio evidente en actividades (las dificulta mucho, a veces no puede hacerlas)	4 Le incapacita totalmente (no puede continuar con lo que hace o debe hacer)
3	MALESTAR provocado por las compulsiones ¿en qué grado te molestan?	0	1 Ligero, infrecuente, solo molesta a veces	2 Molesta, pero es tolerable	3 Frecuentemente molestan mucho; muy perturbadoras habitualmente	4 Malestar constante, incapacitante
4	RESISTENCIA contra las compulsiones ¿en qué grado te esfuerzas por detener las conductas, o ignorarlas, o para no dejarte llevar por ellas?	0 Siempre se resiste, o no hace falta porque no tiene	1 Se resiste casi siempre, o la mayor parte de las veces que las tiene	2 Se esfuerza algo por resistirse a hacerlas	3 Cede, no intenta controlar, pero lo vive mal, no le gusta, se da cuenta de que no puede, se rinde casi siempre	4 Cede por completo voluntariamente, ni se lo plantea, se rinde siempre, las hace "sin más".
5	GRADO DE CONTROL sobre las compulsiones ¿en qué grado consigues controlarla, no dejarte llevar?	0 Control total siempre o habitualmente	1 Mucho control. Es capaz de no hacerlas muchas veces	2 Control moderado. Pocas veces consigue dejar de hacerlas	3 Control escaso. Casi nunca lo consigue, aunque se esfuerce. Solo consigue a veces retrasarlas un poco	4 Ningún control. Se experimentan como fuera de la voluntad, imposibles de parar, como un impulso. Es incapaz de "retrasar" su realización.
Subtotal de compulsiones:						
Observaciones:						
TOTAL OBSESIONES + COMPULSIONES:						

Niveles de gravedad para pacientes TOC

0-7: Subclínica; 8-15: Leve; 16-23: Moderada; 24-31: Grave; 32-40: Extrema

14. Tarea de Memoria de Dígitos

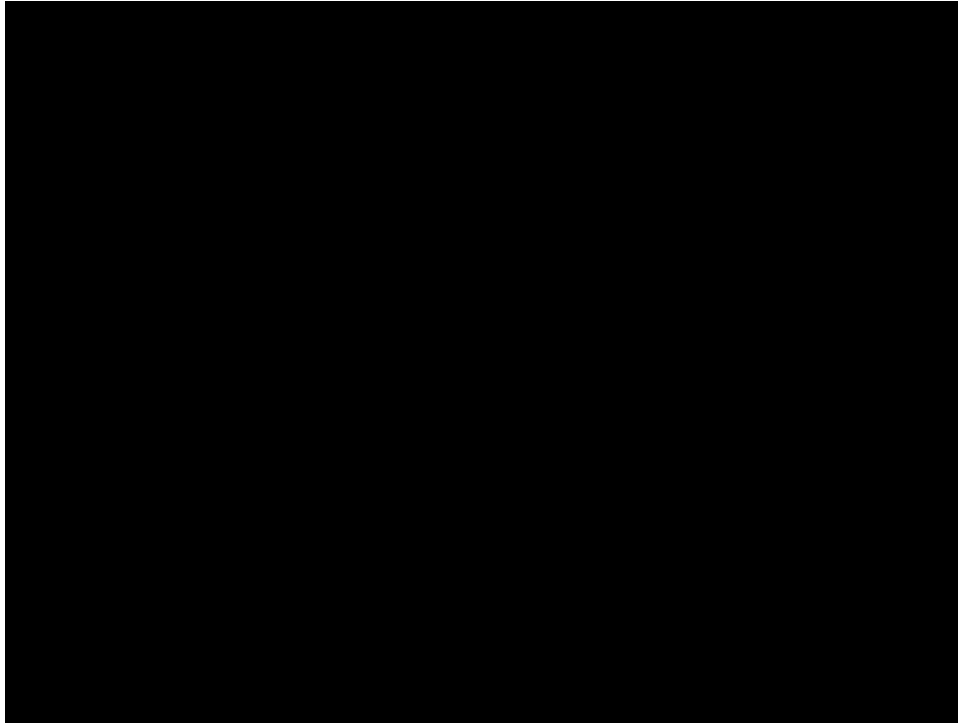
Voy a decirte en voz alta una serie de números. Escúchame atentamente porque cuando haya terminado cada serie, tienes que repetirla en el mismo orden que yo lo he hecho.

