



Facultad de Psicología

Trabajo de  
fin de grado

**Modalidad 1**  
“Trabajos de revisión bibliográfica”

Autora del TFG

La relevancia de la  
duda patológica en el  
trastorno obsesivo-  
compulsivo

Explorando sus vínculos con  
la confianza cognitiva y el  
acceso a los estados  
internos

Greta Lobato Blanco

**Grado en Psicología**  
Año 2025

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología

# Índice

<b>Índice .....</b>	<b>2</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
1 Conceptualización del trastorno obsesivo-compulsivo .....	8
2 Marco teórico.....	10
3 Relevancia de la duda y objetivos de la revisión .....	14
<b>Método.....</b>	<b>16</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>20</b>
1 Objetivos.....	20
2 Muestra.....	21
3 Instrumentos y tareas .....	22
4 Resultados.....	23
<b>Discusión.....</b>	<b>26</b>
1 La naturaleza y la relevancia de la duda patológica en el trastorno obsesivo-compulsivo .....	26

2	La confianza en la percepción y la memoria de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo .....	27
3	El acceso a estados internos de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo	29
4	La duda, la confianza cognitiva y el acceso a estados internos: una nueva aproximación explicativa al TOC .....	31
5	Implicaciones clínicas.....	33
6	Limitaciones de la revisión y futuras líneas de investigación .....	34
	<b>Conclusiones .....</b>	<b>36</b>
	<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>37</b>
	<b>Índice de tablas .....</b>	<b>45</b>
	<b>Índice de figuras .....</b>	<b>46</b>
	<b>Anexo.....</b>	<b>47</b>

## Resumen

El presente trabajo consiste en una revisión sistemática de la literatura enfocada en la relevancia de la duda patológica en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y sus vínculos con la confianza cognitiva y los estados internos. Se plantearon tres objetivos principales: determinar la naturaleza y relevancia de la duda patológica en el TOC, explorar la confianza cognitiva en personas con este trastorno y examinar el acceso a estados internos en ese mismo grupo de individuos. Tras realizar búsquedas en PubMed, ProQuest y Scopus, se llevó a cabo un proceso de selección de artículos que culminó en la inclusión de 16 estudios en la revisión. Los resultados de este trabajo indican que la duda se experimenta de modo heterogéneo entre individuos y que su contenido es variable. Este fenómeno se asocia con una mayor severidad del trastorno, deterioro funcional y peor respuesta a la terapia, por lo que se considera un rasgo de relevancia clínica. Respecto a la confianza cognitiva, los resultados de los estudios muestran que las personas con TOC presentan una falta de confianza en su memoria y su percepción. Además, parece que la repetición de acciones provoca una disminución de la confianza en la memoria, posiblemente debido al fenómeno de interferencia proactiva. Por último, los artículos revisados señalan que estas personas experimentan dificultades para acceder a sus estados internos, lo que puede llevarlas a depender de “proxies” (indicadores externos) para identificarlos. En conclusión, la duda patológica constituye un rasgo clínicamente relevante del TOC que mantiene cierta relación con déficits de confianza cognitiva y de acceso a estados internos. Es necesario continuar con

estas líneas de investigación para responder a algunos interrogantes y elaborar una propuesta teórica que integre los elementos mencionados.

**Palabras clave:**

Trastorno obsesivo-compulsivo, duda patológica, confianza cognitiva, estados internos.

**Número de palabras del trabajo:** 7918 palabras\*

\*De este cómputo quedan excluidas las tablas y figuras, así como sus títulos y notas.

## Abstract

This systematic review focuses on the relevance of pathological doubt in obsessive-compulsive disorder (OCD) and its links with cognitive confidence and internal states. Three main goals were established: to define the nature and clinical relevance of pathological doubt in OCD, to explore cognitive confidence in individuals with this disorder, and to examine their access to internal states. After conducting searches in PubMed, ProQuest, and Scopus, a selection process was carried out, resulting in the inclusion of 16 studies in the review. The findings of this review indicate that doubt is experienced in a heterogeneous manner across individuals and that its content varies. This phenomenon is associated with greater disorder severity, functional impairment, and poorer therapeutic response, making it a clinically relevant feature. As for cognitive confidence, the studies show that people with OCD exhibit a lack of confidence in their memory and perception. In addition, the repetition of actions appears to cause a reduction of memory confidence, possibly due to the phenomenon of proactive interference. Finally, the reviewed articles suggest that individuals with OCD experience difficulties in accessing their internal states, which may lead them to rely on proxies to identify them. In conclusion, pathological doubt constitutes a clinically relevant feature of OCD that is linked to deficits in cognitive confidence and in access to internal states. Further research is needed to answer the questions raised in this review and to develop a theoretical framework that integrates the key elements explored in this work.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder, pathological doubt, cognitive confidence, internal states.

# Introducción

## 1 Conceptualización del trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por su heterogeneidad y su complejidad, además de la interferencia y el malestar que genera en la vida de los que se ven afectados por él (Belloch et al., 2020).

Para comprender este trastorno, es necesario considerar sus síntomas nucleares: las obsesiones y las compulsiones (Belloch et al., 2020). Por un lado, las obsesiones se entienden como pensamientos, imágenes o impulsos persistentes y recurrentes (American Psychiatric Association, 2022). Generan malestar, son intrusivas y no son deseadas, por lo que el sujeto trata de reprimirlas, ignorarlas o neutralizarlas. Por otra parte, las compulsiones se refieren a los comportamientos o actos mentales repetitivos que las personas con TOC llevan a cabo cuando se presenta la obsesión. Se experimenta una urgencia o necesidad de llevar a cabo estos actos, cuyo propósito es reducir el malestar producido por la obsesión. Son comportamientos excesivos o que no mantienen una relación lógica con el contenido de la obsesión.

Según la versión revisada de la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022), los criterios diagnósticos del TOC incluyen la presencia de obsesiones y compulsiones, tal y como fueron descritas anteriormente, además de algunas condiciones adicionales. Es preciso que las

obsesiones y compulsiones generen malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas vitales importantes. Además, deben ocupar una gran cantidad de tiempo al día. Finalmente, hay que asegurarse de que los síntomas no se deben al efecto de alguna sustancia o a la presencia de una afección médica y de que no pueden ser explicados por otro trastorno mental. El DSM-5-TR incluye dos especificadores: uno informa acerca del *insight* (bueno/aceptable, escaso o ausente) y el otro indica si la persona ha presentado o presenta un trastorno de tics. El *insight* o introspección es un especificador particularmente relevante, ya que influye en el abordaje terapéutico y en el pronóstico del trastorno (Belloch et al., 2020). Se refiere a la capacidad del individuo para reflexionar sobre sus propios síntomas y ser consciente de que resultan excesivos. Es un rasgo que puede variar a medida que transcurre el tiempo o en función de los contenidos obsesivos.

Como se ha mencionado previamente, este trastorno es altamente complejo y heterogéneo. Una de las razones es la elevada variabilidad individual en cuanto al contenido de las obsesiones y compulsiones. A pesar de ello, es posible señalar algunos temas habituales (American Psychiatric Association, 2022): la limpieza, la simetría, los pensamientos tabú y el daño o agresión (hacia uno mismo u otros). Habitualmente, los individuos con TOC tienen síntomas de más de una dimensión temática.

En cuanto a la epidemiología del TOC, aunque las cifras pueden oscilar, la prevalencia vital es de aproximadamente un 2% en varios países y grupos etarios (Cervin, 2023). En el estudio de Ruscio et al. (2010) se analizaron datos de la *National Comorbidity Survey Replication* y se obtuvo una prevalencia vital de un 2,3% y una anual de un 1,2%. Sin embargo, este último valor puede fluctuar dependiendo del estudio. En Adam et al. (2012) se encuentra una prevalencia anual de un 0,7%.

Es posible constatar algunas diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres suelen empezar a presentar síntomas en la adolescencia y, en comparación con los hombres, se ven ligeramente más afectadas por el trastorno en la adultez (American Psychiatric Association, 2022). En cambio, los síntomas obsesivo-compulsivos de los hombres suelen comenzar en la infancia. En cualquiera de los casos, en ausencia de tratamiento, el trastorno tiende a ser crónico.

Para terminar de perfilar este trastorno, cabe resaltar las altas tasas de comorbilidad. En el estudio de Ruscio et al. (2010), el 90% de los encuestados que habían cumplido en algún momento de su vida con los criterios del TOC, también habían padecido algún otro trastorno (considerando los criterios del DSM-IV). Los trastornos de ansiedad (75,8%), los trastornos del estado de ánimo (63,3%) y los trastornos de control de impulsos (55,9%) son los más destacables.

## 2 Marco teórico

Con el paso de las décadas, han surgido numerosos modelos que han tratado de dilucidar el origen y el mantenimiento de la sintomatología obsesivo-compulsiva. En este trabajo, se comentarán dos modelos. El primero de ellos es el más aceptado actualmente como explicación del TOC, el modelo cognitivo. El segundo modelo, uno descriptivo propuesto por Purdon (2018), se escoge por aportar ideas que podrían complementar el primer modelo y por conceder importancia a la duda, que es el tema central de este trabajo.

A la hora de profundizar en el modelo cognitivo, nos centraremos en la perspectiva de las valoraciones disfuncionales de los pensamientos intrusos, ya que es la más investigada (Belloch et al., 2020). Esta perspectiva parte de ciertos preceptos:

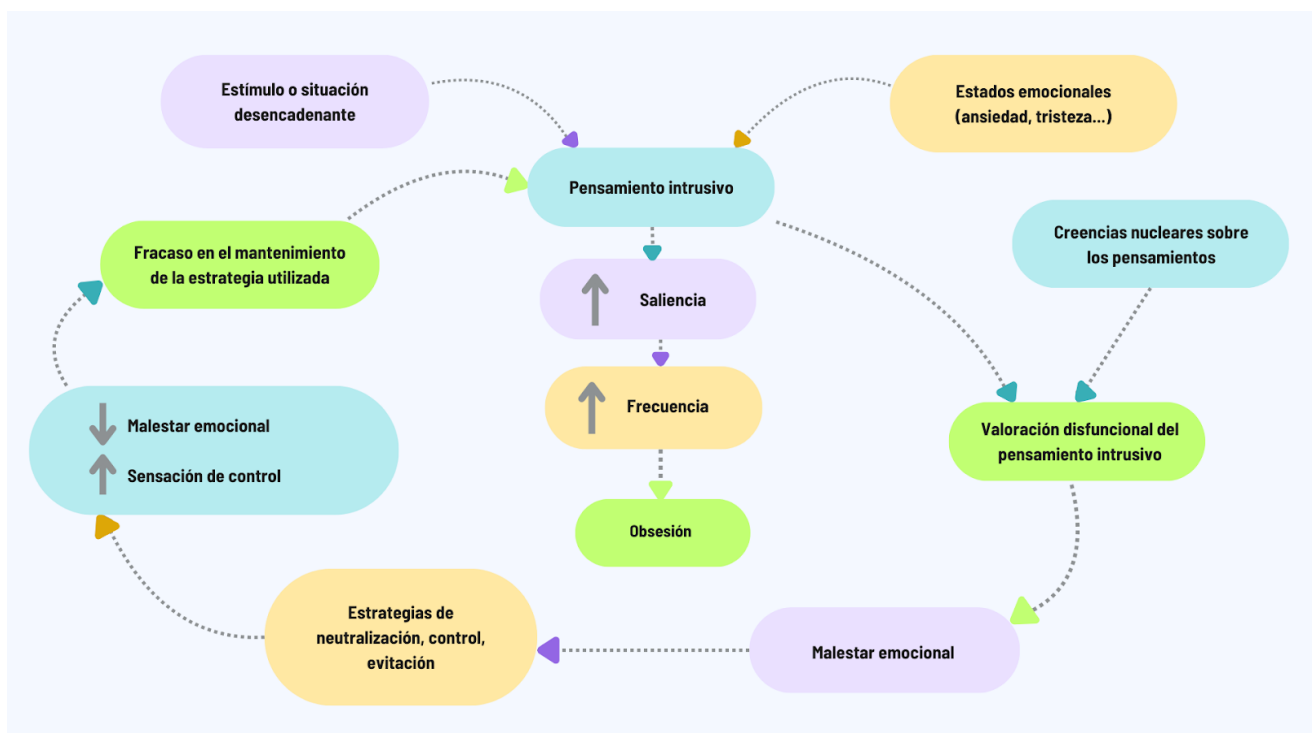
- Todas las personas experimentan pensamientos intrusos (con contenidos parecidos a las obsesiones).
- Algunas personas realizan valoraciones disfuncionales de dichos pensamientos. Los evalúan como amenazantes y peligrosos.
- Tras la valoración disfuncional, los individuos buscan una forma de neutralizar, evitar o controlar los pensamientos.

