

CREENCIAS DISFUNCIONALES ASOCIADAS A SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS: UNA APROXIMACIÓN A LA ESPECIFICIDAD

AMPARO GIMÉNEZ¹, CARMEN MORILLO², AMPARO BELLOCH²,
CARMEN CARRIÓ³ y ELENA CABEDO⁴

¹ Unidad de Salud Mental de Liria (Diputación de Valencia)

² Universidad de Valencia

³ Unidad de Salud Mental de Burjasot (Diputación de Valencia)

⁴ Unidad de Salud Mental de Foios (Consejería de Sanidad de Valencia)

(Aceptado en marzo de 2003)

La conceptualización cognitiva del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) otorga un papel nuclear a la asunción de creencias disfuncionales, si bien no hay evidencias inequívocas acerca de su especificidad. Este trabajo examina, en 151 sujetos normales y 28 personas con TOC subclínico, si tales creencias son específicas del TOC, es decir, se relacionan con síntomas obsesivos pero no con depresivos ni ansiosos, y si se asocian de manera diferencial a distintas modalidades de TOC. Todos los sujetos cumplimentaron el Inventario de Creencias Obsesivas, junto con cuestionarios de TOC (PI-WSUR), depresión (BDI, ATQ), y ansiedad (STAI-E, PSWQ). Los resultados obtenidos fueron: a) las creencias sobre Fusión pensamiento-acción (FPA) de tipo moral fueron las únicas específicas en relación con las medidas de depresión, pero no con las de ansiedad; b) las creencias sobre *Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, Responsabilidad e Importancia de controlar (R-IC), Sobrestimación del peligro (SP), y Rigidez*, fueron las más consistentemente asociadas a obsesividad, una vez controlado el peso de depresión y ansiedad; c) la dimensión de SP fue la que mayor capacidad mostró para predecir distintos contenidos obsesivos; d) los contenidos obsesivos de agresión fueron predichos por las creencias FPA y SP en obsesivos subclínicos, y por SP y R-IC en normales.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, creencias disfuncionales, creencias obsesivas específicas, Inventario de Creencias Obsesivas (ICO).

Dysfunctional beliefs in the obsessive-compulsive disorder: An approach to the specificity

The current cognitive theories to Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) emphasize the importance of beliefs and appraisals about the obsessive thoughts in the etiology and maintenance of the disorder. However, the specificity of these beliefs to OCD it remains unclear. In this paper the specificity of dysfunctional beliefs OCD-related are examined in 151 normal subjects and 28 subclinically obsesives. All subjects completed the Obsessive Beliefs Inventory (OBI) and instruments to assess OCD symptoms (Padua Inventory-Revised), depression (BDI and ATQ), and anxiety symptoms and worries (STAI-S and PSWQ). The results show that: (a) the moral thought-action fusion beliefs were the only that showed to be specifically related to OCD when compared to depression, but not when anxiety was the measure to be compared with; (b) the beliefs on perfectionism, intolerance to uncertainty (IU), responsibility (R), overestimation of danger (OD), importance of thought control, and rigidity, remained significantly related to OCD when the load of depressive and anxiety scores were controlled; (c) the OD beliefs were the most predictive to obsessive symptoms; (d) the OCD aggression subtype was best predicted by the thought-action fusion beliefs in subclinically obsessive and by the OD, R, and IU beliefs in normal subjects.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, dysfunctional beliefs, specific obsessive beliefs, Obsessive Beliefs Inventory (OBI).

INTRODUCCIÓN

Desde las primeras formulaciones de los modelos cognitivos sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Clark y Purdon, 1993; McFall y Wollersheim, 1979; Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989) se hipotetiza que ciertas creencias inadecuadas o disfuncionales sobre la naturaleza de los propios pensamientos, tienen una influencia decisiva en la etiología y/o en el mantenimiento del trastorno. Estas creencias han sido conceptuadas por el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997) como «*creencias relativamente estables y duraderas que mantiene el individuo, y que son consistentes a través de distintas situaciones*», por lo que en un sentido amplio se equiparan a *asunciones, actitudes disfuncionales o «esquemas»*. Según estos modelos, cuando un individuo mantiene tales creencias se halla predispuesto a interpretar de forma inadecuada sus pensamientos intrusos no deseados y, a partir de aquí, a desarrollar una serie de estrategias inadecuadas para su manejo. Por tanto, las creencias disfuncionales se configuran como un elemento de vulnerabilidad a padecer un TOC.

En la década de los 90 se suscitó un gran interés por la investigación acerca de las creencias disfuncionales asociadas al TOC, lo que se ha venido reflejando en la proliferación de instrumentos psicométricos para evaluarlas. Algunos trabajos publicados se centran en la importancia o centralidad de una creencia concreta (p.ej., Importancia de Controlar: Purdon y Clark, 1999; Responsabilidad: Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards, Reynolds, y Thorpe, 2000; Fusión pensamiento-acción: Shafan, Thordarson y Rachman, 1996), mientras que otros analizan posibles conjuntos o ámbitos de tales creencias. Entre

este último grupo de trabajos destacan los del antes mencionado OCCWG (1997, 2001), en el que se integran buena parte de los autores relevantes de las investigaciones actuales sobre el TOC. Este grupo ha desarrollado el *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OCCWG, 2001) con el fin de evaluar 6 áreas diferentes de creencias disfuncionales: sobrestimación del peligro, intolerancia a la incertidumbre, importancia de los pensamientos, control de los pensamientos, responsabilidad, y perfeccionismo.

Hasta la fecha, hay varios trabajos publicados que coinciden en constatar la relevancia de todas, o la mayoría, de estos conjuntos de creencias para la comprensión del TOC, y aportan evidencia empírica de que las personas que padecen el trastorno obtienen puntuaciones más elevadas en los instrumentos que las evalúan que los controles normales (Freston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau, 1993; Steketee, Frost y Cohen, 1998; OCCWG, 2001), y que otros grupos de personas con trastornos mentales. Pero, al mismo tiempo, hay también estudios que coinciden en afirmar que no todos los conjuntos de creencias son igualmente relevantes y/o específicos de la patología obsesiva, lo que plantea interrogantes todavía sin resolver acerca de la generalidad y la especificidad de los diferentes dominios de creencias que se han venido proponiendo.

