



Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad¹

Elena Cabedo (*Generalitat Valenciana, España*), Amparo Belloch² (*Universidad de Valencia, España*), Carmen Morillo (*Universidad de Valencia, España*), Amparo Jiménez (*Diputación de Valencia, España*) y Carmen Carrió (*Diputación de Valencia, España*)

(Recibido 11 diciembre 2003 / Received December 11, 2003)

(Aceptado 27 febrero 2004 / Accepted February 27, 2004)

RESUMEN. La conceptualización cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) asume que las creencias y valoraciones disfuncionales de los pacientes sobre sus obsesiones contribuyen a la aparición y/o el mantenimiento del TOC. Además, desde una consideración dimensional normalidad-psiopatología, se asume que los contenidos de estas creencias son análogos a los de las personas normales, aunque éstas las mantienen con menos firmeza. Este trabajo, un estudio instrumental de corte transversal, pone a prueba este planteamiento en 179 personas normales, de las que 11% presentaban TOC subclínico (MOCI 14). Todas completaron el MOCI y el Inventario de Creencias Obsesivas, que evalúa 7 conjuntos de creencias disfuncionales características del TOC. Los resultados muestran que los subclínicos puntuaron significativamente más en Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, Sobrestimación del peligro, Sobrestimación de la importancia del pensamiento y Rigidez. Sin embargo, ambos grupos no se diferenciaron en las creencias sobre la Fusión pensamiento-acción (FPA). Este mismo patrón se repitió al establecer 4 grupos (percentiles 25, 50 y 75 del MOCI), constatándose un incremento paulatino en la puntuación en todas las creencias, correlativo al aumento en obsesividad. Estos resultados avalan el supuesto dimensional, a la vez que plantean dudas acerca de la especificidad de las creencias tipo FPA para el TOC.

¹ Este trabajo forma parte del proyecto de investigación BSO2002-02330 aprobado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, y financiado por el mencionado Ministerio con participación de fondos FEDER.

² Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46019 Valencia (España). E-Mail: Amparo.Belloch@uv.es

PALABRAS CLAVE. Trastorno obsesivo-compulsivo. Creencias disfuncionales. Obsesivos subclínicos. Inventario de creencias obsesivas. Estudio instrumental.

ABSTRACT. According to current cognitive theory obsessional problems may arise when individuals make dysfunctional and/or biased interpretations and beliefs about their intrusive thoughts. Moreover, it is postulated that the contents of these beliefs are similar to those experienced by normal people when an intrusive undesirable thought comes to mind, being quantitative the differences among normal people and obsessive patients. This paper mainly instrumental and with a cross-sectional design explores these assumptions in 179 normal subjects, being 11% subclinical obsessives (MOCI 14). All subjects completed the MOCI and the Obsessive Beliefs Inventory (ICO) which assesses 7 subsets of OCD-related dysfunctional beliefs. The results show that the subclinical obsessives scored higher than normals on beliefs of Responsibility and importance of thought control, Perfectionism and intolerance to uncertainty, Overestimate the threat, Overestimate the importance of the thoughts, and Rigidity. However, there were no between groups differences on Thought-Action Fusion (TAF) beliefs. The same pattern was obtained when four groups were established (MOCI percentiles 25,50 & 75), and it was also observed an increased trend to assume dysfunctional beliefs (higher scores on ICO) as the MOCI scores increased. These results support the continuity between normality and obsessions, and cast a doubt on the specificity of TAF beliefs in relation to OCD.

KEYWORDS. Obsessive-Compulsive Disorder. Dysfunctional beliefs. Subclinical obsessives. Obsessive Beliefs Inventory. Instrumental study.

RESUMO. A conceptualização da perturbação obsesivo-compulsiva (POC) assume que as crenças e interpretações disfuncionais dos pacientes sobre as suas obsessões contribuem para a aparição e/ou manutenção da POC. Além disso, a partir de uma dimensão normalidade-psicopatologia postula-se que os conteúdos destas crenças são similares aos experienciados pelas pessoas normais, ainda que estas as mantenham com menos firmeza. Este trabalho, um estudo instrumental de corte transversal, testa este pressuposto em 179 pessoas normais, das quais 11% apresentavam POC subclínico (MOCI=14). Todas completaram o MOCI e o Inventario de Crenças Obsessivas, que avalia 7 conjuntos de crenças disfuncionais características da POC. Os resultados mostram que os subclínicos pontuaram significativamente mais em Perfeccionismo e intolerância à incerteza, Sobrestimação do perigo, Sobrestimação da importância do pensamento e Rigidez. No entanto, os grupos não se diferenciaram nas crenças sobre a Fusão pensamento-acção (FPA). Este mesmo padrão repetiu-se ao estabelecer 4 grupos (percentis 25, 50 e 75 do MOCI), constatando-se um aumento paulatino na pontuação em todas as crenças, correlativo ao aumento na obsessão. Estes resultados suportam o pressuposto dimensional, ao mesmo tempo que colocam dúvidas acerca da especificidade das crenças tipo FPA para a POC.

PALAVRAS CHAVE. Perturbação obsesivo-compulsiva. Crenças disfuncionais. Obsesivos subclínicos. Inventário de Crenças Obsessivas. Estudo instrumental.