A continuación, se ofrecerá una explicación más detallada de este proceso (Figura 1). Como ya se ha mencionado, todas las personas tienen pensamientos intrusos, cuyos contenidos se asemejan a los de las obsesiones (Belloch et al., 2020). Estos pueden surgir con más frecuencia ante ciertos estímulos, sucesos o estados emocionales. En el momento en el que surgen, se inicia un proceso de evaluación y se activan las creencias nucleares del individuo acerca de los pensamientos. Si el resultado de dicho proceso es una valoración

disfuncional del pensamiento intruso, es muy probable que la persona experimente malestar y que lleve a cabo acciones para reducirlo. Las estrategias de control y de neutralización del pensamiento pueden disminuir la ansiedad y el malestar a corto plazo, además de proporcionar sensación de control al individuo. Sin embargo, es complicado mantener la atención en esas estrategias a largo plazo y no se puede detener el flujo de pensamientos. Así pues, es posible que el pensamiento intruso vuelva a aparecer y que resulte aún más llamativo, al ser la segunda vez que aparece y al no haber podido mantenerlo bajo control. Con el tiempo, la repetición de toda esta secuencia desembocará en un aumento de la frecuencia del pensamiento intrusivo, convirtiéndose en una obsesión. Como es evidente, este proceso encierra numerosas complejidades. Varios elementos de este ciclo podrían comentarse de forma pormenorizada. Sin embargo, debido a las características de este trabajo, no serán abordados.

### Figura 1

Esquema del modelo de valoración disfuncional de los pensamientos intrusos



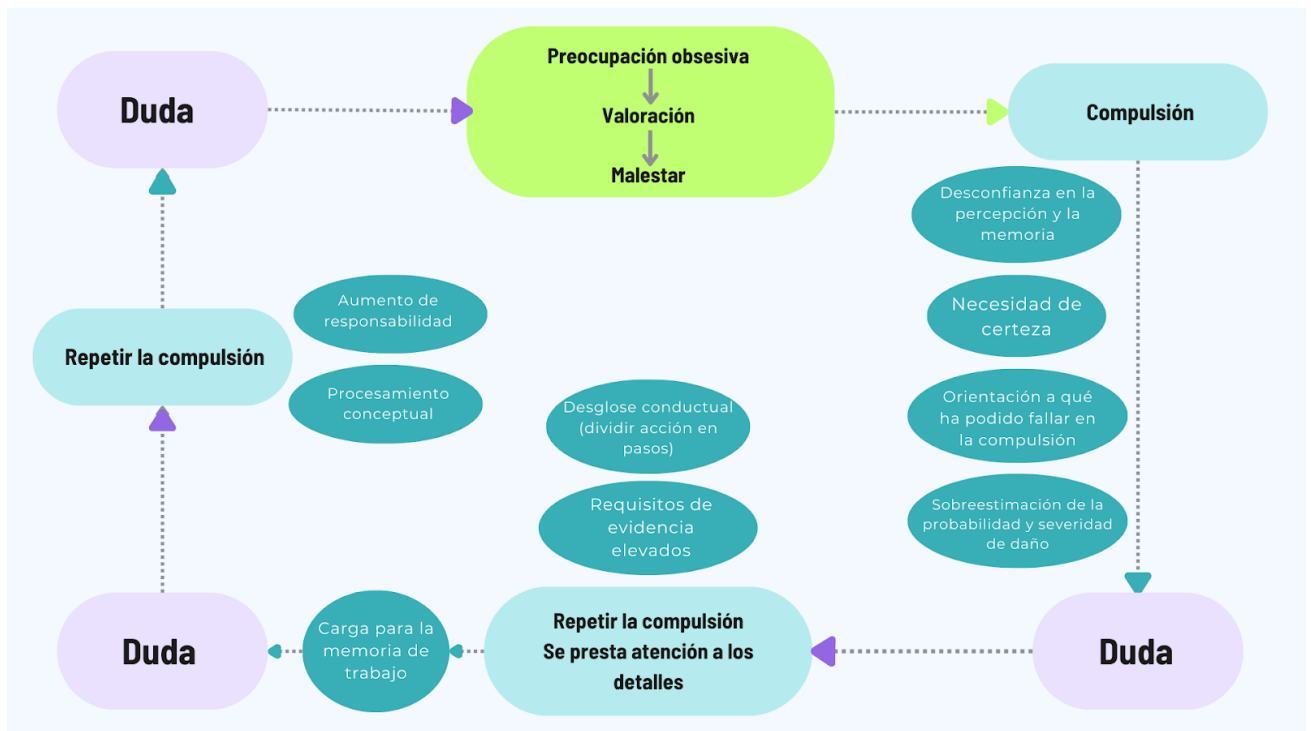
Nota. Esquema de elaboración propia. Adaptado de *Manual de psicopatología. Volumen 2.* (p. 158), por A. Belloch, G. García-Soriano y M. Giraldo O’Meara, 2020, McGraw Hill.

El modelo cognitivo ha contribuido enormemente a la comprensión del TOC y cuenta con el respaldo de la comunidad científica. El tratamiento basado en este modelo, la terapia cognitivo-conductual que incluye exposición con prevención de respuesta (EPR), se centra en reducir el malestar que provocan las obsesiones (Purdon, 2018). Además, aborda la valoración negativa de las obsesiones. A pesar de que esta terapia es más efectiva que la alternativa farmacológica (Öst et al., 2015), sólo consigue reducir los síntomas del trastorno en un 45,5% (McKay et al., 2015). Así pues, resulta pertinente ampliar los conocimientos acerca de algunos componentes del modelo que han quedado relegados a un segundo plano. Entre ellos, está la persistencia de las compulsiones, el tema central en el artículo de Purdon (2018).

En Purdon (2018), se revisa la literatura reciente sobre los mecanismos que mantienen las compulsiones. Se puede extraer que variables como la necesidad de certeza, la confianza en la memoria, la estimación de probabilidad de daño, el tipo de procesamiento de los estímulos/eventos (perceptivo o conceptual), la necesidad de estar satisfecho para terminar una acción y el uso de un procesamiento explícito son relevantes a la hora de explicar las compulsiones. El último elemento mencionado se refiere a que, debido a un déficit en los procesos implícitos (por dudar de conocimientos básicos y de sus estados internos), las personas con TOC explicitan dichos procesos y recurren a indicadores (*proxies*) externos para alcanzar la certeza. Con este mismo objetivo, se presta más atención a los detalles de la acción, lo que provoca que esta se divida en pequeños pasos y que se añada carga a la memoria de trabajo.

**Figura 2**

Esquema del modelo descriptivo del ciclo compulsivo



*Nota.* Esquema de elaboración propia. Adaptado de “There is a lot more to compulsions than meets the eye” [Hay mucho más en las compulsiones de lo que parece a simple vista] (p. 295), por C. Purdon, 2018, *Clinical Neuropsychiatry*, 15 (5).

A partir de la revisión, Purdon propone un modelo descriptivo (Figura 2). El ciclo de las compulsiones comienza con una obsesión, su valoración (o *appraisal*) y el malestar que genera. Al igual que en el modelo anterior, este malestar se intenta neutralizar con la compulsión. Sin embargo, la falta de confianza en la memoria y la percepción, la necesidad de asegurarse de que la compulsión se realiza correctamente (o de saber qué ha fallado) y la sobreestimación de la probabilidad de daño obstaculizan que la persona se sienta satisfecha. La duda hace que se repita la compulsión y que se preste una mayor atención a los detalles. Como ya se ha comentado, esto supone una carga para la memoria de trabajo, por lo que resulta difícil determinar que se ha realizado correctamente la acción y vuelve a aparecer la duda. Al repetir el comportamiento, que ya resulta familiar, el procesamiento pasa a ser conceptual y no se perciben los estímulos con el mismo detalle. En este punto, disminuye la confianza en la memoria y aumenta la responsabilidad. Todo esto provoca duda, ya que lo

que persigue la persona es percibir los estímulos de forma vívida y detallada. Para terminar, es posible que en cualquier momento del ciclo reaparezca la obsesión.

### 3 Relevancia de la duda y objetivos de la revisión

Para algunos autores, la duda es el rasgo definitorio del TOC. De hecho, Janet (1903) lo describió como “*folie du doute*”, cuya traducción literal es “locura de la duda”. La duda ha sido definida de varias formas a lo largo del tiempo, pero generalmente se ha entendido como una falta de capacidad para tomar decisiones (Berrios, 1989; Sachdev y Malhi, 2005).

En un artículo, Liberman et al. (2023), exponen su modelo de Búsqueda de Proxies para Estados Internos (*Seeking Proxies for Internal States, SPIS*), según el cual la duda acerca de los estados internos interfiere en el control de las acciones, la toma de decisiones, la introspección y la metacognición. Por una parte, se podría hipotetizar que las dificultades para terminar acciones (control de acciones) y para saber cuando dejar de buscar alternativas (toma de decisiones) están implicadas en las compulsiones. Por otro lado, podríamos pensar que los problemas de metacognición (no poder acceder a nuestras emociones y motivaciones reales) y de introspección (no conocer nuestros estados internos, necesidades y sentimientos) se asocian a las obsesiones.

Por tanto, teniendo en cuenta el posible papel de la duda en el origen de las obsesiones y/o el mantenimiento de las compulsiones, es preciso analizar su influencia en el TOC. A pesar de la importancia que se le ha otorgado a este fenómeno cognitivo en ciertos momentos de la historia, en los últimos tiempos no ha recibido suficiente atención. Es posible que esto se deba a la complejidad de la duda como objeto de estudio. No obstante, su complejidad no le resta relevancia. Por ello, algunos autores están retomando este tema en sus investigaciones. Profundizando en la duda, quizás se pueda ampliar la explicación teórica del trastorno, con el fin último de que aumente la efectividad del tratamiento.

Del artículo de Purdon (2018), destacan la falta de confianza en la percepción y memoria y los déficits en procesos implícitos (particularmente, en el acceso a estados internos) por tener relación con la duda y por ser elementos poco frecuentes en las explicaciones teóricas del TOC. Así pues, los objetivos de esta revisión bibliográfica serán los siguientes:

1. Determinar la naturaleza y la relevancia de la duda patológica en el trastorno obsesivo-compulsivo.
2. Explorar la confianza en la percepción y la memoria de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (considerando su relación con la duda).
3. Examinar el acceso a estados internos de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (considerando su relación con la duda).

## Método

En este apartado se abordará la metodología de la revisión bibliográfica. A la hora de proceder, se siguió la guía PRISMA 2020 (Page et al., 2021). El diagrama de flujo presentado al final de esta sección (Figura 3) también fue elaborado siguiendo las indicaciones de dicha guía.

El primer paso de esta revisión consistió en determinar el tema específico de la misma. Para ello, se realizaron búsquedas en tres bases de datos: PubMed, ProQuest y Scopus. Este proceso abarcó octubre y noviembre de 2024. En un inicio, los términos utilizados fueron *obsessive compulsive disorder*, *theory of mind*, *empathy*, *alexithymia* y *compassion*. Generalmente, las búsquedas se centraron en la relación entre el TOC y alguna de las otras variables mencionadas (“*obsessive compulsive disorder*” AND [alguno de los otros términos]). Además, se recuperaron algunos artículos sobre procesamiento emocional en relación con el TOC (*emotional awareness*, *emotion recognition*, *emotional processing*).

A raíz de las búsquedas realizadas en la primera fase, se decidió orientar la revisión hacia la duda en el TOC, dado que se encontraron algunos artículos sobre acceso a estados internos y falta de confianza en la memoria y la percepción. En esta fase, de carácter más sistemático, se efectuaron tres búsquedas en PubMed, ProQuest y Scopus:

1. “*obsessive compulsive disorder*” AND *doubt*
2. “*obsessive compulsive disorder*” AND “*internal states*”
3. “*obsessive compulsive disorder*” AND (*confidence* OR *confident*)

Durante este proceso, se tuvieron en cuenta varios criterios de inclusión y exclusión. Los artículos debían ser empíricos; no se incluirían tesis, artículos de revisión, metaanálisis, libros o capítulos de libros. También se decidió descartar los estudios de caso. Asimismo, la muestra debía estar conformada por adultos. La búsqueda se limitó a los diez últimos años (de 2014 a 2024), aunque para alguna búsqueda se usó el intervalo temporal de 2013-2023. El resto de los criterios de exclusión aparecen especificados en el diagrama de flujo. La fase sistemática de la revisión comenzó en diciembre de 2024 y finalizó el 4 de febrero de 2025. A continuación, se especificarán los filtros usados en cada búsqueda y los resultados obtenidos (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Resumen de las búsquedas realizadas en cada base de datos*

<b>Búsqueda</b>	<b>Base de datos</b>	<b>Filtros</b>	<b>Número de resultados</b>
<i>“obsessive compulsive disorder” AND doubt</i>	PubMed	Title 2013-2023	9 resultados
	ProQuest	TITLE 2013-2023	16 resultados
	Scopus	Article title 2013-2023	12 resultados
<i>“obsessive compulsive disorder” AND “internal states”</i>	PubMed	Title/Abstract 2014-2023	21 resultados
	ProQuest	ABSTRACT (el más similar al utilizado en las otras bases de datos) 2014-2023 Artículo (tipo de documento)	20 resultados
	Scopus	Article title, Abstract, Keywords 2014-2023 Article (tipo de documento)	23 resultados
<i>“obsessive compulsive”</i>	PubMed	Title 2014-2024	4 resultados

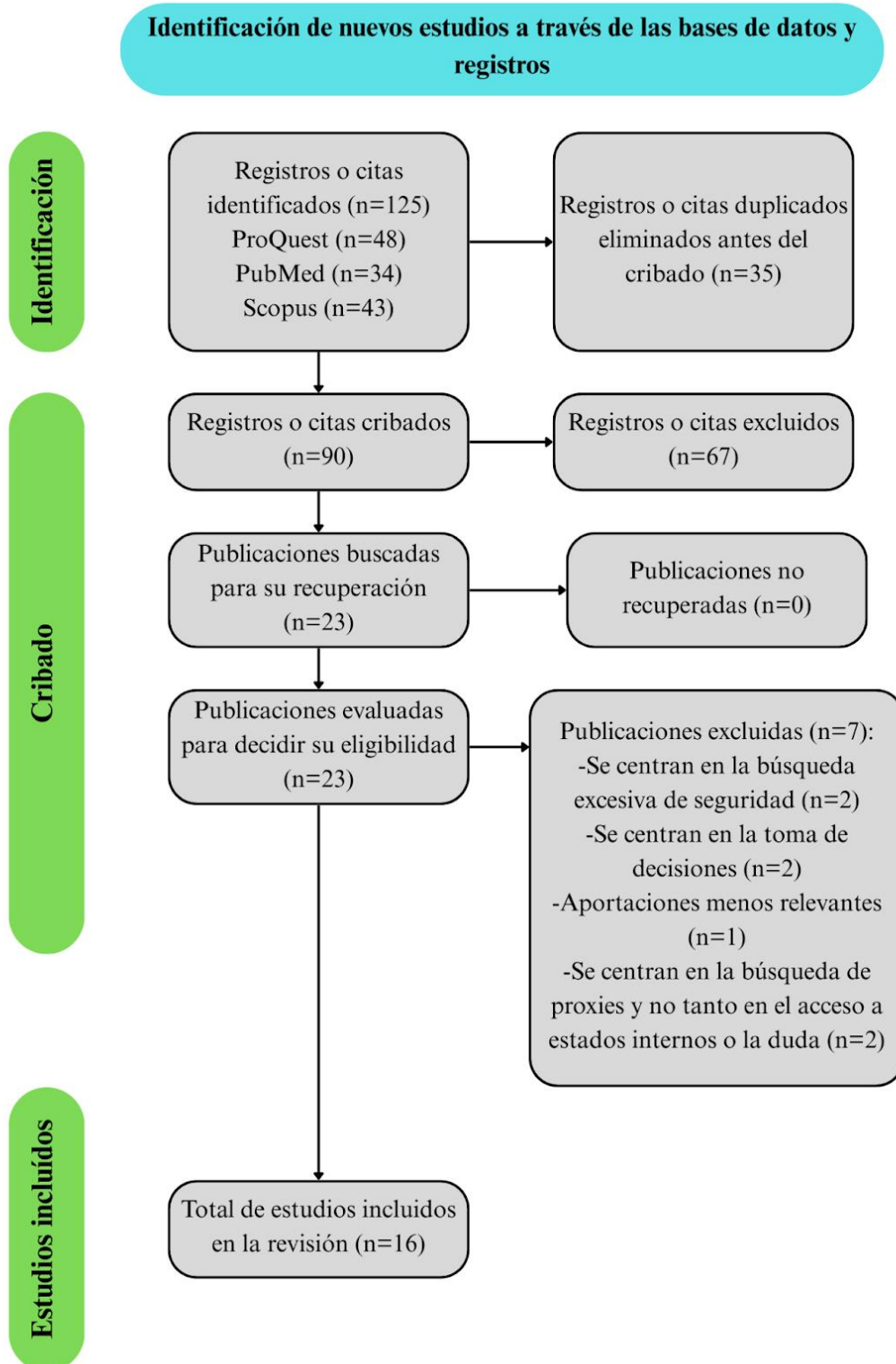
<i>disorder” AND (confidence OR confident)</i>	ProQuest	TITLE 2014-2024	12 resultados
	Scopus	Article title 2014-2024	8 resultados

---

En total, se recopilaron 125 documentos al buscar en las tres bases de datos. Tras eliminar los duplicados, quedaron 90. Al revisar el título y el resumen de estos 90 artículos se descartaron 67 por no cumplir con los criterios de inclusión. Las 23 publicaciones restantes fueron evaluadas para decidir su elegibilidad. Se excluyeron dos por centrarse en la búsqueda excesiva de seguridad, otras dos por tratar sobre la toma de decisiones, una por exponer aportaciones menos relevantes y dos por enfocarse concretamente en la búsqueda de proxies (en vez de en el acceso a los estados internos y la duda). El procedimiento seguido a la hora de seleccionar los artículos se recoge en la Figura 3. Como resultado de la selección, la revisión se compone finalmente de 16 artículos.

**Figura 3**

Diagrama de flujo sobre la selección de artículos elaborado a partir de la guía PRISMA (Page et al., 2021)



# Resultados

Las principales características de los artículos revisados se resumen a continuación. En el anexo del trabajo se incluye una tabla con información más detallada de cada artículo (Tabla 2). Con el propósito de facilitar la lectura, se organizará esta sección del trabajo del mismo modo que esa tabla.

## 1 Objetivos

Es posible agrupar los objetivos de los artículos en cuatro temáticas, aunque algún documento podría encajar en más de una.

En primer lugar, se encontraron artículos que exploran la naturaleza y las características de la duda en el TOC. Este es el caso del estudio de Chiang y Purdon (2023) y de la investigación de Samuels et al. (2017). Cabe mencionar que Marton et al. (2019) también contribuyen a este objetivo al validar un instrumento para evaluar la duda.

Por otra parte, están aquellos trabajos que se centran en la duda y la confianza cognitiva. Este último constructo abarca la confianza en la atención, en la percepción y en la memoria. Dentro de esta categoría, se encuentran estudios como el de Burns et al. (2020) y el de Moritz y Jaeger (2018). También pertenecería a este grupo el estudio de Ouellet-Courtois et al. (2020), en el que se realiza un análisis de conglomerados para formar clusters en torno a la confianza cognitiva y la confusión inferencial. Se entiende por confusión inferencial una forma de razonamiento en la que se concede mayor importancia a las posibilidades

imaginadas que a la evidencia perceptiva, debido a la falta de confianza en los sentidos. Finalmente, el artículo de Wong et al. (2017) analiza la relación entre el acceso a los estados internos y la falta de confianza en los sentidos.

En tercer lugar, existe una cantidad considerable de artículos que versan sobre la duda y el acceso a estados internos. El de Wong et al. (2017), como ya se ha comentado anteriormente, relaciona el acceso a estados internos con la falta de confianza en los sentidos. Otros artículos se centran en cómo los síntomas obsesivo-compulsivos, la duda inducida o la tendencia obsesivo-compulsiva se asocian al acceso a estados internos (p. ej.: Dar et al., 2016; Gilaie-Dotan et al., 2016; Lazarov et al., 2015). Finalmente, algunos artículos exploran la relación entre la dificultad de acceso a estados internos en las personas con TOC y el uso de *proxies*, es decir, indicadores sustitutos (Lazarov et al., 2014; Zhang et al., 2017).

Por último, algunos estudios tratan sobre la duda y otros procesos. En Marton et al. (2019) miden la duda y estudian cómo se relaciona con los procesos neurofisiológicos de los que depende la toma de decisiones. En otro artículo, se estudia cómo reaccionan las personas con TOC (si aumenta o disminuye la duda) al recibir información que contradice o apoya una conclusión inicial (O'Connor et al., 2018). Para terminar, el estudio de Olson et al. (2016) busca analizar la recuperación de recuerdos en personas con TOC (teniendo también en cuenta los síntomas de duda).

## 2 Muestra

En los artículos revisados se aprecia gran variabilidad en cuanto al tamaño de la muestra. Algunos estudios cuentan con una muestra más reducida, como el de Olson et al. (2016), en el que participaron 33 individuos en total. La muestra más amplia es la de Samuels et al. (2017), con 1182 participantes. La media de participantes se encuentra en 220, aproximadamente. Tomando en conjunto todos los estudios de la revisión, se obtiene un total de 3521 participantes.