Otro aspecto poco investigado concierne a la continuidad en la intensidad con que se mantienen las creencias disfuncionales en función de la gravedad del TOC así como según la ausencia o presencia del trastorno. En un trabajo previo hemos explorado este aspecto hallando evidencias de tal continuidad en cuatro grupos de sujetos normales que diferían en su grado de obsesividad, según las puntuaciones alcanzadas en el Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977), así como en

normales *versus* obsesivos subclínicos (Cabedo, Belloch, Morillo, Giménez y Carrió, 2004). Los resultados indicaron que solo en los casos de las creencias relacionadas con la fusión entre pensamiento y acción (FPA) no se constataban diferencias entre los grupos establecidos según su grado de obsesividad, ni tampoco entre los normales y los obsesivos subclínicos.

Tampoco existen datos claros sobre la especificidad de las creencias disfuncionales estudiadas para el TOC: es decir, en qué medida las creencias disfuncionales son asumidas específicamente por los obsesivos o, por el contrario, se hallan también presentes en otras personas con psicopatologías diferentes, como la depresión o el trastorno de ansiedad generalizada. Son muy pocos los estudios que incluyen muestras control de sujetos con otros trastornos de ansiedad diferentes del TOC (p.ej., Abramowitz, Whiteside, Lynam y Kalsy, 2003; OCCWG, 2001; Steketee, Frost y Cohen, 1998), y apenas existen trabajos que pongan a prueba la especificidad de las creencias en comparación con los trastornos depresivos (Abramowitz *et al.*, 2003). Además, como ha indicado el mismo OCCWG (2001), la relación que pueda existir entre las creencias disfuncionales, hipotéticamente características del TOC, con medidas de otro tipo de cogniciones (por ejemplo, preocupación patológica o *worry*, o pensamientos automáticos negativos), está muy poco analizada.

La investigación sobre las asociaciones entre las distintas creencias y las manifestaciones específicas o subtipos de TOC, es otro de los ámbitos apenas abordado, pese a su indiscutible relevancia. Aunque en los actuales manuales de diagnóstico DSM-IV-R (APA, 2002) y CIE-10 (OMS, 1999) el TOC se considera un trastorno unitario, en la práctica clínica se observa una gran variedad de cuadros o configuraciones sintomáticas

diferentes, tanto por lo que se refiere a los contenidos de las obsesiones (p.ej., violencia, dudas, ...) como en cuanto a la manifestación de comportamientos repetitivos y/o compulsivos (p.ej., comprobar, limpiar, etc. En nuestra opinión, la identificación de subtipos clínicos puede tener implicaciones tanto etiológicas (por ejemplo, a través de patrones de creencias diferentes involucradas en el desarrollo de distintos tipos de síntomas), como terapéuticas (por ejemplo, desarrollo de técnicas más específicas para el tratamiento psicológico de las distintas manifestaciones). A este respecto, Rachman (2002) apunta la posibilidad de que las diferentes manifestaciones clínicas del TOC (p.ej., obsesiones «puras» *versus* compulsiones de comprobación) se asocien a patrones distintos de creencias. El estudio de Emmelkamp y Ardema (1999) es el único publicado, que sepamos, que investiga la asociación entre creencias disfuncionales y subescalas de un instrumento de obsesividad, pero no hay publicadas investigaciones al respecto con pacientes obsesivos.

Este trabajo ofrece una aproximación al estudio de los dos últimos aspectos que se acaban de mencionar, relacionados ambos con diferentes aspectos de la especificidad *vs.* generalidad de las creencias relevantes para el TOC. Para ello utilizamos una muestra no clínica, que constituye una práctica válida y habitual entre los investigadores de este ámbito de estudio (Burns, Formea, Keortge y Sternberg, 1995), entre otras razones porque la diferenciación entre la presencia *versus* ausencia de patología se enmarca en un planteamiento dimensional continuo. En consecuencia, encontrar evidencias de que cierto tipo de creencias disfuncionales son específicas de la ideación obsesiva «normal» (esto es, de los pensamientos intrusos no deseados y molestos), aportaría una base sólida para

explorar tal especificidad en población clínica, además de avalar el supuesto de la continuidad antes enunciado.

Para la identificación y evaluación de las creencias disfuncionales hipotéticamente características del TOC utilizaremos el *Inventario de creencias Obsesivas (ICO)*, desarrollado por nuestro grupo para su aplicación en población hispanohablante (Belloch *et al.*, 2003; Cabedo *et al.*, 2004), que incluye los dominios de creencias siguientes:

- 1) *Fusión pensamiento-acción tipo probabilidad (FPA-P)*: Creencias de que pensar sobre algo aumenta la probabilidad de su ocurrencia, ya sea a uno mismo o a los demás. Por ejemplo: «Si pienso mucho en algo, seguro que ocurre de verdad».
- 2) *Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre (P-II)*: Creencia de que existe una solución perfecta para cada problema, y que hacer las cosas perfectas es posible y necesario, de modo que cualquier fallo tendrá consecuencias graves. También incluye la creencia de que uno debe conocer siempre todos los detalles de una situación para eliminar la ambigüedad. Ejemplos de esta dimensión serían: «Si algo no me sale bien, las consecuencias serán muy malas» o «Tener dudas me resulta insostenible».
- 3) *Sobrestimación del peligro (SP)*: Creencia de ser una persona muy vulnerable a padecer daños. Incluye la Sobrestimación tanto de la probabilidad de ocurrencia de algo malo, como de la gravedad de los daños. Por ejemplo: «El mundo es un lugar peligroso».
- 4) *Fusión entre pensamiento y acción, tipo moral (FPA-M)*: Creencia de que los pensamientos son moralmente equivalentes a las acciones. Un ejemplo claro sería: «Pensar en hacerle

daño a alguien, es tan malo como hacerlo de verdad».