¿Has entendido lo que tienes que hacer? Cuando tú me digas empezamos...

**Terminación de la prueba: cuando la persona obtenga 0 puntos en los dos intentos de un elemento.*

ORDEN DIRECTO Elemento/intento			Puntuación intento		Puntuación elemento		
1	1	2-8	0	1	0	1	2
	2	7-4	0	1			
2	1	5-9-2	0	1	0	1	2
	2	6-8-4	0	1			
3	1	6-2-3-5	0	1	0	1	2
	2	7-4-8-9	0	1			
4	1	9-6-4-7-8	0	1	0	1	2
	2	3-1-5-2-7	0	1			
5	1	1-3-7-2-6-4	0	1	0	1	2
	2	8-4-9-6-3-5	0	1			
6	1	5-6-8-9-4-3-1	0	1	0	1	2
	2	6-4-7-3-5-9-8	0	1			
7	1	2-9-7-6-4-5-3-8	0	1	0	1	2
	2	4-5-7-9-8-6-3-1	0	1			
8	1	9-1-7-6-3-5-8-7-2	0	1	0	1	2
	2	1-6-4-9-8-5-2-3-7	0	1			
Puntuación orden directo (máxima=16)							

15. Pantallas de la tarea de inducción (Estudio 3)



- En la siguiente dispositiva encontrarás las **instrucciones de la tarea** que vas a realizar, léelas atentamente.
- No tienes que hacer nada con la presentación, ya que las diapositivas transitarán de forma **automática**.
- El **tiempo** de cada diapositiva está **predeterminado**.

- A continuación, se presentará un **escenario o situación imaginaria** que debes leer, y después una nueva diapositiva aparecerá con unas **listas de objetos**.

- Dispones de un **tiempo limitado y suficiente** desde la aparición de las listas para memorizar el mayor número de objetos posibles.

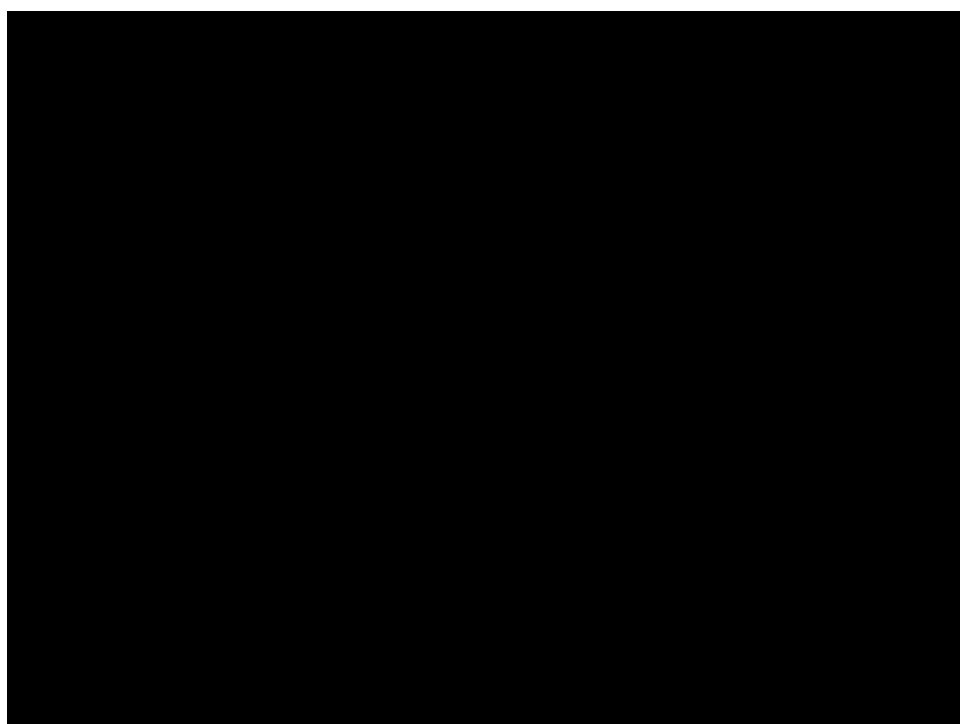
- Tras aparecer la pantalla negra, deberás escribir en la hoja que se te ha facilitado todos los objetos que recuerdes durante un **tiempo limitado (hasta que te indique que dejes de escribir)**.

