

ARTÍCULOS

Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo, características diferenciales de los obsesivos puros y asociación con síntomas de ansiedad, depresión y preocupaciones

Subtypes of obsessive-compulsive disorder, differential characteristics of pure obsessive people and relationship with symptoms of anxiety, depression and worry

S. BARAJAS MARTÍNEZ ¹

RESUMEN

El presente trabajo muestra datos de prevalencia (distinguiendo entre población rural y urbana), sociodemográficos y clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo a partir de una muestra clínica española de 105 sujetos, según los criterios del DSM-IV. Para ello se utilizan medidas de ansiedad, depresión, preocupaciones excesivas y síntomas obsesivos: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) y Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) respectivamente. Se analizan por separado los resultados obtenidos en distintos subtipos de este trastorno (según tipo de obsesiones y compulsiones) con especial atención al grupo de predominio obsesivo. Este grupo según la literatura tiene ciertas características diferenciales, (Marks, 1991) lo que ha motivado en la última

¹ Unidad de Salud Mental de Guadalajara, c/ Ferial, 31, 2.ª planta, 19002 Guadalajara.

década un nuevo desarrollo de teorías explicativas y estrategias de tratamiento (Freeston y Ladouceur, 1997a. Salkovskis, Forrester y Richards, 1998. Rachman, 1998).

ABSTRACT

Following DSM-IV criteria, prevalence of both rural and urban population, sociodemographic and clinical data are presented concerning obsessive-compulsive disorder in a sample of 105 Spanish patients. The administration of Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and Maudsley Obsessive-compulsive Inventory (NOCI) yielded measures of anxiety, depression, worry and obsessive symptoms respectively. Results of different subtypes of the disorder are examined with special emphasis on predominantly obsessive cases. According to literature, these cases make up a group with differential features, what has led during the last decades to a rising of theories and therapeutic strategies (Freeston and Ladouceur, 1997a; Salkovskis, Forester and Richards, 1998; Rachman, 1998).

PALABRAS CLAVE

Trastorno obsesivo-compulsivo, obsesiones, ansiedad, depresión.

KEY WORDS

Obsessive-compulsive Disorder, Obsessions, Anxiety, Depression.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que en los sistemas de clasificación diagnóstica actuales no se especifican distintos subtipos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), esta división sí se recoge en los cuestionarios diseñados al efecto y se evidencia en la práctica clínica. Dicha división se establece para las obsesiones, tradicionalmente en: contagio/contaminación, daño (a sí mismo u otros), ético/morales/religiosas y perfeccionismo, aunque las agrupaciones son variadas, llegando incluso a reducirse sólo a tres tipos para Rachman (1998): agresión, pensamientos sexuales inaceptables y pensamientos blasfemos. En cuanto al apartado de los rituales cabe destacar los siguientes: limpieza, comprobación, lentitud, dudas y rumiaciones. Es aquí cuando surge la polémica sobre los rituales que ocurren a un nivel encubierto. Así por ejemplo, Hodgson y Rachman (1977) ignoraron el componente de rumiación de la estructura factorial del MOCI porque incluía solamente dos ítems. Más recientemente se plantea una discusión sobre si lo tradicionalmente considerado como rituales mentales responde mejor a la definición de neutralización o de estrategia de afrontamiento, distinción ya planteada por Rachman y de Silva (1978). Neutralización para estos autores sería cualquier acto que pueda ser neutralizador, repa-

rador, restaurador, preventivo o correctivo de la obsesión que lo desencadena, mientras que no se ofrecía una definición de estrategia de afrontamiento sino tan solo se señalaban algunos ejemplos (contar, decir stop, rezar, buscar razones). Posteriormente, Salkovskis (1985) redefinió el concepto de neutralización, al ser éste un concepto central de su teoría sobre el TOC, como: toda actividad iniciada voluntariamente para reducir la responsabilidad percibida. Es decir, bajo la neutralización subyace una conexión entre la actividad y el pensamiento, ya que se cree que el pensamiento obsesivo o sus consecuencias pueden ser prevenidas. En el caso de las estrategias de afrontamiento la conexión se establece con la reducción del malestar y se dirigen a la presencia del pensamiento más que a las consecuencias. En esta línea, se tiende a pensar que la mayoría de los rituales cognitivos en los pacientes obsesivos no son neutralizaciones en el sentido estricto y que serían más fácilmente interpretables como estrategias de afrontamiento. Esto último ha llevado a Freeston y Ladouceur (1997b) a ampliar la definición del concepto de neutralización como: todo acto voluntario que implique esfuerzo cognitivo o conductual y que vaya dirigido a eliminar, prevenir o atenuar el pensamiento obsesivo o el malestar asociado.

En la descripción que se hace en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) de los rituales, no se explica que aquellos que ocurren de forma encubierta ("compulsiones cognitivas") podrían no ser repetitivos y dirigirse y usarse flexiblemente, en vez de manera rígida tal y como se define en dicho manual. De esta forma, Freeston y Ladouceur (1997b) plantean que la neutralización podría incluirse mejor dentro del criterio del DSM-IV para las obsesiones que en el de los rituales.

Son muy numerosos los trabajos publicados en la década de los noventa que se centran en los trastornos obsesivos puros. Se entiende por trastorno obsesivo puro aquel en el que tanto las obsesiones como los rituales ocurren de forma encubierta. Según la literatura dicho grupo parece tener ciertas características diferenciales respecto al resto de trastornos obsesivos (Marks, 1991), especialmente respecto a la evolución y tratamiento. La exposición, efectiva en casos de rituales motores, es mucho menos previsible cuando se aplica a rituales encubiertos, aunque sean similares a aquellos. Por otra parte se hace difícil la diferenciación entre pensamientos que reducen la ansiedad (a tratar con prevención de respuesta) y los que la aumentan (a tratar con exposición). Además, para iniciar la exposición en

casos de predominio obsesivo, no es suficiente evocar la obsesión mediante el pensamiento deliberado de la misma, sino que es preciso también el contacto con situaciones externas que la provoquen.