Las muestras incluyen distintos tipos de participantes. En múltiples estudios se cuenta con la participación de individuos sin diagnóstico, como estudiantes universitarios, trabajadores o voluntarios de otra procedencia (p. ej.: Burns et al., 2020; Dar et al., 2016; Gilaie-Dotan et al., 2016). En algunos casos, estos participantes eran los únicos que formaban

parte de la muestra y, en otros, servían como grupo de control no clínico. En varias muestras también se identifican participantes con diagnóstico de TOC e individuos con síntomas subclínicos de TOC (p. ej.: Chiang y Purdon, 2023; Lazarov et al., 2014; Lazarov et al., 2022). Finalmente, en algunos estudios se incluyeron personas con trastornos de ansiedad (Lazarov et al., 2014; Lazarov et al., 2022).

En cuanto a la edad, la mayoría de las muestras están conformadas por adultos jóvenes. La edad media oscila entre 18,6 años (Wong et al., 2017) y 42,5 años (Marton et al., 2019). Se aprecia una variación considerable en lo que respecta al género de los participantes. Se podría afirmar que existe un predominio de mujeres en los estudios, ya que en varios casos superan el 60% del total de participantes. De todos modos, en algún estudio se observa un mayor equilibrio (p. ej., en Ouellet-Courtois et al., 2020) o un predominio de hombres (Lazarov et al., 2014).

Los estudios de esta revisión se llevaron a cabo en diversos países. Diez de ellos se desarrollaron en Israel y Estados Unidos. Los artículos restantes proceden de Canadá, Australia, China y Alemania.

### 3 Instrumentos y tareas

El *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Foa et al., 2002; versión alemana de Gönner et al., 2008) y la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989; versión alemana de Hand y Büttner-Westphal, 1991) son los instrumentos más usados para evaluar la sintomatología obsesivo-compulsiva en los estudios revisados. Otros instrumentos que sirven el mismo propósito se detallan en la Tabla 2.

Algunos estudios han evaluado la sintomatología ansiosa y, para ello, han utilizado el *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al., 1983) o el *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck et al., 1988). En varios artículos también se han usado instrumentos que miden síntomas de depresión, como la *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977), el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996) y la *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS; Hamilton, 1960). Las *Depression, Anxiety and Stress Scales-21* (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) son usadas en varias investigaciones para

medir ambos tipos de síntomas. Se sugiere revisar la Tabla 2 para consultar otros instrumentos más específicos y de uso puntual.

En algunos de los trabajos revisados se incluyen tareas, como la tarea de los fogones de gas virtuales (Burns et al., 2020), las tareas de percepción temporal (Gilaie-Dotan et al., 2016), la *Random-Dot Motion Task* (RDMT; usada por Marton et al., 2019; adaptada de Banca et al., 2015), la *Reasoning with Inductive Arguments Task* (RIAT; Pélissier et al., 2009), la *Wason Selection Task* (WST; Wason, 1966) y la *Beads Task* (BT; Garety et al., 1991). Además, en Moritz y Jaeger (2018) se realiza una tarea experimental a ordenador y en Wong et al. (2017) una de fuerza de agarre y otra de juicio de distancia.

## 4 Resultados

En primer lugar, en cuanto a las características y la naturaleza de la duda en el TOC, los estudios analizados indican que la duda está presente en casi todos los participantes con este trastorno (Chiang y Purdon, 2023) y que estos obtienen puntuaciones más elevadas en el *Doubt Questionnaire* (Marton et al., 2019). Asimismo, Chiang y Purdon (2023) encuentran tres áreas de contenido de la duda: duda obsesiva; duda sobre si una compulsión se ha realizado correctamente, y duda sobre la memoria, los sentidos y los procesos cognitivos. Lo más habitual es que la duda se experimente como una corriente de pensamientos y que los individuos con duda presenten un buen insight. Todos los participantes del estudio de Chiang y Purdon (2023) reportaron el uso de estrategias reactivas (compulsiones u otras acciones), y una gran cantidad de ellos también hicieron referencia a estrategias proactivas dirigidas a evitar la aparición de la duda. Tanto los individuos del grupo clínico como los del grupo subclínico declararon que su duda se relacionaba con la culpa, la ansiedad, el miedo y la vergüenza. Igualmente, manifestaron que la confirmación de sus dudas implicaría algo sobre ellos mismos. Samuels et al. (2017) afirman que la duda está relacionada con el TOC y que su severidad varía. También señalan que la severidad de la duda relacionada con actividades se asocia al deterioro global, la respuesta a la terapia cognitivo-conductual y la severidad del trastorno. Además, la duda se relaciona con los síntomas de comprobación y con la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor recurrente y del trastorno de ansiedad generalizada.

En aquellos estudios cuyo propósito era examinar la confianza cognitiva se encontró que la repetición de acciones, incluso sin el componente de comprobación, provoca una disminución de la confianza en la memoria (Burns et al., 2020) y que los individuos con TOC presentan menor confianza en la memoria tanto en contextos de alta como de baja responsabilidad (Moritz y Jaeger, 2018). Asimismo, los participantes con TOC, a pesar de mostrar una precisión similar al grupo control en tareas de memoria (Moritz y Jaeger, 2018; Olson et al., 2016), valoran peor su rendimiento (Moritz y Jaeger, 2018). Por otra parte, en el estudio de Ouellet-Courtois et al. (2020), se obtuvieron dos clusters para la confianza cognitiva: baja confianza cognitiva/más síntomas de comprobación/más síntomas de TOC y alta confianza cognitiva/menos síntomas de comprobación/menos síntomas de TOC. Para la confusión inferencial se hallaron tres clusters, que se detallan en la Tabla 2.

Con respecto a la duda y el acceso a los estados internos, los diferentes estudios obtuvieron resultados similares. Por una parte, los individuos con altas tendencias obsesivo-compulsivas y los que tienen diagnóstico de TOC puntuaron peor que los que tienen bajas tendencias O-C, los que tienen algún trastorno de ansiedad o los que no tienen ningún diagnóstico en el área Experiencial del MSCEIT V2.0 (Dar et al., 2016; Lazarov et al., 2022). Además, Dar et al. (2016) indican que esas puntuaciones inferiores se asocian a confiar más en proxies para acceder a los estados internos. En ese estudio también se concluye que, si se debilita la confianza de los participantes en cuanto al acceso a sus propias emociones, se pueden obtener resultados parecidos. Tanto estos autores como Lazarov et al. (2022) añaden un matiz: las puntuaciones en el área Estratégica del MSCEIT V2.0 muestran que el conocimiento semántico de las emociones está preservado en individuos con TOC, con altas tendencias O-C o con confianza debilitada.

Por otra parte, en algunos estudios se llevó a cabo una tarea en la que los participantes debían producir una determinada tensión muscular. Los resultados revelaron que los participantes con TOC, en comparación con los que tienen trastornos de ansiedad o los que pertenecen al grupo control, son menos precisos a la hora de producir los niveles de tensión muscular requeridos sin biofeedback (Lazarov et al., 2014). De hecho, solicitan más dicho biofeedback y son más influenciados por el falso biofeedback. Este último resultado concuerda en cierto modo con los hallazgos de Zhang et al. (2017). En el estudio de estos autores se pudo comprobar que los participantes con altas tendencias obsesivo-compulsivas

se ven más afectados por el falso biofeedback que los que tienen bajas tendencias O-C. Es posible obtener resultados similares a los que se acaban de exponer si se debilita la confianza de los participantes acerca del acceso a sus estados internos (Lazarov et al., 2015; Zhang et al., 2017). En la investigación de Wong et al. (2017) también se empleó la tarea de tensión muscular y se añadió una tarea de percepción de distancia, pero no se obtuvieron los resultados esperados. Este estudio no evidenció una relación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y un acceso deficiente a los estados internos.

Para terminar con los estudios sobre el acceso a estados internos, cabe mencionar que en Gilaie-Dotan et al. (2016), se halló una relación entre las tendencias obsesivo-compulsivas y la sensibilidad temporal supra-segundo en tareas abiertas. Esto apunta a la existencia de dificultades de conciencia interoceptiva. Los resultados de Lazarov et al. (2020), por su parte, pusieron de manifiesto que las personas con altas tendencias obsesivo-compulsivas tienen una conciencia de la valencia emocional limitada.

Por último, es preciso comentar los resultados de aquellos artículos que tenían como objetivo analizar otros procesos relacionados con la duda y el TOC. En Marton et al. (2019) se observó que los participantes que puntuaban más alto en el *Doubt Questionnaire* acumulaban evidencia más lentamente y mostraban menos seguridad en la tarea de toma de decisiones. En lo que se refiere a razonamiento inductivo, el estudio de O'Connor et al. (2018) mostró que tanto los participantes con TOC como los participantes del grupo control dudan al recibir información que contradice una conclusión inicial. De todos modos, esta duda es mayor en el grupo con TOC y no disminuye cuando se presenta información de apoyo posteriormente (a diferencia de lo que ocurre con el grupo control). Por otra parte, Olson et al. (2016) centraron su investigación en la recuperación de recuerdos en personas con TOC. No se hallaron diferencias de rendimiento en la tarea de memoria entre el grupo con TOC y el grupo control, pero sí se identificaron patrones de activación cerebral diferentes. Además, dentro del grupo con TOC, la activación de algunas de las áreas cerebrales implicadas parece asociarse a la duda patológica. Los resultados expuestos en este último párrafo cobrarán más sentido al relacionarse con el resto de estudios en el siguiente apartado, la discusión.

# Discusión

Para analizar debidamente los resultados de esta revisión es necesario retomar los objetivos iniciales. Con este trabajo se pretendía reunir información sobre la naturaleza y la relevancia de la duda patológica en el TOC. Asimismo, se buscaba explorar el acceso a estados internos y la confianza en la percepción y la memoria de los individuos con dicho trastorno, dada la aparente conexión entre estos constructos y la duda patológica del TOC.

## 1 La naturaleza y la relevancia de la duda patológica en el trastorno obsesivo-compulsivo

En cuanto a la naturaleza de la duda, parece que tanto los contenidos de la misma como la forma en la que se experimenta son variables. Se distinguen tres áreas de contenido: duda obsesiva (p. ej.: ¿y si he dejado abierta la puerta de casa?); duda sobre si una compulsión se ha realizado correctamente (p. ej.: ¿he comprobado si la puerta estaba cerrada el número de veces que debía?), y duda sobre la memoria, los sentidos y los procesos cognitivos (p. ej.: ¿realmente vi la puerta cerrada?) (Chiang y Purdon, 2023). Estas áreas muestran cierta correspondencia con algunos elementos del modelo descriptivo del ciclo compulsivo de Purdon (2018). La duda obsesiva inicia el ciclo compulsivo y las otras dos áreas de contenido son elementos que contribuyen al mantenimiento del mismo. La duda sobre si una compulsión se ha realizado correctamente podría relacionarse con la necesidad de certeza y la orientación a qué ha podido fallar en la compulsión. Por otro lado, la duda

sobre la memoria, los sentidos y los procesos cognitivos se corresponde en cierto modo con la desconfianza en la percepción y la memoria.

Como se ha señalado previamente, la duda puede ser experimentada de diversas formas. Habitualmente, se experimenta como una corriente de pensamientos, pero algunas personas afirman vivir la duda como una especie de “certeza sentida”. De cualquier modo, el insight de los individuos que presentan duda suele ser bueno. Cabe mencionar que Chiang y Purdon (2023) encuentran una interesante relación entre la duda y la visión negativa de uno mismo, que podría ser relevante en la práctica clínica.

