



UNIVERSITAT
JAUME • **I**

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la Regulación Emocional: Una revisión bibliográfica.

Trabajo Final de Grado – Grado en Psicología

Tutora: AZUCENA GARCÍA PALACIOS

SERGIO VILLARROYA SANZ

DNI: 73105286-Q

Convocatoria: JUNIO de 2016

Universidad Jaume I, Castellón de la Plana

Índice

Resumen	1
Abstract	1
Extended Summary	2
1. Introducción	4
2. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	5
2.1. Características clínicas	5
2.1.1. Las obsesiones.....	6
2.1.2. Las compulsiones	7
2.1.3. Tipos de contenidos cognitivos, creencias disfuncionales.....	8
2.2. Datos epidemiológicos.....	11
2.3. Clasificación y Diagnóstico.....	12
2.3.1. Clasificación del TOC.....	12
2.3.2. Diagnóstico	15
2.4. Factores etiológicos	18
3. Regulación Emocional	19
3.1. Definiciones	19
3.2. Modelo de procesos de la regulación emocional de Gross (1998)	21
3.3. Regulación Emocional y Psicopatología	23
4. Procedimiento de búsqueda.....	26
5. TOC y Regulación Emocional.....	27
6. Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	35

Resumen

Desde tiempos atrás y desde varias perspectivas, se ha mostrado el interés en comprender el funcionamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo dando lugar a una gran cantidad de investigaciones, aunque actualmente sigue sin haber un modelo explicativo que abarque todos los aspectos y manifestaciones de este trastorno debido a su gran heterogeneidad. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre las distintas investigaciones que se han llevado a cabo en el campo del TOC en relación con la Regulación emocional, debido a la importancia de las emociones en la psicopatología. El TOC, es un trastorno caracterizado por dos conjuntos de síntomas íntimamente relacionados, las obsesiones y las compulsiones, y está asociado a un gran sufrimiento y malestar, debido a su naturaleza egodistónica. Por otra parte, una de las definiciones de regulación emocional más influyentes fue propuesta por Gross (1998), el cual la definió como los “procesos por los cuales los individuos influyen en qué emociones tienen, cuándo las tienen, y cómo experimentan y expresan estas emociones”. Para realizar este trabajo se examinaron varios documentos extraídos de distintas bases de datos, libros, y artículos. En estos se encontró que la comprensión, reactividad y la claridad emocional, las dificultades para inhibir conductas impulsivas cuando se experimentan emociones negativas y la supresión expresiva, están relacionadas con síntomas obsesivo-compulsivos. Además, se encontró que la desregulación emocional está asociada con una mayor gravedad de estos síntomas. Para finalizar este trabajo, se indican posibles implicaciones para investigaciones futuras.

Palabras clave: TOC, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, regulación emocional, comprensión emocional, reactividad emocional, claridad emocional, supresión expresiva, miedo.

Abstract

Since time ago and from several perspectives, there has been interest in understanding of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), resulting in a great amount of research, although currently there still is not an explicative model that embrace all the aspects and manifestations of this disorder due to its great heterogeneity. The aim of this work is to conduct a literature review on the different research studies that have been carried out in the OCDs field in relation to Emotion Regulation, because of the importance of emotions in psychopathology. OCD, is a disorder characterized by two sets of closely related symptoms, obsessions and compulsions, and associated with great suffering and discomfort, due to its egodystonic nature. On the other hand, one of the most influential definitions of emotion regulation was

proposed by Gross (1998), who defined it as the “processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions”. To accomplish this work were examined several documents extracted from different databases, books, and papers. In these it was found that understanding, reactivity and clarity of emotions, difficulties inhibiting impulsive behaviors when experiencing negative emotions and expressive suppression, are related to obsessive-compulsive symptoms. Moreover, it was found that emotion dysregulation is associated with greater symptom severity. To end this work, possible implications for a future research are discussed.

Key words: OCD, Obsessive-Compulsive Disorder, emotion regulation, understanding of emotions, reactivity to emotions, clarity of emotions, expressive suppression, fear.

Extended Summary

Since time ago and from several perspectives, there has been interest in understanding Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). This interest has led to a great amount of research, although currently there still is not an explicative model that embraces all the aspects and manifestations of this disorder due to its great heterogeneity. In the DSM-5 edition, it was assigned a separate chapter, due to its differences with Anxiety Disorders.

The aim of this work is to conduct a literature review on the different research studies that have been carried out in the OCDs field in relation to Emotion Regulation, because of the importance of emotions in psychopathology and the great emotional content present in this disorder. To conduct this work, information was extracted from different sources such as papers from databases and books, which provided more interesting documents. The results of the review and conclusions with possible future implications are discussed.

OCD is a disorder characterized by two sets of closely related symptoms, obsessions and compulsions, and associated with great suffering and discomfort, due to its egodystonic nature. Obsessions consist of thoughts, images and/or urges, arising from concerns and important life aspects of the person, which assault the mind against the will. On the other hand, compulsions can be defined as behaviors or mental actions, which aim is to deal with obsessions and reduce the discomfort.

This disorder has certain areas of dysfunctional beliefs agreed by the *Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group* (O-CCWG). These are: Overestimation of the importance of the

thought, importance of control thoughts, overestimation of danger, excessive responsibility, intolerance to uncertainty, and perfectionism.

Seven OCD categories have been postulated (Belloch, Cabedo, and Carrió, 2011): Pure obsessions, cleaning/washing compulsions, checking compulsions, repetition compulsions, hoarding compulsions, and obsessive slowness.

On the other hand, one of the most influential definitions of emotion regulation was proposed by Gross (1998), who defined it as the “processes by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions”. He argued that the emotion regulation processes can be automatic or controlled, conscious or unconscious, and they can have effects on one or more stages of the emotional generative processes.

Gross (1998) proposed a emotion regulation temporal model, referred as process model of emotion regulation, in which strategies are distinguished according to when they have their main impact in the emotional generative process, either before of the response (antecedent focused) or after the response (response focused). This model distinguishes five families of regulatory strategies: Situation selection, situation modification, attentional deployment, cognitive change, and response modulation.

Emotion regulation has been applied to several areas of psychopathology (Philippot y Feldman, 2004). In literature, the term emotion dysregulation is used to refer to emotion regulation and psychopathology. Keenan (2000) reported three considerations: Emotion dysregulation consists of behaviors and processes that are part of the “normal” spectrum, but frequently are exhibited, out of context or in an extreme way; Emotion dysregulation is associated with an impaired functioning; And, finally, emotion dysregulation includes disturbances in multiples regulatory components.

According to the emotion regulation conceptualization in different mental disorders by Gross and Thompson (2007), research has been focused on two processes: Suppression and reappraisal.

After the review of the different research studies, it was found that understanding, reactivity and clarity of emotions, difficulties inhibiting impulsive behaviors when experiencing negative emotions and expressive suppression, are related to obsessive-compulsive symptoms. Moreover, it was found that emotion dysregulation is associated with greater symptom severity.

These findings indicate that there is a relation between OCD and emotion regulation. Therefore, I would consider appropriate to continue with research about this topic, and thus to expand the current knowledge to achieve to join models and theories that explain the disorder better considering the importance of emotions, and subsequently, to elaborate various treatments that increase the effectiveness and efficiency of existing programs.

1. Introducción

La realización de este trabajo sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se ha debido al interés que en mí suscita este tipo de psicopatología, puesto que, en mi opinión, es uno de los trastornos psicológicos más complicados de entender. De hecho, desde tiempos atrás y desde varias perspectivas, se ha mostrado la inquietud en comprender este trastorno resultando en una gran cantidad de material de investigación. Sin embargo, actualmente, sigue sin haber un modelo explicativo que abarque todos los aspectos y manifestaciones del trastorno debido a su gran heterogeneidad, ya que hay bastante disparidad entre las personas que lo padecen y entre ellas mismas en distintos puntos de su vida. Dado el incesante interés en saber más sobre la lógica del TOC, en 1995, se formó el *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (OCCWG) que reunió un gran grupo de expertos de distintos países con el fin de esclarecer aún más este trastorno.

La importancia del TOC puede observarse, por ejemplo, en el reconocimiento de este trastorno como una de las enfermedades mentales más incapacitantes. Hasta la edición del DSM-IV-TR (2002), el Trastorno Obsesivo-Compulsivo ha estado incluido en el grupo de los Trastornos de Ansiedad, aunque, a partir de la publicación del DSM-5 (2013), se le ha destinado un capítulo aparte junto a otros trastornos considerados por los expertos como relacionados con el mismo. Esta escisión se ha debido en parte a que, como algunos autores consideran, difiere ya que presenta obsesiones y compulsiones que aparentemente no se encuentran en los Trastornos de Ansiedad. Además, en el DSM-IV, se incluye el especificador de “poca introspección”, el cual no se encuentra en los demás trastornos del grupo de ansiedad (Storch, Abramowitz, y Goodman, 2008).

Por otra parte, considerando que las emociones tienen un papel importante en el origen y mantenimiento del TOC, me ha resultado interesante llevar a cabo este trabajo relacionándolo con la Regulación Emocional dado el alto contenido emocional presente en el trastorno. De hecho, según Barlow (1988), el TOC es “la culminación devastadora de las manifestaciones más intensas de los trastornos emocionales”. Tal vez no sea tan devastador como Barlow afirmaba,

pero sí que es destacable la importancia que tienen las emociones en las distintas psicopatologías, y, en mi opinión, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo podría explicarse más profundamente si se tuvieran más en cuenta estas en los distintos modelos.

Por ello, este trabajo tiene el objetivo de realizar una revisión bibliográfica sobre los distintos trabajos de investigación que se han llevado a cabo en el campo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en relación con la Regulación Emocional, con el fin de conseguir apreciar hasta dónde ha alcanzado la investigación y poder vislumbrar futuras continuaciones, mejoras y distintos enfoques de la misma para en un futuro tener un modelo comprensivo del TOC que incluya las emociones y permita distintas estrategias de tratamiento. Para la consecución de los objetivos, se expondrá contenido teórico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, destacando características clínicas, datos epidemiológicos, clasificaciones, diagnóstico y factores etiológicos, y de la Regulación Emocional, haciendo énfasis en las distintas definiciones y en algunas estrategias regulatorias. Seguidamente se presentará el procedimiento mediante el cual se ha buscado el material bibliográfico, y, posteriormente, los resultados obtenidos tras la revisión de este. Por último, se finalizará con la conclusión a la que se ha llegado en los trabajos revisados, incluyendo, a su vez, una conclusión propia y, además, la propuesta de posibles implicaciones y orientaciones para una investigación futura.

2. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

2.1 Características clínicas

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un trastorno caracterizado por dos conjuntos de síntomas íntimamente relacionados: Las obsesiones y las compulsiones. Se trata de un problema que está asociado a un gran sufrimiento y malestar, debido a su naturaleza egodistónica.

Las obsesiones consisten en pensamientos, imágenes y/o impulsos, derivados de preocupaciones y aspectos importantes en la vida de la persona, que invaden la mente de la misma en contra de su voluntad. Sean de la forma que sean, las obsesiones causan tal malestar e incomodidad que la persona siente que debe hacer algo para detenerlas, para alejarlas de su mente y recobrar así su tranquilidad y bienestar.

Surgen así las compulsiones, las cuales pueden definirse como conductas o acciones mentales, cuya finalidad es afrontar las obsesiones y reducir el malestar que provocan las mismas. Las compulsiones pueden ser manifiestas (tocar, decir algo en voz alta, lavar, repetir una acción

que se acaba de hacer, etc.) o encubiertas (pensar en números, decirse a uno mismo ciertas frases, esforzarse por pensar el algo diferente u opuesto, etc.). A medida que se siguen llevando a cabo las compulsiones, con el tiempo pueden complicarse, hasta el punto de que la persona las repite una y otra vez, hasta estar segura de haber expulsado los malos pensamientos y/o sensaciones desagradables que a menudo los acompañan. A diferencia de las obsesiones, las compulsiones son voluntarias, ya que es la propia persona afectada la que “decide” realizarlas. No obstante, este carácter “voluntario” puede diluirse con el paso del tiempo, hasta el punto de que la persona acaba “obsesionándose” también con sus compulsiones (por ejemplo, para hacerlas perfectamente, sin errores, de una manera concreta, etc.). Además, resulta cuestionable caracterizar como “voluntario” un comportamiento del que uno no puede escapar o que se ve íntimamente forzado a realizar, a pesar del tiempo que consume, el malestar que provoca y el deterioro en la calidad de vida que supone (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

2.1.1 Las obsesiones

Rachman (1981) definió las obsesiones como: “Pensamientos, imágenes e impulsos repetitivos e intrusos que son considerados inaceptables para el individuo, le ocasionan malestar y a menudo están acompañados de alguna forma de resistencia”. Según este planteamiento, la consecuencia inevitable de las obsesiones es que producen ansiedad y malestar, mientras que las compulsiones son actos voluntarios que pretenden prevenir o reducir ese malestar.

Las características principales que permiten delimitar conceptualmente las obsesiones se pueden resumir del siguiente modo:

1. La **intrusividad**: Son pensamientos, imágenes, impulsos que irrumpen de forma involuntaria y súbita en el flujo normal del pensamiento.
2. La **repetitividad**: Se dan con una gran frecuencia, asaltando continuamente la mente de la persona.
3. La **inaceptabilidad** de los pensamientos, imágenes, impulsos, valorada por la persona.
4. La **resistencia activa** a su presencia como consecuencia de su inaceptabilidad, lo que da lugar, en muchas ocasiones, a esfuerzos activos y voluntarios de suprimirlas, evitarlas, eliminarlas de la corriente normal de pensamiento. Pero, a pesar de dichos esfuerzos, es muy difícil deshacerse de ellas. Es más, los intentos de supresión del pensamiento producen el efecto inverso, es decir, un aumento de la frecuencia de tal pensamiento.

5. El **malestar**: Repercuten de forma negativa en el estado de ánimo, ya que resultan molestas y desagradables. La consecuencia emocional típica es la ansiedad, pero también están presentes otras emociones negativas, tales como la ira, el enfado con uno mismo, la tristeza intensa e, incluso, sentimientos de culpa.
6. La **irracionalidad**: La persona reconoce que no tienen sentido. Por ejemplo, sabe que no es posible que suceda lo que piensa por sólo pensarlo. Por eso en muchas ocasiones considera que son ideas absurdas.
7. La **interferencia** que suponen tanto las obsesiones como las compulsiones. Las obsesiones interrumpen continuamente el flujo del pensamiento, haciendo que la persona difícilmente pueda pensar en otra cosa. Por otra parte, las compulsiones suelen llevar consigo mucho tiempo, interfiriendo en las actividades cotidianas y viéndose condicionado por ellas.

Estas características se sintetizan, según Clark (2005), en las cinco siguientes: **Intrusividad, inaceptabilidad, resistencia a su aparición, incontrolabilidad y egodistonía.**

2.1.2 Las compulsiones

Son el segundo elemento del diagnóstico, las cuales tienen la función de reducir el malestar, tranquilizar, eliminar el pensamiento obsesivo. De este modo, las compulsiones se conciben actualmente como estrategias que un individuo pone en marcha de forma intencionada para afrontar la obsesión, para manejarla de algún modo y no sentirse invadido por ella y por el malestar que le provoca. Por lo tanto, se considera que las estrategias de afrontamiento clínicamente relevantes en el TOC incluyen todos los comportamientos intencionados y estratégicos, ya sean manifiestos o encubiertos, que se llevan a cabo para intentar suprimir la obsesión, para aliviar el malestar que produce o, en ocasiones, incluso para prevenir su aparición (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Rachman y Shafran (1998) definen las compulsiones como: “Acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales. Las condiciones necesarias y suficientes para describir una conducta repetitiva como compulsiva, son la experimentación de una sensación de urgencia para actuar y la atribución de esta presión a fuentes internas [...] la urgencia de llevarlas a cabo puede ser tan fuerte que la persona las realiza a pesar de sus inclinaciones racionales”.

Una modalidad de compulsión es la neutralización, la cual se refiere a una estrategia de afrontamiento característica del TOC que se trata de intentos de poner en orden las cosas, pero exclusivamente a nivel interno. En la actualidad el rango de respuestas a las obsesiones

que se incluyen bajo este concepto de neutralización es tan amplio que casi cualquier estrategia parece tener cabida en él. Por ejemplo, se entiende por neutralización cualquier actividad, iniciada voluntariamente, con la intención de reducir el malestar asociado a la obsesión, o cualquier acto mental o de comportamiento, voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo sea eliminar, evitar o atenuar el pensamiento obsesivo (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Otra modalidad de compulsión son los comportamientos de evitación. La persona evita estímulos que desencadenan las obsesiones, o que están asociados a compulsiones. Esta es una estrategia de afrontamiento habitual del TOC, en especial en los cuadros de obsesiones puras. Esos comportamientos evitativos pueden generalizarse y llegar a limitar de forma considerable la vida de la persona y la de sus familiares.

Los comportamientos de búsqueda de reaseguración son también una modalidad de compulsión, tratándose de pedir confirmación u opinión a otras personas para lograr mayor seguridad y tranquilidad. Rachman y Shafran (1998) consideran que estos comportamientos son una forma de compulsión y son difíciles de distinguirse de los intentos de hacer que otras personas realicen las comprobaciones.

2.1.3 Tipos de contenidos cognitivos, creencias disfuncionales

El *Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (O-CCWG)*, constituido en 1996 por investigadores y clínicos expertos en el TOC y en psicopatología cognitiva de distintos países y liderado por Gail Steketee y Randy O. Frost, tiene como objetivo examinar las aportaciones que muchos de los componentes del grupo realizaban a la comprensión del TOC para así hallar claves comunes que favorezcan el avance en el tratamiento psicológico. La primera aportación de este grupo fue el consenso de las áreas de creencias disfuncionales que están presentes en el TOC y que se exponen a continuación.

Sobrestimar la importancia del pensamiento

Esta creencia disfuncional implica que la mera presencia de un pensamiento indica que es importante. Incluye tres componentes:

- **Sobrestimar la importancia del pensamiento en sentido estricto:** Según Rachman (1997,1998), esta creencia disfuncional conlleva otorgar un significado personal relevante y negativo a la ocurrencia de los pensamientos, o de sus contenidos, como reveladores de la propia y auténtica naturaleza, dándoles así una gran importancia y

centrando su atención en ellos. Además, la persona puede llegar a valorar que el simple hecho de que se le pase un pensamiento por la mente es algo significativo sobre el tipo de persona que es. También es frecuente observar en la clínica un acusado temor a que su aparición sea un signo de locura, o un indicador claro e inequívoco de que es una persona peligrosa (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

- **Fusión pensamiento-acción, tipo moral:** Este tipo de interpretaciones hacen referencia al carácter inmoral y/o inaceptable de determinados pensamientos. Consideran que los pensamientos son moralmente equivalentes a las acciones, es decir, que pensarlo es tan malo como hacerlo.
- **Fusión pensamiento-acción, tipo probabilidad:** Se refiere a que si a la persona se le pasan pensamientos por la mente de algo aumenta la probabilidad de que ocurra en realidad.

Importancia de controlar los pensamientos

Se refiere a las valoraciones relacionadas con el control sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos y que su fracaso puede tener consecuencias negativas, pero teniendo en cuenta las implicaciones que tienen en los procesos relacionados con el control de los pensamientos obsesivos y las repercusiones de éstos, como los efectos paradójicos encontrados por Wegner, Schneider, Carter y White (1987) en relación con la supresión y que se han calificado como efecto rebote.

Se pueden distinguir cuatro componentes más específicos (O-CCWG, 1997): La necesidad de supervisar los propios pensamientos o de mantener la atención focalizada en ellos, el mantenimiento de expectativas de control elevadas, la valoración de que la falta de control puede tener consecuencias negativas, y el significado que se da a los fracasos en el control.

Sobrestimar el peligro

Esta creencia disfuncional se refiere a la peligrosidad de las obsesiones, representan una amenaza real para el bienestar personal. Se tiende a exagerar la probabilidad de ocurrencia de sucesos peligrosos o dañinos relacionados con la vida cotidiana o el mundo en general. Los trabajos del grupo de Foa (Foa y Kozak, 1986; Kozak et al., 1987) parten del supuesto de que las personas con TOC tienen problemas de razonamiento epistemológico, que se caracterizan por un excesivo temor a posibles daños, y por la creencia de que muchas situaciones son peligrosas mientras no se demuestre lo contrario.

Otros estudios han indicado que personas con TOC pueden tener aversión al riesgo proveniente de una estimación anormalmente elevada de la probabilidad de que ocurran acontecimientos negativos (Frost, Steketee, Cohn, y Griess, 1994).