Se ha informado que el porcentaje de obsesivos puros podía ser más elevado de lo inicialmente pensado, no existiendo todavía suficientes estudios con población clínica (Emmelkamp, Kraaijkamp y Van Den Hout, 1999). En un primer momento los estudios señalaban porcentajes que oscilan entre el 20% y el 25% (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Rachman, 1985; Salgado, Turón y Olivares, 1995; Ball, Baer y Otto, 1996), pero han llegado a ofrecerse cifras en torno al 50%-60% (Weissman, 1994, citado en Freeston y Ladouceur, 1997b). En gran medida esta dispersión se debe a la diferente conceptualización que se tiene de las obsesiones y neutralizaciones y también a los procedimientos de evaluación empleados. Así, el elevado porcentaje encontrado por el último autor puede ser debido a que la entrevista estructurada que utilizó sobrerrepresentaba al grupo de predominio obsesivo, como ya han señalado Freeston y Ladouceur (1997b). Por otra parte, en un estudio de metaanálisis llevado a cabo por Ball et al. (1996), donde se revisan estudios relacionados con tratamientos conductuales, se señala un porcentaje

de 13,5% para las obsesiones sin rituales motores dentro de todos los casos de TOC.

En general, tanto en el DSM-IV como en la mayoría de investigaciones, las tasas de prevalencia del TOC no se especifican para distintas agrupaciones sintomatológicas sino que se ofrecen de forma globalizada. Así, en el caso de la cuarta versión del manual de la APA se señala una prevalencia anual del TOC entre el 1,5% y el 2,1%. Echeburúa (1993) señala una tasa de prevalencia entre el 1,6% y el 2,5%, obtenida tras la revisión de distintos estudios. En concordancia con los anteriores también están otras investigaciones previas realizadas con población psiquiátrica, citadas en la revisión realizada por Salgado et al. (1995): 1% (Yaryura-Tobías y Neziroglu, 1983), 2,5% (Jenike, 1983) y 0,1%-4,6% (Black, 1974). Sin embargo, en dicha revisión cuando se trata de establecer la prevalencia del TOC respecto a la población general, surge una notable confusión, ya que se han utilizado muestras de referencia sesgadas, como estudiantes o pacientes de atención primaria que son comparadas entre sí. Por otra parte, también se mezclan distintos conceptos como prevalencia puntual, a seis meses, a lo largo de la vida, etc. Además los procedimientos por los que se ha llegado a establecer el diagnóstico son dife-

rentes y difícilmente equiparables. Así, en el estudio ECA (National Epidemiologic Catchment Area Survey) realizado en Estados Unidos a finales de los setenta las escalas fueron aplicadas por entrevistadores no entrenados. En Canadá, Bland (1988) utilizó la Diagnostic Interview Schedule. Dada esta situación sería por tanto arriesgado establecer una conclusión generalizable sobre la prevalencia del TOC en la población general.

METODOLOGÍA

Sujetos

El criterio de selección fue tener un diagnóstico de TOC o de Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (en adelante TOCP), ser mayor de dieciocho años y haber tenido al menos una consulta en el último año, en cualquiera de los dispositivos públicos de salud mental del área sanitaria de Talavera (Toledo). Este diagnóstico inicial no fue realizado por el investigador, sino que se obtuvo de la historia clínica, basada en los criterios de la CIE-9 (OMS).

Esta muestra inicial fue de un total de 105 personas, de las cuales 66 tenían un diagnóstico de TOC y 39 de TOCP. La distribución por sexos fue la siguiente: en el primer grupo 23 varones y 43 mujeres

y en el segundo 12 varones y 27 mujeres. Se analizaron por separado los datos en función de la variable lugar de residencia, cuya distribución fue: 71 sujetos urbanos y 34 de procedencia rural. La edad media de la muestra fue 42,27 años, con una desviación típica de 16,7. Todos los participantes eran mayores de edad y un 13,7% tenía más de sesenta y cinco años. Adicionalmente, se tuvieron en cuenta otras variables sociodemográficas como el estado civil, nivel de estudios, situación laboral y edad de inicio y actual.

Procedimiento

Tras contactar, vía telefónica, solicitando la colaboración en la investigación, se realizó una entrevista clínica individual para comprobar si cada paciente satisfacía los cinco criterios para el diagnóstico de TOC según el DSM-IV. En dicha entrevista también se recabaron tanto los datos sociodemográficos como los de relevancia clínica: edad de aparición, circunstancias asociadas, años de evolución, tratamientos recibidos (farmacológicos y psicológicos), antecedentes familiares, tipo de obsesiones, estímulos desencadenantes, conductas de evitación, presencia de rituales (con especial atención a la diferenciación manifiestos/encubiertos) y predominancia subjetiva de sínto-

mas (ansiosa versus depresiva). Al finalizar la entrevista se completaban los instrumentos de evaluación descritos a continuación. El proceso completo de evaluación fue realizado por el investigador en su despacho de la Unidad de Salud Mental, en una sola sesión de aproximadamente cuarenta y cinco minutos.

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación estandarizados:

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Se compone de 64 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de cinco puntos en función de la frecuencia de aparición. Mide el nivel de preocupaciones y existen datos obtenidos en distintos grupos diagnósticos de trastornos de ansiedad. Se centra en el componente cognitivo de la ansiedad. Tiene una fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.94 para el TOC y de 0.93 para todos los trastornos de ansiedad (Brown, Antony y Barlow, 1992). Se incluye en esta investigación debido a la alta correlación existente entre preocupaciones y síntomas obsesivos (Tallis y de Silva, 1992), así como por la importancia de diferenciar claramente entre ellos

(Clark, 1992; Clark y Claybourn, 1997). Ésta es especialmente marcada entre dudas y rituales de comprobación (Tallis y de Silva, 1992). También es un cuestionario útil para establecer un buen diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad generalizada, cuyo síntoma fundamental lo constituye dichas preocupaciones. Se empleó la traducción realizada por Echeburúa (1993).

Beck Depression Inventory (BDI-21) (Beck, 1978). Mide síntomas de depresión. Es un cuestionario ampliamente utilizado en clínica e investigación, tanto en personas con depresión como con otros trastornos. Su fiabilidad test-retest oscila según los estudios de .69 a .90 y la consistencia interna, de .58 a .93. A pesar de que el TOC se clasifica en los trastornos de ansiedad es indudable la relación que existe con los síntomas de depresión, probablemente como consecuencia de la dificultad de afrontamiento adecuado hacia la primera. Dicha relación incluso se ha establecido en cuanto a la terapia biológica, ya que se emplean asiduamente diversos tipos de antidepresivos para el tratamiento de los obsesivos. Richter, Cox y Drenfeld (1994) han sugerido que debería incluirse siempre una medida de depresión en los estudios sobre el TOC. Este instrumento se empleó en versión y validación española

(Vázquez y Sanz, 1997; Sanz y Vázquez, 1998; Vázquez y Sanz, 1999).

Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Su objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad en pacientes. Evalúa fundamentalmente el componente fisiológico de la ansiedad y diferencia claramente entre depresión y ansiedad (Echeburúa, 1993; Creamer, Foran y Bell, 1995; Enns, Cox, Parker y Guertain, 1998). Sus autores obtuvieron, con una amplia muestra de pacientes psiquiátricos, una consistencia interna de .92 y una fiabilidad test-retest de .75. Se ha utilizado la traducción realizada por Echeburúa (1993). La aplicabilidad de estos dos últimos cuestionarios en el caso de trastornos obsesivos viene avalada por distintos estudios, por ejemplo, Reynolds y Salkovskis (1991) concluyen que son los mejores cuestionarios estandarizados para predecir pensamientos intrusivos displacenteros.

Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977). Evalúa obsesiones y rituales. Dispone de cuatro subescalas: comprobación, limpieza, duda/rumiación y lentitud. Esta es la estructura más aceptada a pesar de que Sanavio y Vidotto (1985) informaron de una estructura diferente en función del sexo. Tres fac-

tores aparecieron en mujeres: a) conductas de comprobación y preocupación, b) problemas de contaminación y limpieza y c) dudas y pensamientos intrusivos. En el caso de varones, encontraron un cuarto factor de lentitud obsesiva. Aunque es un cuestionario antiguo, es ampliamente utilizado en este tipo de trastorno (al menos en la literatura conductual) y destaca por su facilidad y rapidez de aplicación. Se ha informado de una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.77 (Sanavio y Vidotto, 1985). Emmelkamp et al. (1999), con una muestra clínica, informaron de una consistencia interna de 0.70 y una fiabilidad test-retest de 0.92. Estos últimos plantean la necesidad de estudiar la estructura factorial del cuestionario en sujetos clínicos, ya que la mayoría de estudios se han llevado a cabo con población normal. Fue respondido por el propio sujeto, el mismo procedimiento que en los otros instrumentos de evaluación de esta investigación, frente a la evaluación por el clínico empleada en la Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Goodman, 1989) o a la evaluación por clasificación de tarjetas del LOI (Leyton Obsessional Inventory. Cooper, 1970), aunque posteriormente se desarrolló una versión autoadministrada (Kazarian, Evans y Lefave, 1977). Richter et al. (1994) señalaron que el LOI no es frecuentemente usado en la investigación

actual. Por último, en torno al Inventario de Padua (Sanavio, 1988) hay cierta confusión, ya que Freeston et al. (1994) mostraron que media preocupación junto con obsesiones. Se utilizó la traducción española del MOCI publicada por Raich (1996).

Análisis de datos

Se creó una base de datos en sistema Access, para recopilar toda la información clínica y sociodemográfica. El análisis de datos se llevó a cabo a través del SPSS versión 8.

RESULTADOS

Epidemiológicos:

La tasa de participación y respuesta se considera satisfactoria. De los 105 sujetos que inicialmente componían la muestra, 66 tenían un diagnóstico de TOC y 39 de TOCP. Es decir, según el diagnóstico inicial (historia clínica, CIE-9), había un 62,9% de pacientes con TOC, el cual se reduce a un 48,5% que satisfacía los cinco criterios para el diagnóstico de TOC según el DSM-IV y superaban una puntuación de diez en el MOCI. Emmelkamp (1999) encontró que este era el punto de corte por debajo del cual estaba el 97,5% de los sujetos normales y por encima el 89,9% de los

pacientes obsesivos. La distribución por sexos del grupo de TOC según los criterios del DSM-IV fue de 17 varones y 34 mujeres (total 51). Por tanto, la medida del grado de acuerdo entre el diagnóstico inicial (historia clínica) y el diagnóstico final (investigación) ha sido de un 0,43 según la Kappa de Cohen. Es decir, la concordancia diagnóstica es muy baja, ya que tienden a considerarse aceptables valores superiores a 0,7 (70%), en opinión del investigador se explica porque los diagnósticos iniciales son burdos y se establecen con poca información debido a la alta presión asistencial, lo que lleva a identificar como TOC casos que no lo son (fobias, ansiedad generalizada, etc.) El número de casos nuevos a lo largo del período estudiado (un año) fue de 24.

Respecto al TOCP se confirmó el diagnóstico según los criterios del DSM-IV, tan sólo para ocho de los treinta y nueve sujetos iniciales. En opinión del investigador esta baja concordancia puede deberse, además de la hipótesis anterior, a que inicialmente se identifican muchos casos como alteraciones obsesivas de la personalidad, cuando no son tales, ya que se sobreestima la aparición de algunos síntomas obsesivos, muy frecuentes en la población normal como ya ha informado Marks (1991): 14% en EEUU, 11% en Reino Unido y 2,4% en

Uganda. Es decir, se cometerían muchos falsos positivos diagnósticos.

La prevalencia encontrada en población psiquiátrica fue de 1.52%, dato que concuerda con la referida en las investigaciones revisadas, así como con el DSM-IV. Se calculó la proporción que supondría los sujetos con TOC atendidos en la Unidad de Salud Mental (USM), respecto a la población total adulta de referencia para dicha Unidad (pacientes con TOC / población total). El dato de población total se obtuvo del INE (Instituto Nacional de Estadística). El resultado fue de 0.08, cifra que está muy por debajo de lo referido en la literatura para la prevalencia en población general, en la cual aparecen cifras que según el estudio se elevan hasta el 1-1,6%. No obstante, habría que señalar los problemas que plantean los estudios realizados, tal y como se comentó al final de la introducción. Los datos de prevalencia anual se presentan en la tabla 1, en función de la variable sexo.

La proporción de pacientes con TOC respecto a la población total, según el lugar de residencia fue de 0.09 en el caso de residencia urbana (pacientes con TOC y residencia urbana / población total urbana) y de 0.07 en el de residencia en ámbito rural. Según esta variable la distribución de la muestra fue como

Tabla 1. Datos de prevalencia obtenidos según los criterios del DSM-IV:			
	VARONES	MUJERES	TOTAL
Respecto a población clínica	1,17	1,78	1,52
Proporción que supone de la población total	0,06	0,1	0,08

sigue: 66,6% residencia urbana (n=34) y 33,3% rural (n=17). Dichos datos no pueden compararse con los de otras investigaciones ya que no se encontró ninguna que diferenciara entre los dos tipos de residencia.

Datos sociodemográficos:

Aunque el sexo no es un determinante específico para el TOC y se ha informado de una distribución igual en los dos sexos o ligeramente superior en mujeres (Rasmussen y Eisen, 1992: 53,8% mujeres y 47,2% varones), los datos aquí encontrados indican una notable prevalencia del trastorno entre la población femenina: 66,7 % (n=34) de mujeres y 33,3% (n=17) de varones.