Los resultados apuntan a una amplia presencia de la duda patológica en personas con diagnóstico de TOC (Chiang Purdon, 2023; Samuels et al., 2017). Aunque hay algunos individuos con el trastorno que no manifiestan duda, parece ser un rasgo relacionado con el TOC (Samuels et al., 2017). Además, las personas con trastorno obsesivo-compulsivo exhiben un mayor grado de duda que las personas sin diagnóstico, ya que obtienen puntuaciones más elevadas en el *Doubt Questionnaire* (Marton et al., 2019). En Marton et al. (2019) también se observa una mayor lentitud en los tiempos de reacción y en la acumulación de evidencia durante la toma de decisiones en las personas que obtuvieron puntuaciones altas en el *Doubt Questionnaire*. Este resultado apoya la definición de “duda” como falta de capacidad para tomar decisiones (Berrios, 1989; Sachdev y Malhi, 2005), ya mencionada en la introducción.

Cabe destacar que se ha encontrado una asociación entre la severidad de la duda con respecto a actividades y la severidad del trastorno, el deterioro global y la respuesta a la terapia cognitivo-conductual (Samuels et al., 2017). Esto, junto con lo mencionado en el párrafo anterior y la relación que existe entre la duda y la prevalencia de otros trastornos mentales (Samuels et al., 2017), es indicativo de la relevancia clínica de la duda patológica en el TOC.

## 2 La confianza en la percepción y la memoria de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo

Los resultados evidencian una baja confianza cognitiva en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo, particularmente en las que realizan compulsiones de comprobación

(Moritz y Jaeger, 2018; Ouellet-Courtois et al., 2020). La desconfianza en la memoria se presenta tanto en condiciones de alta como de baja responsabilidad (Moritz y Jaeger, 2018). Y, a pesar de lo que se acaba de mencionar sobre los síntomas de comprobación, los resultados de Burns et al. (2020) indican que no es necesario que, al repetir una acción, esté presente el componente de comprobación para que disminuya la confianza en la memoria. De hecho, los autores afirman que este componente es insuficiente para que se produzca dicha disminución. Así pues, mientras algunos estudios apuntan a una relación entre la falta de confianza en la memoria y las compulsiones de comprobación, en Burns et al. (2020) se pone el énfasis en la repetición de la acción y se plantea la posibilidad de que la interferencia proactiva explique la disminución de la confianza. En su estudio, Burns et al. (2020) incluyen un experimento en el que se presentan ensayos irrelevantes (en lugar de fogones de gas virtuales, se muestran bombillas). En él, se observa una reducción de la metamemoria en los ensayos relevantes, pero no en los irrelevantes. Este resultado descarta la posibilidad de que esa reducción se deba a la fatiga y, a su vez, apoya la hipótesis de la interferencia proactiva, ya que los ensayos con bombillas no interfieren en el recuerdo de los fogones de gas. Además, los autores consideran que, si bien la repetición de ensayos puede provocar interferencia proactiva, incluir el componente de comprobación no tendría por qué disminuir la confianza en la memoria. Incluso señalan que podría aumentarla al ser un modo de practicar con el fogón de gas que deben recordar.

Un aspecto fundamental a la hora de valorar la confianza en la memoria es el rendimiento real de las personas con TOC en tareas de memoria. Tanto Moritz y Jaeger (2018) como Olson et al. (2016) no encontraron diferencias de rendimiento entre el grupo con trastorno obsesivo-compulsivo y el grupo control. No obstante, en el estudio de Moritz y Jaeger (2018), los participantes con TOC subestimaron su rendimiento. En la revisión y metaanálisis de Dar et al. (2022) se hallaron resultados similares. En comparación con el grupo control, tanto el rendimiento como la confianza en dicho rendimiento fueron inferiores en los individuos con TOC. Ahora bien, lo más destacable es que la confianza en el rendimiento de las personas con el trastorno se vio más mermada que el rendimiento en sí mismo. Por tanto, se concluye que su confianza en su memoria y percepción no se corresponde con su verdadero rendimiento. En el presente trabajo, teniendo en cuenta los resultados de Moritz y Jaeger (2018) y los de Olson et al. (2016), se podría extraer una conclusión semejante.

Por otra parte, en Olson et al. (2016) se observó que las personas con TOC, en comparación con los participantes del grupo control, presentaban diferentes patrones de activación cerebral durante la tarea de recuperación de recuerdos. Se constataron diferencias de activación en áreas vinculadas a la flexibilidad cognitiva, la planificación, la recuperación de memorias episódicas y la anticipación de acciones. Además, en los participantes con TOC, la activación de algunas áreas muestra una aparente relación con la duda patológica.

En suma, todo parece indicar que el rendimiento de las personas con TOC en tareas de memoria es comparable al de individuos sin diagnóstico. También resulta bastante evidente que presentan una falta de confianza cognitiva. No obstante, permanece incierto a qué se debe esta falta de confianza ni cuál es su relación con las compulsiones de comprobación. Sería conveniente averiguar si, como proponen Burns et al. (2020), la interferencia proactiva puede explicar este fenómeno o si la falta de confianza cognitiva es intrínseca a los individuos con el trastorno, como sugieren Dar et al. (2022) y Purdon (2018). Por otro lado, se desconoce el motivo por el que las personas con TOC presentan patrones de activación cerebral diferentes en la recuperación de recuerdos.

### **3 El acceso a estados internos de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo**

Varios estudios incluidos en esta revisión sugieren la presencia de dificultades de acceso a los estados internos en personas con TOC.

Los artículos que se centraron en los estados emocionales encontraron que las personas con altas tendencias obsesivo-compulsivas (Dar et al., 2016), con una confianza debilitada en cuanto al análisis de sus propias emociones o con un diagnóstico de TOC (Lazarov et al., 2022) presentan una atenuación del acceso a los estados emocionales. Este hallazgo es congruente con los altos niveles de alexitimia encontrados en algunos estudios (Robinson y Freeston, 2014). La conciencia de la valencia emocional, según Lazarov et al. (2020), también es reducida. Para tratar de paliar estas dificultades, las personas con TOC pueden recurrir a monitorizar más exhaustivamente sus sentimientos o a buscar proxies (Dar et al., 2016). Dado que el conocimiento semántico de las emociones se mantiene intacto en estos individuos (Lazarov et al., 2022), podría ser utilizado como proxy. De todos modos, ambas estrategias resultan ineficaces, ya que la monitorización diluye las emociones en lugar

de aclararlas (Shapira et al., 2013) y los proxies no proporcionan información precisa (Lieberman y Dar, 2009).

Las dificultades no se manifiestan únicamente en el ámbito emocional. Otros estudios de la revisión se enfocan en la interocepción. La relevancia de este aspecto reside en que, incluso cuando se examinan estados internos básicos y no relacionados con la dimensión obsesivo-compulsiva, se observan dificultades de acceso a estados internos. Por una parte, Gilaie-Dotan et al. (2016) encuentran una relación entre las tendencias obsesivo-compulsivas y la sensibilidad temporal supra-segundo (que está asociada a la conciencia interoceptiva) en cierto tipo de tareas. Por otro lado, los resultados de Lazarov et al. (2014) muestran que los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo son menos precisos a la hora de valorar su propia tensión muscular que los que tienen trastornos de ansiedad o los que son controles no clínicos. Además, tanto los participantes que tienen diagnóstico de TOC como los que tienen altas tendencias obsesivo-compulsivas son más influenciados por el falso biofeedback (Lazarov et al., 2014; Zhang et al., 2017). Si se debilita la confianza que las personas tienen en el acceso a sus estados internos, se obtienen resultados semejantes (Lazarov et al., 2015; Zhang et al., 2017). Todo esto apunta a un acceso deficiente a los estados internos y a una tendencia a confiar en los proxies.

El estudio de O'Connor et al. (2018), en cierto modo, también puede respaldar la existencia de estas dificultades. En él, los participantes con TOC dudan más de las conclusiones iniciales que los participantes control cuando se les presenta información contradictoria. Esto puede deberse a que confían más en la información externa, en los proxies. Curiosamente, al presentar información de apoyo con respecto a las conclusiones iniciales, no aumenta la confianza de los individuos con TOC. Cabe plantear la hipótesis de que, una vez que surge, la duda no se disipa fácilmente debido a los elevados requisitos de evidencia de las personas con TOC.

El artículo de Wong et al. (2017) es el único de esta revisión que no halla evidencia de las dificultades de acceso a los estados internos. Este resultado podría deberse a características de la muestra (como su carácter no clínico), a que las tareas son ligeramente diferentes a las de los otros estudios comentados (Lazarov et al., 2014; Lazarov et al., 2015; Zhang et al., 2017), a variables moderadoras no controladas o a las medidas empleadas. No

obstante, la discrepancia entre este estudio y los demás es relevante; pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre este asunto.

Como ya se ha mencionado, es posible alterar el acceso a estados internos si se menoscaba la confianza en dicho acceso (Lazarov et al., 2015; Zhang et al., 2017). Esto sugiere que la duda precede a las dificultades de acceso. Dar et al. (2016) comentan dos vías por las que la duda podría entorpecer el acceso a estados internos. Por una parte, la duda podría llevar a aumentar la monitorización del estado. Esta monitorización tendría los efectos comentados anteriormente. Por otro lado, desde la teoría de los meros recursos, experimentar emociones demanda recursos cognitivos y, por tanto, la monitorización podría atenuar las emociones al consumir dichos recursos. Además, una vez que se disipan los estados internos, es probable que disminuya la confianza en ellos.

Tomando los resultados en conjunto, parece que los estudios confirman el déficit de procesamiento implícito que mencionaba Purdon (2018) en su artículo. Resulta razonable pensar que existen unas dificultades de acceso a estados internos que conducen a la búsqueda de proxies. Además, Dar et al. (2016) indican que estas dificultades son específicas de la dimensión obsesivo-compulsiva, ya que los resultados de su estudio continuaron siendo significativos tras controlar los niveles de ansiedad y depresión. Los hallazgos de Lazarov et al. (2014) y los de Lazarov et al. (2022) también apoyan esta especificidad.

## **4 La duda, la confianza cognitiva y el acceso a estados internos: una nueva aproximación explicativa al TOC**

Partiendo de los resultados expuestos y del modelo descriptivo de Purdon (2018), en esta revisión se propone una modificación del modelo cognitivo explicado al inicio del trabajo (véase Figura 4). Esta propuesta se trata de un intento de integrar los hallazgos de la revisión, que apuntan a la relevancia de la duda, la confianza cognitiva y el acceso a estados internos. Indudablemente, sería necesario llevar a cabo estudios específicos que permitan verificar la importancia de estas variables y elaborar un modelo con el debido rigor metodológico. A continuación, se detallan los elementos añadidos al modelo.

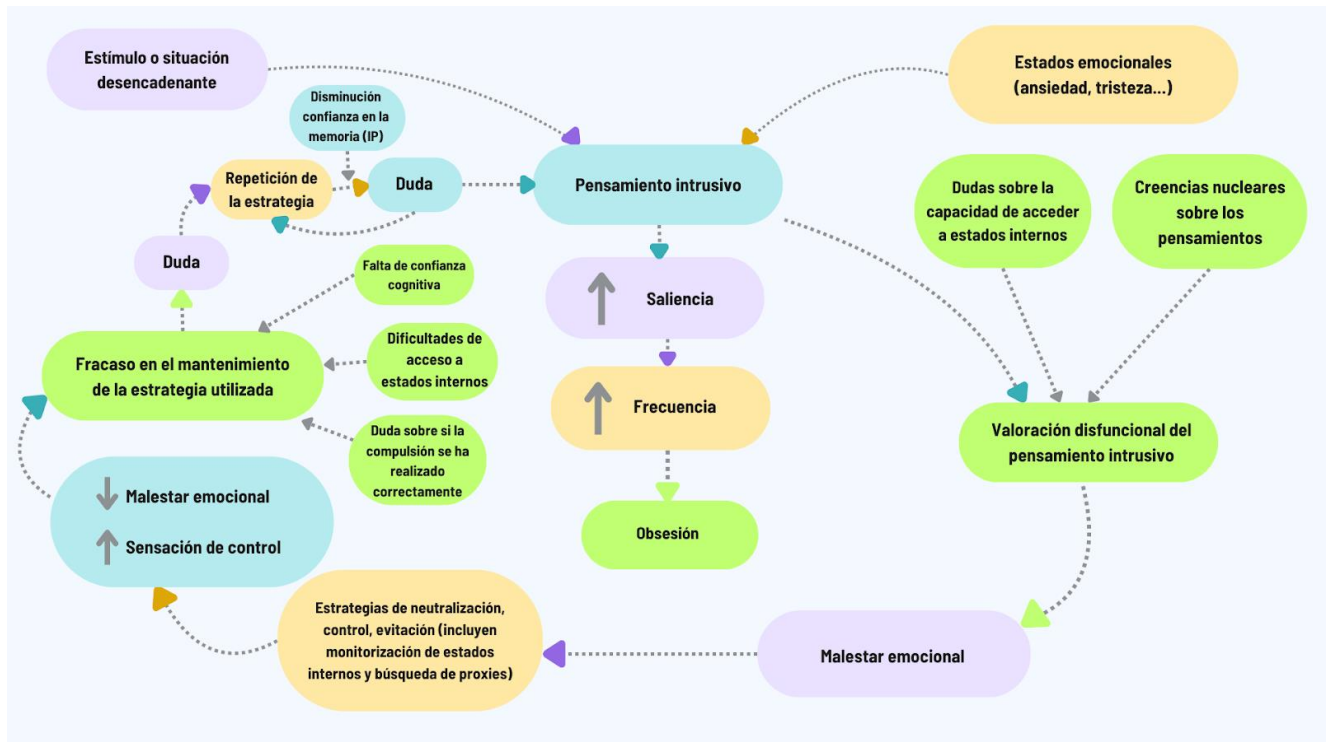
En primer lugar, en la valoración disfuncional del pensamiento intrusivo influirían las dudas sobre la capacidad de acceder a los estados internos, ya que es posible que se valore el

pensamiento de ese modo si no se confía en la capacidad para encontrar una respuesta accediendo a dichos estados. Por ejemplo, ante un pensamiento intrusivo de agresión (“¿Y si empujo a esa persona que está al borde del andén del tren?”), si se confía en la capacidad para acceder a las propias motivaciones y emociones, es probable que la intrusión sea ignorada, porque se considera improbable actuar de esa manera. En el caso de que no se confíe en esa capacidad, puede que el pensamiento se valore disfuncionalmente. Por otra parte, entre las estrategias de afrontamiento del malestar, se incluirían la monitorización de estados internos (explicada previamente) y la búsqueda de proxies. Además, en el fracaso de la estrategia de afrontamiento estarían involucradas las dificultades de acceso a estados internos (por exceso de monitorización o por uso de proxies ineficaces), la falta de confianza cognitiva y la duda sobre si la compulsión se ha realizado correctamente. Todo ello desembocaría en duda, que conduciría a la repetición de la estrategia. Tras repetir la estrategia varias veces, según Burns et al. (2020) tendría lugar el fenómeno de interferencia proactiva (IP) y disminuiría la confianza en la memoria. Esto provocaría más duda y se repetiría de nuevo la estrategia o compulsión. El resto del proceso descrito por el modelo cognitivo se mantendría sin modificaciones.

Cabe aclarar que en el modelo propuesto se considera que existe una falta de confianza cognitiva intrínseca en las personas con TOC y que, además, esa falta de confianza puede incrementar con la repetición de la estrategia. Es decir, en este modelo se integran las dos posibilidades comentadas al final del apartado sobre confianza en la percepción y la memoria.

**Figura 4**

*Esquema de la propuesta teórica*



## 5 Implicaciones clínicas

Tal y como indican Samuels et al. (2017), “la duda es una característica importante a considerar en la evaluación y el tratamiento de los pacientes con TOC”. En su estudio, se pudo comprobar que la duda puede influir en el pronóstico del trastorno. Chiang y Purdon (2023) plantean la posibilidad de aumentar la tolerancia de los pacientes hacia la duda como parte del tratamiento. Se procuraría fomentar la tolerancia hacia la duda con respecto a la percepción, la memoria y los procesos cognitivos. También se podría impedir que alcancen la certeza sobre si se ha realizado correctamente la compulsión. Asimismo, teniendo en cuenta los resultados de su estudio, Chiang y Purdon (2023) proponen explorar las creencias nucleares negativas de las personas con TOC.

Con respecto a la confianza cognitiva, O’Connor et al. (2018) destacan la importancia de incluir en el tratamiento algunas estrategias para aumentar la confianza en los sentidos y

en el juicio personal. En el estudio de Alcolado y Radomsky (2016) se comprobó que mejoraban los síntomas de comprobación al llevar a cabo una intervención enfocada en la confianza en la memoria, que incluía psicoeducación y experimentos conductuales.

Por último, para abordar el acceso a estados internos, algunos estudios sugieren usar el modelo SPIS para ayudar a las personas con TOC a comprender su sintomatología (p. ej.: Lazarov et al., 2014; Lazarov et al., 2015; Lazarov et al., 2020). Además, podría resultar beneficioso emplear el biofeedback para la identificación de los estados internos (Lazarov et al., 2014; Zhang et al., 2017), concienciar a los pacientes acerca de los efectos adversos que puede tener confiar en proxies (Lazarov et al., 2014; Lazarov et al., 2015) y usar técnicas basadas en la mentalización para mejorar el acceso a estados internos (Lazarov et al., 2020; Lazarov et al., 2022).

## 6 Limitaciones de la revisión y futuras líneas de investigación

Este trabajo presenta una serie de limitaciones. Primeramente, aunque las bases de datos en las que se han llevado a cabo las búsquedas son ampliamente reconocidas, no se han utilizado otras plataformas que podrían aportar información relevante. Por otro lado, al guiarse por ciertos criterios de inclusión y exclusión (sólo artículos empíricos y muestras adultas, por ejemplo), no ha sido posible analizar otras perspectivas. En tercer lugar, dado el carácter individual de este trabajo, el proceso de selección y lectura de artículos lo ha llevado a cabo una persona, lo cual puede introducir sesgos en la revisión. Asimismo, la heterogeneidad de los estudios incluidos en cuanto a metodología, variables y muestra puede añadir complejidad al análisis de resultados. Cabe mencionar que, si bien es cierto que varios estudios revisados emplean muestras no clínicas y que quizás sería preferible contar con una muestra clínica, existe evidencia que respalda esta forma de proceder (Abramowitz et al., 2014).

En futuras investigaciones podrían replicarse algunos de los estudios incluidos en esta revisión utilizando una muestra clínica, en lugar de una formada por estudiantes o trabajadores. También sería conveniente tener en cuenta los subtipos de TOC y los diferentes dominios de contenido (limpieza, moralidad, etc.) a la hora de investigar el acceso a estados internos y la confianza cognitiva (Ouellet-Courtois et al., 2020; Lazarov et al., 2014; Lazarov

et al., 2015). Además, se deberían explorar las dificultades para acceder a otros estados internos, como las motivaciones. Tal y como sugieren Chiang y Purdon (2023), sería oportuno estudiar las estrategias proactivas que se utilizan para evitar la duda. Otro objeto de estudio podría ser la relación causal entre la duda con respecto a los estados internos y las dificultades de acceso a los mismos (Dar et al., 2016; Lazarov et al., 2014). Asimismo, resultaría interesante llevar a cabo estudios longitudinales y prospectivos para analizar la relación entre la duda y las características clínicas del TOC (Samuels et al., 2017).

## Conclusiones

A raíz de los objetivos planteados y de los resultados expuestos, se extraen las siguientes conclusiones.

1. La duda patológica constituye un rasgo relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo. Su naturaleza es compleja; se distinguen tres áreas de contenido y varias formas de experimentarla. Este rasgo influye en el pronóstico del trastorno y en otros aspectos de relevancia clínica, por lo que merece atención tanto a nivel teórico como aplicado.
2. Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo presentan una falta de confianza en su percepción, en su memoria y en otros procesos cognitivos. Para determinar el origen y la naturaleza de esta falta de confianza cognitiva es preciso llevar a cabo investigaciones adicionales.
3. Los individuos con TOC presentan dificultades de acceso a sus estados internos. Los resultados de algunos estudios señalan que la duda sobre la capacidad para acceder a los estados internos precede a las dificultades de acceso a los mismos.

## Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D. y Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 206-217.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.004>
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T. y Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 339-349.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0337-5>
- Alcolado, G. M. y Radomsky, A. S. (2016). A novel cognitive intervention for compulsive checking: Targeting maladaptive beliefs about memory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.009>
- American Psychiatric Association. (2022). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., texto rev., pp. 266-272). American Psychiatric Publishing.

- Banca, P., Vestergaard, M. D., Rankov, V., Baek, K., Mitchell, S., Lapa, T., Castelo-Branco, M. y Voon, V. (2015). Evidence accumulation in obsessive-compulsive disorder: the role of uncertainty and monetary reward on perceptual decision-making thresholds. *Neuropsychopharmacology*, 40(5), 1192–1202. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.303>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual* (2ª ed.). Harcourt Brace & Company.
- Belloch, A., García-Soriano, G. y Giraldo O'Meara, M. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, volumen II* (pp. 135-197). McGraw Hill.
- Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 283-295. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90052-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90052-7)
- Burns, D. J., Dalterio, C. H., Burns, S. A. y Coelho, G. V. (2020). Not all checking decreases memory confidence: Implications for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 69, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101573>
- Cervin, M. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. *Psychiatric Clinics of North America*, 46(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.006>

- Chiang, B. y Purdon, C. (2023). A study of doubt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 80, 101753.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101753>
- Dar, R., Lazarov, A. y Liberman, N. (2016). How can I know what I'm feeling? Obsessive-compulsive tendencies and induced doubt are related to reduced access to emotional states. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 128-137.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.004>
- Dar, R., Sarna, N., Yardeni, G. y Lazarov, A. (2022). Are people with obsessive-compulsive disorder under-confident in their memory and perception? A review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(13), 2404-2412.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291722001908>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. y Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 194–201.  
<https://doi.org/10.1097/00005053-199104000-00003>
- Gilaie-Dotan, S., Ashkenazi, H. y Dar, R. (2016). A possible link between supra-second open-ended timing sensitivity and obsessive-compulsive tendencies. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00127>
- Gönner, S., Leonhart, R. y Ecker, W. (2008). The Obsessive–Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Validation of the German version in a sample of patients with OCD, anxiety

disorders, and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 734-749.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.007>

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L.,

Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11),

1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery &*

*Psychiatry*, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Hand, I. y Büttner-Westphal, H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-

BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von

Denk- und Handlungs-zwängen [Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-

BOCS): a semistructured interview for the assessment of the severity of obsessions and compulsions]. *Verhaltenstherapie*, 1(3), 223-225.

<https://doi.org/10.1159/000257972>

Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Félix Alcan.

Lazarov, A., Liberman, N., Hermesh, H. y Dar, R. (2014). Seeking proxies for internal states

in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 695-704.