Responsabilidad excesiva

Es referida a que cuando se tienen pensamientos sobre la posibilidad de que ocurra algo malo, la persona es responsable de impedir que eso malo que se le ha pasado por la mente llegue a ocurrir. Se basa en que la persona tiene un poder decisivo para provocar o impedir acontecimientos negativos a partir de la mera ocurrencia de pensamientos sobre tales acontecimientos, por lo que se ve responsable de hacer algo para impedirlos.

Algunos componentes característicos de estas valoraciones de responsabilidad son: El considerar que si uno puede tener alguna influencia personal sobre la ocurrencia de un suceso negativo, es responsable de que éste se produzca. Se trata de lo que Salkovskis denomina “sentirse agente” (Salkovskis y Forrester, 2002). Otro componente es la valoración de que los errores de omisión son tan inaceptables o imperdonables como los de comisión. Esto amplía extraordinariamente el rango de acciones y situaciones ante las cuales la persona puede sentirse responsable (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

El exceso de responsabilidad se solapa con otra característica importante de este trastorno: la culpa (Botella, Baños y Gallardo, 1999).

Intolerancia a la incertidumbre

Se basa en que la persona tiene que estar absolutamente segura de sus pensamientos y acciones si quiere reducir el malestar que provocan las dudas, los pensamientos surgidos por la novedad, la ambigüedad y la posibilidad de que ocurran eventos negativos.

Incluye tres modalidades: Creencias sobre la necesidad de certeza absoluta, creencia de que uno tiene poca capacidad para afrontar los cambios impredecibles, y creencias sobre la dificultad de desenvolverse de manera adecuada en situaciones ambiguas. Un aspecto relevante relacionado con la intolerancia a la incertidumbre es la duda, que, desde el punto de vista clásico, constituye el elemento nuclear del trastorno (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011). El hecho de que la persona tenga esa necesidad de certeza puede llevar a la utilización de estrategias de neutralización.

Las personas con TOC suelen tener dificultades en la toma de decisiones, ya que a menudo son más cautos, les lleva más tiempo decidir, suelen pedir que se les repita la información con más frecuencia y, además, suelen mantener dudas sobre lo correcto o no de su decisión.

Perfeccionismo

Se refiere a la valoración de que hay una solución perfecta para cada problema o situación, que además, no sólo es posible, sino que es necesario hacer las cosas perfectamente, y que incluso los errores más pequeños pueden tener graves consecuencias.

Hay personas con TOC que no dejan de hacer lo que están haciendo en ese momento hasta que sienten que las cosas ya están como deben estar.

2.2 Datos epidemiológicos

Tradicionalmente se ha considerado el TOC como un trastorno poco frecuente con tasas de prevalencia muy bajas, en general inferiores al 0'1% (Marks, 1987). A partir de estudios realizados a mediados de los setenta, se encontraron cifras mucho más altas de las esperadas, rondando el 2'5% (Karno, Golding, Sorenson y Burnam, 1988), colocándose así como el cuarto trastorno en frecuencia entre los trastornos mentales. Estudios más recientes concluyen que es razonable situar la prevalencia global del TOC entre el 1 y el 2% en la población general, teniendo en consideración la diversidad de resultados (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

En lo referente a la distribución por sexos, varios estudios indican una incidencia ligeramente superior entre las mujeres mientras que los hombres suelen presentar un inicio más temprano. Sin embargo, el TOC de inicio en la infancia es más frecuente en los niños que en las niñas. Respecto a los síntomas, son más frecuentes entre las mujeres las obsesiones y rituales de limpieza, y entre los hombres las obsesiones sexuales (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

La edad de inicio del trastorno suele ser temprana, generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, entre los 18 y los 25 años (Karno et al., 1988). Varios estudios muestran que un gran número de adultos informa de un inicio del problema en la infancia o la adolescencia, y que los niños y adolescentes que presentan un TOC grave suelen experimentar síntomas posteriormente durante muchos años (Thomsen, 1995).

El trastorno suele seguir un curso crónico, con distintas remisiones y exacerbaciones. Un aspecto que interfiere en la evolución del trastorno es el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la solicitud de ayuda profesional. Los datos procedentes de diversos estudios

indican que únicamente entre el 34 y el 40% de las personas que cumplen criterios diagnósticos para TOC han recibido tratamiento para este problema (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

En un estudio del grupo de Belloch se encontró que la tasa de personas que buscó tratamiento durante el primer año de la presentación de los síntomas era del 38%, lo que significa que un 62% de los pacientes pospone más de un año la petición de ayuda, aún sabiendo ellos mismos que lo que les sucedía no era normal. Entre las razones que utilizaban para explicar dicha postergación, había varias relacionadas con la tendencia a ocultar los síntomas por varias razones (miedo, vergüenza por el “qué dirán”...) (Belloch, Del Valle, Morillo, Carrió y Cabedo, 2009).

2.3 Clasificación y diagnóstico

2.3.1 Clasificación del TOC

Tradicionalmente, el TOC ha sido considerado como un trastorno unitario. Sin embargo, la manifestación sintomática es bastante heterogénea entre las personas con TOC. Esto se puede observar tanto en la forma como en el contenido de los síntomas, así como en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento que no parecen ser explicables apelando únicamente a factores como la comorbilidad, la duración del trastorno, o aspectos de tipo demográfico (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011). Del mismo modo que hay diferencias sintomáticas entre personas, una misma persona puede presentar distintas modalidades y/o contenidos de obsesiones y compulsiones, e incluso la transición de unas a otras a lo largo de la vida.

El estudio de la heterogeneidad del TOC se ha centrado en la delimitación de las diferentes manifestaciones clínicas de los síntomas y en la búsqueda de diferencias que subyacen a los mismos. Se han propuesto clasificaciones basadas tanto en características demográficas y clínicas como en la gravedad de los síntomas, la interferencia y el malestar, la comorbilidad, la presencia o ausencia de tics o trastornos de personalidad, la forma en la que aparecen las obsesiones, o el tipo de déficit neuropsicológico asociado. La mayoría de estudios se han centrado en implementar clasificaciones basadas en el contenido de la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Una de las categorizaciones más importantes y utilizadas en la práctica clínica clasifica a los pacientes en dos grupos, dependiendo de si hay ausencia o presencia de compulsiones

manifiestas u observables. Los pacientes con ausencia de compulsiones manifiestas son tradicionalmente identificados como “obsesivos puros” o “rumiadores”, mientras que los pacientes que presentan compulsiones son etiquetados como “obsesivos con compulsiones manifiestas” (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Marks (1987) diferenció entre tres tipos de manifestaciones clínicas: rituales compulsivos con obsesiones, lentitud sin rituales visibles, y obsesiones. Por otra parte, De Silva y Rachman (1992) identificaron cinco subtipos: Compulsiones de limpieza y lavado, compulsiones de comprobación, otro tipo de compulsiones manifiestas, obsesiones acompañadas de conducta compulsiva manifiesta, y lentitud obsesiva primaria. Otra clasificación, sin embargo basada fundamentalmente en la forma del trastorno, es la propuesta por Akhtar, Wig, Verna, Pershod y Verna (1975). Estos autores sugirieron diferenciar cinco formas de obsesiones: La duda obsesiva, el pensamiento obsesivo, el impulso obsesivo, el miedo obsesivo, la imagen obsesiva y una forma mixta.

Si se suman las distintas modalidades del trastorno postuladas desde una perspectiva racional, se pueden observar siete categorías de TOC, no necesariamente excluyentes, puesto que un mismo paciente puede presentar más de una (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011):

1. **Obsesiones puras:** Los ritualizadores mentales y los atormentados u obsesivos puros experimentan obsesiones continuamente, con contenidos típicamente valorados como muy desagradables y egodistónicos. Estos, realizan una serie de compulsiones mentales, con la misma función que las observables, para neutralizar las obsesiones. Los rituales cognitivos también pueden ser pensamientos reiterados, como diálogos internos con uno mismo para convencerse de la irracionalidad de la obsesión. Por otra parte, los obsesivos puros no llevan a cabo conductas compulsivas identificables claramente.
2. **Compulsiones de limpieza/lavado:** Los “lavadores” o “limpiadores” se caracterizan por tener obsesiones relacionadas con la contaminación. Las compulsiones o rituales de lavado y/o limpieza suelen ser estereotipadas y repetitivas. Estos comportamientos alivian temporalmente la ansiedad producida por la idea de estar sucio o contaminado, pero aun así, no siempre están asociadas a la previsión explícita de consecuencias catastróficas. Del mismo modo son habituales los comportamientos evitativos. En varios casos, la persona experimenta una intensa sensación de asco tras tocar algún objeto que en el pasado estuvo sucio aunque ahora no lo esté, o del que desconoce su procedencia. Esta sensación provoca la necesidad de lavarse y/o lavar

el objeto. En estos casos, la sensación de asco se considera como una intrusión obsesiva y puede mantenerse en la mente de la persona incluso después de haber realizado la limpieza y lavados propios.

3. **Compulsiones de comprobación:** Los “comprobadores” o “verificadores” inspeccionan o comprueban reiteradamente cualquier cosa por miedo a que suceda un desastre. Estas conductas van seguidas de la duda de si han comprobado bien, lo que conlleva una nueva comprobación.
4. **Compulsiones de repetición:** Realizan compulsiones que son conductas repetitivas y estereotipadas, las cuales tienen como fin prevenir la ocurrencia de alguna desgracia, que le vaya mal en la vida o en algún asunto, o que el pensamiento se convierta en realidad. La persona considera absurdo la realización de los rituales, pero le suponen un gran alivio. Es de destacar, que este tipo de compulsiones no guarda una conexión lógica con el contenido de la obsesión.
5. **Compulsiones de orden:** Los “ordenadores” intentan conseguir que las cosas a su alrededor estén de acuerdo a un orden concreto, o según distribuciones simétricas, siendo capaces de detectar rápidamente cualquier modificación. La percepción del desorden les produce un alto nivel de malestar.
6. **Compulsiones de acumulación:** Los “acumuladores” guardan y almacenan objetos inservibles y sienten malestar al deshacerse de cosas que podrían servirles en algún momento.
7. **Lentitud obsesiva:** Esta modalidad puede presentarse con o sin rituales visibles. Si se asocia con rituales, la lentitud está relacionada con el tiempo que la persona emplea para la consecución de cualquier actividad, debido por ejemplo a las muchas repeticiones y comprobaciones que necesita realizar. Pero en otros casos el paciente es incapaz de explicar a qué se debe su lentitud.

Hace poco más de una década, Lee y Kwon (2003) propusieron un modelo con el que clasificaban las obsesiones en dos tipos: “autógenas” y “reactivas”. Este modelo aporta hipótesis sobre cómo caracterizar dos tipos de obsesiones en base a distintos aspectos como son el contenido o temática de las mismas, el modo que se experimentan y los procesos cognitivos que llevan asociados. Según estos autores, las obsesiones autógenas llevan a que la persona emprenda estrategias de evitación para controlar y/o suprimir los pensamientos en sí mismos. Por otra parte, las obsesiones reactivas dan lugar a estrategias de confrontación con los estímulos para reasegurar o volver a un estado deseado a través de conductas como limpiar, comprobar, ordenar o acumular. Las obsesiones autógenas son egodistónicas, ya que

el mero hecho de que aparezca el pensamiento resulta molesto y perturbador puesto que su contenido es altamente desagradable para la persona. Por otro lado, las obsesiones reactivas no tienen un contenido necesariamente molesto o desagradable, ya que alude a cuestiones de la vida cotidiana o a aspectos que son socialmente importantes.

2.3.2 Diagnóstico

Los dos sistemas clasificatorios de los trastornos mentales más utilizados actualmente, el DSM-5 (APA, 2014) y la CIE-10 (OMS, 1984), coinciden en los elementos que hay que tener en cuenta para llevar a cabo el diagnóstico de un TOC. A continuación se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5:

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

- B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

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

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

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

Especificar si:

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

En este sistema puede verse como se destaca la relación funcional que debe haber entre obsesiones y compulsiones, donde se asume que las primeras causan el malestar y las segundas son utilizadas para prevenir o reducir ese malestar. Como indica el criterio B, el TOC

está asociado a niveles altos de deterioro en la vida social y laboral, así como en muchos dominios diferentes de la vida.

Se incluye una especificación sobre la introspección del trastorno, aunque esta especificación no debería ser tenido en cuenta en los casos de TOC infantil, puesto que los niños no suelen ser conscientes de lo irracional o innecesario de los comportamientos y/o rituales, o de lo absurdo o improbable de sus obsesiones.

Diagnóstico diferencial

Algunos de los componentes del TOC pueden guardar alguna semejanza con otros síntomas de trastornos diferentes, de tal manera que en ocasiones puede resultar difícil discernir con claridad el trastorno que presenta una persona.

En los trastornos de ansiedad, también pueden darse pensamientos recurrentes, conductas de evitación y preguntas repetitivas. Sin embargo, por ejemplo, no hay tanta egodistonia y los miedos están más delimitados. El TOC también puede distinguirse de la preocupación excesiva de los trastornos depresivos en que, en estos, los pensamientos suelen ser congruentes con el estado de ánimo y no tienen por qué experimentarse como intrusos.

En otros trastornos, los cuales el DSM-5 (APA, 2014) categoriza como trastornos relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo, como por ejemplo el trastorno dismórfico corporal que se puede distinguir del TOC porque su preocupación se limita a la apariencia física, la tricotilomanía donde el comportamiento compulsivo se limita a arrancarse el pelo en ausencia de obsesiones, el trastorno de acumulación donde los síntomas se centran exclusivamente en la dificultad de deshacerse de sus posesiones, el malestar que le produce, y en la acumulación de objetos.

Los trastornos alimentarios se pueden distinguir del TOC en que las preocupaciones se limitan al peso y la comida. También puede diferenciarse de los tics en que estos no están precedidos por obsesiones. Por otra parte, aunque algunas personas con TOC tengan poca conciencia de enfermedad o incluso creencias delirantes, tienen obsesiones y compulsiones y no tienen otras características de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico. Otros comportamientos se describen a veces como “compulsivos”, como el comportamiento sexual, el juego y el consumo de sustancias, aunque obtienen placer de esta actividad.

Para finalizar, decir que aunque el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y el TOC tienen nombres similares, las manifestaciones clínicas son bastante diferentes. El trastorno de

personalidad obsesivo-compulsiva se caracteriza por una mala adaptación permanente y generalizada, un patrón de perfeccionismo excesivo y un rígido control.

Comorbilidad

A menudo, las personas con TOC presentan otros trastornos. El orden de aparición a lo largo de la vida de la comorbilidad es de interés clínico, ya que los trastornos de ansiedad comórbidos suelen preceder al TOC, mientras que la depresión tiende a aparecer tras él (Brown et al., 2001), debido a que es un trastorno depresógeno. Muchas personas con TOC presentan trastornos de ansiedad (76%), siendo la fobia social el más frecuente, seguida de las fobias específicas. Bastantes personas presentan también un trastorno depresivo mayor comórbido (41%).

Un pequeño porcentaje de pacientes presenta síntomas psicóticos, aunque hay pocas evidencias que sugieran una relación especial entre ambos trastornos (Tallis, 1995), destacando que es especialmente raro que un TOC pudiera desembocar en una esquizofrenia.

El patrón característico del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva relacionado con el orden, el perfeccionismo, el control mental e interpersonal a costa de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia se asocia frecuentemente con el TOC. Ciertos aspectos de la personalidad obsesiva pueden ser más relevantes para el TOC que otros, como el perfeccionismo característico del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva que suele ser habitual en personas con TOC en comparación con personas control (Frost y Steketee, 1997).

Las personas con TOC pueden tener un trastorno de tics comórbido a lo largo de la vida (30%), siendo más frecuente en los varones con inicio del TOC en la infancia. Los trastornos que se producen con más frecuencia en las personas con TOC son los trastornos relacionados con el mismo, como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación. Para concluir, se ha encontrado asociación entre TOC y algunos trastornos caracterizados por la impulsividad (DSM-5, 2014).

2.4 Factores etiológicos

No parece haber un patrón típico y común en la instauración del trastorno. Algunos expertos consideran que los sucesos vitales estresantes desempeñan un papel importante en el inicio y/o exacerbación del trastorno, afectando considerablemente a su curso (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011). Por otra parte, Foa y Wilson (1992) señalan que los síntomas del trastorno suelen comenzar coincidiendo con un periodo en la vida del sujeto en el que aumenta la

responsabilidad personal. Otros sucesos que pueden tener importancia en el desencadenamiento de un TOC pueden ser las experiencias traumáticas o los sucesos vitales normativos como el embarazo y el parto.

Sin embargo, no sólo se puede achacar la causa a determinados sucesos que ocurren a lo largo de la vida, puesto que esos mismos sucesos pueden ocurrir a distintas personas y afectarles de manera muy distinta. Para que esos sucesos desaten el inicio del trastorno tiene que haber una base. Por ello, una persona puede desarrollar un TOC si tiene presente ciertas vulnerabilidades que le predisponen a ello y está viviendo ciertas circunstancias que sean proclives a su inicio. Por una parte se encuentra la predisposición genética, la cual indica que se tiene más probabilidad de tener el trastorno si hay familiares con algún tipo de psicopatología, y más probable todavía si ese familiar presenta o presentaba TOC. Por otra parte, la mayor parte de estudiosos del tema están de acuerdo en que hay una serie de variables de aprendizaje que favorecen el desarrollo de un estilo personal facilitador de la aparición del trastorno obsesivo-compulsivo. Estas variables se denominan genéricamente vulnerabilidades psicológicas (Sevillá y Pastor, 2010). Una vulnerabilidad es la dificultad de tomar decisiones, la duda, la inseguridad, factor que contribuyen enormemente a la aparición del trastorno. Para finalizar, decir que lo subyacente a este trastorno es el miedo, a qué pasará, a que pase algo, al cambio, a la incertidumbre, por las posibles consecuencias negativas que pueden darse.

3. Regulación Emocional

El concepto de regulación emocional se estudia desde distintos campos de la psicología. La regulación emocional se ha relacionado con el bienestar y la capacidad para experimentar afectos positivos y negativos. Asimismo, constituye la base en la que se ha desarrollado el concepto de afrontamiento, es un componente clave de la inteligencia emocional, y tiene un papel importante en el desarrollo y el mantenimiento de la motivación (Philippot y Feldman, 2004).

3.1 Definiciones

Se han presentado varias definiciones de regulación emocional, aunque estas difieren entre sí, incluyendo qué tipos de procesos regulatorios están involucrados, qué tipos y componentes de la emoción están regulados, si los procesos regulatorios son internos o externos (o ambos), y si son implícitos o explícitos (o ambos) (Kring y Werner, 2004).

Para Cicchetti, Ganiban y Barnett (1991) la regulación emocional trataba de los factores extra e intraorganísmicos por los cuales la activación emocional es redirigida, controlada, modulada, y modificada para permitir al individuo que funcione de forma adaptativa en situaciones emocionalmente activadoras. De acuerdo con Thompson (1994), “la regulación emocional está compuesta por los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar, y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales, para lograr las metas establecidas por el individuo”. Por otra parte, para Eisenberg y Morris (2004), la regulación emocional estaba definida como los procesos de iniciar, mantener, modular, o cambiar la ocurrencia, intensidad, o duración de estados de ánimo internos, motivaciones relacionadas con emociones y procesos fisiológicos, a menudo al servicio del cumplimiento de metas. Ese mismo año, Cole, Martin y Dennis (2004), decían que la regulación emocional se refiere a los cambios asociados con las emociones activadas. Estos incluyen cambios en la emoción en sí o en otros procesos psicológicos. El término de regulación emocional puede denotar dos tipos de fenómenos regulatorios: La emoción como regulador (cambios que parecen resultar de la emoción activada) y emoción como regulada (cambios en la emoción activada). Para Gratz y Roemer (2004) la regulación emocional implica la conciencia, comprensión y aceptación de las emociones, a la capacidad para controlar los comportamientos impulsivos y continuar con conductas dirigidas a metas cuando se experimentan emociones negativas, y a la capacidad para usar estrategias de regulación emocional apropiadas para la situación de forma flexible para modular respuestas emocionales encaminadas a la consecución de metas individuales y demandas situacionales. Otra definición es la de Campos, Frankel y Camras (2004), para los cuales la regulación emocional es la modificación de cualquier proceso en el sistema generativo emocional o su manifestación en el comportamiento. Una de las definiciones de regulación emocional más influyentes fue propuesta por Gross (1998), el cual la definió como los “procesos por los cuales los individuos influyen en qué emociones tienen, cuándo las tienen, y cómo experimentan y expresan estas emociones”. Gross argumentó que los procesos de regulación emocional pueden ser automáticos o controlados, conscientes o inconscientes, y pueden tener efectos en uno o más puntos de los procesos generativos emocionales.

Por otra parte y más recientemente, Gross y Thompson (2007) elaboraron una conceptualización de la regulación emocional que refleja una combinación de las ideas de ambos autores: La regulación emocional se refiere a los procesos automáticos o controlados, conscientes o inconscientes, de los individuos que influyen en las emociones propias, de otros, o ambos.

No todos los cambios en las respuestas emocionales son resultado de la regulación emocional, ya que estos pueden ocurrir como consecuencia de la situación. Para poder decir que ocurra una regulación emocional, deben darse dos requisitos: Que haya cierto grado de conciencia o monitoreo del propio estado emocional y que se registre una discrepancia entre lo que uno quiere sentir y/o expresar, o piensa que es lo adecuado para la situación, y la respuesta emocional que se está llevando a cabo. Sin embargo, esto no quiere decir que la regulación emocional siempre implique procesos conscientes, puesto que puede ocurrir en gran parte automáticamente una vez que se hayan tenido experiencias similares con los resultados o efectos de las respuestas emocionales (Fischer, Manstead, Evers, Timmers, y Valk, 2004).

Para tomar conciencia de las emociones se hace uso del conocimiento emocional sobre emociones específicas y situaciones que presentan cierto contenido emocional. Este conocimiento, tanto implícito como explícito, es la fuente de la conciencia de las emociones y de cómo se juzgan estas, además de que puede proporcionar información sobre cómo redirigirlas y disminuir la discrepancia (Fischer, Manstead, Evers, Timmers, y Valk, 2004). Esta idea está apoyada por los resultados obtenidos en un estudio de Feldman Barret, Gross, Christensen, y Benvenuto (2001), los cuales encontraron que los individuos que mejor diferenciaban las experiencias emocionales negativas informaban de una mayor regulación emocional.

3.2 Modelo de procesos de la regulación emocional de Gross (1998)

Gross (1998) propuso un modelo temporal de regulación emocional, denominado modelo de procesos de la regulación emocional, en el cual las estrategias se distinguen de acuerdo a cuándo tienen su principal impacto en el proceso generativo de emociones, ya sean antes de la respuesta (enfocadas en el antecedente) o después de la respuesta (enfocadas en la respuesta). Las estrategias enfocadas en el antecedente se refieren a aquellas usadas antes de que las tendencias de respuesta emocional, conductuales y fisiológicas, se hayan activado completamente. Por ejemplo, una persona con un trastorno límite de la personalidad podría evitar una relación íntima para así no experimentar un posible rechazo y sentir abandono. Por otra parte, las estrategias enfocadas en la respuesta se refieren a aquellas que se dan cuando la emoción ya está en marcha, después de que las tendencias de respuesta se hayan generado. Tomando el ejemplo anterior, si una persona con trastorno límite de la personalidad se siente abandonada debido a que su pareja está fuera por un viaje de negocios, puede que se corte a sí misma en un intento de aliviarse o distraerse de los sentimientos dolorosos (Werner y Gross, 2010).

Este modelo, distingue cinco familias de estrategias regulatorias, las cuales son:

- **Selección de la situación:** Se refiere a elegir si inmiscuirse o no en una situación potencialmente elicitadora de emociones. Puede ser útil en ciertas ocasiones, pero, sin embargo, seleccionar las situaciones como una estrategia de regulación emocional a menudo puede causar problemas usándose de forma crónica e inflexible, manteniendo así la psicopatología (Werner y Gross, 2010).
- **Modificación de la situación:** Una vez se ha seleccionado la situación, se llevan a cabo actos en ella para modificar el impacto emocional. El uso de la modificación de la situación es probablemente adaptativa cuando no se actúa reactivamente debido al miedo, sino ejerciendo una influencia sobre una situación, genuinamente y con confianza. Sin embargo, estas estrategias pueden ser desadaptativas cuando impiden que se realice una exposición completa a una situación temida, cuando acapara los recursos cognitivos, cuando atrae más atención, o cuando incrementa la autofocalización y autovigilancia negativas (Clark, 2001).
- **Despliegue atencional:** Se usa para redirigir la atención en una situación dada para influenciar en las emociones, especialmente cuando no es posible seleccionar o cambiar la situación. Formas específicas de despliegue atencional desadaptativo incluyen la rumiación, que típicamente implica un foco atencional repetitivo en los sentimientos asociados a eventos negativos pasados junto con una evaluación negativa de sus consecuencias, el “worry”, el cual está orientado a la anticipación de posibles eventos negativos futuros, y la distracción, con la cual se centra la atención en aspectos que no presenten el contenido emocional indeseado (Wegner y Gross, 2010).
- **Cambio cognitivo:** Se refiere a cambiar la forma en la que se evalúa una situación para alterar su significado emocional, cambiando el modo de pensar acerca de situación la situación tanto interna como externa o la capacidad que se tiene para manejar las demandas que se plantean (Wegner y Gross, 2010).
- **Modulación de la respuesta:** Se refiere a los intentos para influir en las tendencias de respuesta emocionales una vez ya han sido suscitadas. Dos de las formas más investigadas de modulación de respuesta son la supresión expresiva, la cual se refiere a los esfuerzos para inhibir una conducta expresiva-emocional que está en marcha (Gross, 1998), y la evitación experiencial, que se refiere a los esfuerzos para inhibir la experiencia emocional en sí misma (Kashdan, Barrios, Forsyth, y Steger, 2006).

3.3 Regulación Emocional y Psicopatología

Se ha propuesto a la regulación emocional como un concepto central en el campo de la psicología clínica. De hecho, desde la publicación de Barlow de 1988, la cual presentaba la noción de que la ansiedad era esencialmente un problema de regulación emocional (especialmente de miedo), la regulación emocional se ha aplicado a diversas áreas de la psicopatología (Philippot y Feldman, 2004).

Varios teóricos argumentan que los individuos que no pueden manejar de una forma efectiva sus respuestas emocionales para los eventos diarios, experimentan más graves y duraderos periodos de malestar que podrían evolucionar en un diagnóstico de depresión o ansiedad (Mennin et al., 2007).

Se han descrito varios trastornos psicológicos como trastornos con un exceso o déficit de emocionalidad (Bloch, Moran y Kring, 2010). En la literatura, frecuentemente se habla de la regulación emocional y la psicopatología utilizando el término de desregulación emocional.

Keenan (2000) articuló varias consideraciones importantes para las definiciones de desregulación emocional. Primero, se percató de que muchos de los componentes conductuales usados para definir la regulación emocional, particularmente en niños, son conductas típicas. Por lo tanto, de acuerdo con Keenan, la desregulación emocional refleja un patrón repetido de estas conductas a través del tiempo y de forma extrema, que junto a la regulación emocional forman un tipo de continuo, el cual se extiende desde los comportamientos y procesos regulatorios implementados en contextos apropiados hasta aquellos que son usados ineffectivamente y fuera de contexto. Además, Keenan enfatiza los resultados asociados con procesos regulatorios, especialmente el nivel de deterioro relacionado con la implementación de alguno de estos procesos. Este autor puso énfasis también en la importancia de considerar múltiples componentes regulatorios y en que la desregulación emocional probablemente incluya interrupciones en más de uno de estos componentes. En resumen, Keenan informó de tres consideraciones a tener en cuenta: La desregulación emocional está compuesta de comportamientos y procesos que son parte del espectro de lo "normal", pero son exhibidos frecuentemente, fuera de contexto o de una forma extrema; La desregulación emocional está asociada con un deterioro en el funcionamiento; Y por último, la desregulación emocional incluye alteraciones en múltiples componentes regulatorios.

Por otra parte, Mennin, Holaway, Fresco, Moore, y Heimberg (2007) identificaron tres factores implicados en la desregulación emocional, los cuales eran: Una pobre comprensión de las emociones, reactividad negativa a presentar un estado emocional, y, por último, respuestas de regulación desadaptativas. Se ha encontrado que, una pobre regulación emocional, puede tener un papel en el desarrollo y mantenimiento de psicopatología (Menin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005). Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, y Fresco (2005) teorizaron que una pobre comprensión de las emociones disminuía la confianza que tenían los individuos en su habilidad para controlarlas. Esta bajada de confianza estimula el miedo a sus propios estados emocionales, incitando así al uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, las cuales previenen de adquirir información que desconfirmen las creencias negativas acerca de la emoción, formando de este modo un ciclo que puede llevar a, o exacerbar, psicopatología (Turk et al., 2005).

Los modelos teóricos asocian una exitosa regulación emocional con una buena salud, y unas relaciones y ejecución académica y laboral mejoradas (John y Gross, 2004). Por el contrario, las dificultades con la regulación emocional están asociadas con trastornos mentales (Mennin y Farach, 2007) e incorporadas en varios modelos psicopatológicos específicos, incluyendo el trastorno límite de la personalidad (Lynch, Trost, Salsman, y Linehan, 2007) entre otros (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010). Sin embargo, no está incluida en ningún modelo explicativo del TOC.

Según la conceptualización de Gross y Thompson (2007) de la regulación emocional en distintos trastornos mentales, la investigación hasta ahora ha examinado dos procesos centrales. Estos procesos son:

- **Supresión:** Es una estrategia enfocada en la respuesta que intenta inhibir directamente la expresión de la emoción (Gross y Thompson, 2007). Se ha documentado en varios estudios el uso extendido de la supresión en población clínica comparado con individuos sanos, en un amplio rango de trastornos psicológicos (Bloch, Moran y Kring, 2010).
- **Reevaluación:** Es una estrategia regulatoria enfocada en el antecedente, una forma de cambiar las cogniciones sobre una situación así como para alterar su impacto emocional (Gross y Thompson, 2007). Aunque se ha encontrado que la supresión está relacionada con más resultados negativos, el uso habitual de la reevaluación se ha relacionado con una mayor experiencia de emociones positivas, menos emociones negativas y menos síntomas de depresión (Gross y John, 2003).

El modelo de Gross (1998) se centra principalmente en la supresión de la expresión emocional, y argumenta que aunque la supresión expresiva puede reducir la expresión externa de la emoción y posiblemente la experiencia subjetiva de la emoción a corto plazo, será menos efectiva en la reducción de la emoción y la activación fisiológica a largo plazo (Gross, 1998; Gross y Thompson, 2007; John y Gross, 2004).

Otros teóricos se han fijado en la supresión de pensamientos no deseados. Wenzlaff y Wegener (2000) han producido una gran cantidad de investigación mostrando así que los intentos de suprimir voluntariamente los pensamientos resultan en un incremento de la accesibilidad del pensamiento suprimido y de la activación emocional. Estos autores también sugirieron que la supresión crónica podría prevenir de la habituación a estímulos emocionales, y por consiguiente resulta en una hipersensibilidad a síntomas y pensamientos relacionados con la depresión y la ansiedad. Por otra parte, Hayes et al. (1999) se interesaron con lo que ellos llamaron evitación experiencial: la supresión o evitación de una colección de experiencias psicológicas, incluyendo pensamientos, emociones, sensaciones, memorias, e impulsos. Argumentaron que, la evitación experiencial, puede llevar a variedad de resultados negativos, extendiéndose desde problemas del estado de ánimo a problemas con uso de sustancias, ya que, paradójicamente, incrementa los pensamientos negativos y previene a los individuos de llevar a cabo la acción necesaria.

En lugar de evitar o suprimir pensamientos y estados de ánimo negativos, algunos individuos se focalizan repetitivamente en su experiencia de la emoción y sus causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Las personas a menudo persisten en la rumiación debido a que quieren entender y resolver sus problemas (Papageorgiou y Wells, 2003), pero esta se relaciona negativamente con la solución de problemas (Hong, 2007).

Para finalizar, decir que tres estrategias de regulación emocional que se han teorizado ampliamente como protectoras contra la psicopatología son la reevaluación, la solución de problemas, y la aceptación. Sin embargo, tres estrategias que se han visto como factores de riesgo para la psicopatología son la supresión (incluyendo tanto supresión expresiva como supresión del pensamiento), la evitación (incluyendo tanto evitación experiencia como conductual), y la rumiación (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

4. Procedimiento de búsqueda

Para la realización de este trabajo se extrajo información de distintas fuentes documentales. Por una parte, se comenzó buscando en las bases de datos de PsycNET, Scopus y en Google Scholar. En ellas, se inició la búsqueda mediante el uso de las siguientes palabras clave: “OCD”, “emotion regulation”, y “psychopathology”. Esta última sólo se utilizó en PsycNET, al igual que únicamente en esta base de datos se buscó individualmente con las palabras “OCD” y “emotion regulation”. A continuación, se muestra una tabla donde poder apreciar la cantidad de resultados dependiendo del criterio de búsqueda.

Base de datos	Búsqueda	Resultados
PsycNET	“OCD” AND “emotion regulation”	31
	“emotion regulation” AND “psychopathology”	1.104
	“emotion regulation”	10.967
	“OCD”	8.432
Scopus	“OCD” AND “emotion regulation”	841
Google Scholar	“OCD” AND “emotion regulation”	24.500

En las búsquedas que utilizaban los términos de “OCD” y, separadamente, “emotion regulation”, se utilizó como criterio de selección que los documentos hubieran sido escritos por autores considerados como relevantes en la temática correspondiente. Los autores que se tuvieron en cuenta fueron: E. B. Foa, E. A. Storch, D. J. Stein, S. Rachman, P. M. Salkovskis, J. S. Abramowitz, y G. Steketee, para los resultados hallados sobre “OCD”, y, J. J. Gross, K. L. Gratz, N. Eisenberg, S. D. Calkins, R. A. Thompson, y D. Cicchetti. Para el resto de búsquedas, los criterios a tener en cuenta, fueron: Si la temática principal era la regulación emocional; Si uno de los aspectos que se estudiaba era el TOC; Y, además, se obviaron estudios de neuroimagen y farmacológicos. Sin embargo, el único criterio para la búsqueda que contenía los términos de “emotion regulation” y “psychopathology” eran que indicaran que hubiera una relación entre regulación emocional en trastornos psicológicos.

Tras seleccionar los documentos en base a esos criterios, se pasó a examinarlos y sintetizar las ideas clave que plasmaban estos trabajos. A su vez, estos, permitieron hallar otros artículos que resultaron interesantes y se decidió incluirlos en el trabajo.

Por otra parte, se consultaron distintos libros, tanto de la biblioteca de la Universitat Jaume I como adquiridos por mí en formato digital vía Internet o en papel, relacionados con el TOC y con la regulación emocional independientemente. Del mismo modo que con los artículos encontrados en las distintas bases de datos, estos libros facilitaron mas artículos de especial interés.

5. TOC y Regulación Emocional

Las alteraciones emocionales son muy comunes en la psicopatología, y la investigación en las últimas décadas ha especificado más la naturaleza de estas (Kring y Werner, 2004). Según un análisis realizado por Thoits (1985), el 85% de los trastornos psicopatológicos incluyen alteraciones en el procesamiento emocional de algún modo, ya sea en exceso de emocionalidad, en déficits emocionales o en la falta de coherencia entre sus componentes, es decir, no está presente una adecuada regulación emocional.

Según Stern et al. (2014), la presencia común de déficits en regulación emocional a lo largo del amplio rango de trastornos, sugiere que la desregulación emocional puede ser un proceso transdiagnóstico asociado a interferencias en la función adaptativa. Por ejemplo, de entre algunos de los síntomas psicológicos, a través de estudios se han documentado correlaciones entre medidas de regulación emocional y “worry” (Mennin et al., 2005; Turk et al., 2005) y síntomas depresivos (Mennin et al., 2005, 2007).

Hay estudios que han hallado fuertes asociaciones entre regulación emocional y síntomas psicológicos (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010), aunque, sin embargo, ciñéndonos al tema que nos concierne, hay una gran falta de investigación que examine la regulación emocional en el contexto del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Calkins, Berman, y Wilhelm (2013) sugirieron una extensión del modelo de regulación emocional para describir el mantenimiento de las compulsiones presentes en el TOC. Concretamente, estos autores plantearon que los individuos con TOC interpretaban los pensamientos intrusivos como poseedores de una elevada saliencia negativa y de potenciales consecuencias, y, a su vez plantearon, que se formaba un ciclo destructivo cuando los intentos para calmar la ansiedad en realidad aumentaban la cantidad de atención prestada en dichos

pensamientos perturbadores y las emociones que llevan asociados. Propusieron pues, que este ciclo genera un decremento de la confianza en la propia habilidad para regular los estados de ánimo angustiosos y, de este modo, lleva a un uso continuado de estrategias de afrontamiento desadaptativas, a lo que nos podríamos referir como compulsiones. Esto encajaría con lo expuesto posteriormente por Stern et al. (2014), para los cuales parece que una pobre regulación emocional pudiera estar asociada con el aumento de esfuerzos repetitivos con el objetivo de evitar experiencias emocionales, y, de hecho, estos mismos autores afirman que una pobre comprensión de las emociones, y/o percepciones de experiencias emocionales como inaceptables pueden estar relacionadas con una gran cantidad de patrones de comportamiento desadaptativos dirigidos a la disminución de dichas emociones.

A pesar de las múltiples razones para creer que los déficits en regulación emocional podrían tener un papel en el desarrollo y mantenimiento del TOC, hay una falta de información sobre la relación entre regulación emocional y síntomas obsesivo-compulsivos, ya que, por ejemplo, en el meta-análisis de Aldao et al. (2010), sólo 1 de 114 de los estudios revisados examinaron el TOC.

En esta línea, Stern, Nota, Heimberg, Holaway, y Coles (2014), examinaron si la comprensión y atención emocional, la reactividad negativa a las emociones, y la habilidad para reparar el estado de ánimo, estaban relacionadas con el estrés asociado a síntomas obsesivo-compulsivos. Estudiaron, por tanto, el grado en el que los tres procesos hipotetizados para caracterizar la desregulación emocional por Mennin et al. (2007) están relacionados con una amplia muestra de síntomas obsesivo-compulsivos, incluyendo el lavado, la comprobación, el orden, las obsesiones, la acumulación y la neutralización mental. Para llevar a cabo este estudio, de una muestra de 170 participantes (64'1% mujeres y 35'9% hombres), seleccionaron 21 (12 mujeres y 9 hombres) para formar un grupo análogo de TOC en base a las puntuaciones obtenidas en la escala de malestar del *Obsessive Compulsive Inventory* (OCI; Foa et al., 1998), siendo estas iguales o superiores a 40. Como grupo control utilizaron un conjunto de participantes que puntuaron 0 o 1 en la escala de malestar del OCI. También utilizaron el *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990) para medir los síntomas de "worry", la *Affective Control Scale* (ACS; Williams, Chambless, y Ahrens, 1997) para evaluar el miedo a las emociones, la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby, Parker, y Taylor, 1994; Bagby, Taylor, y Parker, 1994) para medir la comprensión emocional, y la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995) para la evaluación de las capacidades de atender, entender, y regular las emociones. Estos autores encontraron

que, en lo referente a las relaciones entre regulación emocional y *worry*, las correlaciones entre sus medidas mostraban asociaciones significativas del *worry* con déficits en comprensión emocional, una aumentada reactividad negativa a las emociones, y estrategias de afrontamiento desadaptativas. En lo referente a las relaciones entre regulación emocional y síntomas obsesivo-compulsivos, hallaron que las medidas de comprensión emocional estaban asociadas significativamente con la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Por otra parte, la atención a los sentimientos no estaba significativamente asociada con la gravedad de los síntomas, del mismo modo que tampoco había apoyo para asociar la habilidad para reparar el estado de ánimo y los síntomas obsesivo-compulsivos de una forma significativa. Sin embargo, los miedos a emociones específicas, a la ansiedad, al estado de ánimo deprimido, a las emociones positivas, y a la ira sí que correlacionaban significativamente con un elevado malestar relacionado con síntomas del TOC. Estos autores, también examinaron los subtipos de estos síntomas, mostrando asociaciones significativas entre la mayoría de tipos y las medidas de comprensión de las emociones y reactividad negativa a las mismas. Además, de todas las medidas de regulación emocional, el miedo a la ansiedad fue la única que mostraba asociaciones significativas con todos los dominios de síntomas del TOC. Por el contrario, del mismo modo que ocurría con la gravedad de los síntomas, no se hallaron asociaciones con la atención a los sentimientos, así como tampoco con la reparación del estado de ánimo. Considerando las diferencias existentes entre los subtipos de síntomas obsesivo-compulsivos, hallaron que las obsesiones y las neutralizaciones tendían a presentar las asociaciones más fuertes con las medidas de regulación emocional.

A modo de resumen, los hallazgos del estudio de Stern et al. (2014), mostraron que los síntomas obsesivo-compulsivos correlacionaban de forma significativa con una pobre comprensión emocional y con un miedo tanto a emociones negativas como positivas. Inesperadamente para estos autores, los distintos niveles de síntomas del TOC estaban asociados con el miedo a presentar un estado de ánimo deprimido, ira, y emociones positivas.