Introducción

Una de las hipótesis sobre las que se sustenta la actual conceptualización cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) mantiene que las creencias y valoraciones disfuncionales que asumen los pacientes sobre sus pensamientos obsesivos se hallan en la base etiológica del trastorno y/o en su mantenimiento una vez iniciado. Esta hipótesis se enmarca, a su vez, en una consideración dimensional del TOC, según la cual el paso de los pensamientos intrusos, comunes en la población general normal como se ha constatado repetidamente desde el estudio pionero de Rachman y Da Silva (1978) (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004; Clark, 1992; Clark y Da Silva, 1985; Edwards y Dikerson, 1987a, 1987b; Freeston, Ladouceur, Thiboudeau y Gagnon, 1991; Morillo Giménez, Belloch, Lucero, Carrió y Cabedo, 2003; Niler y Beck, 1989; Reynolds y Salkovskis, 1991; Salkovskis, 1985, 1989; Salkovskis y Harrison, 1984), a las intrusiones patológicas u obsesiones se produce por la activación de creencias y/o valoraciones disfuncionales acerca de la naturaleza (o contenido) de las intrusiones. Estas creencias y valoraciones incrementan la egodistonia provocada por la intrusión y, a partir de aquí, es más probable que el individuo se involucre en comportamientos, manifiestos o encubiertos, encaminados a neutralizar la irrupción de la obsesión, creándose finalmente un círculo vicioso difícil de romper, puesto que se halla en un proceso constante de retroalimentación. En consecuencia con lo anterior, una parte significativa de la investigación cognitiva actual sobre el TOC está dedicada al análisis del papel que juegan tales creencias y valoraciones en la génesis y/o en la perpetuación del trastorno. Sin embargo, no todos los autores coinciden en el tipo de creencias y valoraciones que (supuestamente) se hallan en la base de esta psicopatología, ni otorgan la misma importancia a cada una de ellas. Por ejemplo, Salkovskis y su grupo (Salkovskis, 1985, 1989; Salkovskis, Richard y Forrester, 1995) enfatizan el papel de las creencias disfuncionales relacionadas con la responsabilidad por el posible daño derivado del contenido del pensamiento. Por su parte, Clark y Purdon (1993) inciden en las relativas a la importancia de controlar y/o suprimir los pensamientos, y Rachman (1997, 1998) ha subrayado el papel del significado catastrófico que el individuo atribuye a sus intrusiones, en tanto que cree que tales pensamientos revelan su auténtica naturaleza “oculta”, moralmente reprochable.

Los autores mencionados forman a su vez parte de un grupo más amplio de trabajo, el denominado *Obsessive-Compulsive Cognition Working Group* (OCCWG), que ha alcanzado un consenso inicial al respecto de los dominios o ámbitos de creencias presumiblemente más relevantes para explicar la génesis y el mantenimiento del TOC (Frost y Steketee, 1997a, 1997b; Steketee, Frost y Cohen, 1998; *Obsessive-Compulsive Cognition Working Group*, 2001), y que son los siguientes: sobrevalorar la importancia de los propios pensamientos, hiperresponsabilidad, sobrevalorar la importancia de controlar los pensamientos, sobrestimar el peligro asociado a los pensamientos, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo.

Nuestro grupo ha desarrollado un instrumento para evaluar este tipo de creencias, el Inventario de Creencias Obsesivas (ICO), que ha mostrado poseer buenas cualidades psicométricas y que valora siete dimensiones de creencias disfuncionales similares, pero no idénticas, a las formuladas por el OCCWG. En síntesis, nuestros resultados indicaron la existencia de siete conjuntos de creencias en los que estaban incluidos

todos los señalados por el OCCWG, aunque algunos de ellos agrupados (perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, y responsabilidad e importancia de controlar los pensamientos), otros separados (fusión pensamiento-acción de tipo probabilidad, fusión pensamiento-acción de tipo moral y sobrevaloración de la importancia de los pensamientos), además de un nuevo componente (rigidez) (Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003).

En este contexto, y sin olvidar la hipótesis dimensional antes enunciada, es necesario obtener evidencia empírica acerca de la asunción, en personas normales, de este tipo de creencias sobre sus pensamientos intrusos, análogos a las obsesiones, así como la firmeza o intensidad con que las mantienen, que en todo caso debería ser inferior a la expresada por obsesivos de baja intensidad o subclínicos. La posible constatación de este supuesto permitiría avalar la hipótesis de que el paso de las intrusiones normales a las patológicas (obsesiones) está modulado, al menos en parte, por el tipo de creencias y valoraciones que una persona haga de sus intrusiones, hipótesis en la que se sustentan las actuales explicaciones cognitivas sobre el TOC. A su vez, la verificación de tal supuesto prestaría un apoyo adicional a la consideración dimensionalista sobre el TOC, según la cual la diferenciación entre la normalidad (pensamientos intrusos) y la psicopatología (ideas obsesivas) es de naturaleza cuantitativa. En consecuencia, los objetivos del presente estudio instrumental (Montero y León, 2002) son los siguientes: primero, constatar que los sujetos con sintomatología TOC de baja intensidad (subclínicos) asumen las diversas dimensiones de creencias hipotéticamente vinculadas con el origen y mantenimiento del TOC con mayor intensidad que los sujetos mentalmente sanos; y, segundo, averiguar si en la población no clínica existen diferencias en el grado en que se mantienen estas creencias en función del grado de obsesividad que se presente, de modo que se avale la existencia de una dimensión continua entre la normalidad y la psicopatología para el TOC. La estructura del trabajo que se presenta se ajusta, en la medida de lo posible, a las normas propuestas por Bobenrieth (2002).