¿Tienes alguna duda o pregunta?

Situación imaginaria

*Imagina que te han comunicado que la próxima reunión en la que se van a tomar **decisiones importantes** para el **futuro** de tu empresa, tendrá lugar en tu despacho.*

*Además de un grupo de compañeros, acudirá tu **jefe**, una persona que **valora** mucho el **orden** en el ambiente de trabajo. Por esta razón, debes **ordenar** tu espacio de trabajo.*



16. Evaluación post tarea de inducción

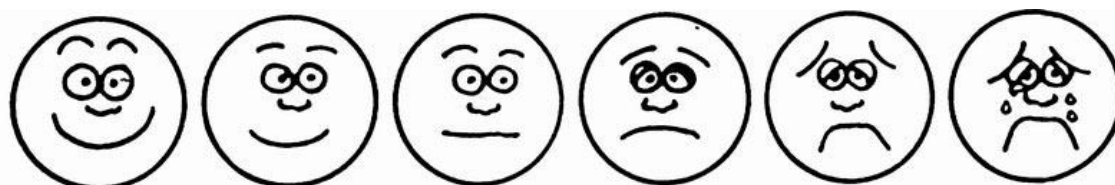


Fecha de realización: _____

Código identificación: _____

Antes de comenzar, por favor, indica cómo te sientes en ESTE MOMENTO:

0	1	2	3	4	5
Muy Alegre	Alegre	Un poco alegre	Un poco triste	Triste	Muy Triste



EVALUACIÓN POST TAREA

Durante la TAREA DE RECUERDO que acabas de realizar, o **inmediatamente después** de haberla hecho, puede que hayas tenido o notado alguna de las siguientes **SENSACIONES**. Indica la **intensidad** con que has experimentado cada una de ellas, utilizando esta escala.

0	1	2	3	4	5	6
Nada	Algo	Un poco	Moderada	Bastante	Mucha	Muchísima

1.	El impulso de seguir haciendo la tarea, cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”	0	1	2	3	4	5	6
2.	Sensación de incomodidad interna mientras te esforzabas por recordar	0	1	2	3	4	5	6
3.	Sensación de incomodidad interna al terminar , cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”	0	1	2	3	4	5	6
4.	Incomodidad mientras la hacías, hasta el punto de tener que pensar en algo para sentirte mejor (p.ej., decirte que no era importante, que te daba igual, pensar en algo agradable...).	0	1	2	3	4	5	6
5.	Incomodidad cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para” , hasta el punto de tener que pensar en algo para sentirte mejor (p.ej., decirte que no era importante, que te daba igual, pensar en que ya habías acabado, en que era un rollo, ...)	0	1	2	3	4	5	6
6.	Sensación física desagradable mientras intentabas recordar las palabras (calor, frío, temblor, tensión muscular...)	0	1	2	3	4	5	6
7.	Sensación física desagradable (calor, frío, temblor, tensión muscular...) cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para”	0	1	2	3	4	5	6
8.	Sensación de que necesitabas hacer o decir algo mientras hacías la tarea (levantarte, mover las piernas, dar golpecitos en el suelo o la mesa, canturrear, silbar, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
9.	Sensación de que necesitabas hacer o decir algo cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para” (levantarte, mover las piernas, dar golpecitos en el suelo o la mesa, canturrear, silbar, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
10.	Mientras la hacías, ¿has tenido la sensación de que algo que estabas haciendo no estaba bien del todo (p.ej., que no te acordabas de palabras importantes, que la letra no te salía como querías, que el orden en que escribías no era el adecuado, etc.)?.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Cuando te he dicho “se acabó el tiempo, para” , ¿has tenido la sensación de que había algo que no habías hecho bien , como a ti te gusta?	0	1	2	3	4	5	6
12.	Necesidad de comprobar o de asegurarte que la estabas haciendo bien, que no olvidabas nada	0	1	2	3	4	5	6