El estado civil más frecuente es el de casado (58,7%; n=30), seguido del de soltería (37,3%; n=19), no obstante la soltería aumenta en función del grado de gravedad

(35,5% entre los leves y 44,4% entre los graves). Es destacable que tan sólo hay un 1,5% (n=1) de separados/divorciados, lo cual puede indicar que el TOC no afecta gravemente a la vida familiar, Salgado et al. (1995) también concluyeron que el índice de divorcios en este trastorno es menor del que cabría esperar. De todas las formas posibles de convivencia sólo aparecen tres: con cónyuge o pareja que es la predominante (60,8%; n=31), con padres (27,5%; n=14) y solo (11,8%; n=6). La mayoría de los que viven solos tiene un nivel de gravedad leve (83,3%), no encontrándose ningún caso grave que viva solo. Por otra parte, a medida que aumenta la gravedad del trastorno disminuye el porcentaje de sujetos que convive en pareja (de 61,3% leves a 16,1% graves). La convivencia con padres se mantiene independiente del nivel de gravedad. Los tres posibles niveles de gravedad del TOC (leve, moderado y grave) se establecieron en función de la intensi-

dad de la sintomatología obsesiva, depresiva y ansiosa, medida a través de los autoinformes. Y de la interferencia conductual producida por los síntomas, valorada en la entrevista clínica.

En general el nivel educativo es muy bajo: 7,8% (n=4) no sabe leer ni escribir; 74,5% (n=38) tiene estudios primarios; 7,8% (n=4) secundarios y 9,8% (n=5) universitarios. El análisis de la situación laboral hay que ponerlo en relación con la predominancia de mujeres en la muestra, ya que aparece sobrerrepresentada la situación laboral ama de casa (41,2%; n=21). Son menos de un tercio los que trabajan (27,5%; n=14) y el porcentaje de incapacidad laboral se sitúa en 11,8% (n=6). El resto o están en paro o son estudiantes. Al poner en relación esta variable con el nivel de gravedad puede verse como la mayoría de amas de casa con TOC está en el grupo leve (52,4%), suponiendo sólo el 14,3% casos graves. Lógicamente, el número de trabajadores se reduce a medida que aumenta la gravedad (de 85,7% leves a 7,1% graves), pero curiosamente no aparece diferencia respecto a la incapacidad laboral (50% en ambos grupos).

Datos clínicos:

La edad media de aparición refe-

rida por los pacientes, tal y como figura en la tabla 2, se sitúa en 24,1 años, si bien hay una notable dispersión de datos (rango: 6-56). Las edades más frecuentes de aparición (moda) fueron por igual: 13, 14 y 23 años. Sin embargo, al analizar la edad de la primera consulta, se encuentra una edad media de 35,42 con una moda de treinta y uno, oscilando el rango entre 6 y 72 años. Es decir, estos valores nos informan que el tiempo que transcurre desde el inicio hasta que se consulta por primera vez es elevado. Congruente con lo anterior es el análisis del tiempo de evolución del trastorno, con una media de 7,27 años (d.t.=7,59) y un rango que oscila de 0 a 24 años. Hay que destacar que un 40% tiene una evolución inferior a cuatro años, mientras que un 31% lleva nueve o más años con síntomas obsesivos. Datos similares fueron informados por Marks (1991), quien encontró una media de inicio del trastorno de veintidós años y una edad media para la primera consulta de treinta y cuatro.

La mayoría de los casos ha sido clasificado como leve: 60,8%; n=31 (BDI y BAI por debajo de los puntos de corte 18 y 16 respectivamente, con escasa o ninguna repercusión de los síntomas en la vida cotidiana del paciente. Tan sólo un 17,6%; n=9 se ha considerado como grave (BDI y BAI por

	MEDIA	DESVIACION TIPICA	RANGO	MODA
Edad aparición	24,1	13,12	6-56	13,14,23
Edad 1ª consulta	35,42	14,51	6-72	31

encima de 25 en ambos casos, con elevada repercusión de los síntomas en el funcionamiento cotidiano, que imposibilitan trabajar o estudiar y ocupan la mayor parte del día. Hay que destacar que según el nivel de gravedad no se observan diferencias respecto al número de ingresos hospitalarios. Un 23,5% (n=12) de los casos ha ingresado en unidad de agudos en alguna ocasión (ninguno de los sujetos con TOCP ingresó).

En contra de Salgado et al. (1995) que informaron de un predominio de sucesos desencadenantes, se encuentra que un 54,9% (n=28) de los pacientes con TOC, no ha experimentado sucesos vitales estresantes en el año anterior al inicio del trastorno. Es curioso que este porcentaje se invierta para el grupo de TOCP, donde un 62,5% (n=5) de ellos si había sufrido algún suceso vital estresante en el último año, este dato se refiere a una muestra de tan sólo ocho sujetos por lo que debe tomarse con cautela. Parece ser que los sucesos vitales estresantes, son precisa-

mente los que motivan que el paciente acuda a consulta, por una acentuación de determinadas conductas que antes le resultaban beneficiosas.

Cuando se preguntó a los sujetos su opinión sobre la evolución del trastorno, el 41,2% (n=21) contestó que había mejorado. A pesar de que dicho porcentaje se ha obtenido sin ponerlo en relación con el tipo de tratamiento recibido o el nivel de gravedad, sorprende que no sea muy diferente del que encontró Black en 1974, citado en Marks (1991): un 23% de mejorías importantes más otro 23% de mejorías leves. Aquel estudio se llevó a cabo con sujetos que no habían recibido ni psicocirugía ni tratamiento conductual, lo cual permite cierta comparación ya que dichas intervenciones han sido también inexistentes o poco frecuentes en la muestra del presente trabajo. Finalmente un 25,5% (n=13) opina que ha empeorado y un 23,5% (n=12) que está igual que cuando empezó a acudir a consulta. Estos indicadores de tan mala

evolución podrían explicarse por el bajo uso de tratamiento cognitivo-conductual, que siendo el más efectivo, no es el aplicado por la mayoría de los profesionales que atienden a estos pacientes (Barajas, 2001).

