

T. 6: TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO

1. INTRODUCCIÓN

Obsesión = asedio: - Algo exterior contra lo que se lucha y se resiste activamente
 - Posibilidad de agotamiento y rendición final

Personajes:

- **Esquirol:** Pionero: - el 1^{er} caso
 - el TOC actual = su concepto de “monomanía”

- Morel: excelente descripción de las obsesiones (délire émotif)

- Westphal: contribuye a su descripción.

- **Janet:** Su obra *Las obsesiones y la psicastenia* fue un hito fundamental en su estudio y comprensión.

Sin embargo, todavía hay cuestiones no resueltas.

2. CONCEPTUACIÓN

No es fácil delimitar los aspectos característicos necesarios para definir el TOC.

Cercanía a las psicosis (Vallejo Ruiloba):

1. Su cercanía a la “locura”:
 - Los psicopatólogos franceses hablan de las obsesiones en términos de locura.
 - Westphal: “locura malograda o abortada”
 - Actualmente: “psicosis obsesiva” para los cuadros más graves.
2. Lo absurdas y carentes de sentido que resultan muchas percepciones obsesivas.
3. Su génesis: súbita e incomprensible.
4. La capacidad invasiva y destructiva del trastorno.

Distancia con las psicosis (Vallejo Ruiloba):

1. La conciencia de enfermedad (siempre presente ±).
2. Carencia de intencionalidad exterior (autorreferencia).

3. La ausencia de deterioro.
4. El hecho de que el obsesivo luche contra sus ideas (el esquizofrénico se identifica con ellas).

Aun considerando adecuada su inclusión dentro de las neurosis, se le considera “la más marginal de estas”. Factores que la hacen “neurosis marginal”:

1. Al tratarse de fenómenos dimensionales, se acercaría a las neurosis.
2. pero, la fijación al plano de la realidad y la conciencia de enfermedad (características de las neurosis) son cuestionables en las obsesiones.

Generalmente se considera que las psicosis son más graves que las neurosis, pero algunos TOC resultan más incapacitantes que la esquizofrenia.

Barlow: “la culminación devastadora de las manifestaciones más intensas de trastornos emocionales”.

Insel: El TOC como identidad independiente.

Westphal:

- La cualidad compulsiva de la experiencia.
- El reconocimiento de la misma como irrelevante, absurda o sin sentido.
- Que la experiencia sea resistida por la persona.

Actualmente el último punto ya no se mantiene: al principio puede haber resistencia, pero al final se suele claudicar.

3. CLASIFICACIÓN

Freud: son reproches transformados por un acto sexual de la niñez ejecutado con placer.

- separaba las obsesiones y las fobias de las neurastenias
- no dependen de la degeneración mental
- diferencia obsesiones y fobias.



Estado emocional: angustia

Durante mucho tiempo se aceptaron los planteamientos freudianos.

La “neurosis obsesiva” adquirió definitivamente su independencia nosográfica en el DSM-II, y la separación con los fóbicos se atribuye a los éxitos terapéuticos conductistas.

(El punto 3.1. no entra como materia de examen)

3.2. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

En el DSM-III: dentro de los T. por Ansiedad.

Los rasgos esenciales: presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes.

- Las compulsiones se resisten, al menos, inicialmente.
- Se reconoce el sinsentido de la conducta (no en niños).
- Malestar significativo.
- No deben estar producidas por otra alteración mental.

En el DSM-III-R:

- Se acentúa todavía más la importancia de la gravedad (=intenso malestar, pérdida de tiempo, interferencia grave en las distintas facetas de la vida)
- Que las obsesiones se manifiesten, al menos inicialmente, como sin sentido
- Las compulsiones se realicen como R. a una obsesión
- Con el transcurrir de la enfermedad y comprobar el fracaso a la hora de resistirse a las compulsiones, la persona puede abandonarse totalmente a ellas y no experimentar más deseo de resistirse.

En el DSM-IV y DSM-IV-Tr: (≈ a los anteriores)

- Se sigue subrayando la importancia de la gravedad.
- Las obsesiones no deben ser preocupaciones excesivas acerca de problemas reales.
- Las obsesiones se experimentan en algún momento como intrusivas e inapropiadas.
- Las compulsiones se realizan en R. a una obsesión, o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.