Método

Participantes

Han participado 179 personas (76 hombres y 103 mujeres), con una edad media de 31 años (desviación típica de 13 y rango 17-59 años). El análisis de sus características sociodemográficas mostró que la mayoría de los sujetos eran solteros (59%), con un nivel socioeconómico medio (92% entre medio-bajo y medio-alto) y con un nivel de estudios mayoritariamente medios o superiores (89%).

Instrumentos

- Inventario de Creencias Obsesivas (ICO) (Belloch *et al.*, 2003). Es un cuestionario auto-informado de 58 ítems diseñado para evaluar las diferentes áreas de creencias disfuncionales hipotéticamente implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del TOC. El sujeto debe expresar su grado de acuerdo con cada ítem mediante una escala Likert de 7 puntos (desde 1= Completamente en desacuer-

- do hasta 7= Completamente de acuerdo). El rango posible de puntuaciones oscila por tanto entre 58 y 406, y cuanto más elevado es el puntaje obtenido, mayor es el grado en que se asumen las creencias disfuncionales contempladas en el instrumento. Los ítems se agrupan en siete subescalas: Fusión Pensamiento/acción-tipo probabilidad (FPA-P; 6 ítems; rango de puntuación: 6-42); Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre (P-II; 14 ítems, rango: 14-98); Sobrestimación del peligro (SP; 9 ítems, rango: 9-63); Fusión pensamiento/acción-tipo moral (FPA-M; 8 ítems, rango: 8-56); Responsabilidad e importancia de controlar los pensamientos (RE-ICP; 10 ítems, rango: 10-70); Sobrestimación de la importancia de los pensamientos (SIP; 5 ítems, rango: 5-35); y Rigidez de ideas (RI; 6 ítems, rango: 6-42). Los datos sobre consistencia interna y estabilidad temporal obtenidos para la puntuación total fueron excelentes ($\alpha = 0,94$; Coeficiente de Correlación Intraclase, CCI= 0,80) y para las 7 subescalas ($\alpha = 0,75$; CCI entre 0,70 y 0,90). A su vez, todas las subescalas presentaron una relación significativa con medidas de síntomas obsesivos (Belloch *et al.*, 2003).
- Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977). Es un cuestionario autoinformado utilizado frecuentemente para evaluar la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en muestras clínicas y normales. Consta de 30 ítems con respuesta dicotómica verdadero/falso, distribuidos en cuatro subescalas, básicamente relacionadas con síntomas manifiestos: limpieza, comprobación, lentitud/repetición y dudas/escrupulosidad. Las puntuaciones totales se sitúan en un rango de 0-30. Diversos estudios han utilizado este cuestionario para establecer puntos de corte válidos a partir de los cuales poder determinar la presencia/ausencia de sintomatología obsesiva. Por ejemplo, Mataix, Vallejo y Sánchez-Turet (2000), en un estudio diseñado para determinar la idoneidad de diversos puntos de corte útiles para la detección de obsesivos subclínicos en población española, constataron que cualquiera de los tres criterios establecidos a partir de la media más una desviación típica ($M+1DT$, $M+1$ y $1/2DT$, y $M+2DT$) resultaban igualmente válidos; en el caso del criterio más restrictivo ($M+2DT$), el 4% de sus sujetos eran considerados obsesivos subclínicos, y con el punto de corte menos exigente ($M+1DT$) esta tasa se incrementaba hasta el 15%. En un estudio anterior de nuestro grupo pudimos constatar que una puntuación total de 14, que se correspondía con la $M+1DT$ y el percentil 90, era el punto de corte más adecuado para detectar la presencia de obsesivos subclínicos, cuya tasa fue del 10,5% sobre una muestra de 267 sujetos normales (Morillo *et al.*, 2003).

Procedimiento

La muestra se reclutó con la colaboración de un grupo de estudiantes de últimos cursos de Psicología que fueron entrenados a través de su participación voluntaria en un seminario sobre el TOC para la administración individualizada de los cuestionarios citados en el apartado anterior. Cada colaborador administró la batería de cuestionarios a cinco personas que debían cumplir los siguientes requisitos: edad comprendida entre 16 y 60 años, saber leer y escribir adecuadamente, y no padecer trastornos mentales ni

haber estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico durante, al menos, el último año. Los colaboradores administraban en primer lugar una pequeña entrevista que recopilaba los datos demográficos básicos y a continuación leían a los sujetos las instrucciones de los cuestionarios y dejaban que éstos los cumplimentaran en su presencia. A los sujetos encuestados sólo se les informaba de que se trataba de una investigación sobre pensamientos desagradables.