Datos sobre sintomatología:

Son raros los casos que tienen una sola obsesión y los que tienen más de cuatro, mientras que un 64,7% (n=33) de los pacientes tiene dos ó tres obsesiones. Rasmussen y Eisen (1992) informaron que un sesenta por ciento de los obsesivos presenta más de una obsesión. Tras realizar un análisis de varianza (ANOVA) se constata que no hay diferencias significativas entre los tres niveles de gravedad y el número de obsesiones presentes ($F=0,060$ $p>0,05$). Es decir, no necesariamente los que presentan más obsesiones son los más graves. Sin embargo dicha diferencia si resultó significativa en el caso de los rituales ($F= 7,373$ $p=0,002$). En ningún artículo de los revisados se ha encontrado una distribución de los tipos de obsesiones presentes en los sujetos con TOC, sino que las clasificaciones siempre se han basado en los rituales supuestamente por su más fácil identificación. Como puede verse en la tabla 3, las obsesiones más comunes son las de contenido

perfeccionista, las cuales suelen estar relacionadas con rituales de orden, repetición, limpieza y lentitud. En este grupo se han incluido pensamientos/ideas del tipo: "debo hacer la tarea X perfecta, sería irresponsable si no realizo X lo mejor posible, debe estar todo muy limpio para que nadie piense que soy irresponsable, debo hacer X muy despacio para no cometer ningún error". En segundo lugar aparecen las dudas obsesivas (ej.: "¿he cerrado el gas, le dije hola al vecino la semana pasada, voy por el camino más corto?") relacionadas típicamente con los rituales de comprobación y repetición mental. Después se situarían las ideas de daño a sí mismo u otros (ej.: tirarse por la ventana, clavar un cuchillo al hijo) que suelen dar lugar a rituales de repetición mental y a conductas de evitación. Por último, las obsesiones de contagio (ej.: contraer enfermedad por tocar dinero, sentarse en el autobús) van siempre ligadas a rituales de limpieza o evitación.

La distribución de los rituales puede consultarse en la tabla 4, al igual que en el caso de las obsesiones, son raros los casos que tienen un solo tipo o más de cuatro rituales. El 76,5% (n=39) de los sujetos presenta entre dos y cuatro rituales. Rasmussen y Eisen (1992) encontraron un cuarenta y ocho por ciento de sujetos con más de un ritual.

Tabla 3. Distribución de porcentajes de sujetos que presentan distintos tipos de obsesiones						
CONTAGIO	DAÑO A SÍ MISMO	DAÑO A OTROS	INMORAL	DUDAS OBSESIVAS	PERFECCIONISMO	OTRAS
39,2	31,4	26	13,7	64,7	66,7	19,6

Su distribución fue: comprobación 63%, limpieza 50%, contar 36%, necesidad de preguntar 31%, rituales de simetría 28%, acumulación 18%. Aunque esta clasificación difiere de la utilizada en la presente investigación se observa una gran concordancia en los subtipos que sí coinciden (comprobación y limpieza). En el estudio de metaanálisis realizado por Ball et al. (1996) se utilizó otra forma de clasificación más dispar: limpieza 47,6%, com-

probación 27%, obsesiones sin rituales motores 13,5% y otros rituales (lentitud,...) 4%, sólo coincidente con la actual en lo que se refiere a rituales de limpieza y de comprobación. En este caso los porcentajes son casi idénticos para los rituales de limpieza, pero difieren notablemente para los de comprobación. Tal y como concluye Ball y su grupo, la mayoría de estudios conductuales tiene como objetivo los rituales de limpieza o com-

Tabla 4. Distribución de porcentajes de sujetos que presentan distintos tipos de rituales						
	COMPROBACIÓN	REPETICIÓN	REPETICIÓN MENTAL	LIMPIEZA	ORDEN	LENTITUD
Marks (1991)	38	40		51	9	
Rasmussen y Eisen (1992)	63			50		
Ball y cols. (1996)	27			47,6		
Barajas (2002)	64,7	62,7	60,8	47,1	43,1	27,5

probación. En opinión de este autor, pueden existir dos razones posibles: por una parte que los pacientes con dichos rituales acceden más fácilmente a tratamiento y por otra parte que las intervenciones para este tipo de rituales son más fáciles de diseñar.

Otros datos que se obtuvieron a través de la entrevista clínica son los siguientes:

1) Sintomatología predominante a criterio del paciente: ansiedad en un 29,4% (n=15) de los casos y depresión en un 19,6% (n=10). No obstante este dato debe tomarse con cautela ya que se refiere sólo al 54,9% de los sujetos (n=28), puesto que en el resto no se pudo llegar a una conclusión por falta de información. Si es importante destacar la relación entre estos síntomas y la gravedad del TOC. Mientras que en los casos leves y moderados hay un predominio mayor de ansiedad sobre depresión (22,6%-19,4% y 54,5%-9,1% respectivamente), en los graves es a la inversa (22,2%-33,3%)

2) Presencia de conductas de evitación (no rituales) en un 64,5% de los pacientes (n=33), siendo las situaciones más comúnmente evitadas las sociales, seguidas de otras situaciones (ej.: conducir) y por último las laborales. Por tanto puede decirse que la mayoría de obsesivos ve alterado su funcionamiento social.

3) El tipo de sucesos desencadenantes de obsesiones es fundamentalmente de carácter externo (objetos, noticias, lugares, personas...) en un 51% de los sujetos (n=26). No se encontró ningún caso en el que solamente hubiera eventos internos como desencadenantes de obsesiones.

4) El tipo de fármaco más empleado en el tratamiento de estos pacientes, tanto cuando empiezan a acudir a consulta como en la actualidad, son las benzodiacepinas, seguido de los ISRS (inhibidores específicos de la recaptación de serotonina). Se observa una reducción en el uso de medicación con estos pacientes en el sentido de que inicialmente recibían varios tipos de fármacos simultáneamente, mientras que en la actualidad se tiende más a prescribirles uno solo. No obstante, la gran mayoría de ellos recibe algún tipo de medicación en la actualidad, apareciendo un 15,68% de sujetos con TOC que no reciben tratamiento psicofarmacológico (8 casos de 51).

Datos de cuestionarios:

En la tabla 5 pueden consultarse las puntuaciones obtenidas en las cuatro pruebas de evaluación aplicadas; éstas se comparan con las investigaciones encontradas que han utilizado dichos cuestionarios

con población obsesiva, excepto para el BAI, del que sólo se dispone de datos referidos a sujetos con trastornos de ansiedad sin especificar. De estos estudios, el único que ofrece datos con una muestra española es el de Vázquez y Sanz (1999) para el BDI. La puntuación media obtenida en el PSWQ: 61,38 es equivalente a la obtenida en el estudio de Brown et al. (1992): 60,84 con su grupo de veinticuatro obsesivos, lo cual supone un aval. La media obtenida en el BDI: 15,25 está por debajo de la del grupo de Vázquez y Sanz (1999): 18, dichos investigadores a pesar de que aplicaron el BDI a una muestra clínica muy amplia, contaban con cinco sujetos diagnosticados de TOC. Es decir, podría concluirse que al menos la muestra estudiada en el presente estudio tiene un nivel medio de depresión leve, siendo

este dato coincidente con el mayor predominio subjetivo de ansiedad frente a depresión informado por la mayoría de los pacientes. Respecto al BAI se obtiene una puntuación media ligeramente inferior a la comunicada por Beck (1988): 21,27 frente a 25,76; pero como ya se ha dicho anteriormente este dato lo obtuvo con una muestra de sujetos con trastornos de ansiedad en general (la media de su grupo de control fue 15,88). Por último, la puntuación media obtenida en el MOCI (13,51) se asemeja más a la encontrada por Richter et al. (1994): 13,67 que a la de Emmelkamp et al. (1999): 16,4. Quedaría por establecer si esta diferencia es o no significativa.

Tras realizar un análisis de varianza (ANOVA) se ha constatado que existe una diferencia significativa en la puntuación de PSWQ, BDI, MOCI y BAI en función de los tres niveles

Tabla 5. Rangos, puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidos en los cuestionarios. Sujetos con TOC según los criterios del DSM-IV (n=51). Entre paréntesis se ofrecen los datos obtenidos por otros investigadores					
	<i>RANGO</i>	<i>PUNTUACION MEDIA</i>		<i>DESVIACION TIPICA</i>	
PSWQ	31-80	61,38	(60,84)a	10,23	(14,55)a
BDI	0-47	15,25	(18)b	10,57	(5,6)b
BAI	3-47	21,27	(25,76)c	11,15	(11,42)c
MOCI	1-25	13,51	(13,67)d (16,4)e	5,52	(6,01)d (4,8)e

a(Brown 1992); b(Vázquez 1999); c(Beck 1988); d(Richter 1994); e(Emmelkamp 1999).

de gravedad establecidos en esta investigación (véase tabla 6). Así, a medida que aumenta el nivel de gravedad también lo hace la puntuación, excepto en el caso del Maudsley, donde la puntuación media de los sujetos graves es levemente inferior a la de los moderados. Dicho dato, sorprendente a primera vista, puede explicarse sin embargo porque los obsesivos puros incluyen un porcentaje mucho más alto de casos graves (5 de 12) que el resto de los obsesivos (4 de 39). Sin embargo los primeros puntúan más bajo -media de 13,18- (véase tabla 8) que los obsesivos con rituales manifiestos -media de 13,51-. Es decir el MOCI es menos sensible para casos de predominio obsesivo, ya que la mayoría de sus ítems hace referencia a rituales manifiestos. En todo caso, la puntuación media del grupo leve sigue estando por encima del punto de corte de diez planteado por el grupo de Emmelkamp. Por otra

parte, también en el BAI obtienen menos puntuación los graves que los moderados. Este hallazgo es congruente con el anteriormente apuntado en el apartado de sintomatología subjetiva predominante para los pacientes (predominio de ansiedad para leves y moderados y de depresión para graves). Se sugiere que los sujetos graves están más adaptados a los síntomas de ansiedad, por el tiempo que los llevan experimentando (habitación). También se resisten menos a las obsesiones y llevan a cabo el ritual en cuanto éstas aparecen, disminuyendo así rápidamente la ansiedad experimentada. Por otra parte, los casos graves ven mucho más alterado su funcionamiento social y laboral (Koran, Thienemann y Davenport, 1996) lo que conlleva síntomas de tipo depresivo.

Para finalizar el apartado de cuestionarios se ofrecen los resultados obtenidos por los sujetos con

Tabla 6. Resultados del ANOVA realizado para las puntuaciones medias de los cuestionarios en función del nivel de gravedad. Intervalo de confianza del 95%

	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>		
PSWQ	57,93	66,50	67,86	F=5,03	sig .01
BDI	11,22	18,7	25,86	F=7,95	sig .001
MOCI	10,36	19,2	18,0	F=26	sig .000
BAI	15,78	31,6	27,71	F=14,01	sig .000

diagnóstico de TOCP, tabla 7. Dichos datos muestran que alrededor del 80% de estos sujetos obtienen puntuaciones en ansiedad y depresión dentro de los valores de los grupos control, mientras que en preocupaciones tan sólo un 30% y en síntomas obsesivos un 43% están dentro de los valores considerados normales. Es decir, habría escasa asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y los trastornos de ansiedad y estado de ánimo (aunque el número de sujetos detectados con TOCP es muy bajo, por lo que los datos deben tomarse con reservas), en contra de lo que se plantea en el DSM-IV, mientras que sí la habría con el trastorno de ansiedad generalizada en concreto y con el TOC. La alta asociación encontrada entre trastorno de ansiedad generalizada y TOCP es congruente con el primer criterio diagnóstico de este último trastorno, a saber: patrón general de preocupación...

Análisis específico del grupo de obsesivos puros:

Como ya se ha mencionado en la introducción del presente artículo, se ha considerado como sujetos con obsesiones puras a aquellos en los que tanto las obsesiones como los rituales (neutralización) ocurrían de forma encubierta. El análisis de los resultados de este grupo se presenta siguiendo el esquema planteado anteriormente para el grupo general de TOC.

Se detectaron 12 pacientes con dichas características, de los 51 que cumplieron los criterios del DSM-IV para el TOC. Es decir, un 23,5% de los pacientes con TOC eran obsesivos puros. Este porcentaje está en el rango señalado en los estudios de los años ochenta: 20-25% (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Rachman, 1985). Por tanto, el fenómeno en nuestro país es similar a otros de Europa. Por otra parte, vendría a

Tabla 7. Resultados de los cuestionarios: puntuaciones medias, desviación típica y rangos obtenidos en cada uno de ellos. Sujetos con TOCP según los criterios del DSM-IV (n=8)			
	<i>Rango</i>	<i>Puntuación Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
PSWQ	26-68	48,29	16,09
BDI	0-11	3,8	4,66
BAI	1-18	7,86	7,90
MOCI	4-10	5,86	2,34

reforzar la hipótesis de Freeston y Ladouceur (1997b) en la que plantean que la entrevista empleada en el estudio de Weissman (1994) incluía un exceso de obsesiones. Podría por tanto decirse que la prevalencia en población clínica de los trastornos obsesivos puros es de 0.36 (aproximadamente 1 caso de cada 250).

La distribución por sexos en el grupo de obsesivos puros es inversa a la del TOC general: 41,7% de mujeres (n=5) y 58,3% de varones (n=7). Es decir, mientras que en el grupo de TOC general predominaban las mujeres, en los obsesivos puros lo hacen los varones. Esta diferencia en función del sexo para los obsesivos puros debería ser objeto de estudios posteriores, ya que a la luz de los datos actuales no se puede sugerir ninguna hipótesis explicativa.

La edad de aparición del trastorno para este grupo tiene una media de 18,45 años (DT.= 9,26), variando el rango de 7 a 41. Si comparamos con los datos presentados en la tabla 2 podemos ver claramente que el trastorno se inicia antes en los obsesivos puros. Sin embargo, el tiempo de evolución (7,42 años con DT=7,37) es muy similar al que aparece para el grupo general. La mayoría de los obsesivos puros tiene una evolución inferior a cuatro años (41,6%), mientras que un

33,2% lo sufre desde hace más de nueve años.

Los obsesivos puros son los casos más graves de TOC, ya que si bien la mitad de ellos (50%) ha sido clasificada como leve por el investigador, otro 41,7% está constituido por casos graves (frente al 17,6% de casos graves encontrado en la muestra total). Coincide con lo anterior la opinión de los propios pacientes sobre la evolución de su problema, quienes informaron de la siguiente forma: 55,5% empeora y 22,2% se encuentra mejor que cuando empezaron a acudir a tratamiento. Es decir, los obsesivos puros, independientemente de la observación clínica, también informan de características de mayor gravedad que las del grupo general de TOC. Finalmente, como última variable relacionada con la gravedad, sólo un 17% de los obsesivos puros ha tenido algún ingreso hospitalario, pero éstos son los que han reingresado un mayor número de veces.

Al igual que el grupo de TOC general, el de obsesivos puros suele sufrir varios tipos de obsesiones. Un 66,7% tiene dos o tres obsesiones, siendo lo más frecuente que tengan dos tipos. No apareció ningún caso con más de cuatro tipos.

Al analizar los datos de cuestionarios de este subgrupo surgen

interesantes datos, como puede observarse en la tabla 8. En primer lugar se elevan los rangos inferiores para las cuatro medidas. En segundo lugar aumentan las puntuaciones medias en preocupaciones y depresión, mientras que las de ansiedad y síntomas obsesivos son muy similares. La puntuación obtenida en el PSWQ es muy cercana a la encontrada por Brown (1992) para el trastorno de ansiedad generalizada (68,11), lo que apoyaría la teoría de Tallis y de Silva (1992) de que el trastorno de ansiedad generalizada puede representar una variante cognitiva del TOC, concretamente de la comprobación obsesiva. Que el nivel de depresión sea más alto puede deberse a que éstos utilizan menos estrategias de afrontamiento para su problema y a que mejoran menos con el paso del tiempo que el resto de obsesivos, lo que puede llevarles a una especie de situación de indefensión aprendida. La similitud en la puntuación del MOCI ya fue comenta-

da previamente en función de la gravedad.

CONCLUSIONES

La prevalencia encontrada del TOC es coincidente con la referida por otros autores de distintos países y con la del DSM-IV. Si bien esto es cierto para la prevalencia respecto a población clínica, no puede afirmarse lo mismo respecto a la población general. Para este segundo caso se ha estimado una proporción inferior a la prevalencia referida en la literatura. Aunque sí parece haber cierto acuerdo al concluir que el porcentaje de sujetos con TOC es más alto que el inicialmente establecido en los años cincuenta por Rudin: 0.05% (citado en Marks, 1991), parece difícil aceptar cifras mayores al uno por ciento. Una posible hipótesis que podría explicar esos elevados porcentajes sería cierta confusión a la hora de diagnosticar los síntomas obsesi-

Tabla 8. Resultados de los cuestionarios obtenidos por el grupo de obsesivos puros (n=12):

	<i>Rango</i>	<i>Puntuación Media</i>	<i>Desviación Típica</i>
PSWQ	50-80	67,36	8,37
BDI	6-47	20,45	14,38
BAI	11-43	21,36	10,27
MOCI	7-20	13,18	4,45

vos, identificándose como tales, casos que en realidad se ajustan más a las características de fobias o de preocupaciones excesivas (trastorno de ansiedad generalizada). Por otra parte, tanto las definiciones ofrecidas en el DSM-III como en su revisión, que son las de referencia para dichos estudios, son demasiado amplias en comparación con la del DSM-IV, pudiendo haberse producido un importante número de falsos positivos hasta disponer de unos criterios más depurados como los actuales.

No existen diferencias significativas para el TOC entre población rural y población urbana. La prevalencia en mujeres es superior a la encontrada en varones, con una diferencia de 1,8:1. Excepto en el caso de obsesivos puros, donde predominan los varones con una diferencia de 1,4:1.

Se confirma que el inicio del TOC suele ocurrir al inicio de la juventud. Pero suelen pasar varios años hasta que la persona decide consultar por él. Casi un tercio de los casos se cronifican, aunque probablemente sea consecuencia de la falta de aplicación de tratamientos adecuados en los servicios públicos de salud mental, especialmente a nivel psicológico, como ya se apuntó en otro artículo previo (Barajas, 2001). Esta situación tiene importantes repercusiones no sólo

sanitarias, sino también sociales (problemas familiares, incapacidades laborales, facilitación de transmisión de comportamientos similares a los hijos,...) y debería llevar a plantear estrategias altamente eficaces de prevención secundaria (y en su caso terciaria).

El hecho de que en la mayoría de la muestra (54,9% n=28) no aparezcan sucesos vitales estresantes en el año previo al inicio del trastorno es un dato que viene a avalar el modelo teórico de Lazarus y Folkman (1984), quienes plantean que los sucesos estresantes diarios menores son más relevantes y provocadores de efectos negativos sobre la persona. En un primer momento son estos sucesos menores los que se relacionan con la aparición de obsesiones. Posteriormente, cuando el problema está instaurado, en su mantenimiento se produce una tensión crónica (ciclos obsesión-ritual-obsesión). Este último suele ser el fenómeno observado en la clínica, ya que, como se ha comentado con anterioridad, cuando acuden a consulta han pasado varios años desde el inicio.

La aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos obsesivos, a pesar de su alta eficacia y contar con un importante respaldo teórico y empírico, es muy escasa en los servicios públicos de salud mental (Barajas,

2001). Se pone así de manifiesto la necesidad de incluir dichas técnicas en el tratamiento de este trastorno en centros públicos.