Pero (≠):

- No indica nada de que en los casos de larga duración no... el deseo de resistirse.
- Por 1^a vez: las compulsiones como conductas repetitivas o acciones mentales.
- Si hay otro trastorno en el Eje I, el contenido de la obsesión o de la compulsión no debe circunscribirse a él (en el DSM-III solo sobre las obsesiones)
- Que no debe estar causado directamente por alguna sustancia o condición médica.
- Pide especificar si es de pobre Insight (= la mayor parte del tiempo no reconoce que las obs. o comp. son excesivas o irracionales)

Resumiendo:

Tanto en la CIE como en el DSM: para diagnosticar de TOC se requiere la presencia de obs. y comp.

Las posibles diferencias pueden aparecer a la hora de definir ambos aspectos y de entender cómo se relacionan.

Podemos decir que:

Las obsesiones son:

- Ideas, pensamientos, imágenes e impulsos persistentes.
- que se experimentan, al menos al principio, como invasoras (no es voluntaria) y sin sentido. Es una “experiencia pasiva”, le ocurre a la persona.
- No la reconoce como algo externa; reconoce que se trata de su propio pensamiento.
- Que la persona intenta suprimir o neutralizar (no la desea).

Las compulsiones son:

- Conductas o acciones mentales repetitivas, finalistas e intencionales.
- que se realizan (de manera estereotipada o siguiendo unas reglas) como R. a una obsesión.
- Su realización no es placentera (aunque a corto plazo, pueden proporcionar un alivio de la tensión o de la ansiedad) ni útil: se plantea para prevenir un desastre o daño.
- También generalmente hay deseo de resistirse a ella. Reconoce su irracionalidad o sinsentido.
- El aspecto fundamental: la urgencia compulsiva.
- No siempre existe una conexión lógica entre la conducta comp. y el peligro a conjurar; u otras veces, resulta excesiva.
- No es una conducta automática. Tiene naturaleza activa.

4. LA RELACIÓN FUNCIONAL ENTRE OBSESIONES Y COMPULSIONES.

4.1. NATURALEZA Y RELACIÓN DE LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES.

Hembree:

Existe abundante evidencia empírica respecto a que la obsesión produce malestar y sobre que la conducta compulsiva sirve para reducir la ansiedad.

Sin embargo, esto parece entrar en conflicto con otra idea del DSM: las compulsiones son conductas que se efectúan en R a una obsesión... *o de acuerdo con determinadas reglas.*

Así, ¿las compulsiones se realizan siempre como una respuesta a al obsesión o pueden entenderse de otro modo?

De Silva y Rachman:

En la mayoría de los casos, la obsesión da lugar a la compulsión:

La compulsión sirve para neutralizar o prevenir un posible daño.

Sin embargo, a veces, la obsesión se da sola o la compulsión también aparece sola sin estar precedida por una obsesión (+ infrecuente).

Para estos autores una forma de comprender la relación entre obsesiones y compulsiones es considerar los elementos que conforman una experiencia obsesivo-compulsiva:

- El malestar: siempre está presente en los casos clínicos.
- Las obsesiones y/o compulsiones: pueden estar presentes o ausentes.
- La urgencia compulsiva: también está siempre presente.
- Cuando realiza la conducta compulsiva siente alivio, se reduce el malestar; pero en algunas ocasiones, el malestar no se reduce (incluso aumenta).
- El miedo al desastre, la búsqueda de reaseguración y la evitación: pueden tener mayor o menor importancia.
- La realización de una conducta compulsiva puede verse afectada por factores externos o internos.

La CIE-10: no señala abiertamente que la compulsión se realice como R. a una obsesión, sólo que tiene la función de prevenir o conjurar algún peligro o daño.

En DSM-III, DSM-IV Y DSM-IV-Tr: la persona realiza la compulsión en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.

4.2. PENSAMIENTOS NEUTRALIZADORES: ¿OBSESIONES O COMPULSIONES?

En el DSM-III-R: las obs. como acontecimientos mentales, y las compulsiones como conductas manifiestas.

Además, el criterio para obsesiones distingue entre dos tipos de acontecimientos mentales:

- Los que el individuo trata de suprimir o ignorar.
- Los que le sirven para neutralizar los pensamientos intrusivos.

→ ij Algunos acontecimientos mentales funcionan como compulsiones encubiertas y podemos entenderlos como rituales compulsivos.

Sin embargo, en la descripción de las compulsiones (en el DSM-III-R) no se menciona la posibilidad de rituales cognitivos, ni la idea de que los pensamientos puedan reducir o prevenir el desastre.

El grupo de trabajo del DSM-IV puso a prueba esta cuestión (en qué medida los TOC reconocían tener compulsiones cognitivas):

El 79 % reconoció ambos tipos de compulsiones: manifiestas y mentales.

→ quedaron recogidas en el DSM-IV

Rachman tb señala la conveniencia de considerar los dos tipos de compulsiones:

- Compulsiones manifiestas.
- Compulsiones encubiertas (“compulsiones o rituales cognitivos”)

ij Las obsesiones son acontecimientos mentales, pero no todas las compulsiones son conductas motoras, muchos pacientes tienen compulsiones mentales o encubiertas.

4.3. ¿RECONOCE EL PACIENTE QUE SUS SÍNTOMAS NO TIENEN SENTIDO?

Westphal: como anormales y extraños a él mismo.

Janet: como algo extraño al yo y como algo absurdo (planteamiento del DSM).

Insel, y otros.: es más adecuado hablar de un continuo:

Algunos pacientes creen que son irracionales, otros no están muy convencidos y los hay que creen que son totalmente lógicos y razonables (este último: “psicosis obsesivo-compulsiva”).

5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

(No entra ni el epígrafe 5.1 ni el 5.3)

5.2. LA CLASIFICACIÓN DE DE SILVA Y RACHMAN

Distintas manifestaciones o subtipos clínicos (generalmente en cada paciente predominan 1 o 2 subtipos):

- a. Compulsiones de limpieza/lavado.
 - La forma más común.
 - Más en mujeres.
 - Obsesiones sobre posible contaminación por gérmenes, y llave a cabo elaborados rituales de limpieza.

- b. Compulsiones de comprobación.
 - El 2º en frecuencia.
 - Por igual en ambos sexos.
 - Minuciosos y repetidos rituales de comprobación, asociados a obsesiones que toman la forma de duda.
 - Temen que la falta de comprobación de lugar a una catástrofe de la que se sentirían responsables. Si ese sentido de la responsabilidad no está presente, la ansiedad disminuye o no existe.

- c. Otro tipo de compulsiones manifiestas.
 - P.ej.: repeticiones reiteradas de determinadas conductas; seguir secuencias estrictas al realizar una conducta; compulsiones de tocar; almacenar cualquier cosa.
 - No hay diferencias entre sexos.
 - La razón que dan es que están conjurando algún peligro, evitando una catástrofe.
 - Algunos dicen que lo hacen para evitar el malestar que se produciría si no lo hicieran.

- d. Obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta.
 - Presencia de pensamientos, imágenes o impulsos, no acompañados por rituales.
 - Muy frecuente.
 - En algunos pacientes van seguidas de compulsiones encubiertas: contar según una secuencia, pensar una frase que contrarreste la obsesión.
 - Otros pacientes tienen compulsiones mentales sin que estén asociadas a obsesiones (repetir todo lo que otros digan).
 - El problema principal de algunos son las rumiaciones: invierten largos periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto (cuestión religiosa, filosófica, familiar...).

- e. Lentitud obsesiva primaria:
 - Baja frecuencia.
 - La mayoría en hombres.
 - La persona lleva a cabo algunas actividades de forma extraordinariamente pausada y lenta.
 - No es vivenciado por el sujeto como algo molesto y que tenga que ser resistido.
 - Suele aparecer al inicio de la vida adulta.
 - Tiene curso crónico.
 - Da lugar a incapacitación y a aislamiento social.

5.4. LA CLASIFICACIÓN DE RACHMAN

¿Cómo es posible lavarse repetidamente y todavía permanecer sucio?: “Polución de la mente”

Plantea una posible alternativa a las clasificaciones tradicionales del TOC, en lo que respeta a las obsesiones - compulsiones de limpieza. Tres subtipos (interesante tabla pág.160):

1. Sentirse sucio: contacto directo con algo objetivamente sucio → lavar la parte afectada.
Ansiedad por la limpieza.

2. “La sensación de polución (de la mente)” (= “suciedad interior”):

- Es independiente de la presencia o ausencia de suciedad observable.
- Las fuentes de suciedad son más amplias que en la sensación de estar sucio.
- Puede estar generada por acontecimientos mentales como pensamientos e imágenes o impulsos inaceptables.
- Tan resistente a la desconfirmación racional como una idea sobrevalorada.
- No cambia tan directamente como la sensación de estar sucio, y variables como proximidad, olor, contacto, grado de putrefacción... (importantes para sentirse sucio) pueden no ejercer ninguna influencia en el curso del problema.
- La persona, para eliminar la sensación de polución, utiliza los mismos métodos que utilizaría en el caso de estar sucio, pero, en este caso, los lavados repetidos no darán resultado.
- La más difícil de tratar: más fracasos y más recaídas.

3. Miedo a la enfermedad, fundamentalmente a la contaminación. Ansiedad por la enfermedad.

En muchos pacientes estarán presentes los tres tipos (sentirse sucio, polución de la mente y miedo a la contaminación). Pero también pueden presentarse aisladamente cualquiera de los 3 subtipos.

Los estímulos desencadenantes, las emociones asociadas, el tipo y rango de amenaza, y las recomendaciones terapéuticas son distintos en cada caso → Diferenciarlos es importante.

6. PREVALENCIA, CURSO Y RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS.

Prevalencia y curso:

Tradicionalmente se pensaba que era un trastorno raro (0,1%). Esta idea ha cambiado tras estudios epidemiológicos recientes:

- DSM-IV: prevalencia vital de 2,5% y prevalencia anual del 1,5 al 2,1%
- Marks: tasa de prevalencia entre el 1,8 y el 2.5%.
- Los síntomas son más frecuentes que el trastorno.
 - ♦ Rachman y De Silva: el 80% de la población normal tiene síntomas obsesivo-compulsivos.

Además, al comparar los síntomas de los normales con los que manifestaban pacientes con TOC: ≠ cuantitativas.

Por otro lado:

- La edad de inicio: adolescencia o principio de la vida adulta, aunque también se han identificado casos en niños de 5 y 6 años.
- Se desarrolla gradualmente y el curso es crónico con fluctuaciones en la sintomatología.
- El deterioro va de moderado a muy grave (incluso incapacitante)

En relación con otros trastornos:

Es necesario diferenciar el TOC de otros trastornos. Así:

- En algunos casos la obsesión llega a ser una idea sobrevalorada → diagnóstico diferencial respecto a T. delirante.
- De conductas como comer en exceso, juego patológico, determinación de perder peso, abuso de alcohol...). En estas, la persona encuentra placer y si se resiste a ella es por sus efectos 2^{os}.
- De Silva y Rachman: diferenciarlo de fobias, anorexia nerviosa, bulimia, síndrome de Gilles de la Tourette y el daño cerebral.

Entre la 1/3 y la 1/2 de los TOC tienen al menos otro trastorno asociado, especialmente depresión y otros T. de Ansiedad.

En relación con la depresión:

- Algunos pacientes desarrollan sintomatología obsesivo – compulsiva cuando están deprimidos: la obsesión es secundaria a la depresión y desaparece cuando esta remite.
- En otros, la depresión es secundaria al TOC: los síntomas obsesivo - compulsivos empeoran cuando el paciente está deprimido, y responden peor al tratamiento. Puede ser mejor tratar 1^o la depresión.

En pacientes con trastorno de la Tourette suele haber asociado TOC.

7. ETIOLOGÍA. MODELOS EXPLICATIVOS.

De todo el epígrafe del libro, solo entra el siguiente apartado:

f) Salkovskis (de orientación cognitiva)

Se propone realizar un análisis detallado del proceso psicológico implicado en los fenómenos intrusivos. Para ello, mantiene que dentro de las “cogniciones intrusivas molestas o desagradables” hay dos tipos de cogniciones:

- Los pensamientos automáticos negativos (Beck):
 - Elicitados por EE (externos o pensamientos acerca de los EE externos),
 - Plausibles o razonables (aunque puedan parecer rebuscados).
 - Se acepta sin cuestionamiento y sin someterse a prueba.
 - Son egosintónicos y egodisfóricos.

- Las obsesiones (o pensamientos intrusivos):
 - Resultan inaceptables, irracionales y poco plausibles.
 - Son egodistónicas.

Así, se diferencian en:

- El grado de intrusión percibido.
- El grado de accesibilidad a la conciencia.
- La diferencia central: El grado en que son consistentes con el sistema de creencias de la persona.

Para Salkovskis los pensamientos obsesivos funcionan como un estímulo que puede provocar un tipo particular de pensamiento automático.

Normalmente se producen intrusiones en la población normal sin que conlleve malestar.

→ Lo que ocurre es que en algunas ocasiones, las intrusiones pueden activar esquemas disfuncionales y dar lugar a pensamientos automáticos negativos.

Las intrusiones provocarán malestar sólo si tienen algún significado específico o alguna implicación importante para la persona.

En los TOC los pensamientos automáticos- estarán relacionados con ideas de ser **responsable** de prejuicios y daños.

Repitiendo lo dicho:

Las intrusiones sólo se convertirán en un problema, si dan lugar a una serie de pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre dichas intrusiones inaceptables para el individuo y su sistema de creencias.

Afirmación fundamental de Salkovskis:

Los pensamientos o imágenes automáticos desencadenados por las obsesiones giran en torno a la **responsabilidad personal** (concepto importante para entender el TOC), directa o indirecta. Por lo tanto, la necesidad de impedir un posible daño de agentes externos es igualmente importante. No es necesario que las cosas sucedan, puede bastar el pensamiento en sí mismo.

Según Salkovskis, la perturbación afectiva surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión, y no de la intrusión en sí misma. Las neutralizaciones serían intentos para evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros.

Los esfuerzos necesarios para llevar a cabo las neutralizaciones resultarían insignificantes si se los compara con el posible daño que podría ocurrir.

Mecanismos y factores moduladores implicados en las obsesiones y compulsiones:

- El ambiente es una amplia gama de potenciales estímulos desencadenantes de pensamientos intrusivos. Los obsesivos tenderán a evitarlos.
Esta estrategia de evitación puede fallar o llegar a ser contraproducente, y desencadenar los pensamientos que está intentando prevenir, encontrándonos por ello, ante el E desencadenante.

- Ante un estímulo desencadenante, externo o interno, el pensamiento intrusivo desencadenado es egodistónico (no consistente con el sistema de creencias).

- La reacción del individuo a esta intrusión dependerá de la importancia y de las posibles consecuencias que pueda tener su ocurrencia:
 - Si los pensamientos intrusivos extraños pueden ocurrir pero no tienen grandes implicaciones, el paciente no se preocupará.

 - Si cree que esos pensamientos tienen importantes implicaciones, se activarán una serie de pensamientos automáticos negativos.

- Los supuestos disfuncionales que con mayor % interactúan con los pensamientos intrusivos son:
 - Tener un pensamiento sobre una acción, es como realizar esa acción.
 - El fracaso en impedir daño a uno mismo o a los demás, es lo mismo que causar ese daño.
 - La responsabilidad no se atenúa por otros factores.

- No llevar a cabo la neutralización, es similar a buscar o desear el daño relacionado con la intrusión.
- Una persona puede y debe ejercer control sobre sus propios pensamientos.

Los supuestos pueden variar, pero se postula que siempre habrá un elemento de responsabilidad, culpa o control que interactuará con el contenido del pensamiento intrusivo, y dará lugar a pensamientos automáticos negativos.

- Esos pensamientos automáticos negativos serán egodistónicos y darán lugar a una alteración del afecto y esto es probable que dé lugar a la aparición de respuestas neutralizadoras.
- La probabilidad de la ocurrencia de las R. neutralizadoras dependerá de la experiencia previa.

La neutralización puede tener una serie de consecuencias importantes:

- Generalmente, tiene como resultado la reducción o alivio del malestar. Aumenta la probabilidad de la neutralización en el futuro y da lugar a generalización para la reducción del malestar en otras situaciones.
- La neutralización es reforzada: por una parte va seguida de no – castigo; por otra, proporciona apoyo a las creencias que mantiene el sujeto.

En el modelo de Salkovskis otro elemento importante a considerar es el estado de ánimo alterado previo a la neutralización, ya que puede actuar ampliando:

- Toda la gama de estímulos que provocan intrusiones.
- La gama de intrusiones que desencadenan estímulos negativos.
- El nivel de actividad de los esquemas disfuncionales preexistentes.

Para terminar, Salkovskis afirma que para que su modelo resulte útil debería poder dar respuesta a observaciones comunes de la práctica clínica, como:

- Compulsiones sin sentido y que no parecen relacionadas con pensamientos de culpa o responsabilidad. Incluso hay personas que encuentran agradable el hecho de realizar rituales.

Respuesta:

- Existen casos con neutralizaciones extraordinariamente bien elaboradas y eficaces, en los que las compulsiones estaban presentes desde hace mucho tiempo, y se habían

convertido en una conducta muy estereotipada. Además el paciente recordaba que al principio sí existía pensamiento intrusivo.

Así, respuestas muy eficaces de evitación podrían dar lugar a la desaparición de los pensamientos.

- Otra posibilidad es que la respuesta neutralizadora haya adquirido propiedades reforzantes asociadas a una fuerte señal de seguridad, y entonces, incluso podría elicitar pensamientos automáticos positivos.

En estos casos:

- Siempre habrá una R. neutralizadora muy eficaz.
 - Los pensamientos de culpa o responsabilidad habrán estado presentes al inicio de las obsesiones.
 - Las obsesiones tenderán a ser de muy largo evolución o de inicio temprano.
 - Poca o nula resistencia.
 - Poco o nulo malestar psicofisiológico subjetivo cuando realice la R. neutralizadora.
 - La R. neutralizadora tenderá a ser muy estereotipada.
- Los pensamientos acerca de culpa y responsabilidad no suelen observarse en muchas obsesiones normales: es poco probable que la persona que experimenta alguna intrusión, lleve a cabo la conducta neutralizadora, a no ser que la intrusión de lugar a pensamientos automáticos negativos de culpa o de responsabilidad. Este sería el elemento diferenciador fundamental entre obsesiones normales y clínicas.
- El modelo plantea una relación entre el estado de ánimo y las obsesiones: las obsesiones se incrementarán como resultado de una perturbación emocional.

Sin embargo, se ha observado la existencia de un pequeño subgrupo de pacientes en los que la presencia de depresión da lugar a una disminución de los síntomas obsesivos. Estos pacientes, además, muestran un aumento de las obsesiones cuando su depresión mejora.

Respuesta: La explicación podría encontrarse en el contenido de las cogniciones de estos pacientes cuando se deprimen:

- Autocensura y sentimientos de culpa.
- Sentimientos abrumadores de desesperanza y desamparo.

Desarrollo del TOC según Salkovskis:

- Algunas personas son más vulnerables a interpretar los pensamientos intrusivos como una indicación de que son responsables de daño que pueda ocurrir. Esto se debería a determinadas prácticas de crianza que enfatizan mucho la responsabilidad personal.
- Esta sensibilidad especial habría dado lugar a la formación de una serie de supuestos disfuncional.
- La ocurrencia de un incidente crítico activa las creencias disfuncionales que pueden interactuar con los pensamientos intrusivos.

Aunque no siempre es así, con gran frecuencia los incidentes críticos estarán asociados a un aumento de responsabilidad (p.ej. tener un hijo, casarse, cambio de empleo).

De este modo las obsesiones normales se convierten en foco de responsabilidad que dan lugar a pensamientos automáticos-, y poco a poco, se acompañarán de conductas neutralizadoras.

Valoración del modelo:

- El más sugerente de todos: además de introducir elementos tan importantes para entender el TOC como la noción de responsabilidad, o la diferenciación entre intrusiones y pensamientos negativos, cuenta con la ventaja de seguir contemplando aspectos de los modelos de condicionamiento.
- Críticas recibidas:
 - ¿es necesario incluir los pensamientos automáticos- para comprender el TOC?
 - No explica los distintos subtipos clínicos

.....

ANEXO: Criterios para el diagnóstico de TOC según el DSM – IV

A. Obsesiones o compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, alguna vez durante la perturbación, como intrusivos e inapropiados, y causan marcada ansiedad y malestar.
- No son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida cotidiana.
- La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, o neutralizarlos con otro pensamiento o acción.
- La persona reconoce que los pensamientos son un producto de su propia mente (no impuestos como ocurre en la inserción del pensamiento).