Resultados

Diferencias entre subclínicos y normales en creencias disfuncionales relacionadas con pensamientos intrusos

Para poner a prueba la hipótesis de que los sujetos subclínicos presentan en mayor grado las creencias y valoraciones consideradas relevantes teóricamente en la génesis y el mantenimiento del TOC, se dividió la muestra en dos grupos en función de la puntuación total obtenida en el MOCI. Se utilizó como punto de corte una puntuación de 14, a partir de la cual caía en pendiente la curva de distribución, que se correspondía con algo más del valor de $M+1DT$ ($8,03+5,10$), y con el percentil 85. En el grupo de normales se incluyeron 159 personas y 20 (11%) en el de subclínicos. Los sujetos del grupo normal puntuaron $6,81\pm 3,84$ en el MOCI, mientras que los subclínicos alcanzaron una puntuación total de $17,75\pm 3,08$. No se constataron diferencias entre ambos grupos en edad, distribución por sexo, nivel de estudios ni estatus socio-económico. Una vez establecidos los dos grupos, se comprobó que las distribuciones no se ajustaban a la normalidad en algunos casos. Este hecho, unido al desigual tamaño de los grupos, indicaba la necesidad de utilizar pruebas no paramétricas para comparar las puntuaciones obtenidas por ambos conjuntos de personas en los diversos aspectos evaluados con el ICO. Los resultados indicaron que los obsesivos subclínicos puntuaron más que los normales en todas las medidas del cuestionario de creencias, siendo significativas las diferencias en la puntuación total y en cuatro de las subescalas: Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, Sobrestimación del peligro, Responsabilidad e importancia de controlar, Sobrestimación de la importancia del pensamiento y Rigidez. Estos resultados se detallan en la Tabla 1.

TABLA 1. Diferencias entre normales y obsesivos subclínicos en las creencias evaluadas con el Inventario de Creencias Obsesivas (ICO)⁽¹⁾.

<i>ICO</i>	<i>Subclínicos (n=20)</i>	<i>Normales (n=159)</i>	<i>U</i>
Fusión pensamiento-acción, probabilidad	13,40 (6,29)	13,81 (9,88)	1456,00
Perfeccionismo e Intolerancia a la incertidumbre	67,20 (14,33)	58,42 (13,44)	1064,50 **
Sobrestimación del peligro	35,30 (8,61)	25,79 (9,31)	692,00 ***
Fusión pensamiento-acción, Moral	27,80 (9,69)	26,16 (10,95)	1408,50
Responsabilidad e Importancia de controlar	45,30 (12,38)	39,49 (11,39)	1138,00 †
Sobrestimación de la importancia de los pensamientos	13,90 (8,91)	10,88 (4,65)	1129,50 †
Rigidez	21,15 (7,02)	17,58 (6,16)	1092,00 †
Puntuación total	225,55 (47,80)	185,68 (51,65)	941,00 **

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

⁽¹⁾Los datos se expresan como Media (DT).*Continuidad en la relación entre síntomas obsesivos y creencias disfuncionales*

Para esclarecer si a medida que aumentan los síntomas obsesivos se produce correlativamente un ascenso en el grado de asunción de las creencias disfuncionales, procedimos a dividir la muestra en cuatro grupos, tomando como puntos de corte los valores de los percentiles 25, 50 y 75 en el cuestionario de síntomas obsesivos MOCI. Las puntuaciones correspondientes a los percentiles mencionados fueron 4, 7 y 11. En el grupo 1 (MOCI bajo, percentil 20) se agruparon 52 sujetos, en el grupo 2 (MOCI medio-bajo, percentil 21-50) hubo 42 sujetos, en el grupo 3 (MOCI medio-alto, percentil 51-75) se incluyeron 41 sujetos y, por último, el grupo 4 (MOCI alto percentil 76) agrupó 44 sujetos. No hubo diferencias entre los cuatro grupos en las variables socio-demográficas analizadas (edad, sexo, nivel educativo y socioeconómico). En la Tabla 2 se presentan los valores medios para la puntuación total y las subescalas del ICO en cada uno de estos grupos.

TABLA 2. Puntuaciones en creencias (ICO) en cuatro grupos de personas con niveles crecientes de obsesividad (MOCI)¹.

ICO	MOCI				F
	Grupo 1 (n=52)	Grupo 2 (n=42)	Grupo 3 (n=41)	Grupo 4 (n=44)	
Fusión pensamiento-acción, probabilidad	12,31 (8,11)	13,02 (8,24)	13,68 (13,66)	16,44 (7,08)	1,58
Perfeccionismo e Intolerancia a la incertidumbre	53,15 _a (9,00)	59,40 _b (14,27)	60,80 _{b,c} (14,60)	65,48 _c (14,52)	7,24***
Sobrestimación del peligro	21,21 _a (7,42)	24,95 _b (9,92)	28,49 _{b,c} (7,93)	33,82 _c (8,76)	18,66***
Fusión pensamiento-acción, moral	23,65 (10,76)	25,90 (10,34)	27,91 (10,38)	28,54 (11,29)	2,03
Responsabilidad e Importancia de controlar	35,54 _a (10,80)	39,86 _b (9,95)	42,73 _b (11,82)	43,43 _b (12,36)	4,89**
Sobrestimación de la importancia de los pensamientos	10,44 _a (4,41)	9,95 _a (4,69)	12,07 _b (4,48)	12,55 _b (7,12)	2,86*
Rigidez	15,83 _a (5,90)	16,83 _a (5,99)	19,05 _b (5,79)	20,61 _b (6,69)	5,81***
Puntuación total	172,21 _a (37,58)	181,69 _a (48,97)	191,44 _b (64,69)	216,80 _b (48,30)	6,80***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. Los subíndices a,b,c, representan pares de grupos iguales (pruebas *post-hoc*).