13. De la lista anterior, la sensación **MÁS DESAGRADABLE** ha sido la número _____

14	¿En qué medida la sigues teniendo?	0	1	2	3	4	5	6
----	------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

15. De la lista anterior, la sensación **MÁS INTENSA** ha sido la número _____

16	¿En qué medida la sigues teniendo?	0	1	2	3	4	5	6
----	------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Ahora, céntrate únicamente en **ESAS DOS SENSACIONES** y contesta a las siguientes preguntas utilizando esta escala (si coincide que es la misma sensación en los dos casos, responde solo a las preguntas **17 a 21**):

0	1	2	3	4	5	6
Nada			Moderado			Extremo

		La sensación MÁS DESAGRADABLE me ha causado								La sensación MÁS INTENSA me ha causado						
17.	Malestar	0	1	2	3	4	5	6	22.	0	1	2	3	4	5	6
18.	Irritación, enfado	0	1	2	3	4	5	6	23.	0	1	2	3	4	5	6
19.	Frustración	0	1	2	3	4	5	6	24.	0	1	2	3	4	5	6
20.	Nervios, ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	25.	0	1	2	3	4	5	6
21.	Me ha resultado difícil de eliminar o controlar	0	1	2	3	4	5	6	26.	0	1	2	3	4	5	6

Por favor responde a las siguientes preguntas:

27. ¿Te ha parecido **difícil** la tarea?

0	1	2	3	4	5	6
Nada	Algo	Un poco	Moderada	Bastante	Mucho	Muchísimo

28. ¿Piensas que **has hecho bien** la tarea?

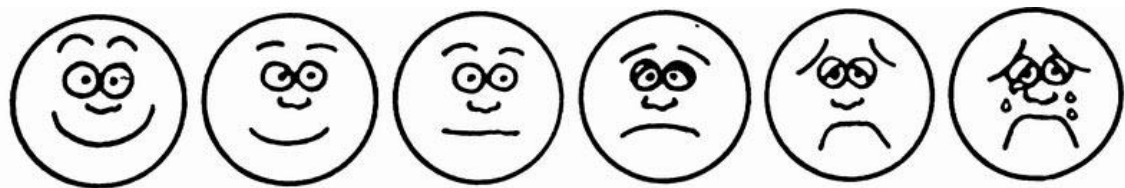
0	1	2	3	4	5	6
No	Algo	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy bien	Extremadamente bien

29. ¿Consideras que la hubieras podido hacer mejor **con más tiempo**?

0	1	2	3	4	5	6
No	Algo mejor	Un poco mejor	Moderadamente mejor	Bastante mejor	Mucho mejor	La hubiera hecho perfecta

Por último, indica nuevamente cómo te sientes EN ESTE MOMENTO:

0	1	2	3	4	5
Muy Alegre	Alegre	Un poco alegre	Un poco triste	Triste	Muy Triste



¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Si lo deseas, puedes añadir aquí mismo un comentario:

