

EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (I). UNA REVISION DE LAS TEORIAS EXPLICATIVAS

Cristina Robert Flors
Cristina Botella Arbona

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE VALENCIA

RESUMEN

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión de las distintas teorías existentes sobre la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo dentro del campo de la terapia de conducta, exponiendo las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas así como el apoyo empírico con el que cuentan. Finalmente, se sugieren algunas líneas de trabajo para el futuro.

Palabras Clave: *trastorno obsesivo-compulsivo, teorías explicativas.*

SUMMARY

This paper call in question the viability of a comprehensive model for the obsessive-compulsive disorders. First, a review of the different existing theories about the origins of this disorder in the behavior modification field are presented, showing their advantages and difficulties as soon as their empirical support. Finally, some future directions are suggested.

Key Words: *obsessive-compulsive disorder, explicative theories.*

1. INTRODUCCION

El trastorno obsesivo-compulsivo constituye uno de los retos importantes que se le plantean a en la actualidad a nuestra disciplina debido a los problemas teóricos y prácticos que presenta. Es uno de los trastornos mejor descritos pero peor comprendidos y, por ello, constituye un desafío al que muchos psicólogos, psiquiatras y neurólogos se enfrentan hoy en día sin alcanzar, de momento, resultados concluyentes. Como veremos más adelante, no hay en la actualidad ninguna teoría que dé una explicación satisfactoria sobre su origen y mantenimiento. Creemos que los resultados insatisfactorios, y muchas veces contradictorios, obtenidos en el tratamiento de este trastorno están reflejando, precisamente, esta oscuridad teórica.

Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo fueron ocasionalmente descritos ya desde Hipócrates, aunque no será distinguido como un trastorno con entidad propia hasta finales del siglo XIX (con excepción, si cabe, de Esquirol, quien en 1838 ya lo describe, si bien de un modo no sistemático). Es Westphal (1877) el primero en dar una definición formal de "ideas compulsivas"; aunque pertenece a Freud (1894, 1896) el mérito de aislar por primera vez este trastorno, al que denomina "neurosis obsesiva", debemos su descripción como categoría formal diagnóstica a Janet (1903). En palabras del propio Freud (1917) "En la neurosis obsesiva el paciente se ve asaltado por pensamientos en los que, de hecho, no está interesado, por impulsos que le son extraños y de los que es consciente, y se ve obligado a realizar acciones que no le proporcionan placer pero que no puede omitir. Los pensamientos (obsesiones) pueden serle meramente indiferentes o parecerle sin sentido, a menudo son completamente absurdos e, invariablemente, son el punto de arranque de una actividad mental agotadora, que le deja exhausto y a la que sólo se rinde de mala gana." (Citado en Reed, 1985, p.2).

Ya desde estos primeros planteamientos existe un acuerdo casi general entre los diferentes autores sobre qué constituye el trastorno obsesivo-compulsivo, aunque se dan discrepancias sobre el conjunto de síntomas que se consideran indispensables para configurar el supuesto síndrome. Nosotros coincidimos con Reed (1985) en considerar como criterios definicionales (condiciones necesarias y suficientes para el diagnóstico) los siguientes:

- 1) Cualidad compulsiva de la experiencia.
- 2) El reconocimiento -en algún grado- de la misma como irrelevante, absurda o sin sentido.
- 3) La experiencia es, en alguna medida, resistida por el sujeto (que lucha contra ella).

Respecto a estas dos últimas características las opiniones son controvertidas puesto que existen pacientes que no parecen manifestarlas, especialmente aquellos donde el trastorno lleva ya instaurado mucho tiempo. Se trataría más bien de

un continuo de intensidad que tendería a disminuir a lo largo del tiempo. Como puede verse en los cuadros 1 y 2, todas estas consideraciones parecen tener tanta importancia que han sido recogidas en los dos principales sistemas de clasificación vigentes en la actualidad: el ICD-10 y el DSM-III-R.

CUADRO Nº1: Criterios diagnósticos para el trastorno Obsesivo-Compulsivo según el ICD-10.

- * Presencia de los síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos, que deben ser una fuente importante de angustia o incapacidad durante la mayoría de los días, al menos durante dos meses.
- * Deben tener las siguientes características:
 - 1) Deben ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios
 - 2) Debe mostrarse resistencia ineficaz por lo menos a uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el sujeto ya no se resiste
 - 3) La idea o la realización del acto no debe ser en sí misma placentera (no se incluye el simple alivio de la tensión o ansiedad)
 - 4) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiteradamente displecerosos

CUADRO Nº2: Criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según el DSM-III-R

A. Presencia de obsesiones o compulsiones:

OBSESIONES: 1), 2), 3) y 4)

- 1) Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes que se experimentan por lo menos inicialmente como invasores y sin sentido
- 2) El individuo intenta ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos, o bien neutralizarlos con algún otro tipo de idea o acción
- 3) El individuo reconoce que las obsesiones son el producto de su propia mente y que no vienen desde el exterior (tal como ocurre en la inserción de pensamiento)

COMPULSIONES: 1), 2) y 3)

- 1) Conductas repetitivas finalistas e intencionales, que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o de acuerdo con determinadas reglas
- 2) La conducta está diseñada para neutralizar o impedir el malestar o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, o bien la actividad no es realista o es claramente excesiva
- 3) El individuo reconoce que su conducta es excesiva o irrazonable (quizás esto no sea así en el caso de los niños pequeños, y tampoco en aquellas personas cuyas obsesiones han dado lugar a ideas sobrevaloradas)

- B. Las obsesiones y compulsiones producen marcado malestar, pérdida de tiempo o interfieren significativamente con la rutina habitual del individuo, con su actividad profesional, con sus actividades sociales habituales o en sus relaciones con los demás.

2. TEORIAS QUE INTENTAN EXPLICAR EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El propósito que nos mueve en este trabajo es intentar aclarar el estado actual del campo respecto a las conceptualizaciones teóricas existentes sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo; aunque somos conscientes de las dificultades que la tarea conlleva, principalmente debido a las múltiples críticas y reformulaciones de la mayoría de estas teorías. Anticipamos ya que, por el momento, ninguna ofrece una explicación totalmente satisfactoria sobre el surgimiento y mantenimiento de este trastorno, pues la validación experimental de sus hipótesis no proporciona resultados concluyentes. Para nuestra exposición nos centraremos solamente en el enfoque de la Terapia de Conducta, debido a dos razones: 1) es el campo dentro del cual trabajamos, y 2) es el que ha ofertado, de momento, los tratamientos más eficaces para este trastorno. Remitimos al lector interesado en conocer puntos de vista alternativos a distintas revisiones que se han realizado sobre este tema: Emmelkamp, P.M.G. (1982); Ananth, J. (1985); Reed, G.F. (1985); Sifneos, P.E. (1985); Gavino, A., Godoy, A., Moreno, B., Esteve, R. & Rodríguez-Naranjo, C. (1988).

2.1. Teorías provinientes del paradigma del aprendizaje:

Antes de comenzar nuestra revisión, y teniendo en cuenta la multitud de factores cognitivos que caracterizan al trastorno obsesivo-compulsivo (Marks, 1977), queremos plantear la cuestión de si es posible dar una explicación de este problema apelando solamente a planteamientos surgidos en el marco de las teorías del aprendizaje. En este sentido, interesa recordar que la mayoría de experimentos que tratan de avalar empíricamente dichas teorías han sido realizados con animales y, como explícitamente reconoce una de las principales figuras en el campo de la experimentación animal, "debido a que no tenemos acceso a los procesos de pensamiento de los animales, no existe un modelo animal fiel para las obsesiones" (Mineka, 1985, p.223). Por tanto, parece sensato reconocer que una perspectiva basada sólo en modelos desarrollados en experimentación con animales resulta estrecha e insuficiente para dar cuenta del problema que nos ocupa. Eso no significa, sin embargo, que no existan en este tipo de literatura ejemplos de conductas rígidas y estereotipadas que guardan parecido con la conducta compulsiva en seres humanos. La misma Mineka (1985), lleva a cabo una revisión de tales conductas, encontrando cuatro clases de comportamiento animal hasta cierto punto asimilables a los rituales humanos: a) Solomon, Kamin & Wynne (1953) encuentran que la respuesta de evitación se vuelve cada vez más estereotipada y que persiste largo tiempo, incluso en ausencia del EI, en perros entrenados dentro de un paradigma de aprendizaje de evitación traumática; b) Maier (1949) hace

notar que las ratas desarrollan fuertes fijaciones después de ser obligadas repetidamente a saltar con la finalidad de resolver un problema de discriminación irresoluble, y que esta respuesta continúa produciéndose incluso después de que el problema pueda ya ser resuelto; c) las estereotipias observadas en algunos primates sometidos a prácticas de crianza normales y en casi todos los primates que han sufrido situaciones de estrés (Mineka, Suomi & Delizio, 1981); y, d) finalmente, los tipos específicos de actividades como limpieza, acalamiento y construcción de nidos que se producen en gran número de especies en situaciones de conflicto o alto arousal (Holland, 1974).

2.1.1. Teoría de los dos factores (o teoría biproceso mediacional del miedo):

Esta teoría fue formulada por primera vez por Mowrer (1939, 1947), elaborada posteriormente por Dollard y Miller (1950) y reelaborada más tarde de nuevo por Mowrer (1960). Es la teoría más conocida y la que ha dado lugar a un mayor volumen de trabajo experimental. Fue originalmente desarrollada para dar cuenta de la adquisición del miedo y de las fobias, y la mayor parte de la literatura se orienta en esta dirección. Nosotros nos centraremos en cómo se ha aplicado al trastorno obsesivo-compulsivo.

La teoría bifactorial intenta explicar la adquisición del miedo y de la evitación mediante el condicionamiento clásico y el instrumental respectivamente, por lo que también es conocida como la teoría de las dos etapas de condicionamiento:

a) Condicionamiento clásico:

Las respuestas de ansiedad se conceptualizan como respuestas condicionadas ante estímulos previamente neutros que se convierten en EC al ser asociados con estímulos que suscitan aversión o ansiedad (EI). Posteriormente se producirá una respuesta de miedo ante la presentación del EC. Este proceso puede no ser fácilmente identificable en la práctica clínica debido a procesos de condicionamiento de orden superior y de generalización.

b) Condicionamiento instrumental:

Las respuestas de evitación reducen o impiden la aparición del miedo o de la ansiedad, de modo que se mantienen mediante un proceso de refuerzo negativo.