- 5) *Responsabilidad excesiva e importancia de controlar los pensamientos (RE-ICP)*: Creencia de que uno es responsable de sus pensamientos y de las consecuencias (peligrosas) percibidas, junto con la creencia de que uno debe y puede ejercer un control absoluto sobre sus propios pensamientos. Ejemplos de esta dimensión serían: «Si tengo alguna influencia sobre un suceso negativo, entonces soy completamente responsable de prevenirlo», «los errores de omisión son tan malos como los de comisión», o «Si está en mi mente, yo lo puedo controlar».
- 6) *Sobrestimación de la importancia de los propios pensamientos (SIP)*: Creencia de que los pensamientos tienen siempre un significado personal relevante. Por ejemplo: «Si pienso en algo, será porque es importante» o «mis pensamientos revelan mi propia naturaleza».
- 7) *Rigidez de ideas-Perfeccionismo extremo (RI)*: Relacionada con el pensamiento dicotómico y con el perfeccionismo extremo. Por ejemplo «Tener un fallo, por pequeño que sea es lo mismo que fracasar», o «las cosas se hacen bien o no se hacen».

Estas dimensiones difieren, en parte, de las planteadas por el OCCWG: En primer lugar *Sobrevaloración de la importancia de los pensamientos*, *Fusión pensamiento-acción tipo probabilidad* y *Fusión pensamiento-acción tipo moral*, planteadas como una dimensión única por el OCCWG, emergen como tres dimensiones independientes en el ICO. En segundo término, cuatro de las dimensiones planteadas como diferentes por el OCCWG se agrupan aquí en dos: *Perfeccionismo e Intolerancia a la incer-*

tidumbre por un lado, y *Responsabilidad excesiva* y *Sobrevaloración de la importancia de controlar el pensamiento por otro*. Y por último, el ICO incluye la dimensión *Rigidez de ideas*, no contemplada por el OCCWG y que sería semejante, pero no idéntica, a la dimensión de *Fijeza de ideas* vinculada a las ideas sobrevaloradas (Neziroglu y Stevens, 2002).

Teniendo en consideración lo expresado hasta aquí, los objetivos de este trabajo son los que siguen:

- *Primero*: Examinar las creencias disfuncionales que se asocian de forma específica a síntomas obsesivos en comparación con su asociación con otras manifestaciones sintomáticas diferentes. Para ello, se estudiará la relación de las distintas creencias evaluadas con: a) medidas de síntomas obsesivos, depresivos, y ansiosos, y b) con instrumentos que evalúan contenidos de pensamientos típicamente depresivos (pensamientos automáticos negativos) y ansiosos (preocupaciones).
- *Segundo*: Analizar si hay dominios de creencias obsesivas capaces de predecir las diversas modalidades de manifestaciones obsesivo-compulsivas, delimitadas a través de las puntuaciones en las diferentes subescalas del Padua Inventory-Washington State University-Revised (PI-WSUR; Burns, Keortge, Formea y Sternberg, 1996), tanto en población general normal como en obsesivos subclínicos.

MÉTODO

Participantes

En este estudio participaron 179 sujetos (76 hombres y 103 mujeres), con una media de edad de 31 ± 13 años (rango

entre 17 y 59 años). La mayoría 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%).

Medidas

— *Inventario de Creencias Obsesivas* (ICO; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003). Cuestionario auto-informado de 58 ítems diseñado para evaluar diferentes áreas de creencias disfuncionales hipotéticamente implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del TOC. El sujeto debe contestar si está de acuerdo o en desacuerdo con las diferentes afirmaciones referidas a los propios pensamientos a través de una escala Likert de 7 puntos (Desde 1: «Totalmente en desacuerdo» hasta 7 «Totalmente de acuerdo», siendo el 4 el punto medio de la escala «Ni de acuerdo ni en desacuerdo»). El ICO permite obtener una Puntuación total (PT; Rango: 58-406) y siete puntuaciones en las siguientes subescalas: 1: *Fusión Pensamiento/acción-Tipo probabilidad* (FPA-P; 6 ítems, rango: 6-42), 2: *Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre* (P-II; 14 ítems, rango: 14-98), 3: *Sobrestimación del Peligro* (SP; 9 ítems, rango: 9-63), 4: *Fusión Pensamiento/acción-tipo moral* (FPA-M; 8 ítems, rango: 8-56), 5: *Responsabilidad e Importancia de controlar los pensamientos* (RE-ICP; 10 ítems, rango: 10-70), 6: *Sobrestimación de la importancia de los pensamientos* (SIP; 5 ítems, rango: 5-35), y 7: *Rigidez de ideas* (R; 6 ítems, rango: 6-42). Los datos de consistencia interna y estabilidad temporal fueron excelentes para la puntuación total (α : 0,94; Coeficiente de Correlación Intraclase-CCI: 0,80) y para las 7 dimensiones (valores de α superiores a 0,75 y entre 0,80 y 0,90 en la mayor parte de las subescalas; Coe-

ficientes CCI entre 0,70 y 0,90). Todas las escalas del ICO presentaron una relación significativa con síntomas obsesivos (Belloch *et al.*, 2003; Cabedo *et al.* 2004), utilizando como medida criterio la puntuación en el MOCI (Hodgson y Rachman, 1977).

— *Inventario de Padua Revisado* (Padua Inventory-Washington State University, Revised (PI-WSUR; Burns, Keortge, Formea y Sternberg, 1996). Cuestionario autoinformado para medir síntomas obsesivo-compulsivos. Se trata de una versión revisada del *Padua Inventory* (Sanavio, 1988) con el objetivo de mejorar su especificidad en relación con el TOC mediante la eliminación de los contenidos relacionados con preocupaciones cotidianas, más características del trastorno de ansiedad generalizada. Consta de 39 ítems que deben responderse según una escala tipo Likert de frecuencia (desde 0: Nunca» hasta 4: «Siempre»). Estos ítems se distribuyen en cinco factores: 1) Pensamientos obsesivos de auto y heteroagresión (POA), 2) Impulsos obsesivos de auto y heteroagresión (IOA), 3) Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza (OCCL), 4) Compulsiones de comprobación (CC), y 5) Rituales de orden en conductas cotidianas (RO). Tanto la puntuación total en este instrumento como las de las cinco subescalas han mostrado niveles altos de consistencia interna y estabilidad temporal en un intervalo de 6 a 7 meses, además de una buena validez discriminante entre subescalas a lo largo del tiempo (Burns, Keortge, Formea y Sternberg, 1996). La versión española del cuestionario ha mostrado valores de consistencia interna y estabilidad temporal excelentes (Ibáñez *et al.*, 2002)

— *Inventario de Depresión de Beck* (*Beck Depression Inventory, BDI; Beck y Steer, 1993*). Se trata de un instrumento

integrado por 21 grupos de 4 enunciados cada uno que describen síntomas depresivos (p.ej., tristeza, lloro, indecisión, pensamientos de suicidio) de los que el sujeto tiene que elegir el que considere que describe mejor los sentimientos que ha experimentado durante la última semana. La puntuación de los ítems oscila en un intervalo de 0 a 3.