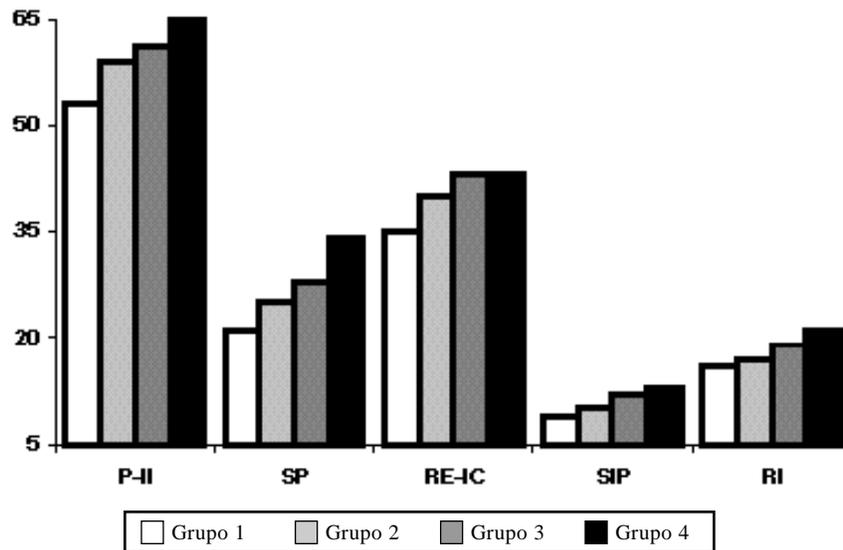
¹Los datos se expresan como Media (DT).

Los ANOVAs unifactoriales realizados sobre la puntuación total del ICO y cada una de sus subescalas revelaron la existencia de diferencias significativas entre los cuatro grupos en la puntuación total del cuestionario y en todas sus subescalas, a excepción de las dos que evalúan fusión entre pensamiento y acción. La Tabla 2 recoge estos resultados.

Las pruebas *post-hoc* (Tamhane) sobre los valores de F que habían resultado significativos revelaron que, en todos los casos, el grupo con puntuaciones más bajas se diferenció con claridad del grupo más extremo, resultado que se repitió cuando se comparó el grupo 2 con el cuarto, excepto en la dimensión de Responsabilidad e importancia de controlar el pensamiento. Por otro lado, los dos grupos intermedios (2 y 3) no difirieron entre sí en la mayoría de las subescalas, a excepción de las de Sobrestimación del peligro, Sobrestimación de la importancia del pensamiento y Rigidez. De este modo, se formaron dos grupos intermedios que no diferían claramente entre sí y dos grupos extremos completamente diferentes. Es importante señalar que la

única dimensión de creencias en la que todos los grupos difirieron entre sí fue la de Sobrestimación del peligro. Por otro lado, en el caso de la dimensión de Fusión entre pensamiento y acción de tipo moral (cuyo valor de F no resultó estadísticamente significativo), el grupo 1 mantuvo diferencias significativas con el cuarto ($p < 0,01$). Por lo que se refiere a la puntuación total, la diferencia se concentró entre los tres primeros grupos y el cuarto, reproduciendo en cierto modo el mismo resultado que en el primero de los objetivos cuando se comparó el grupo de normales con el de subclínicos. En la Tabla 2 se recogen los resultados de estos análisis y la Figura 1 los ejemplifica en el caso de las subescalas en las que el valor de F resultó significativo (no se ha incluido la puntuación total para no distorsionar la apariencia gráfica).

FIGURA 1. Puntuaciones de los cuatro grupos de sujetos (según percentiles MOCI) en las subescalas del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO).



P-II: Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; SP: Sobrestimación del peligro; RE-IC: Responsabilidad e importancia de controlar; SIP: Sobrestimación de la importancia del pensamiento; RI: Rigidez.

Discusión

En el primer objetivo de este trabajo pretendíamos examinar si los obsesivos subclínicos se adherían con más intensidad que los normales a las creencias disfuncionales consideradas relevantes en la génesis y mantenimiento del trastorno obsesivo. Los resultados muestran que, efectivamente, la puntuación total en el ICO de los individuos considerados como subclínicos según el MOCI es significativamente superior a la que obtienen los normales, lo que indica que estos obsesivos de baja intensidad presentan

en mayor grado dichas creencias. En cuanto al análisis específico de las siete dimensiones de creencias estudiadas, hemos constatado que cinco de ellas son asumidas asimismo en mayor grado por los obsesivos subclínicos: Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, Sobreestimación del peligro, Responsabilidad e importancia de controlar los pensamientos, Sobreestimación de la importancia de los pensamientos y Rigidez. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de la literatura en cuanto a las diferencias en estas dimensiones entre personas diagnosticadas con TOC y normales, y aporta evidencia adicional acerca de que estas diferencias también se producen entre los sujetos normales y un grupo de personas, los obsesivos subclínicos, que pueden considerarse como el escalón intermedio entre la normalidad y la patología obsesiva. Así, por ejemplo, Freeston, Ladouceur, Gagnon y Thiboudeau (1993) encontraron que los pacientes TOC puntuaban significativamente más que los controles en un instrumento diseñado por estos autores para evaluar tres conjuntos de creencias: Responsabilidad, Sobreestimación del peligro e Incertidumbre. Frost y Steketee (1997b), usando una medida de Perfeccionismo, detectaron diferencias entre pacientes con TOC y controles normales. Steketee *et al.* (1998), utilizando también una muestra clínica, encontraron que los obsesivos clínicos puntuaron significativamente más en su instrumento (*Obsessive-Compulsive Beliefs Questionnaire*) y en cada una de sus 4 subescalas (Responsabilidad, Control, Sobreestimación del peligro y Tolerancia a la incertidumbre). Salkovskis *et al.* (2000), por su parte, comprobaron que las puntuaciones de los obsesivos clínicos en una escala que evalúa Responsabilidad eran más altas que las de otros pacientes ansiosos y sujetos normales. Por su parte, los autores que forman parte del Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001), utilizando el cuestionario por ellos diseñado (*Obsessive Beliefs Questionnaire*), constataron que todas las dimensiones de este instrumento (Sobreestimación del peligro, Intolerancia a la incertidumbre, Importancia de los pensamientos, Control, Responsabilidad y Perfeccionismo), correlacionaban significativamente con la presencia del TOC.

Por otro lado, queremos resaltar el hecho de que las dos dimensiones vinculadas con creer que existe una estrecha relación entre pensar algo y hacerlo (fusión entre pensamiento y acción, FPA) no fueron sensibles a las diferencias en obsesividad. Esta dimensión planteada por Shafran, Thordarson y Rachman (1996) como un posible antecedente causal de la dimensión de hiper-responsabilidad se ha postulado como un antecedente causal directo del desarrollo de intrusiones en personas normales (Rassin, Merckelbach, Muris y Spaan, 1999), y con mayor peso en la causación del trastorno que los intentos de neutralizar o suprimir los pensamientos intrusos desagradables (Rassin, 2001), además de vincularse con un aumento de la gravedad del TOC (Rassin, Diepstraten, Merckelbach y Muris, 2001). Sin embargo, aunque en algún estudio la FPA se ha mostrado capaz de diferenciar entre las preocupaciones características del trastorno de ansiedad generalizada (*worry*) y las relativas a los pensamientos intrusos análogos a las obsesiones (Coles, Meninn y Heimberg, 2001), en otros no se ha constatado esta capacidad (por ejemplo, Hazlett-Stevens, Zucker y Craske, 2002). Por otro lado, varios estudios han mostrado que la FPA-moral tiene una asociación más débil con el TOC que la de FPA-probabilidad (Amir, Freshman, Ramsey, Neary y Brigidi, 2001; Coles *et al.*, 2001; Rassin *et al.*, 2001; Shafran, Thordason y Rachman, 1996). Final-

mente, Abramowitz, Whiteside, Lynam y Kalsy (2003) y Hazlett-Stevens *et al.* (2002) han evidenciado que si bien los obsesivos puntuaron más en FPA de tipo probabilidad que otros pacientes (ansiosos y depresivos) y controles normales, tales diferencias no eran atribuibles al trastorno obsesivo en sí, sino que se hallaban mediadas por el malestar emocional generado por la obsesión, es decir, que eran la depresión y la ansiedad secundarias al TOC las responsables de las puntuaciones elevadas en FPA-probabilidad en los pacientes obsesivos. Por otro lado, estos mismos autores no constataron diferencias entre sus grupos en FPA-tipo moral. Estos resultados encontrados en muestras clínicas y normales podrían explicar el hecho de que en nuestro estudio no hallamos detectado diferencias entre sujetos normales y subclínicos, ya que es poco probable que en estas muestras se produzcan alteraciones emocionales como consecuencia de las intrusiones, dada la relativamente baja frecuencia de las mismas, y la asimismo escasa molestia generada por ellas, como ya hemos podido observar en otros estudios (Belloch *et al.*, 2004; Morillo *et al.*, 2003). Otra posible explicación tendría que ver con la posibilidad de que las creencias de tipo FPA representen un salto cualitativo (y no solo cuantitativo) con la normalidad; recuérdese que se trata de creencias en cierta medida más inusuales, extrañas o psicopatológicas que las contempladas en las otras dimensiones de creencias evaluadas (por ejemplo, creer que pensar en que puede suceder algo negativo, aumenta la probabilidad de que suceda en la realidad o creer que pensar en algo que contraviene las propias normas éticas y morales es tan reprochable como hacerlo). De hecho, los hallazgos encontrados con el único instrumento que mide estas creencias (el OBQ del OCCWG, que las incluye a todas juntas bajo el epígrafe de Sobreestimación de la importancia de los pensamientos), sí apuntaban a la existencia de diferencias entre sujetos clínicos (seleccionados sobre la base de criterios DSM-IV) y normales (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001). Asimismo, resulta consistente con los resultados obtenidos por Shafran *et al.* (1996), quienes utilizando una escala diseñada por ellos específicamente para medir FPA-moral y FPA-probabilidad, encontraron diferencias significativas, aunque no consistentes, entre los grupos clínicos y los controles; por ejemplo, no las hubo entre obsesivos y estudiantes, aunque sí entre obsesivos y adultos normales.