En los obsesivo-compulsivos se darían, como señala Teasdale (1974), patrones de evitación tanto pasiva (similar a los de la conducta fóbica) como activa (rituales o conducta compulsiva). En la evitación pasiva el sujeto evita los estímulos o situaciones que podrían provocarle ansiedad o malestar; la evitación activa suele referirse al componente motor de la conducta obsesivo-compulsiva -ej. limpieza o "checking"- (a partir de ahora traduciremos este término como "verificación", refiriéndonos con ello a rituales de comprobación), aunque también incluye los rituales cognitivos realizados para disminuir la ansiedad. Desde esta perspectiva, la evitación pasiva se explicaría mediante el paradigma de aprendizaje de evitación,

mientras que la evitación activa consistiría en un aprendizaje de escape, donde la ejecución de la respuesta (ritual o compulsión) termina con un estado aversivo (ansiedad). Según Teasdale, este último caso tiene lugar a causa de la ineficacia de la evitación pasiva para controlar la ansiedad debido, en la mayor parte de los casos, a la generalización de esta ansiedad a un excesivo número de estímulos, lo que imposibilita su correcta evitación. Estas conductas compulsivas normalmente están relacionadas de forma lógica con la fuente evocadora de ansiedad (ej. suciedad o contaminación y rituales de lavado); aunque, en ciertos casos, pueden ser adquiridas por simple azar, es decir, proporcionaron alivio la primera vez que fueron realizados en presencia del estímulo evocador de la ansiedad, de modo que son repetidos cada vez que éste está presente (Foa, Steketee & Ozarow, 1985).

Este modelo, que en un principio pareció dar explicación al origen y mantenimiento de los problemas fóbicos y obsesivo-compulsivos, con el tiempo ha dejado al descubierto sus deficiencias. Las limitaciones más obvias parecen ser:

a) Respecto al Condicionamiento Clásico:

Existe poca evidencia de que este tipo de aprendizaje juegue un papel crucial en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo. Con ello nos referimos a la dificultad para identificar los acontecimientos traumáticos (EI) que pudieran haber dado lugar al condicionamiento de la ansiedad, un hecho ya reseñado por distintos autores (Rachman, 1977; Rachman & Hodgson, 1980; Eysenck, 1980; Emmelkamp, 1982; Reed, 1985; Marks, 1987; Foa & Steketee, 1987) y que encontramos frecuentemente en la evaluación de los sujetos con este tipo de problemas. En un número significativo de casos el comienzo del trastorno parece ser gradual; los pacientes, además, suelen relacionar el comienzo de sus problemas más con un estrés general que con uno o más eventos traumáticos, e incluso en los casos en que parece haber un acontecimiento traumático asociado, éste raramente conduce por sí mismo al inicio del trastorno (Emmelkamp, 1982).

Se han planteado explicaciones alternativas para dar cuenta de este problema, aunque no han sido comprobadas de un modo satisfactorio. Foa y Steketee (1987), basándose en autores como Rachman (1971) y Eysenck (1979), hipotetizan que un arousal elevado, junto con una situación de estrés generalizado y experiencias de miedo asociadas a objetos o situaciones específicos juegan un papel importante en la génesis de los trastornos de ansiedad, donde se incluirían, por supuesto, los trastornos obsesivo-compulsivos. En concreto, Rachman (1971) sugiere que en los sujetos obsesivo-compulsivos un arousal elevado conduciría a la sensibilización ante ciertos pensamientos que tienen especial relevancia para el individuo. En relación con ello, Eysenck (1979, 1980) postula su teoría de la incubación (a la que posteriormente prestaremos una mayor atención), según la cuál, la exposición breve a eventos perturbadores situados por encima del umbral de tolerancia de un sujeto puede producir sensibilización. Los sujetos con un arousal mayor (neuróticos) tendrían una mayor sensibilidad para desarrollar un trastorno de ansiedad, y

hay evidencia de que los obsesivo-compulsivos tienen un mayor arousal fisiológico que los individuos normales (Boulougouris, Ravabilas & Stefanis, 1977). Creemos que es una hipótesis a tener en cuenta pero que, como tal hipótesis, habría que someter a validación empírica. Y esto, como dijimos al principio, aún está lejos de ser una realidad.

Otra de las limitaciones a las que se enfrenta la teoría de los dos factores radica en el hecho de que en algunos pacientes se dan simultáneamente varios rituales y obsesiones diferentes, por lo que habría que encontrar varios episodios de condicionamiento a su base que dieran cuenta del inicio de cada uno de ellos y esto, claramente, no se cumple (Emmelkamp, 1982). Por supuesto, puede hipotetizarse que las obsesiones y rituales secundarios se han desarrollado como resultado de un proceso de generalización, pero ello implicaría que están de algún modo relacionadas, lo cual tampoco es siempre cierto. Además, en algunos pacientes el contenido de las obsesiones cambia regularmente sin ir acompañado de experiencias traumatizantes.

b) Condicionamiento instrumental:

Las principales dificultades a las que se enfrenta esta segunda etapa del modelo radican, por una parte, en la controversia existente sobre el efecto reductor de la ansiedad de los rituales y, por otra, en la resistencia a la extinción que muestran tales conductas.

El primer punto no es del todo problemático puesto que, aunque existen resultados contradictorios sobre el efecto reductor de ansiedad de los rituales, éste se ve confirmado en la mayoría de investigaciones. En este sentido, nos parecen muy interesantes las investigaciones del grupo de Rachman (Hodgson & Rachman, 1972; Röper, Rachman & Hodgson, 1973; Röper & Rachman, 1976; Rachman & Hodgson, 1980), en las que estos autores, utilizando índices fisiológicos y subjetivos de ansiedad, encontraron que ésta decrecía tras la realización de rituales. De todos modos, y aunque sus datos parecen confirmar este efecto reductor, nos gustaría señalar varios aspectos a tener en cuenta:

1- Emmelkamp (1982), apoyándose en los trabajos de Röper y colaboradores (Röper et al., 1973; Röper & Rachman, 1976) hace notar que, aunque los resultados son claros en los estudios con pacientes cuyo principal problema eran compulsiones de lavado, debido al miedo a la suciedad o contaminación, éstos son más confusos con sujetos verificadores, si bien las diferencias podrían ser debidas a las condiciones artificiales de los experimentos, principalmente la presencia del experimentador.

2- De momento, los datos sobre pacientes con compulsiones cognitivas son prácticamente inexistentes, aunque las observaciones clínicas e informes de pacientes sugieren una relación similar (Foa & Kozak, 1985).

3- Por otra parte, y en contra de lo que sería esperable, existen casos donde los rituales en lugar de disminuir la ansiedad, la incrementan (Mavissakalian, 1979;

Hodgson & Rachman, 1972). Generalmente, a medida que las compulsiones se hacen más complejas aumenta la dificultad de realizarlas con éxito, adquiriendo los propios rituales propiedades aversivas. Por tanto, no sólo no se da un decremento en la realización de los rituales, sino que incluso éstos se intensifican con el tiempo.

La segunda objeción -esto es, la resistencia a la extinción - sí nos parece más grave ya que, teóricamente, la reacción de miedo debería extinguirse al no ser reforzada, dando como resultado la finalización de las respuestas de escape/evitación. Sin embargo, esto no se ha visto respaldado por las observaciones clínicas y de laboratorio; más bien la conducta de evitación tiende a persistir independientemente de la intensidad de la ansiedad asociada a ella. De todos modos, podemos encontrar ejemplos dentro de la literatura sobre el aprendizaje de evitación que confirman este aspecto también en animales, como se aprecia en la revisión realizada por Mineka (1985).

Otro aspecto que deja sin contestar esta teoría, apuntado por Reed (1985), es que, aunque el modelo explique el por qué del ritual del lavado de manos, no explica la razón por la que el sujeto considera un determinado nivel de ejecución de cada segmento de la tarea como apropiado, es decir, por qué considera en un determinado momento que la limpieza ya ha sido ejecutada convenientemente.

Además, también quedan por explicar las cuestiones relacionadas con las diferencias individuales que se observan dentro de este trastorno: como los patrones diferenciales de respuesta entre tipos de trastorno (lentitud motora, obsesiones puras, obsesiones más compulsiones) y la prevalencia diferencial existente según sexos encontrada por distintos autores (Rachman & Hodgson, 1980; Noshirvani, Kasvikis, Tsakiris, Basoglu & Marks, 1986), donde los rituales de limpieza parecen ser más comunes entre mujeres y la lentitud obsesiva y rumiaciones entre hombres.

Otra limitación a esta teoría la constituye la desincronía observada entre los síntomas de ansiedad (Rachman, 1974). Esto es, ¿cómo explica la teoría del condicionamiento que los tres principales aspectos de la ansiedad (fisiológico, comportamental e introspectivo) pueden incrementarse o disminuir de modo casi independiente?. Las investigaciones de Hodgson y Rachman (1974) demuestran la existencia de evitación -y rituales- sin miedo y viceversa.

Estas limitaciones han tratado de ser solventadas por las distintas remodelaciones que ha sufrido esta teoría; aunque ninguna de ellas completa por sí sola la tarea, pensamos que son aspectos que habría que tener en cuenta al intentar formular un modelo comprensivo sobre el trastorno obsesivo-compulsivo. Las remodelaciones dentro de este marco han sido las siguientes:

2.1.1.1. Teoría del doble refuerzo (Herrnstein, 1969):

Esta teoría se apoya en la capacidad de una respuesta para convertirse en fija y estereotipada cuando es reforzada doblemente, al ser asociada simultáneamente

con un entrenamiento en refuerzo positivo (acercamiento) y uno negativo (evitación). Lo fundamental aquí no sería la reducción de la ansiedad (terminación del EC) tras la realización del ritual, sino que el sujeto experimenta menos ansiedad si lo realiza que si no lo completa. Esta hipótesis sería especialmente aplicable a los casos donde la realización de los rituales no reduce, sino que eleva la ansiedad (generalmente en sujetos verificados), pero el individuo debe optar entre la ansiedad asociada a la realización del ritual o la ansiedad mucho mayor y los sentimientos de culpa asociados a su no realización (por las consecuencias desastrosas temidas). Por ejemplo, el paciente que realiza gran cantidad de rituales estereotipados para evitar que su familia enferme de cáncer; la complejidad de estos rituales y las dudas sobre su correcta realización elevan su ansiedad, pero ésta sería mucho mayor si no los realizase, debido a la posibilidad de que sus seres queridos enfermaran por su culpa. Estos efectos serían comparables, según este autor, a los obtenidos con ratas (Herrnstein y Hineline, 1966), estos animales aprenden a elegir respuestas de baja frecuencia de shocks cuando se les da la opción de elegir entre baja y alta frecuencia de shocks.

Esta teoría también se aplicaría a los pacientes con obsesiones "sin sentido" (ej. pensamientos como "¿por qué la hierba es verde?"), cuyas obsesiones parecen tener la función de librarles de otros pensamientos mucho más ansiógenos. Por lo tanto, la conducta de evitación es reforzada por la evitación de un acontecimiento todavía más aversivo.

Según Emmelkamp (1982) las aportaciones más interesantes de Herrnstein serían: a) la posibilidad de que la conducta de evitación pueda ser guiada por preferencias, más que por la ansiedad per se; este hecho podría dar cuenta de la persistencia de la conducta de evitación en ausencia de miedo, y b) oferta una explicación plausible al hecho ya mencionado de los rituales inductores de ansiedad que caracterizan a algunos pacientes obsesivo-compulsivos.

2.1.1.2. Teoría de la "preparación" (preparedness) (Seligman, 1971, Seligman y Hager, 1972):

Esta teoría intenta dar cuenta de las diferencias observadas entre los estímulos en su facilidad para ser condicionados. Frente a la equipotencialidad que parece desprenderse de las teorías del condicionamiento, Seligman (Seligman y Hager, 1972) distingue tres categorías de conductas aprendidas, situadas a lo largo de un continuo: las respuestas preparadas, no preparadas y anti-preparadas, dependiendo esto de que el organismo tenga una predisposición biológica para aprenderlas, no cuente con tal predisposición, o incluso que su organización biológica impida o haga que resulte muy difícil el aprendizaje de tales respuestas. En suma, la "preparación" hace referencia a la facilidad selectiva de determinadas asociaciones E-R frente a otras en una especie animal concreta y vendría dada por la

selección natural a través de los peligros existentes a lo largo de la evolución para esa especie determinada. Los estímulos "preparados", por tanto, serán más fácilmente condicionables y más resistentes a la extinción. Este concepto explicaría por qué las fobias y rituales no se distribuyen al azar entre todos los estímulos, sino que suelen limitarse a un número determinado de estímulos. Es decir, las fobias y obsesiones clínicas supondrían, por lo general, situaciones que podrían ser peligrosas o acciones que podrían ser protectoras para los humanos de la época pretecnológica (De Silva, Rachman y Seligman, 1977).

De todos modos, De Silva et al. (1977) en sus estudios clínicos no encuentran este impacto de la preparación ni sobre el modo o velocidad del comienzo del trastorno, severidad del mismo ni, lo que es más importante, en el resultado terapéutico (extinción de la respuesta) aunque los resultados pueden estar oscurecidos por el reducido número de pacientes severos que integran su estudio.

De momento, las investigaciones parecen enfocarse más hacia la explicación de fobias que de obsesiones y rituales y, en este último caso, suelen elegirse los subtipos que parecen más relacionados con las fobias (ej. compulsiones de limpieza) sin atender al resto (ej. rituales de contar). En palabras de Mineka (1988) "De momento, la importancia de estos hallazgos parece limitarse a la observación de que ciertos objetos o situaciones tienen una mayor probabilidad de llegar a ser objeto de fobias o conductas obsesivo-compulsivas que otros." (p.232)

2.1.1.3. Teoría de la incubación (Eysenck, 1979, 1985):

Esta reformulación fue realizada para dar cuenta de varias de las limitaciones apuntadas respecto a la adquisición de fobias y rituales sin necesidad de eventos traumáticos y la no extinción, e incluso incremento, de la respuesta condicionada cuando ésta no es reforzada. En palabras del propio Eysenck, "Bajo determinadas condiciones la presentación no reforzada del EC produce un fortalecimiento o incubación de la respuesta condicionada, más que su extinción...". Tales condiciones, básicamente, serían situaciones de "condicionamiento pavloviano de tipo B (es decir, exponer a un sujeto a un EC con propiedades impulsivas sin la asociación con el EI) puede llevar extinción o fortalecimiento, dependiendo esto de ciertos parámetros".

(Eysenck, 1980, p.490 y 494). En concreto, los parámetros a los que alude este autor son: (1) La potencia de la RC tras la terminación de la presentación del EC, esto es, habrá un nivel crítico de potencia de la RC más allá del cual la exposición al EC daría lugar a un fortalecimiento y por debajo del mismo se producirá extinción; y (2) El tiempo crítico de exposición al EC, con tiempos de exposición cortos se producirá un fortalecimiento de la RC, mientras que con tiempos más largos del estimador como crítico se conseguirá la extinción.

Por lo tanto, como bien sugieren Sandin, Chorot y Fernández-Trespalacios

(1989), Eysenck mantiene que el EC, por su asociación con el EI, que actúa como motivador, se convertirá a su vez en motivador y producirá respuestas (RRCC) similares a las (RRII). De este modo, la RC se convierte en un reforzador de la conexión EC-RC, lo que impide su extinción. Pero la incubación sólo tendrá lugar si el EI es lo suficientemente fuerte como para superar la tendencia natural a la extinción y el tiempo de exposición al EC en solitario es corto (pues la fuerza de la RC declina con el tiempo).

De momento, la evidencia que apoya la teoría de la incubación es indirecta y no del todo concluyente, pues la mayoría de estudios incluyen elementos operantes que distorsionan el diseño (Bersh, 1980; Sandin et al. , 1989).

En base a todo lo que hemos visto, pensamos que es posible afirmar que, aunque la teoría de los dos factores parece proporcionar una explicación aceptable del mantenimiento de la mayoría de compulsiones, debido a sus propiedades reductoras de la ansiedad (la evitación y las compulsiones son mantenidas, al menos en parte, por su habilidad para disminuir la ansiedad y el malestar), este enfoque queda corto a la hora de dar una explicación completa y coherente de la adquisición de las obsesiones y del mantenimiento de todas las conductas de evitación o escape. Pensamos que las limitaciones de esta teoría provienen principalmente de las dos fuentes comentadas al principio:

1) La teoría fue formulada a partir de experimentos de laboratorio, realizados en su mayoría con animales, lo que dificulta su generalización a ambientes clínicos y con sujetos humanos. En palabras de Marks (1983 , p.114-115):

“Existen importantes diferencias entre los experimentos de condicionamiento aversivo y las fobias y rituales humanos. Primero, los experimentos de condicionamiento generalmente sólo duran pocos días, mientras que las fobias y rituales humanos en la mayoría de ocasiones han estado presentes durante años antes de acudir a tratamiento. Además, las series repetidas de readquisición y re-extinción han sido muy raramente estudiadas en experimentos de condicionamiento humano, mientras que constituyen la regla en los fenómenos clínicos; las series repetidas de eventos bien podrían ser sustancialmente diferentes de aquellos que sólo han ocurrido una vez. Una tercera diferencia es que el trauma iniciador suele estar planeado y ser claramente identificable en los experimentos animales pero está generalmente ausente en fobias y rituales humanos. Relacionado con ello se encuentra el hecho de que en los fenómenos clínicos es difícil diferenciar qué constituye el EC, EI, RC o RI (estímulo condicionado e incondicionado y respuesta condicionada e incondicionada). Finalmente, los significados de los estímulos y respuestas son más variados en los seres humanos, especialmente en los problemas obsesivo-compulsivos.”

2) Por otra parte, una importante dificultad se sitúa en que esta teoría fue desarrollada buscando explicación a las fobias humanas y, aunque éstas comparten

elementos comunes con el trastorno obsesivo-compulsivo, aún no está clara la relación entre ambos trastornos (Turner y Michelson, 1984).

2.1.2. Génesis de los rituales de limpieza y de verificación: importancia de las variables de aprendizaje social:

Rachman (1977) fue uno de los primeros en señalar las insuficiencias del modelo del condicionamiento para dar cuenta de las fobias y conductas obsesivo-compulsivas. Su principal contribución radica en ampliar el número de variable implicadas en el origen del problema, con especial énfasis en las variables de aprendizaje social.

Este autor (Rachman, 1977) propone tres "camino" o modos de adquisición de los miedos a lo largo de la historia de vida del individuo: condicionamiento, modelado y transmisión de información o instrucción, y habría que tener en cuenta las contribuciones e interacciones de los tres a la hora de buscar la génesis de los trastornos de ansiedad. Además, la ansiedad no debe ser concebida como una unidad, sino como un concepto multidimensional, que puede estar relacionado con los tres sistemas parcialmente independientes del organismo: cogniciones, actividad fisiológica y conducta motora observable.

Existirían diversas combinaciones entre los tres componentes de los estados de ansiedad y los tres métodos de adquisición de miedos (ej. en los miedos adquiridos por un proceso de condicionamiento los componentes más marcados serán los conductuales y psicofisiológicos). Estas combinaciones darían cuenta de las desincronías observadas entre los tres sistemas de respuesta en los trastornos de ansiedad. De momento, falta investigación que apoye estas hipótesis y, sobre todo, como el propio Rachman (1977) reconoce, respecto a la trasmisión de la ansiedad via información.

Rachman (1976) también plantea que la génesis de las compulsiones de lavado y verificación podrían explicarse en base a la naturaleza del control parental. Según este autor, los rituales de limpieza tendrían más probabilidad de desarrollarse en familias de padres sobreprotectores y se caracterizarían por una conducta de evitación pasiva (el niño evitaría las situaciones provocadoras de ansiedad o peligro donde sus habilidades de enfrentamiento pudieran no ser suficientes). En cambio, las compulsiones de verificación se darían en familias de padres demasiado críticos y con estándares de conducta altos (lo cual haría al niño excesivamente sensible a la crítica y con una mayor predisposición a experimentar sentimientos de culpa, y esto, a su vez, le conduce a una conducta de evitación activa, para no cometer errores). Por lo tanto, en el primer caso jugaría un papel fundamental el miedo, mientras que en el segundo lo harían los sentimientos de culpa.

Aún siendo interesante, esta hipótesis no ha proporcionado resultados concluyentes al ser puesta a prueba, como se desprende de las investigaciones del grupo

depende principalmente de las áreas en donde éste se siente responsable. Para ello se apoyan en las diferencias de sexo encontradas según el tipo de problema, y creen que estas diferencias están en función del tipo de trabajo desempeñado. Los rituales de limpieza predominan en las mujeres, que suelen ser las encargadas de la casa, mientras que en los hombres (que tradicionalmente detentan las responsabilidades) predominan los rituales de verificación.

Debido a la relación entre ambas hipótesis, Hoekstra et al. (1989) intentan verificar el papel jugado por los estilos educativos parentales en el origen del trastorno obsesivo-compulsivo, encontrando, como ya comentamos anteriormente, sólo un apoyo parcial a las hipótesis de Rachman. Estos resultados les llevan a concluir que las prácticas educativas son sólo una de las variables de aprendizaje social que inciden sobre este trastorno y, por tanto, habría que tener en cuenta otros muchos factores como características de personalidad, elección de profesión y de pareja, etc. En la figura n.1 podemos apreciar las relaciones entre los diferentes factores que según Hoekstra et al. (1989) influyen en la etiología de tipos específicos de compulsiones.

2.2. Teorías Cognitivas

Las limitaciones de las teorías que se basan en los modelos de condicionamiento, junto con el creciente reconocimiento del papel jugado por factores cognitivos como expectativas, atribuciones y sistemas de creencias en el fenómeno obsesivo-compulsivo, han posibilitado el surgimiento de una serie de teorías cognitivas que intentan dar razón de este trastorno. Distinguiremos en nuestra exposición entre dos tipos de teorías: 1) aquellas que se sitúan más en la línea de los terapeutas cognitivos como Ellis y Beck, y sostienen que son las creencias irracionales y las valoraciones que los sujetos hacen de su entorno, las que darían cuenta del problema obsesivo-compulsivo; y, 2) las teorías que se encuadran dentro del procesamiento de la información y propugnan la existencia de déficits cognitivos a la base de este trastorno.

2.2.1. Valoraciones distorsionadas como explicación al trastorno obsesivo-compulsivo

2.2.1.1. Modelo de Carr (1971,1974):

Para este autor los síntomas que aparecen en el trastorno obsesivo-compulsivo son el producto de valoraciones no reales de amenaza o desastre que, junto a evaluaciones equivocadas acerca de su propia habilidad para enfrentarse adecua-

damente a tales amenazas, lleva a la persona a dar respuestas de temor ante situaciones valoradas como potencialmente peligrosas. La función de las compulsiones sería, precisamente, la de aliviar o reducir este temor.

Vemos pues que, para Carr (1974), la cuestión fundamental sería una apreciación exagerada de la probabilidad subjetiva de daño o resultados desagradables, conclusión extraída de los estudios realizados por este autor donde encuentra una elevada estimación subjetiva de la probabilidad de ocurrencia de desastre entre los obsesivo-compulsivos. Como inmediatamente veremos, muchas de estas ideas son recogidas y elaboradas posteriormente por otros autores, como McFall y Wollersheim, que abogan por un modelo cognitivo para este trastorno.

Creemos que es un modelo incompleto que deja cuestiones fundamentales sin contestar como, por ejemplo, por qué los obsesivos tienen esta apreciación exagerada de la amenaza, por qué este temor da lugar a una conducta obsesivo-compulsiva y no a, por ejemplo, otro trastorno de ansiedad (recordemos que también Lazarus y Folkman, 1984, hablan de la importancia de la valoración en el estrés), etc.

2.2.1.2. McFall y Wollersheim (1979):

Estos autores desarrollan el modelo de Carr y, retomando las ideas de Lazarus (1966), matizan que las apreciaciones subjetivas no realistas de peligro o amenaza en los obsesivo-compulsivos (valoración primaria) provienen de una variedad de creencias erróneas y patrones de pensamiento irracional, por ejemplo:

- Uno debe ser perfectamente competente en todo esfuerzo y conseguir todas sus metas para ser considerado una persona digna.
- Todo fracaso en cumplir estos ideales perfeccionistas debe ser castigado.
- Las rumiaciones obsesivas y los rituales mágicos pueden prevenir la ocurrencia de catástrofes.
- Ciertos pensamientos y sentimientos pueden llevar a consecuencias desastrosas y deben ser castigados.

Son estas creencias erróneas las que conducen a una percepción errónea de la amenaza, la cuál provoca ansiedad en el sujeto. El resto de su planteamiento es básicamente similar al de Carr: esta ansiedad, junto con la falta de confianza en sus capacidades para afrontar dichas amenazas (valoración secundaria), da lugar a sentimientos de inseguridad, desamparo e inquietud que son aminorados mediante los rituales. En concreto los obsesivo-compulsivos "sienten que los síntomas son la mejor opción para reducir el malestar" (McFall y Wollersheim, 1979, p.336).

Aunque interesante, falta de momento investigación que apoye la existencia de creencias irracionales específicas a los trastornos obsesivo-compulsivos.

2.2.1.3. Salkovskis (1985, 1989a, 1989b):

Este autor parte del hecho (al que cada vez se presta mayor atención) de la existencia de pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos dentro de la población no-clínica (Rachman & De Silva, 1978; Rachman, 1981; Salkovskis & Harrison, 1984). Analiza las diferencias existentes entre la población obsesivo-compulsiva y la no-clínica, con el objetivo de descubrir el origen del problema, y llega a la conclusión de que la principal diferencia radica en la valoración que el sujeto realiza de tales pensamientos intrusivos. Esta valoración está determinada por: a) la importancia que la persona dé a la ocurrencia de la misma o a sus implicaciones, y b) el estado de ánimo pre-existente (generalmente la perturbación será mayor si existe un estado disfórico previo).

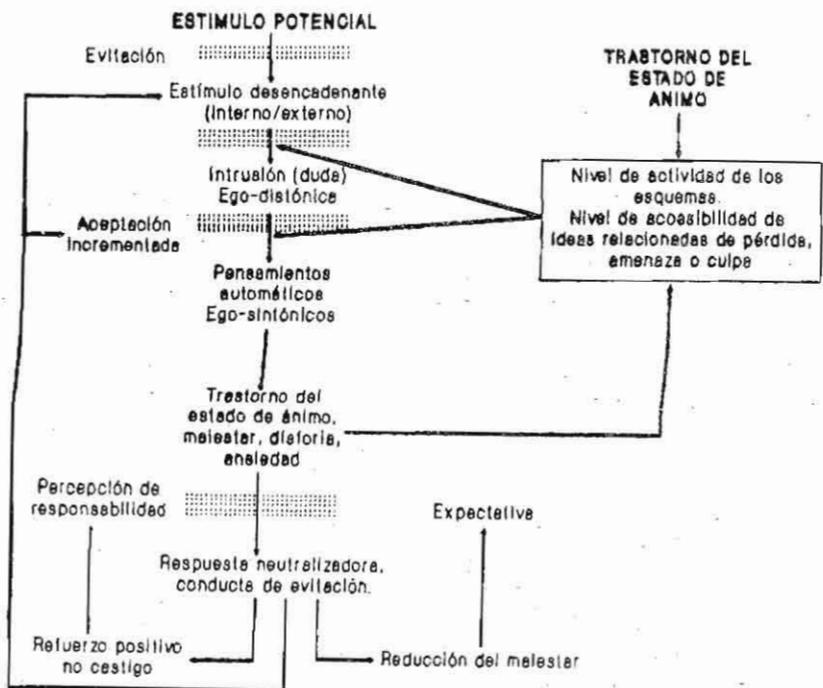


FIGURA Nº2: Factores cognitivos y conductuales implicados en el mantenimiento y modulación del trastorno obsesivo-compulsivo (Salkovskis, 1985)

MODELO COGNITIVO DE LOS PROBLEMAS OBSESIVOS

Experiencia previa, experiencia actual y percepción de:

- (I) problemas causados por 'no tener suficiente cuidado con lo que haces'
- (II) enseñanza específica en códigos de conducta y responsabilidad.

Formación de suposiciones disfuncionales

Incidente crítico

Activación de las suposiciones

Las obsesiones 'normales' se convierten en foco de responsabilidad

Pensamientos/Imágenes negativos automáticos

'Neutralización', que se desarrolla progresivamente

APECTO
-ansiedad
-depresión
-malestar

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

CONDUCTUAL

- evitación y restricciones autoimpuestas
- verificación repetida
- limpieza repetida
- búsqueda de tranquilización

COGNITIVO

- rituales cognitivos
- atención a la información negativa
- desesperanza y preocupación
- rumiación

FISIOLOGIA

- arousal incrementado
- cambios en las funciones corporales
- trastornos del sueño

FIGURA 3: MODELO COGNITIVO DEL DESARROLLO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (SALKOVSKIS Y WARWICK, 1988)

En opinión de Salkovskis (1989b) las intrusiones, por lo general, reflejan pensamientos sobre aspectos que en ese momento preocupan al sujeto. En la población normal los pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos no producen una perturbación emocional seria debido a que el individuo no considera que estos pensamientos tengan implicaciones importantes. Por el contrario, en los obsesivo-compulsivos la valoración da lugar a la activación de esquemas disfuncionales pre-existentes que, a su vez, tienen como resultado pensamientos automáticos negativos generalmente relacionados con ideas de responsabilidad por el daño que se puede causar a uno mismo o a los demás. Salkovskis (1989b) enfatiza la importancia de variables de aprendizaje social en la formación de estos esquemas, al apuntar que tales sujetos habrían sido socializados para ser particularmente sensibles al grado de responsabilidad que experimentan frente a los pensamientos intrusivos.

Las suposiciones disfuncionales más comunes que entran en funcionamiento son las siguientes (Salkovskis, 1985):

- tener un pensamiento sobre una acción es como realizar la acción.
- el fracaso al intentar prevenir el daño a uno mismo o a los demás es lo mismo que haber causado ese daño o no haber intentado prevenirlo.
- la responsabilidad no se atenúa por otros factores (ej. una baja probabilidad de ocurrencia).
- no realizar neutralización cuando ocurre una intrusión es equivalente a buscar o desear el daño relacionado con la intrusión.

La probabilidad de que estas creencias comiencen a interactuar con los pensamientos intrusivos se incrementa de modo sustancial tras la ocurrencia de un incidente crítico que activa tales supuestos (Salkovskis, 1989b). Estos incidentes, generalmente, implican un incremento importante en la responsabilidad auto-percibida del paciente (ej. tener un hijo, leer noticias sobre circunstancias potencialmente peligrosas de la vida diaria, etc).

La valoración de daño o peligro inminente, no origina por sí misma el trastorno a no ser que interactúe con el factor responsabilidad: las intrusiones son interpretadas como una indicación de que la persona podría ser responsable de daño para sí o para otros a menos que haga algo para prevenirlo. Por lo tanto, el sujeto intentará evitar o reducir la posibilidad de ser responsable de daño mediante la neutralización (sea ésta abierta, encubierta o mediante la búsqueda de tranquilización, por la que extiende la responsabilidad a otras personas). Las principales consecuencias de esta neutralización serían:

- reducción del malestar, que incrementa a su vez la probabilidad de una nueva neutralización y puede dar lugar a una generalización de estas estrategias para la reducción de la ansiedad en otras situaciones.
- la respuesta neutralizadora se ve también reforzada porque valida las creencias o pensamientos del sujeto (ej. "el desastre que intentaba evitar no ha

ocurrido, lo que significa que mi neutralización fue eficaz"). Es decir, previene la desconfirmación del daño temido.

- incrementa la aceptación de preocupación por la responsabilidad.
- hace al pensamiento obsesivo objeto de un procesamiento cognitivo más detallado, incrementando la futura preponderancia de tal pensamiento.