<https://doi.org/10.1037/abn0000004>

Lazarov, A., Cohen, T., Liberman, N. y Dar, R. (2015). Can doubt attenuate access to internal

states? Implications for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(B), 150-156.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.003>

- Lazarov, A., Friedman, A., Comay, O., Liberman, N. y Dar, R. (2020). Obsessive-compulsive symptoms are related to reduced awareness of emotional valence. *Journal of Affective Disorders*, 272, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.129>
- Lazarov, A., Oren, E., Liberman, N., Gur, S., Hermesh, H. y Dar, R. (2022). Attenuated access to emotions in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 53(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.04.002>
- Liberman, N. y Dar, R. (2009). Normal and pathological consequences of encountering difficulties in monitoring progress toward goals. En G. B. Moskowitz y H. Grant (Eds.), *The psychology of goals* (pp. 277–303). The Guilford Press.
- Liberman, N., Lazarov, A. y Dar, R. (2023). Obsessive-compulsive disorder: The underlying role of diminished access to internal states. *Current Directions in Psychological Science*, 32(2), 118-124. <https://doi.org/10.1177/09637214221128560>
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2ª ed.). Psychology Foundation.
- Marton, T., Samuels, J., Nestadt, P., Krasnow, J., Wang, Y., Schuler, M., Kamath, V., Chib, V. S., Bakker, A. y Nestadt, G. (2019). Validating a dimension of doubt in decision-making: A proposed endophenotype for obsessive-compulsive disorder. *PLoS ONE*, 14(6), e0218182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218182>
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K. y Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 236-246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
- Moritz, S. y Jaeger, A. (2018). Decreased memory confidence in obsessive-compulsive disorder for scenarios high and low on responsibility: is low still too high? *European*

*Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(3), 291-299.

<https://doi.org/10.1007/s00406-017-0783-0>

O'Connor, K., Wilson, S., Taillon, A., Péliissier, M. C. y Audet J. S. (2018). Inductive reasoning and doubt in obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.11.002>

Olson, C. A., Hale, L. R., Hamilton, N., Powell, J. N., Martin, L. E. y Savage, C. R. (2016). Altered source memory retrieval is associated with pathological doubt in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Brain Research*, 296, 53-60.

<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.08.031>

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. y Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>

Ouellet-Courtois, C., Aardema, F. y O'Connor, K. (2020). Cognitive confidence and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: Differences across subtypes. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(4), 358-378.

<https://doi.org/10.1007/s41811-020-00087-2>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E.A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

- Pélissier, M. C., O'Connor, K. P. y Dupuis, G. (2009). When doubting begins: Exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 39–49.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.03.003>
- Purdon, C. (2018). There is a lot more to compulsions than meets the eye. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(5), 291-298. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.28139.18725>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.  
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Robinson, L. J. y Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 256-271.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.003>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. y Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Sachdev, P. S. y Malhi, G. S. (2005). Obsessive–compulsive behaviour: A disorder of decision-making. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 757-763.  
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01680.x>
- Samuels, J., Bienvenu, O. J., Krasnow, J., Wang, Y., Grados, M. A., Cullen, B., Goes, F. S., Maher, B., Greenberg, B. D., McLaughlin, N. C., Rasmussen, S. A., Flyer, A. J., Knowles, J. A., Nestadt, P., McCracken, J. T., Piacentini, J., Geller, D., Pauls, D. L., Stewart, S. E., ... Nestadt, G. (2017). An investigation of doubt in obsessive-

compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 117-124.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.03.004>

Shapira, O., Gundar-Goshen, A., Liberman, N. y Dar, R. (2013). An ironic effect of monitoring closeness. *Cognition & Emotion*, 27(8), 1495-1503.

<https://doi.org/10.1080/02699931.2013.794771>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R. y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.

Wason, P. C. (1966). Reasoning. En B. Foss (Ed.), *New horizons in psychology* (pp. 135-151). Penguin Books.

Wong, S. F., Williams, A. D. y Grisham, J. R. (2017). Distrust of the senses and its association with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 189-197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.06.002>

Zhang, Z., Wang, M., Miao, X., Li, Y., Hitchman, G. y Yuan, Z. (2017). Individuals with high obsessive-compulsive tendencies or undermined confidence rely more on external proxies to access their internal states. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 263-269. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.09.003>

## Índice de tablas

**Tabla 1.** *Resumen de las búsquedas realizadas en cada base de datos.....17*

**Tabla 2.** *Resumen de las características de los estudios revisados.....48*

# Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Esquema del modelo de valoración disfuncional de los pensamientos intrusos....</i>	<b>11</b>
<b>Figura 2.</b> <i>Esquema del modelo descriptivo del ciclo compulsivo.....</i>	<b>13</b>
<b>Figura 3.</b> <i>Diagrama de flujo sobre la selección de artículos elaborado a partir de la guía PRISMA (Page et al., 2021).....</i>	<b>19</b>
<b>Figura 4.</b> <i>Esquema de la propuesta teórica.....</i>	<b>33</b>

# Anexo

**Tabla 2**

*Resumen de las características de los estudios revisados*

N°	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
1	Burns et al., 2020 Estados Unidos	Averiguar si, cuando se repite varias veces una acción, es necesario que esté presente el componente de comprobación para que disminuya la confianza en la memoria.	Experimento (exp.) 1: 78 trabajadores de MTurk (33,83±9,74 años, 51 hombres) Exp. 2: 153 trabajadores de MTurk Exp. 3: 74 estudiantes universitarios (18,74±2,44 años, 46 mujeres) Exp. 4: 115 estudiantes universitarios (19,71±1,62 años, 70 mujeres) Exp. 5: 364 trabajadores de MTurk (34,02±10,47 años)	- Tareas en las que se usan fogones de gas virtuales - Subescala de rasgo y subescala de estado del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) - Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)	Basta con 6 ensayos, incluso si son sin el componente de comprobación, para observar una disminución de la confianza en la memoria. Es más, dicho componente no es suficiente para que se produzca esa disminución. En cambio, para observar esos efectos, sí hace falta que se repita la acción. Se baraja la posibilidad de que la interferencia proactiva pueda explicar la disminución de la confianza en la memoria.
2	Chiang y Purdon, 2023	Indagar sobre la naturaleza y las características	- 44 participantes con TOC (32±11,4 años, 79,5% mujeres)	- Interview of the Obsessive-Compulsive Experience	En el grupo con TOC, 43 de 44 participantes experimentaban duda en los episodios obsesivo-compulsivos. En el

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
	Canadá	distintivas de la duda en el TOC.	- 21 participantes con TOC subclínico (30±8,6 años, 85,7% mujeres)		<p>grupo subclínico, sólo 4 participantes no presentaban duda.</p> <p>Se identifican tres áreas de contenido: duda obsesiva; duda sobre si una compulsión se ha realizado correctamente, y duda sobre la memoria, los sentidos y los procesos cognitivos.</p> <p>En general, la duda se experimenta como una corriente de pensamientos, pero algunos participantes del grupo con TOC afirman experimentarlo como “certeza sentida”.</p> <p>Los participantes presentaban buen insight, generalmente, y utilizaban estrategias reactivas y proactivas para enfrentarse a la duda.</p> <p>Cabe mencionar que se encontró que la duda tiene relación con las creencias negativas sobre uno mismo.</p>
3	Dar et al., 2016 Israel	Analizar cómo se relacionan las tendencias obsesivo-compulsivas y la duda inducida con el acceso a los estados	<p>- Estudio 1: 60 estudiantes de Psicología (23,17±2,03 años, 45 mujeres)</p> <p>- Estudio 2: 120 (100 estudiantes de Psicología y 20 participantes de fuera de</p>	<p>- Traducción hebrea del Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test V2.0 (MSCEIT V2.0)</p> <p>-Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)</p> <p>- State-Trait Anxiety Inventory–Trait (STAI-T)</p>	<p>Los participantes con altas tendencias O-C obtuvieron puntuaciones inferiores en el área Experiencial del MSCEIT.</p> <p>Asimismo, estas puntuaciones inferiores en el área Experiencial se asociaron a síntomas obsesivo-compulsivos y a confiar en <i>proxies</i> (indicadores sustitutos) para acceder a estados</p>

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
		internos.	la universidad, 23,63±3,76 años, 92 mujeres) - Estudio 3: 60 estudiantes de Psicología (23,16±3,97 años, 51 mujeres)	- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) -Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) - Seeking Proxies for Internal States Inventory (SPISI; todavía en desarrollo)	internos. Además, es posible obtener resultados similares a los mencionados anteriormente si se debilita la confianza que tienen los participantes en el análisis de sus propias emociones.
4	Gilaie-Dotan et al., 2016  Israel	Investigar la relación entre las tendencias O-C y la percepción temporal (dado que se vincula con la conciencia interoceptiva).	- 60 estudiantes de Psicología (23,37±4,6 años, 47 mujeres)	- Obsessive- Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) - Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21)  Tareas: 1. Discriminación temporal de intervalos supra-segundo (criterio fijo). 2. Tarea no temporal de control para intervalos supra-segundo (criterio fijo). 3. Discriminación temporal de intervalos supra-segundo sin distractores (criterio fijo). 4. Sensibilidad temporal a intervalos supra-segundo (abierta). 5. Comparación temporal de intervalos sub-segundo	Se encontró una relación entre las tendencias O-C y la sensibilidad temporal a intervalos supra-segundo en tareas abiertas.

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
				(criterio fijo). 6. Tarea no temporal de control para intervalos sub-segundo (criterio fijo). 7. Estimación temporal de intervalos sub-segundo (criterio fijo).	
5	Lazarov et al., 2014 Israel	Corroborar que la duda obsesiva que puede ser generada por la dificultad de acceso a los estados internos lleva a buscar y confiar más en los <i>proxies</i> (indicadores sustitutos).	- 20 participantes con diagnóstico de TOC (39,57±11,02 años, 70% hombres) -20 personas con un diagnóstico de trastorno de ansiedad (36,7±8,69 años, 70% hombres) -20 participantes en el grupo de control no clínico (38,25±6,05 años, 70% hombres)	- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Obsessive- Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) - Subescala de rasgo del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Beck Depression Inventory- II (BDI-II) - Medida de tensión muscular - 100 mm Visual Analogue Scale (VAS)	La precisión del grupo con TOC, a la hora de producir los niveles de tensión muscular pedidos sin biofeedback, fue inferior a la del grupo con trastornos de ansiedad y el grupo control. Además, solicitaron más el biofeedback y fueron más influenciados por el falso biofeedback (en comparación con los otros grupos).
6	Lazarov et al., 2015 Israel	Averiguar si, al generar a los participantes duda acerca de sus estados	36 estudiantes de Psicología (23±2,12 años, 27 mujeres)	- Obsessive- Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) - Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) - Medida de tensión muscular	Al tratar de producir el nivel de tensión muscular requerido sin biofeedback, los participantes con confianza debilitada acerca de sus estados internos fueron menos precisos. Además, solicitaron más

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
		internos, empeora la percepción de los mismos en una tarea.		- 100 mm Visual Analogue Scale (VAS)	el biofeedback y, cuando les fue proporcionado, dejó de existir una diferencia con respecto al grupo control.
7	Lazarov et al., 2020 Israel	Examinar las predicciones del modelo <i>Seeking Proxies for Internal States</i> (SPIS) en cuanto a la conciencia de la valencia emocional.	- Estudio 1: 60 estudiantes de Psicología (23,57±5,75 años, 17 hombres) - Estudio 2: 99 miembros de un panel israelí de internet (40±11,99 años, 39 mujeres)	- Obsessive- Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) - Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) - Imágenes del International Affective Picture System (IAPS) - Self-Assessment Manikin (SAM) - Imágenes del Nencki Affective Picture System (NAPS-BE) - 100 mm Visual Analogue Scale (VAS)	Estudio 1: Los participantes con alta tendencia O-C se desviaron más de la norma que los de baja tendencia O-C. También consideraron la tarea más difícil. Estudio 2: Los síntomas O-C, pero no los depresivos y ansiosos, correlacionaron con las medias de desviación. Se concluye que existe una dificultad para acceder a la valencia emocional.
8	Lazarov et al., 2022 Israel	Comprobar si existe una atenuación del acceso a los estados emocionales en las personas con TOC.	- 20 pacientes con TOC (29,45±9,05 años, el ratio de género es 12:8) - 24 pacientes con trastornos de ansiedad (32,38±9,37 años, el ratio de género es 10:14) - 26 participantes del grupo control no clínico (35,61±12,38 años, el	- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Obsessive- Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) - Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) - Versión hebrea del Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test V2.0 (MSCEIT)	Los participantes con TOC obtuvieron peores resultados (en comparación con los otros dos grupos) en el área Experiencial del MSCEIT, pero no en la Estratégica. Esto respalda la posible atenuación del acceso a los estados emocionales en personas con TOC.