La mayor gravedad del trastorno no está relacionada con un mayor número de obsesiones, pero esto sí es cierto para el caso de rituales. Podemos entender esta diferencia planteando que aquellos sujetos con peores estrategias de afrontamiento hacia sus obsesiones son los que realizan mayor número de conductas rituales y de evitación. Es decir, un mayor número de rituales podría no ser la causa de una mayor gravedad del TOC, sino más bien la consecuencia de escasas estrategias de afrontamiento adecuadas.

También podría plantearse que el predominio de depresión sobre ansiedad en los casos graves de TOC, viene como consecuencia de una falta de estrategias de afrontamiento adecuadas frente a las obsesiones, con el consiguiente mantenimiento de las mismas y por tanto del problema (interferencia conductual, afectación de relaciones sociales, etc.). Sería recomendable en los casos graves no limitar las intervenciones sólo a los aspectos más puramente clínicos e intentar llevar a cabo también otras de tipo psicosocial.

Los síntomas más frecuentes en los sujetos obsesivos son: obsesiones de perfeccionismo, dudas

obsesivas, rituales de comprobación, repetición y repetición mental. Es decir, predominan síntomas que ocurren a un nivel encubierto lo cual dificulta la detección, evaluación y tratamiento del problema. En el único síntoma que se observa acuerdo en distintos estudios en cuanto a su presencia son los rituales de limpieza. De ello se desprende que las descripciones al uso de los síntomas obsesivo-compulsivos deberían ser más operativas.

Las puntuaciones medias en PSWQ y MOCI obtenidas por autores extranjeros en sus estudios con pacientes obsesivos son aplicables a muestras españolas al haberse obtenido aquí resultados casi idénticos. Serían deseables estudios futuros que mostraran datos sobre ansiedad y depresión medidos a través de BAI y BDI respectivamente, para ver si los obtenidos en el presente estudio son válidos. Por otra parte el MOCI no parece ser un instrumento útil cuando se pretende aplicar a pacientes con predominio obsesivo, ya que en él aparecen sobrerrepresentados los rituales motores. Es decir, aunque pueda servir en estos casos como instrumento de detección quizá no sea capaz de reflejar la magnitud real del problema.

Si bien no hay diferencia entre obsesivos puros y el resto, en cuanto al tiempo de evolución pre-

vio a consulta ni a la cronicidad, si parece existir en cuanto a edad de inicio, siendo ésta más temprana en los primeros. El inicio precoz sumado a las dificultades para una correcta detección y tratamiento explica en parte la mayor gravedad de los obsesivos puros.

Una posible línea de investiga-

ción futura respecto a los trastornos obsesivos puros sería establecer incidencia por sexos, ya que a la luz de los resultados obtenidos en este subgrupo se da una distribución opuesta a la habitual en el TOC general. En caso de confirmarse un predominio de varones deberían sugerirse hipótesis explicativas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- Ball S.G., Baer L. y Otto M.W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 47-51.
- Barajas S. (2001). Evaluación de la calidad asistencial en un servicio de salud mental a través de la percepción y evolución de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *Clinica y Salud*, 12 (3), 305-326.
- Beck A.T., Epstein N., Brown G. y Steer R.A. (1988). An Inventory For Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(8), 893-7.
- Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. En Beech, H.R. (dir.): *Obsessional states* Methven: Londres.
- Brown T.A., Antony M.M. y Barlow D.H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30(1), 33-7.
- Clark, D.A. (1992). Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 30(2), 93-102.
- Clark D.A. y Claybourn M. (1997). Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 35(12), 1139-41.
- Cooper, J. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 46-48.
- Creamer M., Foran J. y Bell R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 477-85.
- Echeburúa E. (1993). *Ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Emmelkamp P.M. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum.
- Emmelkamp P.M., Kraaijkamp H.J. y Van Den Hout M.A. (1999). Assessment of OCD. *Behavior Modification*, 23(2), 269-79.
- Enns M.W., Cox B.J., Parker J.D. y Guertin J.E. (1998). Confirmatory factor

analysis of the Beck Anxiety and Depression Inventories in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 47, 195-200.

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), 585-97.

Freeston M.H., Ladouceur R., Thibodeau N. y Gagnon F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population. II: Associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 263-71.

Freeston M.H., Ladouceur R., Letarte H., Rheaume J., Gagnon F. y Thibodeau N. (1994). Measurement of obsessive-compulsive symptoms with the Padua Inventory: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 29-36.

Freeston M.H., Ladouceur R. (1997a). What do patients do with their obsessive thoughts?. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 335-48.

Freeston M.H. y Ladouceur R. (1997b). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En: V. Caballo. *Manual para el tratamiento conductual de los trastornos psicológicos*, (pp: 137-169) Vol.I. Madrid: Siglo XXI.

Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Delgado P., Heninger G.R. y Charney D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Hodgson R.J. y Rachman S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-95.

Jenike, M.A. (1983). Obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*, 24, 2.

Kazarian, S.S., Evans, D.R. y Lefave, K.

(1977). Modification and factorial analysis of Leyton obsessional inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 422-425.

Koran, L.M., Thienemann, M.L. y Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153 (6), 783-788.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer (versión castellana: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. 1986).

Marks I. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Vol. II. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.1987).

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.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-81.

Rachman, S. y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.

Rachman, S. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En: Mavissakalian, M., Turner, S.M. y Michelson, L. *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Plenum.

Rachman S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385-401.

Raich, R.M. (1996). Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo. En: G. Buela-Casal, V. Caballo y J.C. Sierra. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp:161-178). Madrid: Siglo XXI.

Rasmussen S.A. y Eisen J.L. (1992).The

epidemiology and clinical features of OCD. *Psychiatry Clinics North America*, 15 (4), 743-758.

Reynolds M. y Salkovskis P.M. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 29 (3), 259-65.

Richter M.A., Cox B.J. y Drenfeld D.M. (1994). A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(2), 143-147.

Salgado P., Turón V. y Olivares J. (1995). Epidemiología de los trastornos obsesivo-compulsivos. En: J. Vallejo y G.E. Berrios: *Estados obsesivos* Madrid: Masson

Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

Salkovskis, P.M., Forrester E. y Richards C. (1998). Cognitive-Behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173 (35), 53-63.

Sanavio, E. y Vidotto, G. (1985). The

components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 23(6) 659-62.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26,2, 169-177.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

Tallis F. y de Silva P. (1992). Worry and obsessional symptoms: A correlational analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 30(2), 103-5.

Vázquez C. y Sanz J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Vázquez C. y Sanz J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 10(3), 59-82.

Yaryura-Tobías J.A. y Neziroglu F.A. (1983). *Obsessive-compulsive disorder*, (cap.3. pp: 19-25). New York: Dekker.