Como mencionamos anteriormente, un importante elemento a tener en cuenta dentro de esta dinámica sería el estado de ánimo alterado previo a la neutralización, debido a que parece ampliar tanto la gama de estímulos desencadenantes como la gama de intrusiones que desencadenan pensamientos automáticos negativos, y el nivel de actividad de los esquemas disfuncionales pre-existentes. A su vez, este proceso conduce a una perturbación emocional incrementada, que actúa como feedback, posibilitando el acceso a un mayor número de pensamientos automáticos negativos. La figura número 2 nos muestra el papel jugado por factores cognitivos y conductuales en el mantenimiento y modulación del trastorno obsesivo-compulsivo.

Para una mejor comprensión de los principios básicos de este modelo, presentamos en la figura número 3 un esquema explicativo del modelo de Salkovskis (Salkovskis, 1989b). En suma, como se observa en la figura, los pensamientos obsesivos ocurrirán en sujetos perturbados por la ocurrencia de intrusiones y que crean que éstas indican responsabilidad personal hacia daño, a no ser que se haga algo en contra.

El modelo de Salkovskis nos parece uno de los más interesantes y coherentes ofrecidos hasta la actualidad para explicar el trastorno obsesivo-compulsivo pues, como este autor reconoce (Salkovskis, 1989a), cuenta con la ventaja adicional de incorporar elementos de la teoría conductual bien fundamentados empíricamente. Nos referimos, en concreto, a la explicación del mantenimiento de las conductas neutralizadoras, la parte de la teoría de los dos factores que ha reunido una mayor evidencia empírica. De todos modos es aún un modelo incompleto, quedan aún vacíos por explicar tanto a nivel teórico como empírico. Díaz y Pastoriza (1987) resaltan las siguientes inconsistencias en el mismo:

a) Es posible encontrar a sujetos con obsesiones y compulsiones carentes de sentido y no relacionadas específicamente con pensamientos de culpa o responsabilidad. Salkovskis (1985) intenta explicar esto desde el modelo, argumentando que se trataría de una neutralización muy lograda y eficaz, incluso sería posible que tuviera propiedades reforzantes asociadas a una señal de seguridad. Esta neutralización se daría en casos en los que estuviera presente:

- como ya hemos mencionado, una respuesta neutralizadora muy bien elaborada y eficaz, generalmente bastante estereotipada.
- pensamientos de culpa y responsabilidad en los comienzos del trastorno (varios años atrás)

- muy poca o ninguna resistencia a la obsesión
- muy poca o ninguna alteración psicofisiológica acompañando la ejecución de la conducta de neutralización

b) Hay obsesivo-compulsivos que presentan pensamientos automáticos negativos muy débiles o no relacionados con culpa o responsabilidad y ausencia de conducta compulsiva.

c) ¿Cómo se explica que se produzcan diferentes cursos de interacción entre los síntomas depresivos y los obsesivos, con algunos sujetos que mejoran y otros que empeoran respecto a los síntomas obsesivo-compulsivos cuando aparece la depresión?. Díaz y Pastoriza (1987) creen que la diferencia se debe a que en los primeros predominan pensamientos de desesperanza y desamparo, y estos pensamientos se incrementan en la depresión, de modo que inhiben la acción. De momento, sólo es una idea a tomar en cuenta pues, al parecer, aún no ha sido sometida a contrastación empírica.

El modelo de Salkovskis también ha recibido otras críticas realizadas, en este caso, por Jakes (1989):

a) El elemento de responsabilidad no parece ser, como indica el modelo, el que diferencia las intrusiones cognitivas presentes en pacientes depresivos de las que presentan los obsesivos, ya que también las intrusiones de los depresivos tienen un elemento de culpa.

Por nuestra parte, creemos que el elemento diferenciador se encontraría más bien en la capacidad de evitar ese daño, presente en los obsesivos y que les posibilita escapar de esa culpa. De todos modos, estamos convencidos de que profundizar en el estudio de las relaciones del trastorno obsesivo-compulsivo con la depresión y otros trastornos de ansiedad puede conducirnos a una mejor comprensión del problema.

b) En segundo lugar, Jakes plantea la posibilidad de incluir otros elementos dentro del modelo. Es decir, si los obsesivo-compulsivos pudieran diferenciarse en alguna otra característica (además de en el binomio valoración-neutralización) de la población normal. Uno de los factores a tener en cuenta sería la posible existencia de déficits cognitivos, sea a nivel general (Reed, 1985, Jakes, 1989) o específicos a un tipo de trastorno, como por ejemplo déficits de memoria en los sujetos verificadores (Sher, Frost & Otto, 1983; Sher, Mann & Frost, 1984; Sher, Frost, Kushner, Crews & Alexander, 1989). Sin embargo, la investigación en este campo, especialmente con poblaciones clínicas, es prácticamente inexistente.

c) Dado que el modelo está basado, en parte, en la teoría del aprendizaje, asume las críticas realizadas a ésta. Como postula Jakes, es cierto que la conducta neutralizadora mantiene o exacerba muchos síntomas obsesivo-compulsivos, pero no puede inferirse de ello que sea el único factor que explica los síntomas.

2.2.1.4. Barlow (1988):

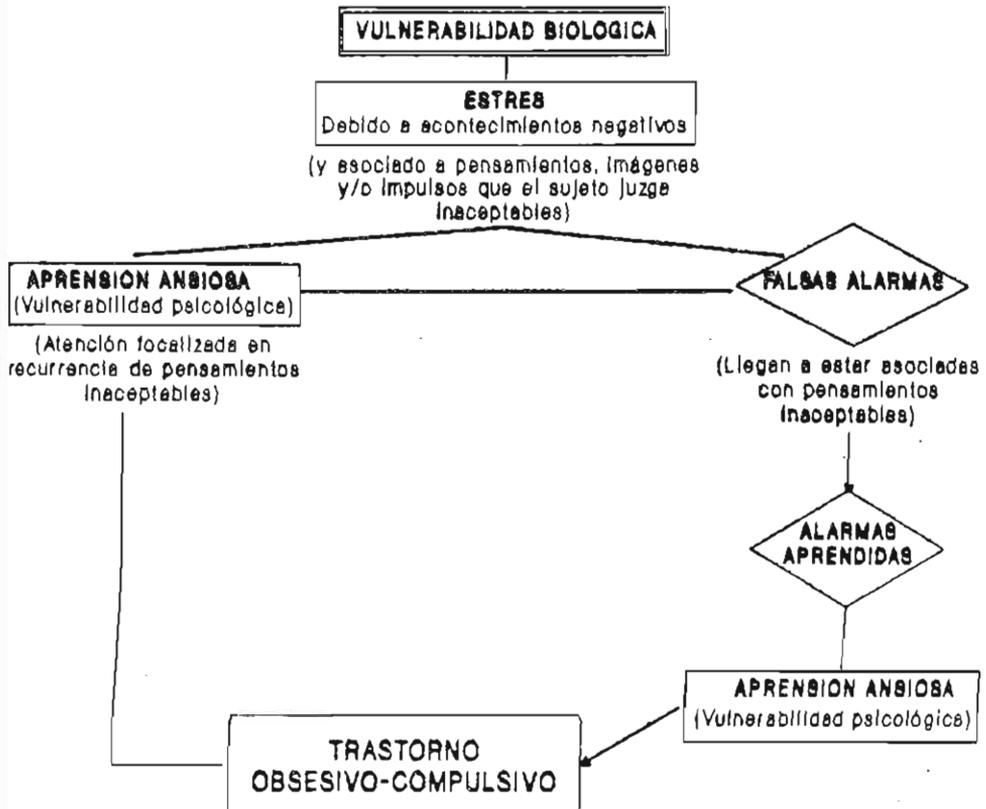


FIGURA N°4: Un modelo para la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Barlow, 1988).

Muy relacionado con el modelo de Salkovskis se encuentra el modelo propuesto por Barlow para dar cuenta de la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo, si bien este autor da un mayor énfasis al estrés y la depresión como posibles desencadenantes del problema y resalta la importancia de factores de vulnerabilidad biológica.

En concreto, los sujetos que desarrollan este trastorno tiene una mayor probabilidad de reaccionar al estrés con fuertes respuestas emocionales, y esta predisposición tendría una base biológica. Además, estos pacientes han aprendido que ciertos pensamientos, que casi todos experimentamos alguna vez en momentos de estrés, son peligrosos e inaceptables, por lo que las situaciones de estrés darán lugar a fuertes reacciones emocionales negativas. Los pensamientos intrusivos resultantes, también experimentados por la población normal y otras poblaciones clínicas, son juzgados como inaceptables, por lo que el sujeto intenta evitar o suprimir tales pensamientos. Esto causa una mayor recurrencia de tales pensamientos, lo que provoca una mayor ansiedad, acompañada por emociones negativas y un sentido de falta de control ante tales pensamientos. De este modo se establece un círculo vicioso, donde la atención se centra de modo exclusivo en tales pensamientos, que terminan convirtiéndose en estímulos discriminativos similares a los estímulos fóbicos en su capacidad para elicitar alarma o pánico. Todo este proceso suele ir acompañado por un deterioro en el estado de ánimo (depresión). Los rituales son un resultado de los intentos del sujeto por controlar los pensamientos intrusivos. La figura número 4 presenta un diagrama de este proceso.

Bajo nuestro punto de vista, la contribución de Barlow a la comprensión del trastorno obsesivo-compulsivo se centra en plantear o hacer hincapié en variables que muy bien pueden estar influyendo en la etiología de este trastorno y han sido poco menos que descuidadas por el resto de autores, por ejemplo, la vulnerabilidad biológica. Pero esta teoría tampoco carece de limitaciones, y la más seria de ellas es el nivel superficial al que se plantea, pues no busca explicación a las variables postuladas (por ejemplo, ¿en qué consiste la predisposición biológica?; esta mayor probabilidad de responder al estrés con fuertes respuestas emocionales, ¿sería asimilable a lo que ocurre en el "neuroticismo" tal y como es postulado por Eysenck (1967)?; ¿de qué modo aprenden los pacientes que ciertos pensamientos son peligrosos e inaceptables?...))

Antes de pasar a presentar los modelos basados en el procesamiento de la información desearíamos resumir los puntos más significativos de las teorías cognitivas que acabamos de revisar. La aportación más importante de estos modelos creemos que es la inclusión de variables cognitivas en el complejo conglomerado de "piezas" que conforman estos trastornos. Como ya comentamos al hablar de los modelos de aprendizaje, resulta casi imposible intentar entender un trastorno como el obsesivo-compulsivo sin hacer referencia a los elementos

cognitivos. En palabras de un autor de tanto prestigio dentro del campo de la modificación de conducta como Marks, "los obsesivos desarrollan un conjunto de creencias sobre sus rituales mucho más elaborado que los fóbicos sobre sus miedos. Las cogniciones parecen jugar un papel mucho mayor en los obsesivos que en los fóbicos." (1981, p.40). Resulta necesario señalar el hecho de que todos los autores anteriormente mencionados coinciden en resaltar el papel jugado por el binomio valoración-neutralización.