Según Stern et al. (2014), para los individuos que carecen de experiencia con las emociones y tienen una pobre comprensión de las mismas, pueden resultar particularmente problemáticas las creencias sobre la importancia de tener control sobre cada uno de los pensamientos y la necesidad de obtener certeza (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997), ya que son propensas a desencadenar malestar. Este malestar puede incrementar en el futuro la evitación de situaciones que evoquen emociones, tanto positivas como negativas, y, de este modo, renovar el ciclo negativo. Estos autores también sugieren que la asignación de la atención puede ser menos importante que la motivación para suprimir emociones, en relación

con los síntomas obsesivo-compulsivos, y, de hecho, las compulsiones podrían enfocarse como una forma de suprimir, o evitar, experimentar emociones.

La supresión expresiva, a menudo conceptualizada como estrategia de evitación de la regulación emocional, fue examinada en el estudio de Fergus y Bardeen (2014), junto a otras facetas de la regulación emocional, las cuales incluían: La reevaluación cognitiva, la no aceptación de respuestas emocionales, la dificultad para tomar parte en conductas dirigidas a metas, las dificultades en el control de impulsos, la falta de conciencia de emociones, el acceso limitado a estrategias para la regulación emocional, y la falta de claridad emocional. Este estudio buscaba establecer asociaciones entre estas facetas de regulación emocional y síntomas obsesivo-compulsivos. Para la consecución de este, reunieron una muestra de 372 adultos (58'6% mujeres y 41'4% hombres) reclutados vía Internet. Se les administró el *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross y John, 2003) con el que midieron la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva; la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz y Roemer, 2004) la cual evalúa el rechazo de respuestas emocionales, la dificultad para tomar parte de conductas dirigidas a metas, la dificultad en el control de impulsos, la falta de conciencia emocional, el acceso limitado a estrategias para una regulación emocional efectiva, y la falta de claridad emocional; la *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (DOCS; Abramowitz et al., 2010) con la que evaluaron la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos; y por último, el *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988) con el que se les pedía a los dos participantes que indicaran el grado en el que los descriptores en una palabra captaban como se sentían. Tras un análisis de los resultados obtenidos, Fergus y Bardeen (2014) encontraron que únicamente tres de las variables de regulación emocional evaluadas compartían asociaciones únicas con síntomas obsesivo-compulsivos: La falta de claridad emocional, las dificultades para inhibir conductas impulsivas cuando se experimentan emociones negativas, y la supresión expresiva. Según estos autores, la pobre comprensión de las emociones, reflejada en una falta de claridad emocional, puede exacerbar el malestar emocional a un grado tan alto que se tiende a buscar el alivio inmediato a través de conductas evitacionales desadaptativas. Este razonamiento está apoyado por la sugerencia de Stern et al. (2014) de que la motivación para evitar emociones tendría relación con el TOC, en el que las compulsiones pueden ser usadas para reducir el malestar emocional generado por un pensamiento intrusivo. Esto a su vez, estaría también relacionado con la asociación entre síntomas obsesivo-compulsivos y las dificultades en el control de impulsos mientras se experimentan emociones negativas que Fergus y Bardeen (2014) vieron. Por último, comprobaron que la tercera variable de la regulación emocional que compartía una

única asociación con síntomas obsesivo-compulsivos era la supresión expresiva, la cual estos autores afirman que, en el TOC podría llevar a una mayor preocupación con un pensamiento intrusivo temido, mientras mantiene, e incluso incrementa, el malestar relacionado con dicho pensamiento. Estos autores también afirman que la mejora en las habilidades de regulación emocional antes de realizar exposiciones con prevención de respuesta puede incrementar el compromiso con estas exposiciones y facilitar la reducción sintomatológica en pacientes con TOC. Según Fergus y Bardeen (2014), las asociaciones entre casi todas las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos y la tendencia a atender y reconocer las emociones, parece ser resultado del efecto de la supresión. Del mismo modo, también sugieren que este efecto de la supresión puede indicar que la combinación de alta conciencia emocional con baja claridad emocional podría estar asociada con mayores síntomas obsesivo-compulsivos.

Bozikas et al. (2009), investigaron la habilidad de percibir la afectividad en la expresión facial y vocal en un grupo de pacientes con TOC, y, del mismo modo, exploraron las emociones específicas que pudieran ser molestas para estos. Para ello, seleccionaron 25 pacientes (14 hombres y 11 mujeres) diagnosticados de TOC para el grupo experimental y 25 individuos sanos para el grupo control. Se les midió la gravedad de los síntomas utilizando la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) y utilizaron pruebas de percepción emocional, las cuales eran: El *Kinney's Identity Matching Test* (KIMT) y el *Kinney's Affect Matching Test* (KAMT) (Kinney, 1995; Kinney et al., 1995), el *Fantie's Cartoon Test* (FCT; Fantie, 1989), y el *Affective Prosody Test* (APT; Hiou et al., 2004). Sin embargo, lo que Bozikas et al. (2009) encontraron, fue que los pacientes con TOC no tenían alterada la percepción emocional, tanto en el reconocimiento de expresiones faciales como vocales, comparados con los sujetos control. Además, no se hallaron diferencias entre los pacientes con TOC y los individuos sanos en lo referente a la discriminación de la identidad facial. Respecto a cada tipo de emoción, los pacientes funcionaban igual de bien que los controles en todas las emociones examinadas. Estos resultados son acordes con estudios previos, los cuales no encontraron diferencias en el reconocimiento de emociones entre pacientes con TOC e individuos sanos (Allen et al., 2006; Korneich et al., 2001; Montagne et al., 2008; Parker et al., 2004).

Por otra parte, se han visto alteradas las habilidades de regulación emocional en niños con TOC y trastornos de ansiedad (Jacob et al., 2012; Suveg y Zeman, 2004). McGuire et al. (2013) estudiaron la desregulación en una muestra de jóvenes, de entre 6 y 17 años, con un diagnóstico de TOC. Según estos autores, la desregulación está ampliamente caracterizada por la alteración de las habilidades para auto-regularse a través de los dominios afectivos, cognitivos y conductuales. En su estudio, McGuire et al. (2013), compararon si había

diferencias en las características clínicas y los patrones de comorbilidad entre los jóvenes categorizados como desregulados y aquellos que no lo eran. A su vez, examinaron las contribuciones de la desregulación al grado de deterioro de los jóvenes y al nivel de acomodación familiar, explorando también el grado en el que la desregulación predice el deterioro de los niños, el deterioro de los padres, y la acomodación familiar. La acomodación familiar, en el contexto del TOC, se refiere a las acciones llevadas a cabo por los miembros de la familia para disminuir el malestar del joven facilitándole la realización de compulsiones, proporcionando alivio y minimizando las responsabilidades. Del mismo modo, investigaron si la desregulación presente antes del tratamiento predecía los resultados de la terapia cognitivo-conductual o el desgaste del tratamiento. Finalmente, exploraron la asociación entre la desregulación y la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos después de recibir un tratamiento cognitivo-conductual. Para dicho estudio recogieron una muestra de 144 jóvenes (82 chicos y 62 chicas) con un diagnóstico de TOC, y utilizaron una serie de instrumentos para los distintos fines, los cuales son: El *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child and Parent Version* (ADIS-C/P; Silverman y Albano, 1996) que se usó para evaluar la presencia del trastorno; la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS; Scahill et al., 1997) para medir la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos; la *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-Severity; Guy y Bonato, 1970) que califica la gravedad de la psicopatología; la *Clinical Global Impression-Improvement* (CGI-Improvement; Guy y Bonato, 1970) que mide la respuesta al tratamiento; los ítems utilizados por Calvocoressi et al. (1995) para evaluar la acomodación familiar; la *Child Obsessive Compulsive Impact Scale-Parent/Child* (COIS-P/C; Piacentini et al., 2003) para examinar el deterioro provocado por el TOC en áreas del funcionamiento psicosocial; la *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March et al., 1997) que evalúa los síntomas de ansiedad general, social y por separación; el *Children's Depression Inventory-Short Form* (CDI-S; Kovacs, 1992) para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos; y el *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) que evalúa la frecuencia de problemas conductuales y emocionales en niños. Tras el análisis de los datos hallados, McGuire et al. (2013) encontraron que los jóvenes desregulados presentaban mayor gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos, depresivos y acomodación familiar. Vieron que a aquellos que habían completado el tratamiento cognitivo-conductual les disminuyó la magnitud de la desregulación en comparación al estado de la misma antes del tratamiento. Según estos autores, los jóvenes con mayores niveles de desregulación parecen tener un mayor deterioro en las actividades cotidianas, el cual puede ser debido a la incapacidad que poseen para regular emociones y comportamientos. Centrándonos en el tratamiento el TOC pediátrico, McGuire et al. (2013) afirman que la desregulación presentada antes del

tratamiento predecía la discontinuación del mismo. Una posible explicación que daban es que la naturaleza provocadora de malestar de la terapia cognitivo-conductual basada en la exposición, suscitaba malestar emocional, incumplimiento, y/u oposicionalidad, ya que podría resultar demasiado retardadora para los jóvenes que presentaban altos niveles de desregulación. Por último, para estos investigadores, estos hallazgos ofrecen tres importantes implicaciones: La desregulación tendría que ser evaluada regularmente en la atención clínica, ya que tiene un papel en la presentación clínica y en la discontinuación del tratamiento en pacientes jóvenes con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Los jóvenes que presentan altos niveles de desregulación son más propensos a discontinuar el tratamiento, y probablemente podrían beneficiarse de recomendaciones más individualizadas, y, dada la asociación entre desregulación y acomodación familiar, las intervenciones con los padres dirigidas a los comportamientos desregulados antes o durante cualquier intervención pueden resultar útiles para estos jóvenes; Y para concluir, decir que los jóvenes que recibieron un tratamiento cognitivo-conductual completo, la desregulación se redujo.

6. Conclusiones

Como se ha venido exponiendo, es muy escasa la investigación existente que se dedique a estudiar la regulación emocional en el contexto del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Sin embargo, con los estudios revisados en este trabajo, se pueden sacar algunas conclusiones que permitan dilucidar un poco más el funcionamiento de este trastorno y su relación con la regulación emocional.

Se puede concluir entonces, de acuerdo a los trabajos de investigación revisados, que los síntomas obsesivo-compulsivos correlacionan significativamente con una pobre comprensión emocional asociada a la gravedad de los síntomas. A su vez, el malestar relacionado con estos, correlaciona significativamente con el miedo a emociones específicas, al estado de ánimo deprimido, a las emociones positivas, a la ira, y a la ansiedad, siendo este último miedo el único que estaba asociado con todos los dominios de síntomas. Además, también se ha encontrado que la mayoría de los subtipos de estos síntomas están asociados con la comprensión de las emociones y la reactividad negativa a las mismas (Stern et al., 2014). Por otra parte, la falta de claridad emocional, las dificultades para inhibir conductas impulsivas cuando se experimentan emociones negativas, y la supresión expresiva, se han asociado también con síntomas obsesivo-compulsivos (Fergus y Bardeen, 2014). Sin embargo, a pesar de las relaciones presentadas con déficits en regulación emocional, el TOC no se asocia con la

alteración de la percepción de las emociones, tanto en expresiones faciales como vocales (Bozikas et al., 2009). Por último, añadir que también se ha encontrado que pacientes jóvenes con desregulación emocional presentan mayor gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos, depresivos y más acomodación familiar, y que a aquellos que se les aplicó un tratamiento cognitivo-conductual les disminuyó la magnitud de su desregulación (McGuire et al., 2013).

Estos hallazgos, a pesar de la poca cantidad que hay sobre el tema, indican que hay una relación entre el TOC y la desregulación emocional, pudiendo esta incluso ayudar a mantener dicho trastorno. Por tanto, consideraría conveniente seguir con la investigación sobre esta temática y así expandir el conocimiento sobre la misma, para, de este modo, conseguir aunar modelos y teorías que expliquen mejor el trastorno teniendo en cuenta la importancia de las emociones, y posteriormente, poder elaborar distintos tratamientos que eleven la eficacia y eficiencia de los ya existentes.

Me gustaría añadir, a modo de finalización del trabajo, una conclusión personal sobre estos resultados, plasmando resumidamente mi opinión sobre el papel que estas variables de regulación emocional tienen en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

La pobre comprensión y claridad emocional puede deberse en parte a la duda obsesiva característica del TOC, puesto que, en mi opinión, puede provocar a los pacientes con TOC dudar de qué emoción están experimentando, por qué la están experimentando y si en realidad son como se están sintiendo. Esta duda emocional, por lo tanto, les podría provocar tanto malestar por la propia duda, como pensamientos intrusivos, provocando posiblemente estos últimos mayor malestar añadido y pudiendo formar más dudas, lo que puede reforzar el miedo a las emociones tanto positivas como negativas. El miedo a las emociones por otra parte puede deberse, en mi opinión, por una parte a que los pacientes con TOC asocian que experimentar emociones conlleva provocar la duda y su consiguiente malestar y posibles pensamientos, y, por otra parte, a que tienen la idea, surgida desde su experiencia, de que las emociones en sí pueden suscitar pensamientos intrusivos, del mismo modo que estos pueden provocar emociones, o incluso hacer dudar de si se ha experimentado una emoción, por lo que pueden causar malestar y, por consiguiente, reforzar el miedo. Por otra parte, las emociones negativas pueden provocar pensamientos intrusivos seguidos de malestar, y si, además, se trata de emociones de tristeza o miedo pueden provocar un malestar tan intenso que es difícil inhibir conductas para intentar evitarlo, es decir, compulsiones. En lo referente a la supresión expresiva, esta puede ser que la utilicen para evitar experimentar emociones y, si lo relacionamos con lo anteriormente dicho, evitar pensamientos y malestar derivados por estas.

Por lo tanto, esta supresión expresiva reforzaría la pobre comprensión y claridad emocional, al no experimentar emociones, así como el miedo a las emociones al evitarlas. Todo ello, evidentemente, depende de características idiosincráticas de la persona, como puede ser el valor que se le da a las emociones, la tolerancia a la incertidumbre, la importancia que se le dan a los pensamientos y la resistencia al malestar. En conjunto, me aventuraría a decir que una mayor gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos desemboca en una mayor desregulación emocional y que esta, a su vez, exacerba los síntomas formándose así un bucle.

Sinceramente, me complacería averiguar más sobre el papel de las emociones en el TOC y cómo estas son reguladas dentro del marco del mismo. Por ello, propondría una futura investigación centrada fundamentalmente en el miedo dentro del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, puesto que lo considero una parte importante del mismo, tanto en origen como en mantenimiento.

Bibliografía

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A., y Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensiones: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22, 180-198.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Akhtar, S., Wig, N. H., Verna, V. K., Pershod, D., y Verna, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

Allen, J. L., Abbott, M. J. y Rapee, R. M. (2006). Ew gross! Recognition of expressions of disgust by children with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Change*, 4, 239-249.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bagby, R. M., Parker, J. D., y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., y Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford.

Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones*. Madrid: Alianza Editorial.

Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., y Cabedo, C. (2009). To seek advice... or not to seek advice about the problema: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 257-264.

Bloch, L., Moran, E. K., y Kring, A. M. (2010). On the Need for Conceptual and Definitional Clarity in Emotion Regulation Research on Psychopathology. En A. M. Kring y D. M. Sloan, *Emotion Regulation and Psychopathology*, (pp. 88-104). Nueva York: The Guilford Press.

Botella, C., Baños, R. M., y Gallardo, M. (1999). *El trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la UNED.

Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., Giannakou, M., Saitis, M., Fokas, K., y Garyfallos, G. (2009). Emotion perception in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 148-153.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancil, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

Campos, J. J., Frankel, C. B., y Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394.

Cicchetti, D., Ganiban, J., y Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. En J. Garber y K. A. Dodge (eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (p. 15-48). Nueva York: Cambridge University Press.

Calkins, A. W., Berman, N. C., y Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15 (5), 1-7.

Clark, D. A. (2005). *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders*. Nueva York: Guilford Press.

Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En W. R. Crozier y L. E. Alden (eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). Chichester, UK: Wiley.

Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.

De Silva, P., y Rachman, S. (1992). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Eisenberg, N., y Morris, A. S. (2002). Children's emotion-related regulation. En R. Kail (ed.), *Advances in child development and behavior*, 30, (pp. 190-229). Amsterdam: Academic Press.

Fantie, B. (1989). *Fantie's Cartoon Test*. Washington DC: Human Neuropsychology Laboratory, American University.

Feldman Barret, L., Gross, J. J., Christensen, T., y Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.

Fergus, T. A., y Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 243-248.

Fischer, A. H., Manstead, A. S. R., Evers, C., Timmers, M., y Valk, G. (2004). Motives and Norms Underlying Emotion Regulation. En P. Philippot y R. S. Feldman (eds.), *The Regulation of Emotion*, (pp. 187-210). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E. B., y Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-217.

Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., y Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.

Frost, R. O., y Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 35, 291-296.

Goodman, W. K., Price, I. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., y Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., y Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assesment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.

Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J., Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation*, pp. 3-24. New York: Guilford Press.

Guy, W., y Bonato, R. (eds.). (1970). *Clinical Global Impressions*. Chevy Chase, Maryland: National Institute of Mental Health.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hiou, K., Vagia, A., Haritidou, E., Karakostas, D., y Kosmidis, M. H. (2004). Affect perception as a cognitive function: Validity and clinical application of a neuropsychological test battery in healthy individuals and patients with brain lesions. *Psychology*, 11, 388-401.

Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 277-290.

Jacob, M. L., Morelen, D., Suveg, C., Brown Jacobsen, A. M., Whiteside, S. P. (2012). Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety Stress, and Coping*, 25, 229-237.

John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72 (6), 1301-1334.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., y Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (9), 1301-1320.

Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 418-434.

Kinney, J. M. (1995). *Comprehension of affect in children with pervasive developmental disorders: Specific deficits in perceptual matching tasks*. Washington DC: Human Neuropsychology Laboratory, American University.

Kinney, J. M., Fantie, B. D., Pascualvaca, D. M., Rodríguez, D., y Mirsky, A. F. (1995). Comprehension of affect in children with pervasive developmental disorders: Deficits in matching faces to cartoon situations. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1, 156-157.

Korneich, C., Blairy, S., Philippot, P., Dan, B., Foisy, M. L., Hess, U., Le Bon, O., Pelc, I., y Verbank, P. (2001). Impaired emotional facial recognition in alcoholism compared with obsessive-compulsive disorder and normal controls. *Psychiatry Research*, 102, 235-248.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. Multi-Health Systems, North Tonawanda, New York.

Kozak, M. J., Foa, E. B., Y McCarthy, P. (1987). Assessment of Obsessive compulsive disorder. En C. G. Last y M. Hersen (eds.), *Handbook of Anxiety Disorders*. Nueva York: Pergamon Press.

Kring, A. M., y Werner, K. H. (2004). Emotion Regulation and Psychopathology. En P. Philippot y R. S. Feldman (eds.), *The Regulation of Emotion*, (pp. 359-385). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Lee, H. J., y Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., y Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.

March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.

Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. Nueva York: Oxford University Press.

McGuire, J. F., Small, B. J., Lewin, A. B., Murphy, T. K., De Nadai, A. S., Phares, V., Geffken, G., y Storch, E. A. (2013). Dysregulation in pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209, 589-595.

Mennin, D., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14 (4), 392-352.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.

Montagne, B., de Geus, F., Kessels, R. P. C., Denys, D., de Haan, E. H. F., y Westenberg, H. G. M. (2008). Perception of facial expressions in obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach. *European Psychiatry*, 23, 26-28.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1993). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorder: Diagnostic criteria for Research*. Madrid: Editorial Meditor.

Papageorgiou, C., y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.

Parker, H. A., McNally, R. J., Nakayama, K., y Wilhelm, S. (2004). No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 183-192.

Philippot, P., y Feldman, R. S. (eds.). (2004). *The Regulation of Emotion*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61-69.

Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.

Rachman, S., y Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. En R. Swinson, M. Antony, S. Rachman y M. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 51-78). Nueva York: The Guilford Press.

Salkovskis, P. M., y Forrester, E. (2002). Responsibility. En R. O. Frost y G. Steketee (eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 45-61). Oxford, R. U.: Elsevier.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C., y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. D. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington DC: American Psychological Association.

Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.

Sevillá, J., y Pastor, C. (2010). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo. Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Silverman, W. K., y Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child and Parent Versions*. Psychological Corporation, San Antonio.

Suveg, C., y Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 750-759.

Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., y Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 109-114.

Storch E. A., Abramowitz J., y Goodman W. K. (2008). Where does Obsessive-Compulsive Disorder belong in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 25, pp. 336-347.

Tallis, F. (1995). *Obsessive-compulsive disorder: A cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester, R. U.: Wiley.

Thoits, P. A. (1985). Self-labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American Journal of Sociology*, 95, 221-249.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp. 25-52.

Thomsen, P. H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2, 255-259.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., y Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.

Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Wenzlaff, R. M., y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

Werner, K., y Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology. En A. M. Kring y D. M. Sloan (eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology*, (pp. 13-37). Nueva York: The Guildford Press.

Williams, K. E., Chambless, D. L., y Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behaviour Research Therapy*, 35, 239-248.