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
			ratio de género es 18:8)	V2.0)	
9	Marton et al., 2019  Estados Unidos	Medir la duda y averiguar si las variaciones en ella se corresponden con diferencias en los procesos neurofisiológicos de los que depende la toma de decisiones.	Desarrollo del <i>Doubt Questionnaire</i> : 10 voluntarios  Encuestas online: - Primera fase: 152 participantes anónimos de Facebook y la página OCD Research (42,5±14,6 años, 95 mujeres) - Segunda fase: 158 estudiantes o trabajadores de la Johns Hopkins University (24,7±9,2 años, 102 mujeres)  Puntuaciones de duda en TOC: 67 participantes con TOC y 27 voluntarios para el grupo control. Los participantes tenían 37,7±15,2 años. 63 de ellos eran mujeres.	- Doubt Questionnaire (DQ; es el instrumento que desarrollan los autores del artículo) - Ítem sobre duda extraído del Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) - Random-Dot Motion Task (RDMT)	Los resultados indican que el DQ tiene buenas propiedades psicométricas. Además, los participantes con TOC obtuvieron puntuaciones más elevadas en el cuestionario.  En cuanto a la tarea de toma de decisiones (RDMT), los que puntuaron alto en el DQ, mostraron más lentitud en los tiempos de reacción y en la acumulación de evidencia (tasas de deriva). También manifestaron menos seguridad al tomar decisiones.

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
			Tarea RDMT: 26 participantes con TOC y 44 participantes control.		
10	Moritz y Jaeger, 2018 Alemania	Comprobar si el grado de responsabilidad de la situación influye en la confianza en la memoria de las personas con TOC y si la confianza en la memoria tiene relación con la nitidez de los recuerdos.	- 26 participantes con un diagnóstico de TOC (30,73±8,93 años, 12 hombres) - 21 participantes control (32,1±9,86 años, 8 hombres)	Para clasificar participantes: - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Multiple Choice Vocabulary Intelligence Test (MWT-B) - Versión alemana del Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) - Versión alemana del Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)	Los resultados muestran que los participantes con un diagnóstico de TOC (especialmente los que realizan compulsiones de comprobación) tienen menor confianza en la memoria, incluso en condiciones de baja responsabilidad. La precisión de ambos grupos fue similar, aunque los participantes con TOC evaluaron peor su rendimiento. No encontraron una menor nitidez de la memoria en los participantes. Tampoco se obtuvieron diferencias en cuanto a tiempos de reacción.
11	O'Connor et al., 2018 Canadá	Analizar cómo repercute en las personas con TOC recibir información contradictoria o información de apoyo ante ítems	- 18 participantes con TOC (35,59±10,19 años, 70,6% mujeres) - 16 participantes control (23,77±9,05 años, 61,5% mujeres)	Tarea experimental a ordenador - Reasoning with Inductive Arguments Task (RIAT) - Wason Selection Task (WST) - Beads Task (BT) - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) - Beck Depression Inventory- II (BDI-II)	Ambos grupos (con diagnóstico de TOC o grupo control) dudan cuando se les presenta información contradictoria. Además, esta duda es mayor en el grupo con TOC, especialmente ante ítems neutrales. Al presentar información de apoyo a los dos grupos, sólo aumenta la confianza

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
		neutrales o relacionados con el TOC (ansiógenos).		- Beck Anxiety Inventory (BAI)	del grupo control, no la del grupo con TOC.
12	Olson et al., 2016  Estados Unidos	Evaluar la recuperación de recuerdos (sobre objetos y fuentes) en personas con TOC utilizando un test con alta validez ecológica (Memory for Rooms Test).	- 16 participantes con TOC (25,1±8,6 años, todas mujeres) - 17 participantes control (26,7±9,7 años, todas mujeres)	- Beck Anxiety Inventory (BAI) - Beck Depression Inventory- II (BDI-II) - Dimensional Obsessive Compulsive Scale (DOCS) - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) - Memory for Rooms Test (MFRT)	Los resultados no evidencian diferencias entre el grupo con TOC y el grupo control en cuanto a rendimiento en la tarea. Sin embargo, parece que en la recuperación de recuerdos se activan de distinta forma las áreas cerebrales (concretamente, el córtex prefrontal medial, el córtex premotor y córtex prefrontal dorsolateral, el córtex cingulado posterior y el córtex parietal). Estas regiones están implicadas en la flexibilidad cognitiva, la recuperación de memorias episódicas, la planificación y la anticipación de acciones. La activación del córtex premotor y córtex prefrontal dorsolateral, así como la del córtex cingulado posterior, se relacionan con la duda patológica.
13	Ouellet-Courtois et al., 2020	Analizar la confianza cognitiva y la confusión	- 128 individuos con diagnóstico de TOC (39,17±12,84 años, 63 hombres)	- Traducción francesa del Obsessional Belief Questionnaire-44 (OBQ-44) - Yale-Brown Obsessive-	La forma en la que se presentan la confianza cognitiva y la confusión inferencial depende del cuadro clínico del TOC.

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
	Canadá	inferencial en los subtipos del TOC.		Compulsive Scale (Y-BOCS) -Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) - Beck Anxiety Inventory (BAI) - Beck Depression Inventory-II (BDI-II) - Traducción francesa del Metacognitions Questionnaire 65-items (MCQ-65) - Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version (ICQ-EV)	A través de un análisis de conglomerados, se obtuvieron dos clusters para la confianza cognitiva: a) baja confianza cognitiva/más síntomas de comprobación/más síntomas de TOC y b) alta confianza cognitiva/menos síntomas de comprobación/menos síntomas de TOC. Por otro lado, surgieron tres clusters para la confusión inferencial: a) confusión inferencial promedio/más síntomas <i>just right</i> /más síntomas de contaminación/baja presencia de obsesiones, b) elevada confusión inferencial/más síntomas <i>just right</i> / alta presencia de obsesiones y c) baja confusión inferencial/baja presencia de obsesiones/menos síntomas de comprobación.
14	Samuels et al., 2017  Estados Unidos	Objetivo general: Ahondar en la relevancia clínica de la duda en el trastorno obsesivo-compulsivo. Objetivos	- 1182 adultos que cumplían los criterios de TOC (36,1±12,4 años, 62,4% mujeres). Fueron seleccionados a partir de estudios familiares y genéticos de TOC.	- The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) - Sección sobre TOC del paquete de evaluación adaptada a partir del Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS-LA-R) - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)	La duda se trata de un rasgo relacionado con el trastorno. No siempre se presenta con la misma severidad. En la muestra de este estudio, muchos participantes manifestaban duda severa, otros presentaban un menor grado de duda y algunos no tenían. Parece que la severidad está inversamente asociada a la

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
		<p>específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Averiguar si existe relación entre ciertas características del TOC y la severidad de la duda.</li> <li>- Examinar las posibles relaciones entre la duda y los trastornos del Eje I.</li> <li>- Estudiar las posibles relaciones entre la duda y las dimensiones de personalidad.</li> <li>- Investigar cómo se relaciona la duda con el deterioro y con la respuesta al tratamiento.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale symptom checklist (Y-BOCS-CL)</li> <li>- Ítems para evaluar los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva fueron extraídos del Structured Instrument for the Diagnosis of DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV)</li> <li>- Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)</li> <li>- NEO Five-Factor Inventory-3 (NEO-FFI-3)</li> <li>- Varias preguntas sobre duda, deterioro en varias áreas y respuesta al tratamiento</li> </ul>	<p>edad de inicio de los síntomas obsesivo-compulsivos.</p> <p>La severidad del trastorno, el deterioro global y la respuesta a la terapia cognitivo-conductual se asocian a la severidad de la duda con respecto a actividades.</p> <p>En cuanto a los síntomas, la duda está más relacionada con los de comprobación.</p> <p>Existe una relación entre la duda y la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor recurrente y el trastorno de ansiedad generalizada. También se asocia a algunas dimensiones de trastornos de personalidad (concretamente, evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva). Además, se vincula al neuroticismo y la introversión.</p>

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
15	Wong et al., 2017 Australia	Comprobar si la dificultad de acceso a los estados internos en el TOC provoca falta de confianza en los sentidos, usando una tarea de tensión muscular y una tarea de percepción de distancia.	- Estudio 1: 42 estudiantes de Psicología (18,6±1,08 años, 31 mujeres) - Estudio 2: 35 estudiantes de Psicología (19,65±3,79 años, 22 mujeres)	- Dimensional Obsessive Compulsive Scale (DOCS) - Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) - Tarea de fuerza de agarre - Obsessive- Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) - Tarea de juicio de distancia	No obtuvieron los resultados esperados. No pudieron respaldar el modelo SPIS. En este estudio, los resultados no apuntan a una asociación entre los síntomas obsesivo-compulsivos y un peor acceso a estados internos (en este caso, a la tensión muscular y la percepción de la distancia).
16	Zhang et al., 2017 China	- Estudio 1: verificar si las personas con alta tendencia obsesivo-compulsiva dependen más de los procesos de autopercepción para acceder a sus estados internos que las que tienen baja tendencia O-C.	Estudio 1: Muestra de estudiantes universitarios. - 13 participantes con altas tendencias obsesivo-compulsivas (21±1,63 años, 9 mujeres) - 17 participantes con bajas tendencias obsesivo-compulsivas (21,35±1,6 años, 14 mujeres)	- Versión china del Padua Inventory (PI) - Medida de tensión muscular - Juicio subjetivo de la tensión muscular (100 mm Visual Analogue Scale (VAS)) - Medida de confianza en el juicio subjetivo de la tensión muscular	En el estudio 1, la distorsión de la autopercepción a través del falso bio-feedback afectó más a los participantes con altas tendencias obsesivo-compulsivas que a los de bajas tendencias O-C. En el estudio 2, la distorsión de la autopercepción tuvo más influencia en el grupo de participantes con la confianza debilitada que en el grupo control.

---

Nº	Autoría, año y país	Objetivos	Muestra	Instrumentos y tareas	Resultados
		- Estudio 2: comprobar si los participantes con confianza debilitada dependen más de los procesos de autopercepción para acceder a sus estados internos.	Estudio 2: 32 estudiantes universitarios (15 mujeres). - 16 participantes con confianza debilitada en el acceso a sus estados internos (21,88±1,2 años) -16 participantes control (20,94±1,69 años)		

---