Por otra parte, estos modelos también recogen los elementos de las teorías del aprendizaje que cuentan con una mayor evidencia empírica, es decir, el mantenimiento de los rituales o compulsiones debido a su capacidad para reducir la ansiedad o malestar. No obstante, y desgraciadamente, no están exentos de limitaciones, como las siguientes:

- Las explicaciones se quedan muchas veces a un nivel superficial, pues las teorías no explican cómo se adquieren estos patrones de pensamiento distorsionado. Quizás la excepción la constituye Salkovskis (1989b), al mencionar la influencia de variables de aprendizaje social, pero no pasa de ser una mera sugerencia.

- Además, por lo general, omiten el papel jugado por una serie de factores que parecen incidir sobre el desarrollo del trastorno, como por ejemplo, los factores biológicos, a los que sólo Barlow (1988) presta atención.

- De momento, la validación empírica de tales hipótesis deja mucho que desear, entre otras cosas debido a que la mayoría de estudios se han realizado con poblaciones no-clínicas.

2.2.2. Teorías basadas en el procesamiento de la información:

2.2.2.1. Reed (1968, 1969, 1983, 1985):

Existen una serie de planteamientos que apuntan a la existencia de déficits cognitivos a la base del trastorno obsesivo-compulsivo y Reed es para nosotros el autor más representativo de esta línea. Este autor apela a un déficit en el procesamiento de la información como causa del trastorno: en concreto, estos sujetos tendrían problemas en la organización e integración de la experiencia. Estas ideas han sido elaboradas a partir de los resultados de sus propias investigaciones con tareas tanto de recuerdo como de categorización de material conceptual:

- a) Comparando a obsesivos y a normales en tareas de recuerdo inmediato de series de dígitos y recuerdo a largo plazo de información general, Reed (1977) obtiene que los primeros superan a los segundos en el recuerdo inmediato (sólo con material ambiguo), sin embargo, no hay diferencias en el recuerdo a largo plazo. En opinión de Reed, ello sería debido a que los obsesivos tienden a repetir el material ambiguo, por lo que lo recuerdan mejor, y quizás ese material

permanece en la memoria a corto plazo, en vez de ser almacenado u olvidado. Como el paso a la memoria a largo plazo requiere un proceso de categorización, la continua repetición de los obsesivos podría ser causada por dificultades en categorizar el material. La categorización requiere ignorar ciertos aspectos y destacar otros, y los obsesivos tendrían dificultades en discriminar lo relevante de lo irrelevante (ello se ve apoyado por la gran abundancia de detalles que dan en sus descripciones de sucesos o experiencias).

b) En tareas conceptuales inductivas y deductivas, los obsesivos tienden a sobredefinir y formar más categorías con menos atributos que los normales. Además, muestran más indecisión y ansiedad durante la tarea (Reed, 1969 a y b). Este hecho estaría causado por la dificultad, anteriormente mencionada, para discriminar entre lo relevante e irrelevante. Esta hipótesis es apoyada por la investigación de Persons y Foa (1984), quienes intentaron comprobar si los obsesivo-compulsivos se diferenciaban de otros pacientes en el modo en que categorizaban la información y si tales déficits eran globales o específicos a la información relacionada con el miedo. Los resultados indican un déficit general, pues estos sujetos utilizaron más categorías para ambos estímulos, aunque invirtieron más tiempo en los estímulos temidos (lo que sugiere que el déficit general se agravaría cuando se procesa una información relacionada con el miedo).

En base a todo ello, Reed afirma que los déficits cognitivos de los obsesivo-compulsivos consisten en:

- una dificultad en discriminar entre lo relevante e irrelevante en las diferentes situaciones, por lo que atribuyen una gran importancia a toda la información que reciben.

- dificultad en categorizar el material informativo que procesan, junto a un déficit para almacenarlo en la memoria a largo plazo.

- ello les lleva a una incapacidad para generar predicciones sobre su medio, con la correspondiente dificultad para tomar decisiones. Esto les impide adaptarse eficazmente a este medio e incrementa su ansiedad, llevándoles a calificar los acontecimientos como potencialmente peligrosos. Neutralizan este potencial peligro mediante las compulsiones y rituales.

Esta dificultad en la toma de decisiones en los obsesivo-compulsivos se ve confirmada en los trabajos de diferentes autores (Milner, Beech & Walker, 1971; Oberhammer, Sachs & Stellamoore, 1983; Volans, 1976).

En 1985 Reed completa su modelo, añadiendo que este fracaso en la categorización e integración espontánea de la información conduce a los sujetos obsesivo-compulsivos a una sobre-estructuración del input. Es decir, intentan compensar este déficit imponiendo límites artificiales, rígidamente definidos.

Esta rigidez en la definición les conduce a una mayor incertidumbre sobre, por ejemplo, la "apropiada" colocación de los items en la categoría, esquematización,

tiempos de terminación... Basándose en estas hipótesis, reconceptualiza las diferentes formas de trastorno obsesivo-compulsivo:

- la experiencia de compulsión consistiría en un fracaso en finalizar o cambiar una secuencia de pensamiento. Se trataría de un defecto en la inhibición o el cambio, no necesariamente relacionado con la fuerza o prepotencia del pensamiento en cuestión.

- las repeticiones también serían debidas a deterioros del proceso inhibitorio; no se trata tanto de algo que haga al sujeto continuar como de la ausencia de algo que le indique cuándo detenerse (experimentar clausura, saciación...)

- las ruminaciones y rituales de verificación reflejan un fracaso en la "respuesta de terminación", junto con incertidumbre sobre la atribución de límites categoriales.

- la ritualización es un ejemplo patológico de la imposición de estructuras artificiales y la arbitraria definición de imponderables como "concluido", "satisfactorio", "adecuado"...

- las dudas e indecisión obsesivas reflejan la dificultad de determinar los límites estructurales, con el fracaso consiguiente en la experimentación de seguridad y clausura.

Como se observa, se trata de una formulación revolucionaria del problema obsesivo-compulsivo, quizás demasiado nueva como para haber sido satisfactoriamente puesta a prueba pues, de momento, sólo se apoya en unos pocos experimentos de laboratorio, que no prueban, ni mucho menos, la veracidad del modelo. Además, aún en el caso de ser cierta la presencia de estos déficits generales en el procesamiento de la información, ello no explica la especificidad de los miedos obsesivo-compulsivos (Kozak, Foa & McCarthy, 1988; Salkovskis, 1989a). De todos modos, parece una vía interesante de investigación que puede resultar una aportación valiosa a este campo al interesarse en una explicación más centrada en los procesos que en buscar las causas o etiología.

2.2.2. Foa y Kozak (1985, 1988):

Conceptualizan los trastornos de ansiedad como deterioros específicos en los prototipos de memoria afectiva. Se basan en la teoría bioinformacional de Lang (1977,1979), según la cual, los miedos existen como una red de información prototípica en la memoria que incluye información sobre los estímulos o situaciones temidos, las respuestas (verbales, fisiológicas, motoras...) de miedo y los significados de estos estímulos y respuestas.

Foa y Kozak (1985) afirman que los miedos neuróticos difieren estructuralmente de los miedos normales y, al igual que Beck (Beck, Emery & Greenberg, 1985), creen que en estos últimos se da una estimación errónea de la amenaza, una valencia altamente negativa para los eventos amenazantes, excesivos elementos de

respuesta (fisiológicos, de evitación, etc) y resistencia a la modificación. Esta resistencia es debida al fracaso en acceder a la red de temor, acceso que se ve dificultado por la evitación de las situaciones que evocan ansiedad. Por otra parte, el problema puede persistir debido tanto a un arousal alto, que impide la habituación, como a una serie de déficits y errores cognitivos (un deterioro de los mecanismos de cambio, defensas cognitivas, falsas premisas y reglas erróneas de inferencia) que podrían estar dificultando el procesamiento de la información necesario para cambiar tales estructuras de miedo.

De todos los trastornos de ansiedad, el obsesivo-compulsivo presenta las combinaciones de síntomas más heterogéneas, lo que parece indicar que no hay una forma común de estructura de miedo en este trastorno, aunque en todas estas estructuras parece estar presente un miedo a causar daño a sí o a otros y una respuesta de búsqueda de neutralización frente al mismo (y en ello coinciden con Salkovskis, 1985, 1989a, 1989b). Por lo tanto, para estos autores, la característica fundamental en este trastorno hace referencia a las complejas asociaciones con la noción de daño existentes en la estructura de miedo. Esto es, lo que distingue la estructura de miedo de los obsesivos de la de los fóbicos es la gran cantidad (y complejidad) de asociaciones con elementos de daño, peligro o amenaza. Debido a ello, la evitación pasiva llega a convertirse en algo imposible y los rituales activos pasan a ser un elemento necesario para lograr seguridad (Kozak, Foa y McCarthy, 1988).

En 1988 el grupo de Foa (Kozak et al., 1988) insisten en su idea de que los obsesivo-compulsivos muestran déficits en el procesamiento de la información, y afirman que tales déficits cognitivos se dan principalmente en tres áreas:

- Razonamiento epistemológico: Los individuos con este problema, generalmente, basan sus creencias de peligro en la ausencia de evidencia desconfirmatoria (Foa y Kozak, 1985). Las experiencias específicas de exposición a situaciones de miedo en las que no ha ocurrido daño no les sirven como evidencia ni les dan seguridad de que no se vaya a producir en otra situación. Además, la indecisión y dudas constantes que muestran los obsesivo-compulsivos sobre lo que es seguro y peligroso o sobre si sus rituales habrán sido correctamente realizados para prevenir el daño obedecerían, precisamente, a esta falta de evidencia disponible sobre la seguridad de una situación.

- Estimación de la probabilidad de daño y valencia negativa asociada con este daño: reúnen la información proporcionada por autores como Walker (1967), Carr (1974) o McFall y Wollersheim (1979), concluyendo que estos sujetos sobreestiman la probabilidad de daño o resultados negativos en una situación dada.

- Organización de la información: reglas de generalización y discriminación: Coinciden con Reed (1968, 1969) en considerar que los obsesivo-compulsivos muestran deterioros en la organización e integración de la experiencia, y comprueban (Persons y Foa, 1984) que este déficit global se acentúa cuando procesan material relacionado con el miedo.

En realidad, adaptan el modelo conductual a la teoría bioinformacional, pues explican la adquisición de las compulsiones de modo similar a como lo hace aquél: al hacerse ineficaz la evitación pasiva, debido a la gran cantidad de asociaciones estímulo-respuesta, surge la evitación activa.

Cuando no podemos encontrar una fuente externa de daño (ej. miedo a la enfermedad en el caso de compulsiones de limpieza), la conducta compulsiva (ej. limpieza) se realiza para reducir el malestar asociado con el contaminante, más que para prevenir el daño.