— *Inventario de Ansiedad-Estado* (*Anxiety Inventory-State, STAI-E; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970*). Medida autoinformada de ansiedad general. Consta de 40 ítems, los 20 primeros (STAI-E) evalúan ansiedad-estado y se refieren a cómo el sujeto se siente en el momento de la evaluación. Se ha utilizado la versión española del cuestionario (Seisdedos, 1988).

— *Cuestionario de Pensamientos Automáticos* (*Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon y Kendall, 1980)*. Autoinforme de 30 ítems que mide la frecuencia de ocurrencia de diversos pensamientos automáticos negativos (PANs) asociados con depresión, durante la última semana. Los ítems tienen cinco alternativas de respuesta, en una escala Likert desde 1: «Nunca» hasta 5: «Durante todo el tiempo». Hemos utilizado la versión adaptada al castellano por Belloch y Baños (1990), que posteriormente fue puesta a prueba con pacientes depresivos y ansiosos (Ruipérez, 1994).

— *Cuestionario de Preocupaciones* (*Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990*): Escala unidimensional de 16 ítems que evalúa el constructo de preocupación («worry»), como una tendencia general a preocuparse por diferentes temas de la vida cotidiana. El sujeto estima para cada ítem el nivel de preocupación según una escala entre 1: «Nada típico en mí» a 5: «Muy típico en mí».

Se utilizó la adaptación española de San-dín y Chorot (1991).

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 recogía 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.

RESULTADOS

¿Cuáles son las creencias disfuncionales que se asocian de forma específica a obsesividad?

Para responder este interrogante, se calcularon en primer lugar correlaciones (Spearman) entre las puntuaciones del ICO y el resto de instrumentos. Los coeficientes que resultaron significativos se muestran en la Tabla 1. Como puede constatar, la puntuación total del ICO correlacionó de modo significativo ($p < 0,001$) con los cuestionarios de síntomas obsesivos (PI-WSUR) y depresivos (BDI), pero no así con ansiedad (STAI-E). Asimismo, nuestro cuestionario de creencias obsesivas presentó asociaciones significativas con los dos instrumentos que evalúan contenidos de pensamientos diferentes de los típicamente obsesivos: pensamientos automáticos negativos y autorreferentes (ATQ) y preocupaciones de tipo ansioso (PSWQ).

Por lo que se refiere a las subescalas (dominios de creencias) del ICO, todas ellas, a excepción de *Sobrestimación de la importancia de los pensamientos* (SIP), correlacionaron significativamente con la sintomatología obsesiva (PI-

Tabla 1. Correlaciones entre creencias obsesivas (ICO), cuestionarios de síntomas obsesivos (PI-WSUR), depresivos (BDI), y ansiosos (STAI-E), y contenidos de pensamientos depresivos (ATQ) y ansiosos (PSWQ)

<i>Inventario de Creencias Obsesivas</i>	<i>PI-WSUR</i>	<i>BDI</i>	<i>STAI-E</i>	<i>ATQ</i>	<i>PSWQ</i>	<i>*PI-WSUR</i>
Fusión Pensamiento-Acción, Probabilidad	0,19 ^b	0,25 ^b	—	0,21 ^b	0,17 ^a	—
Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre	0,37 ^c	0,24 ^b	—	0,20 ^b	0,31 ^c	0,27 ^c
Sobrestimación del Peligro	0,42 ^c	0,52 ^c	0,45 ^c	0,57 ^c	0,56 ^c	0,15 ^a
Fusión Pensamiento-Acción, Moral	0,15 ^a	—	—	—	0,21 ^b	—
Responsabilidad e Importancia de controlar los pensamientos	0,36 ^c	0,23 ^b	—	—	0,18 ^a	0,26 ^c
Sobrestimación de la importancia de los pensamientos	—	0,16 ^a	—	0,15 ^a	—	—
Rigidez	0,26 ^c	0,18 ^a	—	0,25 ^b	0,28 ^c	0,18 ^b
Puntuación Total	0,39 ^c	0,36 ^c	—	0,27 ^c	0,39 ^c	0,21 ^b

Nota: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$; *Correlaciones parciales controlando para BDI, ATQ y PSWQ.

WSUR), oscilando el rango de correlaciones entre 0,15 (FPA-moral) y 0,42 (SP). Idéntico patrón se observó en el caso de la asociación entre el cuestionario de preocupaciones ansiosas (PSWQ) y las subescalas de creencias del ICO. En el caso del cuestionario de ansiedad STAI-E, solo se obtuvo una asociación significativa con las creencias de *Sobrestimación del peligro*. En cuanto a los dos cuestionarios de depresión (BDI y ATQ) se constataron asimismo relaciones significativas con todas las subescalas de creencias a excepción de la relación con *FPA-moral*.

Es interesante resaltar que la subescala de *Sobrestimación del peligro* es la que mostró los coeficientes de correlación más elevados (tamaños de efecto en torno a 0,45, es decir entre moderados y altos).