Por otra parte, es asimismo posible que estas dimensiones de creencias sean diferencialmente relevantes en función del tipo de manifestación concreta del TOC, es decir, según fuera el contenido específico de la obsesión. En la experiencia clínica se observa, por ejemplo, que las valoraciones tipo FPA tienen mayor importancia respecto a ideas, impulsos o imágenes obsesivas de contenido agresivo o sexual. Por tanto, una limitación de nuestro trabajo radicaría en que este aspecto haya podido quedar oscurecido al no considerarse separadamente los distintos contenidos de las manifestaciones obsesivas, ya que el instrumento utilizado, el MOCI, no permite diferenciarlas. Recuérdese que este instrumento rastrea sobre todo ideación obsesiva en torno a dudas, contaminación y las consiguientes conductas de comprobación, repetición y lentitud, lo que deja fuera una parte importante de contenidos obsesivos y, especialmente, los más directamente vinculados con las creencias sobre la fusión entre pensamiento y acción. Estas creencias se refieren a contenidos con mayor componente ideativo, en contraposición con las creencias que se asocian a las ideas de contaminación, duda y repetición,

las cuales están presumiblemente más asociadas a comportamientos específicos (comprobación, repetición, etc.). Recientemente se ha planteado una diferenciación entre obsesiones autógenas y reactivas (Lee y Kwon, 2003), que apelarían a la distinción que se acaba de enunciar: las primeras serían asimilables al concepto clásico de “obsesiones puras”, sin estímulos disparadores específicos, con contenidos referidos a pensamientos, imágenes o impulsos agresivos, sexuales e inmorales, y altamente egodistónicas, mientras que las segundas se asemejarían a las obsesiones acompañadas de compulsiones, más vinculadas a disparadores específicos y con contenidos de repetición, duda, contaminación, orden, etc. El MOCI, como ya se ha dicho, rastrea de manera casi exclusiva estas segundas y, teniendo en cuenta los contenidos de unas y otras, es plausible suponer que las creencias tipo FPA se hallen más estrechamente vinculadas con las ideas obsesivas “puras” o autógenas que con las reactivas. En todo caso, dilucidar este aspecto escapa a las posibilidades de este trabajo a la vez que, en nuestra opinión, plantea la necesidad de diseñar un estudio específico que permita alcanzar conclusiones razonables.

Por lo que se refiere al segundo de nuestros objetivos, los datos avalan en parte la existencia de una cierta continuidad en cuanto a la creciente asunción de creencias disfuncionales a medida que se incrementa la obsesividad, pues aunque no siempre las diferencias entre grupos fueron significativas, a medida que se incrementaban las puntuaciones en la medida de síntomas obsesivos, aumentaban también las puntuaciones en los conjuntos de creencias disfuncionales, así como en la puntuación total del ICO. La dimensión de sobreestimación del peligro resultó ser la más discriminativa, puesto que fue la única en la que difirieron entre sí todos los grupos establecidos. La mayor capacidad diferencial de este tipo de creencias puede deberse al cuestionario empleado para establecer los grupos, sobre la base de su puntuación en obsesividad, el MOCI, que como hemos argumentado antes, considera casi exclusivamente ideación de duda y contaminación, junto a conductas manifiestas de comprobación, lentitud y repetición. Es posible que en las ideas obsesivas con estos contenidos, la dimensión de Sobreestimación del peligro sea mucho más importante que en las de otros contenidos que el MOCI apenas trata; por ejemplo, es hasta cierto punto lógico que la intrusión relacionada con no poder dejar de revisar si se dejó apagado el gas por las consecuencias terribles que pudiera tener una explosión (una de las intrusiones más comunes en la población general, como hemos podido constatar en otro estudio, Belloch *et al.*, 2004), se asocie a una creencia de peligro extremo, que es precisamente lo que se deduce de nuestros resultados. Además, en otro estudio (Belloch *et al.*, 2003) hemos constatado que la dimensión de creencias que explicaba un mayor porcentaje de varianza en la ecuación de regresión para el MOCI con una muestra de sujetos normales, era precisamente la de Sobreestimación del peligro. Por otro lado, en todos los casos en que las comparaciones entre grupos fueron significativas, los sujetos con puntuaciones más bajas se diferenciaron con claridad del grupo más extremo y, en términos generales, se formaron dos grupos que se correspondían aproximadamente con el percentil 50. Estos resultados, a pesar de las limitaciones inherentes al MOCI, apuntan hacia la existencia de una continuidad cuantitativa entre la intensidad con que se mantienen creencias disfuncionales y la intensidad de la sintomatología obsesiva, aun en población normal. Constatar esta continuidad es importante porque, como se ha dicho en la