Así pues, por lo que respecta a la adquisición y mantenimiento de respuestas de miedo, este modelo recibiría las mismas críticas realizadas al de la teoría del aprendizaje. Por lo que atañe a las redes de memoria, sinceramente, queda todavía por realizar mucha investigación básica que nos permita confirmar todos estos planteamientos.

3. CONCLUSIONES

Como adelantábamos al principio del trabajo, nos reiteramos en afirmar que estamos aún lejos de haber conseguido un modelo integrador para el trastorno obsesivo-compulsivo que pueda dar cuenta de su compleja fenomenología. Lo más que se puede decir es que todas las teorías anteriormente revisadas explican determinados aspectos del problema, dejando sin respuesta otros. Se trata, en definitiva de minimodeios, cada uno de los cuales da razón de una serie de facetas (muchas de ellas de gran importancia) pero ninguno es, por sí mismo, una representación adecuada del trastorno en su totalidad.

Quizás el modelo que goza de un mayor soporte empírico y ha proporcionado la base para los tratamientos más eficaces sigue siendo la teoría bifactorial de Mowrer (1939); sin embargo tampoco es posible olvidar todas las limitaciones que anteriormente hemos señalado. También hemos visto que algunas de estas limitaciones han ido siendo solventadas por las progresivas revisiones que ha sufrido la teoría, incluyendo la toma en consideración de los elementos cognitivos (teorías cognitivo-comportamentales). Este último punto nos parece de capital importancia, ya que los factores cognitivos parecen desempeñar un papel decisivo debido a las propias características del trastorno. No obstante, aún reconociendo la importancia de los factores cognitivos, basarse fundamentalmente en ellos tampoco parece tener mucho sentido. Creemos como Marks (1977) que decididamente son muchos los factores que pueden estar incidiendo sobre el problema y a todos ellos se les debería prestar atención. En este sentido, nos parece ilustrativo recordar la larga lista de factores a los que apela este autor:

- *Factores filogenéticos*: tendrían aquí cabida conceptos tales como los de "prepotencia" (Marks, 1969) y "preparación" (Seligman, 1971; Seligman y Hager, 1972).

- *Factores genéticos*: De momento, los datos sobre el papel desempeñado por los factores genéticos no son concluyentes (Emmelkamp, 1982; Rachman, 1985), aunque apuntan más hacia una contribución genética no específica, quizás en la forma de una tendencia a desarrollar dificultades neuróticas en general (Beech y Vayghan, 1978; Rachman, 1985). Hemos de esperar que una metodología de estudio más refinada nos permita extraer conclusiones más específicas. Quizás proyectos de investigación muy ambiciosos, como los englobados en el "proyecto genoma humano" que actualmente está siendo desarrollado en colaboración entre distintos países, puedan dar cuenta del papel jugado por estos factores.

- *Factores madurativos*: que explicarían por qué las obsesiones y compulsiones aparecen, en la mayoría de casos, en la adolescencia y primera juventud; por qué en los niños aparecen con frecuencia conductas similares a los rituales que desaparecen con la maduración, etc.

- *Factores bioquímicos y neurofisiológicos*: los resultados no son concluyentes debido principalmente a las dificultades que conlleva su estudio con humanos, por lo que la mayoría de datos provienen de extrapolaciones realizadas a partir de estudios con fármacos y de las similitudes de este trastorno con otros trastornos (lesiones del lóbulo temporal y de los ganglios basales, corea de Huntington, síndrome de Gilles de la Tourette...) (Ananth, 1985).

- *Factores familiares y de aprendizaje*: como apuntan autores como Rachman (1976) y Emmelkamp y colaboradores (1982, 1989) las variables de aprendizaje social parecen estar jugando un importante papel en este problema, aunque los resultados de las investigaciones distan de ser, de momento, concluyentes.

- *Factores de condicionamiento*: donde tendrían cabida variables de condicionamiento clásico, operante, semántico..., avaladas por un cuerpo de investigación empírica que hace difícil, sino imposible, obviar su papel.

Otro punto a tener en cuenta, no específicamente reseñado por Marks, serían los factores provinientes del procesamiento de la información: si, como parece ser cierto, los obsesivo-compulsivos adolecen de déficits cognitivos, habría que buscar a qué obedecen tales déficits, ya que de momento los psicólogos del procesamiento de la información están más preocupados por demostrar la existencia de estos déficits que en darles explicación.

Dada la complejidad del tema, nos parece de la mayor importancia ser realistas y modestos. Esto significa la necesidad de asumir que para poder progresar resulta muy conveniente trabajar desde un determinado modelo. Ahora bien, siendo totalmente conscientes de que éste sólo puede dar cuenta de algunos aspectos del trastorno. En caso contrario se corre el peligro que pone de manifiesto el famoso cuadro hindú, esto es, la percepción de distintas partes de un elefante por diferentes personas ciegas les hace llegar a conclusiones totalmente erróneas sobre el objeto percibido.

No quisiéramos acabar la presente revisión sin plantear una posibilidad que nos

parece interesante, esto es, considerar el trastorno obsesivo-compulsivo no como un síndrome único, sino como diferentes cuadros clínicos que, aunque englobados bajo un epígrafe común, reúnen las características diferenciales suficientes como para considerar la posibilidad de etiologías diversas para cada uno de ellos. Esta hipótesis, ya considerada a nivel biológico -ej. el estudio de Thoren, Asberg, Cronholm, Jorenstedt & Traskman, 1980 (*)-, habría que estudiarla también a nivel psicológico. Algunas de las sugerencias planteadas en esta línea son:

- La posibilidad, sugerida por Rachman (1976) y Emmelkamp y colaboradores (Emmelkamp & Rabbie, 1982; Hoekstra et al., 1989) de la influencia de variables de aprendizaje social diferentes en la etiología de este trastorno, según se trate de compulsiones de limpieza o de verificación.

- Otra cuestión a delimitar sería la posible influencia de factores diferentes, según se trate de obsesiones "puras" (sin rituales); obsesiones más compulsiones: o compulsiones "puras" (básicamente, la lentitud obsesiva primaria).

- También pueden establecerse diferencias dentro de este trastorno en función de su relación con la depresión, pues hay casos donde es realmente difícil decidir qué diagnóstico predomina, si el de trastorno obsesivo-compulsivo o el de trastorno afectivo, lo que lleva a que algunos investigadores (Insel, Zahn & Murphy, 1985) planteen incluso si sería mejor conceptualizar el trastorno obsesivo-compulsivo como una variante más de los trastornos afectivos. Las relaciones entre ambos trastornos son complejas, y difieren en función del sujeto pues, aunque en la mayoría de pacientes existe un deterioro en el estado de ánimo a medida que se agrava el trastorno obsesivo-compulsivo, hay algunos que mejoran de la depresión al comenzar con el trastorno obsesivo, otros sufren una mejoría en los síntomas obsesivo-compulsivos al agravarse la depresión, y en otros -una minoría- el trastorno no parece afectar al estado de ánimo.

Pensamos que es importante dilucidar todas estas cuestiones, no sólo porque nos permitirán conocer mejor y hacernos una idea más exacta del trastorno obsesivo-compulsivo, sino también por las implicaciones terapéuticas que ello conlleva. Un conocimiento más preciso de los factores que inciden en un tipo específico de trastorno obsesivo-compulsivo nos permitiría explicar los fracasos que se dan en determinados casos con procedimientos de terapia que quizás pueden resultar útiles en otros (ej. antidepressivos, exposición y prevención de respuesta, etc.) y, además, posibilitaría afinar más el tratamiento según los factores específicos que estén incidiendo en el problema.

NOTAS

(*) Thoren et al. (1980) encontraron que los pacientes obsesivo-compulsivos que tenían un bajo nivel H1AA (un metabolito de la serotonina) cerebroespinal antes del tratamiento respondían peor a la Clomipramina, lo que les llevó a pensar que quizás estos pacientes tuvieran un déficit serotoninérgico.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition, Revised*. Washington, DC. (Traducción castellana Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1988).
- ANANTH, J. (1985): Pharmacotherapy of Obsessive-Compulsive Disorder. En M. Mavissakalian, S.M. Turner & L. Michelson (Eds.): *Obsessive-compulsive disorder. Psychological and pharmacological treatment*. New York, Plenum Press.
- BARLOW, D.H. (1988): Obsessive-Compulsive Disorder. En D.H. Barlow: *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, The Guilford Press.
- BECK, A.T.; EMERY, G. & GREENBERG, R.L. (1985): *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York, Basic Books, Inc., Publishers.
- BEECH, H.R. & VAUGHAN, M. (1978): *Behavioral treatment of obsessional states*. New York, Wiley.
- BERSH, P.J. (1980): Eysenck's theory of incubation: A critical analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 11-17.
- BOULOUGOURIS, J.C.; RABAVILAS, A.D. & STEFANIS, C. (1977): Psychophysiological responses in obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 221-230.
- CARR, A.T. (1971): Compulsive neurosis: Two psychophysiological studies. *Bulletin British of Psychology and Sociology*, 24, 256-257.
- CARR, A.T. (1974): Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- DE SILVA, P., RACHMAN, S. & SELIGMAN, M. (1977): Prepared phobias and obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 65-77.
- DIAZ FERNANDEZ, O. & PASTORIZA GONZALEZ, P. (1987): Modelos conductuales-cognitivos de los desórdenes-obsesivo-compulsivos. *Revista Es-*

pañola de Terapia del Comportamiento, 5, 31-40.

- DOLLAR, J. & MILLER, V.G. (1950): *Personality and Psychotherapy*. New York. McGraw-Hill.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1982): *Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Theory, research, and practice*. New York, Plenum Press.
- EMMELKAMP, P.M.G. & RABBIE, D. (1982): Parental rearing styles and sex-role differences in obsessive-compulsive disorders. *Manuscrito no publicado*, Universidad de Groningen.
- ESQUIROL, J.E.D. (1838): *Des maladies mentales*. Paris, Baillière.
- EYSENCK, H.J. (1979): The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Science*, 2, 155-199.
- EYSENCK, H.J. (1980): Condicionamiento pavloviano y extinción como componentes básicos para una teoría unitaria de las neurosis y de su terapéutica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 479-507.
- EYSENCK, H.J. (1985): Incubation theory of fear/anxiety. En S. Reiss & R.R. Bootzin (Eds.): *Theoretical issues in behavior therapy*. Orlando, Academic Press.
- FOA, E.B. & KOZAK, M.J. (1985): Treatment of anxiety disorders: implications for psychopathology. En A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- FOA, E.B. & KOZAK, M.J. (1986): Emotional Processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- FOA, E.B. & STEKETEE, G. (1987): Behavioural Treatment of Phobics and Obsessive-Compulsives. En N.S. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives*. New York, Guilford Press.
- FOA, E.B.; STEKETEE, G. & OZANOW, B.J. (1985): Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. En M. Mavissakalian (Ed.): *Obsessive-compulsive disorders: Psychological and pharmacological treatments*. New York, Plenum Press.
- FREUD, S. (1894): Las neuropsicosis de defensa. *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu Ed., 1980.
- FREUD, S. (1896): La herencia y la etiología de las neurosis. *Obras completas*. Buenos Aires. Amorrortu Ed., 1980.
- FREUD, S. (1908): Character and anal erotism. *Standard Edition*, 9, 169-175.
- FREUD, S. (1913): The disposition to obsessional neurosis. *Standard Edition*, 12, 317-326.
- FREUD, S. (1917): Introductory lectures on psychoanalysis. *Standard Edition*, 16, 258-272.
- GAVINO, A., GODOY, A., MORENO, B., ESTEVE, R. & RODRIGUEZ-NARANJO, C. (1988): *Obsesiones: Teorías, evaluación y tratamiento*. Valencia, Promolibro.