Dado que, como se ha visto, las creencias obsesivas se asociaron tanto o más con los cuestionarios de medidas de depresión (BDI, ATQ) y de preocupaciones ansiosas (PSWQ), que con el de obsesividad (PI-WSUR), parecía procedente examinar si la asociación entre creencias obsesivas y sintomatología obsesiva estaba en realidad modulada por la asociación con depresión y ansiedad, esto es, que el mayor peso de las relaciones entre síntomas de obsesión y creencias obsesivas se debiera, en realidad, a la influencia de la sintomatología ansiosa y depresiva. Con el fin de dilucidar este aspecto, se calcularon de nuevo correlaciones parciales, pero en esta ocasión controlando el peso modulador de la asociación con los cuestionarios de depresión (BDI y ATQ) y el de preocupaciones ansiosas (PSWQ). Los resultados se muestran en la última columna de la Tabla 1.

Como se puede observar, la puntuación total en el inventario de creencias obsesivas siguió manteniendo una asociación estadísticamente significativa con la medida de obsesividad, PI-WSUR. Por lo

que se refiere a las subescalas de creencias y su relación con el cuestionario de obsesividad, desaparecieron las asociaciones previamente encontradas entre el PI-WSUR y *Sobrestimación de la importancia del pensamiento*, así como con las dos subescalas de creencias sobre la fusión pensamiento-acción (probabilidad y moral). Las correlaciones con el resto de subescalas de creencias se siguieron manteniendo, si bien con coeficientes mucho menores, en especial por lo que se refiere a la *Sobrestimación del peligro*.

En síntesis, y atendiendo a las diferentes dimensiones de creencias obsesivas evaluadas, cuatro de ellas —*Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre*, *Sobrestimación del peligro*, *Responsabilidad e Importancia de controlar los pensamientos* y *Rigidez*—, además de la puntuación total en creencias disfuncionales, siguieron manteniendo una relación estadísticamente significativa con la medida de obsesividad, relación que no puede atribuirse al peso compartido con las medidas de depresión y ansiedad. En contrapartida, las asociaciones previamente halladas entre obsesividad y las creencias sobre la *Fusión entre pensamiento y acción* y las de *Sobrestimación de la importancia de los pensamientos*, se diluyeron cuando se controló el peso compartido con depresión y ansiedad, lo que indica la escasa especificidad de estas creencias en el TOC.

Con objeto de determinar cuáles de las dimensiones de creencias resultaban más predictivas de la sintomatología obsesiva, se realizó un análisis de regresión múltiple (método de pasos sucesivos), siendo la variable dependiente la puntuación total en el PI-WSUR. De las siete dimensiones de creencias (consideradas como variables independientes en el análisis), solamente entraron en la ecuación de regresión las de *Sobrestimación del peligro* ($R^2 = 0,17$) y *Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre* ($R^2 = 0,04$).

Ambos predictores explicaron conjuntamente el 21% de la varianza, aunque resulta evidente que la primera dimensión proporciona un porcentaje de varianza explicada muy superior a la segunda.

¿Hay creencias capaces de predecir distintos subtipos de síntomas obsesivos en población normal y en obsesivos subclínicos?

El primer paso fue dividir la muestra inicial en dos grupos, normales y obsesivos subclínicos, sobre la base de sus puntuaciones en el cuestionario de obsesividad (PI-WSUR). El punto de corte escogido fue una puntuación total de 42, que se correspondía con el percentil 85 y con algo más del valor de Media \pm 1DT (24,83 \pm 17,75), y marcaba una caída significativa en la pendiente de la curva de distribución de las puntuaciones. El grupo 1, de no obsesividad, incluyó a 151 sujetos (84,35%) con puntuaciones PI-WSUR \geq 42 y valores de 19,31 \pm 10,32 para la puntuación total. El grupo de obsesivos subclínicos (grupo 2) agrupó a 28 sujetos (15,64%), con una puntuación media de 57,07 \pm 15,95 en el PI-WSUR.

No hubo diferencias entre ambos grupos en ninguna de las variables sociodemográficas consideradas (edad, sexo, nivel de estudios, nivel socio-económico), pero como era de esperar, los subclínicos obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a los normales en todos los cuestionarios: ICO, PSWQ, STAI-E, BDI, y ATQ (pruebas *t* con $p \leq 0,001$ en todos los pares de comparaciones). Con respecto a las subescalas del ICO, no se constataron diferencias entre normales y subclínicos en las dimensiones de fusión pensamiento y acción (FPA-probabilidad y FPA-moral), pero sí en el resto de creencias (pruebas *t* con $p \leq 0,001$ en todos los pares de comparaciones), en las que de nuevo los obsesi-

vos subclínicos alcanzaron puntuaciones más elevadas.

A continuación se calcularon las correlaciones (Spearman) entre las puntuaciones de las subescalas del PI-WSUR y del ICO para cada grupo de sujetos por separado. En la Tabla 2 se muestran los coeficientes que resultaron significativos en cada grupo. Como puede constatar, en el grupo normal se obtuvo un mayor número de asociaciones significativas aunque, en general, con coeficientes más bajos que los encontrados en el caso de los subclínicos. En ambos grupos, el factor que evalúa la presencia de obsesiones auto y hetero-agresivas fue el que evidenció un mayor número de asociaciones significativas con los conjuntos de creencias obsesivas, puesto que correlacionó con todos ellos en el caso de los normales y con cuatro en el análisis de los subclínicos. Las compulsiones de comprobación y los rituales de orden también correlacionaron con al menos cinco de las dimensiones de creencias evaluadas en los sujetos normales, mientras que los impulsos agresivos y las obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza fueron las que mostraron un menor número de asociaciones significativas con creencias obsesivas, siendo además sus coeficientes muy bajos. El análisis del grupo de sujetos con obsesión subclínica evidenció asociaciones significativas —además de lo ya comentado para las obsesiones de agresión— entre los impulsos agresivos y las dos dimensiones que valoran creencias sobre la fusión entre pensamiento y acción, así como entre los rituales de orden y la fusión pensamiento-acción de tipo moral.