introducción, constituye uno de los principales supuestos en los que se sustenta la explicación actual sobre la psicopatología cognitiva del TOC, según la cual el paso de las intrusiones normales a las patológicas (obsesiones) está modulado por el tipo de creencias y valoraciones que una persona hace de sus pensamientos intrusos. Ahora bien, es necesario subrayar el hecho de que no todas las dimensiones de creencias disfuncionales evidenciaron esta continuidad; de nuevo, como sucedió con la diferenciación entre normales y subclínicos, las dimensiones de creencias vinculadas a la fusión entre pensamiento y acción no fueron capaces de diferenciar entre los grupos establecidos. En nuestra opinión, las razones antes apuntadas para esta ausencia de diferencias pueden de nuevo ser argumentadas aquí, por lo que no insistiremos más en ello. De todos modos, queremos resaltar el hecho de que, aunque el valor de *F* no resultara significativo, los análisis *post-hoc* mostraron una diferencia significativa entre los dos grupos más extremos en la dimensión FPA-moral. Este resultado no contradice los argumentos expresados en torno a la falta de diferencias entre subclínicos y normales y debe tomarse con cautela extrema. En todo caso apunta la necesidad de examinar con detalle esta dimensión en un estudio específicamente diseñado a tal efecto, además de señalar la relativamente elevada imprecisión de la misma, al menos cuando se analiza en muestras no clínicas.

En síntesis, según nuestros resultados, a medida que aumenta la adhesión a estas creencias en personas normales, se produce un ascenso en las manifestaciones obsesivas no clínicas, de modo que dichas creencias se asumen de modo diferencial a lo largo de un *continuum* asociado al nivel de sintomatología, que empieza a manifestarse también en personas sin TOC. De forma llamativa, esta afirmación puede hacerse muy especialmente, sobre la dimensión de Sobreestimación del peligro. De todos modos, no queremos obviar el hecho de que una limitación de este estudio radica en la no constatación de todas las diferencias esperadas, en especial por lo que se refiere a las creencias tipo FPA. Es posible que el problema radique en el instrumento que hemos diseñado y utilizado, el ICO. Sin embargo, dado que los contenidos que rastrea son muy similares a los empleados en otros estudios (como los que se han venido mencionando en este trabajo), y dadas también sus buenas propiedades psicométricas (Belloch *et al.*, 2003), pensamos que es más probable que se deba al MOCI, cuestionario que se ha utilizado para establecer los puntos de corte en obsesividad. Además, puede que la falta de especificidad de las dimensiones de creencias referidas a la FPA tenga que ver con el hecho de que su expresión o manifestación consciente (que es lo que se le pide al sujeto que responde a un cuestionario), esté directamente relacionada con la presencia real de un pensamiento intruso (u obsesivo) específico, que entonces actuaría como *priming* para la activación de la creencia en cuestión. Es posible que los instrumentos diseñados para evaluar creencias o asunciones generales, como el empleado aquí, no sean capaces de capturar valoraciones e interpretaciones específicamente vinculadas a determinados pensamientos problemáticos, como es el caso de los asociados a las creencias tipo FPA. En definitiva, aunque disponemos de algunas respuestas a las muchas incógnitas que plantea la investigación sobre el papel de las creencias y las valoraciones sobre los pensamientos obsesivos en la génesis y/o el mantenimiento del TOC, es evidente que quedan todavía muchas cuestiones abiertas que solo la investigación sistemática permitirá ir completando.

Referencias

- Abramowitz, J.S., Whiteside, S., Lynam, D. y Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1069-1079.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. y Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 765-776.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 235-250.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E. y Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in nonclinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Bobenrieth, M.A. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Clark, D.A. (1992). Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 93-112.
- Clark, D.A. y DaSilva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: Distinct or uniform phenomena? *Behaviour Research and Therapy*, 23, 383-393.
- Clark, D.A. y Purdon, C.L. (1993). New Perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Coles, M.E., Meninn, D.S. y Heimberg, R.G. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959.
- Edwards, S. y Dickerson, M. (1987a). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 317-328.
- Edwards, S. y Dickerson, M. (1987b). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 207-211.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thiboudeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Thiboudeau, N. y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Frost, R. y Steketee, G. (1997a). Cognitive Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Frost, R. y Steketee, G. (1997b). Perfectionism in Obsessive-Compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Hazlett-Stevens, H., Zucker, B.G. y Craske, M.G. (2002). The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1199-1204.
- Hodgson R.J. y Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- 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.
- Mataix, D., Vallejo, J. y Sánchez-Turet, M. (2000). The cut-off point in sub-clinical obsessive-compulsive research. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 225-233.

- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Morillo, C., Giménez, A., Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C. y Cabedo, E. (2003). Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones y estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 23-38.
- Niler, E.R. y Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Rachman, S.J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S.J. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. y DaSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rassin, E. (2001). The contribution of thought-action fusion and thought suppression in the development of obsession-like intrusions in normal participants. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1023-1032.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H. y Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris P. y Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Reynolds, M. y Salkovskis, P. M. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population: An attempted replication. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 259-265.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Salkovskis, P.M. y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions- a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1-4.
- Salkovskis, P.M., Richards, H.C. y Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. y Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Shafran, R., Thordason, D.S. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Steketee, G., Frost, R. y Cohen, I. (1998). Beliefs in Obsessive-compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 12, 525-537.