- GRANT, D.A. (1964): Classical and operant conditioning. En A.W. Melton (Ed.): *Categories of human learning*. New York, Academic Press.
- HERNSTEIN, R.J. (1969): Method and theory in the study of avoidance. *Psychological Review*, 76, 49-69.
- HERNSTEIN, R.J. & HINELINE, P.N. (1966): Negative reinforcement as shock-frequency reduction. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9, 421-430.
- HODGSON, R.J. & RACHMAN, S. (1972): The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111-117.
- HODGSON, R.J. & RACHMAN, S. (1974): Desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 319-326.
- HOESTRA, R.J., VISSER, S. & EMMELKAMP, P.M.G. (1989): A social learning formulation of the etiology of obsessive-compulsive disorders. En P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.W. Kraaimaat y M.J.M. van Son (Eds.): *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders (Annual series of european research in behavior therapy, 4)*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
- HOLLAND, H.C. (1974): Displacement activity as a form of abnormal behaviour in animals. En H.R. Beech (Ed.): *Obsessional States*, London, Methuen & Co., Ltd.
- INSEL, T.R.; ZAHN, T. & MURPHY, D.L. (1985): Obsessive-compulsive disorder: An anxiety disorder?. En A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, Erlbaum.
- JAKES, I. (1989): Salkovskis on obsessional-compulsive neurosis: a rejoinder. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 683-684.
- JANET, P. (1903): *Les obsessions et la psychasthénie, vol I*, 2nd ed. París, Alcan.
- KOZAK, M.J.; FOA, E.B. & McCARTHY, P.R. (1988): Obsessive-compulsive disorder. En C.G. Last y M. Hersen: (Eds.) *Handbook of Anxiety Disorders*. Oxford, Pergamon Press.
- LANG, P.J. (1977): Imagery in therapy: an information processing analysis of fear. *Behavioural Therapy*, 8, 862-886.
- LANG, P.J. (1979): A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 6, 495-511.
- LAZARUS, R.S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York, McGraw-Hill.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing Company, Inc. (Traducción castellana Ed. Martínez Roca S.A., Barcelona 1986).
- MAIER, N.R.F. (1949): *Frustration: The study of behavior without a goal*. New York, McGraw-Hill.
- MARKS, I. (1969): *Fears and phobias*. London, Academic Press.
- MARKS, I. (1977): Fobias y obsesiones. En J.D. Maser & M.E.P. Seligman (Eds.):

- Psychopathology: Experimental models*. San Francisco, W.H. Freeman and Company. (Traducción castellana Ed. Alhambra, S.A. Madrid, 1983).
- MARKS, I. (1981): *Cure and care of neurosis*. New York, Wiley & Sons, Inc. (Traducción castellana Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona, 1986).
- MARKS, I. (1983): Behavioral concepts and treatment of neuroses. En M. Rosenbaum, C.M. Franks & Y. Jaffe (Eds.): *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York, Springer Publishing Company.
- MARKS, I. (1987): *Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety, and Their Disorders*. New York, Oxford University Press.
- MAVISSAKALIAN, M. (1979): Functional classification of obsessive-compulsive phenomena logical treatment. *Unpublished manuscript*.
- MCFALL, M.E. & WOLLERSHEIN, J.P. (1979): Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation an approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- MILNER, A.D.; BEECH, H.R. & WALKER, V.J. (1971): Decision processes and obsessional behavior. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 88-89.
- MINEKA, S. (1985): Animal models of anxiety-based disorders: their usefulness and limitations. En A.H. Tuma & J. Maser (Eds.): *Anxiety and the anxiety disorders*. New Jersey, Erlbaum Associates Publishers.
- MINEKA, S.; SUOMI, S.J. & DELIZIO, R. (1981): Multiple peer separations in adolescent monkeys: An opponent process interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 56-85.
- MOWRER, O.H. (1939): A stimulus response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Harvard Educational Review*, 46, 553-565.
- MOWRER, O.H. (1947): On the dual nature of learning: a reintegration of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- MOWRER, O.H. (1951): Two-factor learning theory: Summary and comments. *Psychological Reports*, 58, 350-354.
- MOWRER, O.H. (1960): *Learning theory and behavior*. New York. Wiley.
- NOSHIRVANI, H.F.; KASVIKIS, Y.G.; TSAKIRIS, F.; BASOGLU, M. & MARKS, I.M. (1986): Demographic characteristics of 280 cases of obsessive-compulsive disorder. (*en prensa*).
- OBERHUMMER, O.; SACHS, G. & STELLAMOOR, M. (1983): Ein vergleich psychophysiologischer reaktionsmuster bei hypochondrischen patienten und solchen mit Zwangssyndromen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 113-125.
- PERSONS, J.B. & FOA, E.B. (1984): Processing of fearful and neutral information by obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 259-265.
- RACHMAN, S. (1971): Obsessional Ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.

- RACHMAN, S. (1974): *The meaning of fear*. Middlesex, Penguin Books.
- RACHMAN, S. (1976): Obsessional-Compulsive Checking. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 269-277.
- RACHMAN, S. (1977): The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behavior Research and Therapy*, 15, 375-387.
- RACHMAN, S. (1978): *Fear and courage*. San Francisco, Freeman.
- RACHMAN, S. (1981): Part I: Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behavioural Research and Therapy*, 3, 89-99.
- RACHMAN, S. (1985): An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En M. Mavissakalian, S.M. Turner & L. Michelson (Eds.): *Obsessive-compulsive disorder. Psychological and pharmacological treatment*. New York, Plenum Press.
- RACHMAN, S. & DE SILVA, P. (1978): Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- RACHMAN, S. & HODGSON, R.J. (1980): *Obsessions and Compulsions*. Engelwood Cliffs, Prentice-Hall.
- REED, G.F. (1968): Some formal qualities of obsessional thinking. *Psychiatra Clinica*, 1, 382-392.
- REED, G.F. (1969a): "Under-inclusion" - A characteristic of obsessional personality disorder: I. *British Journal of Psychiatry*, 115, 787-790.
- REED, G.F. (1969b): "Under-inclusion" - A characteristic of obsessional personality disorder: II. *British Journal of Psychiatry*, 115, 787-790.
- REED, G.F. (1977): Obsessional cognition: Performance on two numerical tasks. *British Journal of Psychiatry*, 130, 184-185.
- REED, G.F. (1983): Obsessional-compulsive disorder: A cognitive-structural approach. *Canadian Psychology*, 24, 169-180.
- REED, G.F. (1985): *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour. A Cognitive-Structural Approach*. Orlando, Academic Press, Inc.
- RÖPER, G. & RACHMAN, S. (1976): Obsessional Compulsive Checking: Experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 25-32.
- RÖPER, G.; RACHMAN, S. & HODGSON, R. (1973): An experiment on obsessional checking. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 271-277.
- SALKOVSKIS, P.M. (1985): Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALKOVSKIS, P.M. (1989a): Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- SALKOVSKIS, P.M. (1989b): Obsessive and intrusive thoughts: clinical and non-clinical aspects. En P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.W. Kraai-maat, y M.J.M. van Son (Eds.): *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders* (Annual

- Series of European Research in Behavior Therapy*, 4). Amsterdam. Swets & Zeitlinger.
- SALKOVSKIS, P.M. & HARRISON, J. (1984): Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- SALKOVSKIS, P.M. & WARWICK, H.M.C. (1985): Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 243-255.
- SANDIN, B., CHOROT, P. & FERNANDEZ-TRESPALACIOS, J.L. (1989): Pavlovian conditioning of phobias: The state of the art. En P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F.W Kraaimaat, y M.J.M. van Son (Eds.): *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders (Annual Series of European Research in Behavior Therapy*, 4). Amsterdam. Swets & Zeitlinger.
- SELIGMAN, M.E.P. (1971): Phobias and Preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- SELIGMAN, M.E.P. & HAGER, J. (1972): *The biological boundaries of learning*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- SHER, K.J.; FROST, R.O.; KUSHNER, M.; CREWS, T.M. & ALEXANDER, J.E. (1989): Memory deficits in compulsive checkers: replication and extension in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 65-69.
- SIFNEOS, P.E. (1985): Short-term psychotherapy for patients suffering from an obsessive-compulsive disorder. En M. Mavissakalian, S.M. Turner & L. Michelson (Eds.): *Obsessive-compulsive disorder. Psychological and pharmacological treatment*. New York, Plenum Press.
- SOLOMON, R.L.; KAMIN, L.J. & WYNNE, L.C. (1953): Traumatic avoidance learning: The outcomes of several extinction procedures with dogs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 291-302.
- STEKETEE, G.S., GRAYSON, J.B. & FOA, E.B. (1985): Obsessive-compulsive disorders: differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 197-201.
- TEASDALE, J.D. (1974): Learning models of obsessional-compulsive disorder. En H.R. Beech (Ed.): *Obsessional States*. London. Methuen.
- THOREN, P.; ASBERG, M.; CRONHOLM, B.; JORENSTEDT, L. & TRASKMAN, L. (1980): Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1281-1289.
- THYER, B.A., CURTIS, G.C. & FECHNER, S.L. (1984): Fear of criticism is not specific to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 77-80.
- TURNER, R.M. & MICHELSON, L. (1984): Obsessive-Compulsive Disorders. En S.M. Turner (Ed.): *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety*. New York, Plenum Press.
- TURNER, R.M.; STEKETEE, G.S. & FOA, E.B. (1979): Fear of criticism in

- washers, checkers and phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 79-81.
- VOLANS, P.J. (1976): Styles of decision-making and probability appraisal in selected obsessional and phobic patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 305-317.
- WALKER, V.J. (1967): *An investigation of ritualistic behaviour in obsessional patients*. Tesis doctoral. Universidad de Londres.
- WESTPHAL, C. (1877): Über Zwangsvorstellungen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 46, 669-684.