Posteriormente, y sobre la base de los resultados obtenidos con el análisis correlacional, se realizaron diversos análisis de regresión lineal (pasos sucesivos) para cada grupo por separado, tomando como variable dependiente (VD) en cada

Tabla 2. Correlaciones entre subtipos de obsesiones (PI-WSUR) y dimensiones de creencias obsesivas (ICO) en normales (N=151) y subclínicos (N=28)

Inventario de Obsesiones (PI-WSUR)	Dimensiones de Creencias (ICO)						
	FPA-P	P-II	SP	FPA-M	R-IC	SIP	R
Obsesiones Agresión							
Normales	0,32 ^c	0,40 ^c	0,44 ^c	0,24 ^c	0,46 ^c	0,24 ^c	0,32 ^c
Subclínicos	0,45 ^b	—	0,40 ^b	—	0,35 ^a	0,40 ^b	—
Impulsos Agresión							
Normales	0,22 ^c	—	0,17 ^b	-0,26 ^c	—	—	-0,11
Subclínicos	0,40 ^b	—	—	0,33 ^a	—	—	—
Obses. Contaminación+Comp. Limpieza							
Normales	—	0,22 ^c	0,29 ^c	—	0,20 ^b	—	0,13
Subclínicos	—	—	—	—	—	—	—
Compulsiones Comprobación							
Normales	—	0,40 ^c	0,41 ^c	0,17 ^c	0,38 ^c	—	0,34 ^c
Subclínicos	—	—	—	—	—	—	—
Rituales orden							
Normales	0,26 ^c	0,15 ^a	—	0,15 ^a	0,24 ^c	—	0,02
Subclínicos	—	—	—	0,34 ^a	—	—	—

Nota: FPA-P: Fusión pensamiento-acción, probabilidad; P-II: perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; SP: sobrestimación del peligro; FPA-M: Fusión pensamiento-acción, moral; R-IC: Responsabilidad e importancia de controlar los pensamientos; SIP: Sobrestimación de la importancia de los pensamientos; R: Rigidez. ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$.

análisis las puntuaciones en las subescalas del PI-WSUR y como variables predictoras o independientes (VI) todos los dominios de creencias del ICO que habían mostrado previamente alguna correlación significativa con la correspondiente subescala del PI-WSUR.

Los resultados de los análisis de regresión para ambos grupos se muestran en la Tabla 3. Para todas las subescalas del PI-WSUR, excepto en la de «Rituales de orden», se obtuvieron ecuaciones de regresión que incluían uno o dos dominios de creencias, según el caso. El porcentaje de varianza explicado varió desde 31% («Pensamientos obsesivos auto y heteroagresivos») hasta el 6% («Pensamientos obsesivos de comprobación y Compulsiones de limpieza»). Cabe destacar que la dimensión «Sobrestimación del peligro» se introdujo en todas las ecuaciones, siendo la única en las «Obsesiones de comprobación y Compulsiones

de limpieza», mostrándose además como la que más porcentaje de varianza explicaba, excepto para el subtipo «Impulsos obsesivos auto y heteroagresivos», en el que fue la fusión pensamiento-acción de tipo moral la dimensión más explicativa.

En el caso de los obsesivos subclínicos (véase tabla 3), únicamente se realizaron los análisis para los dos subtipos de obsesiones en los que previamente se habían constatado correlaciones entre un subtipo de obsesión y más de una dimensión de creencias, esto es, para los 2 primeros factores del inventario de Padua. En el primero de ellos (Obsesiones de agresión) la ecuación de regresión alcanzó a explicar hasta un 43% de la varianza, con la introducción de las creencias acerca de la sobrestimación del peligro y la fusión pensamiento-acción de probabilidad. En el caso del segundo factor (Impulsos de agresión), el porcentaje de varianza explicado fue del 34%, debido a las dos

Tabla 3. Análisis de Regresión (pasos sucesivos) de los grupos normal ($N=151$) y subclínico ($N=28$)

<i>Subtipos de Obsesiones según PI-WSUR (V.D.)</i>	<i>VARIABLES INTRODUCIDAS DEL INVENTARIO DE CREENCIAS OBSESIVAS (ICO) (V.I.)</i>	<i>R²</i>	<i>F</i>	<i>b</i>
Obsesiones Agresión: Normales	• Sobrestimación del peligro	0,24	56,76	0,49
	• Responsabilidad e importancia controlar	0,15	42,41	0,30
	<i>Total R²</i>	<i>0,39</i>		
Obsesiones Agresión: Subclínicos	• Sobrestimación del peligro	0,30	11,43	0,41
	• Fusión pensamiento-acción, probabilidad	0,13	9,75	0,38
	<i>Total R²</i>	<i>0,43</i>		
Impulsos Agresión: Normales	• Fusión pensamiento-acción, moral	0,23	10,69	-0,24
	• Sobrestimación del peligro	0,12	12,52	0,26
	<i>Total R²</i>	<i>0,35</i>		
Impulsos Agresión: Subclínicos	• Fusión pensamiento-acción, probabilidad	0,17	5,25	0,48
	• Fusión pensamiento-acción, moral	0,17	6,38	0,42
	<i>Total R²</i>	<i>0,34</i>		
Contamina.+ Limpieza: Normales	• Sobrestimación del peligro	0,27	14,27	0,17
Comp.Comprobación: Normales	• Sobrestimación del peligro	0,17	36,22	0,41
	• Perfeccionismo-Intolerancia incertidumbre	0,06	26,14	0,27
	<i>Total R²</i>	<i>0,23</i>		

dimensiones de creencias sobre la fusión entre pensamiento y acción.

DISCUSIÓN

El primer objetivo de este estudio era investigar si las distintas creencias disfuncionales se asociaban de forma más específica a síntomas obsesivos que a otro tipo de manifestaciones sintomáticas, relacionadas con otros aspectos no obsesivos de la ansiedad y con la depresión. Recientemente Steketee, Frost y Wilson (2002) han insistido en la necesidad de diferenciar entre las creencias y procesos cognitivos que son específicos del TOC, de aquellos otros que aun siendo relevantes para comprender y caracterizar el trastorno, no son exclusivos del mismo. Según estos autores, dilucidar cuáles son los fenómenos específicos de un trastorno es crucial si se quiere avanzar en la comprensión de su etiología, esto es, para comprender por qué ese trastorno se desarrolla en unos indivi-

duos y no en otros lo que, llegado el caso, permitiría prevenir su aparición o disminuir el riesgo de recaídas. Sin embargo, y según los autores mencionados, desde el punto de vista de la intervención terapéutica puede que sea suficiente conocer cuáles son los fenómenos relevantes de un trastorno, pues si el tratamiento modifica los elementos que contribuyen a su establecimiento, importa relativamente poco su grado de especificidad.

Los resultados obtenidos en este estudio indican la presencia de una estrecha asociación entre obsesividad y creencias disfuncionales sobre la naturaleza de los propios pensamientos. No obstante, también se detectó la misma relación entre la puntuación global en esas creencias disfuncionales y las medidas de depresión y ansiedad, lo que de entrada plantea dudas importantes acerca de la especificidad de las creencias evaluadas en relación con la obsesividad. Un patrón similar de resultados se obtuvo cuando se analizaron las relaciones entre conjuntos de creencias concretos y medidas de

obsesividad, depresión, y ansiedad: a excepción de *Sobrestimación de la Importancia de los Pensamientos*, todas las creencias se asociaron con el inventario de Padua, pero también con el de preocupaciones ansiosas. En el caso de las medidas de depresión, los cuestionarios BDI y ATQ se asociaron con todas las creencias excepto con *Fusión pensamiento-acción de tipo moral* (y tampoco con *Responsabilidad e importancia de controlar* en el caso del ATQ).

En consecuencia, la única dimensión de creencias que, hasta este momento, se puede caracterizar como específica del TOC cuando este trastorno se compara con la Depresión, es la de *Fusión pensamiento acción de tipo moral*. Sin embargo esta especificidad inicial queda puesta en entredicho al comprobar que este conjunto de creencias también se asocia con las preocupaciones ansiosas (PSWQ).

Es posible que la ausencia de especificidad de las creencias evaluadas en relación con el TOC se deba al cuestionario utilizado, el ICO. No obstante, hay que señalar que otros autores han obtenido resultados similares, esto es, asociaciones estrechas entre creencias supuestamente típicas de obsesión con cuestionarios de depresión, utilizando otros instrumentos específicamente desarrollados para evaluar creencias obsesivas diferentes al aquí utilizado (OCCWG, 2001; Clark, Purdon y Wang, 2003). Por tanto, pensamos que la ausencia de especificidad obtenida se debe más bien al hecho, bien conocido, de la elevada comorbilidad que existe entre el TOC y la sintomatología depresiva (i.e., Rasmussen y Eisen, 1992), hasta el punto de que se han llegado a plantear hipótesis acerca de un sustrato biológico común para ambas entidades (Insel *et al.*, 1982; Tallis, 1995), además del papel mediador que el estado afectivo negativo tiene en ambas entidades, como han mostrado Abramowitz *et al.* (2003). Estos últimos autores han argu-

mentado además que, en el caso de la fusión entre pensamiento y acción, es más probable que nos hallemos frente a un conjunto de creencias (que ellos catalogan como un sesgo cognitivo) características de los diversos estados de ansiedad y, por lo tanto, no específicas del TOC, lo que iría en la misma línea de nuestros resultados, ya que estas creencias, que en relación con la depresión parecían específicas del TOC, no lo eran cuando se tenía en cuenta su asociación con las preocupaciones de tipo ansioso.

A la luz de los resultados aquí constatados, resulta patente la necesidad de analizar en profundidad estos aspectos, dada la importancia que en los planteamientos cognitivos actuales se otorga a creencias disfuncionales como las aquí evaluadas en la génesis y/o en el mantenimiento del TOC. Con el fin precisamente de avanzar en este último aspecto, calculamos de nuevo las correlaciones entre las creencias y la medida de síntomas obsesivos teniendo en cuenta el peso modulador de la depresión y las preocupaciones ansiosas. Los resultados indicaron que, además de la puntuación total, siguieron resultando significativas las asociaciones previamente observadas entre obsesividad y cuatro conjuntos de creencias disfuncionales: *Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre*, *Responsabilidad e importancia de controlar*, *Sobrestimación del peligro*, y *Rigidez*. Las dos primeras mantuvieron, además, sus asociaciones con coeficientes relativamente elevados, y la primera de ellas entró (junto con *Sobrestimación del peligro*) en la ecuación que predecía la puntuación en obsesividad.

Los resultados publicados sobre la dimensión de *Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre*, que en muchos estudios se consideran como separadas, no siempre son coincidentes a la hora de considerarla como específica del TOC. Algunos autores constatan que

el Perfeccionismo es importante y predictivo del TOC (Ferrari, 1995; Frost y Steketee, 1997; Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte, y Ladouceur, 1995; Rhéaume, Ladouceur y Freeston, 2000), pero también hay evidencias de la asociación de esta dimensión con otros muchos trastornos, como la fobia social, la depresión, o la anorexia nerviosa (Emmelkamp y Aardema, 1999). Por lo que se refiere a la *Intolerancia a la Incertidumbre*, existen opiniones bastante contrapuestas: algunos estudios evidencian la nula especificidad de esta creencia para el TOC, considerándola como más característica del trastorno de ansiedad generalizada (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur, 1994). El OCCWG (1997) afirma que esta dimensión está también asociada a los trastornos dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad, y que no está clara su especificidad respecto al TOC. Otros autores consideran que estas creencias, relacionadas con la necesidad de certeza, es un componente clave del TOC, al que llegan a describir como «*la enfermedad de la duda*» (Ciarrocchi, 1994; Steketee, Frost y Cohen, 1998).

Por lo que se refiere a la importancia que hemos constatado en torno a las creencias sobre *Responsabilidad e Importancia de Controlar*, hay que decir que resulta consistente con las afirmaciones acerca de su centralidad para la comprensión del TOC por parte de autores tan significativos en este ámbito como Salkovskis (1985, 1989: para el primer componente *Responsabilidad*), y Purdon y Clark (1993, 1999: para el segundo, *Importancia de Controlar* los pensamientos). Además, las investigaciones del grupo de Salkovskis (Salkovskis, 1992, Salkovskis *et al.*, 2000), utilizando instrumentos específicos para evaluar *Responsabilidad*, han encontrado evidencias de la especificidad de esta área, ya que las puntuaciones en estas creencias diferencian a sujetos con TOC de

controles normales y personas con otros trastornos de ansiedad.

En síntesis, por lo que se refiere al primer objetivo de este trabajo, se puede concluir que si bien no hay evidencias que apoyen la especificidad de las creencias evaluadas para el TOC en comparación con la Depresión o con las preocupaciones ansiosas no obsesivas, ello no excluye la relevancia de estas creencias disfuncionales para explicar la obsesividad. Además, hay tres conjuntos de creencias que tienen una especial importancia para la patología obsesiva, aunque por razones diferentes: en primer lugar, las creencias sobre la existencia de una *fusión entre pensamiento-acción de tipo moral*, serían específicas del TOC en comparación con la Depresión; y en segundo término, las creencias sobre la necesidad de *perfección y la intolerancia a la incertidumbre*, y sobre la *responsabilidad que uno tiene sobre lo que piensa y la importancia de controlarlo*, son especialmente relevantes para la comprensión de la patología obsesiva.

Nuestro segundo objetivo era averiguar la posibilidad de predecir las diferentes manifestaciones del TOC a partir de distintos dominios de creencias, tanto en sujetos normales como en obsesivos subclínicos.

En conjunto, los resultados indican, en primer lugar, que las creencias sobre *Sobrestimación del peligro*, entraron en todas las ecuaciones de regresión obtenidas, lo que refuerza su importante papel en las distintas manifestaciones obsesivo-compulsivas que se evalúan con el inventario de Padua; segundo, que dos conjuntos de creencias (*Rigidez y Sobrestimación de la importancia de los pensamientos*) no fueron capaces de predecir ninguna de las manifestaciones obsesivas, ni en el grupo de personas normales ni en el de obsesivos subclínicos; y, tercero, que los contenidos de agresión (tanto en forma de pensamientos obsesivos, como en la de

impulsos), fueron los más relacionados con creencias disfuncionales y, por tanto, los más predecibles a partir de ellas.

Por lo que se refiere a las diferencias observadas entre los dos grupos en que dividimos nuestra muestra, hay que resaltar que en los obsesivos subclínicos, las creencias sobre *Fusión Pensamiento-Acción*, en sus dos vertientes, moral y probabilidad, fueron las más importantes a la hora de explicar las manifestaciones obsesivo-compulsivas de agresión, mientras que en los normales estas manifestaciones obsesivas se asociaban más con creencias acerca de *Sobrestimación del peligro*. Este resultado parece indicar que las creencias del tipo FP-A son relevantes únicamente para explicar las obsesiones e impulsos agresivos de las personas con niveles altos de obsesividad, pero que no serían importantes cuando estos contenidos obsesivos se producen en personas normales. Según el estudio de Lee y Kwon (2003), este tipo de pensamientos obsesivos se incluyen en la categoría de «Obsesiones autógenas» caracterizadas por estar asociadas a experiencias subjetivas de inaceptabilidad, culpa, probabilidad de ocurrencia, e importancia de controlar los pensamientos. Nuestros resultados van en una línea similar, ya que parece que este tipo de intrusiones obsesivas son las más relacionadas con creencias sobre la peligrosidad e inmoralidad de los pensamientos (TAF-p y TAF-m).

Por otro lado, las diferencias aparecidas entre las dos muestras requieren una reflexión. La investigación sobre el TOC ha constatado que los pensamientos intrusos y las conductas compulsivas son relativamente comunes en la población general, como ya se señaló en la introducción. Este hallazgo ha motivado que desde hace años se vengán utilizando muestras no clínicas para analizar distintos aspectos del TOC, incluyendo el estudio del papel de las creencias disfuncio-

nales en el trastorno (Zucker, Craske, Barrios y Holguin, 2002). Ahora bien, la observación clínica sugiere que los pacientes con un TOC presentan particularidades que aparecen de forma muy ocasional en la población normal: por ejemplo la manifestación de las creencias disfuncionales incluidas bajo el epígrafe *Fusión Pensamiento-Acción*. A la vista de estas observaciones, y de nuestros resultados, es posible que se plantee la necesidad de revisar el planteamiento continuista «normal-patológico» que se viene adoptando en la investigación de las creencias disfuncionales en el TOC. Nuestros resultados apoyan la presencia de diferencias cualitativas, y no únicamente cuantitativas, entre normales y subclínicos en el patrón de creencias disfuncionales asociados a la psicopatología obsesivo-compulsiva.

Otro aspecto interesante de nuestro estudio es que la dimensión «Responsabilidad» no ha entrado en ninguno de los análisis de regresión con la muestra subclínica, y en la muestra de normales sólo aparece como segunda variable, con un peso explicativo escaso, para el subtipo *Pensamientos Obsesivos auto y heteroagresivos*. Es decir, en ninguna de las dos muestras la creencia «Responsabilidad excesiva e importancia de controlar los pensamientos» (RE-ICP) explica de modo significativo ninguna de las distintas manifestaciones obsesivo-compulsivas. Un resultado similar ha sido también constatado en el estudio de Emmelkamp y Aardena (1999). En nuestra opinión, la escasa relevancia de este conjunto de creencias resulta llamativo si se tiene en cuenta la importancia que tradicionalmente se le ha dado a esta dimensión para explicar el comportamiento obsesivo-compulsivo en general (Salkovskis, 1995). No obstante, si consideramos, además, el peso obtenido por la FP-A en la población subclínica, estaríamos en la misma línea de Rachman (1998), cuando argumenta que

las creencias sobre Responsabilidad enfatizadas por Salkovskis derivan, en realidad, de los sesgos cognitivos implícitos en las creencias tipo FP-A.

Para finalizar, es evidente la necesidad de corroborar los resultados aquí observados a través de estudios con muestras clínicas, en los que se comparen personas con TOC con individuos que padecen otros trastornos psicopatológicos, incluyendo necesariamente depresivos y otros trastornos de ansiedad distintos al obsesivo-compulsivo. Por otro lado, consideramos asimismo necesario avanzar en la investigación sobre la conexión entre contenidos de creencias disfuncionales y subtipos o manifestaciones específicas del TOC. Entre otros aspectos, sería importante averiguar si, como hemos encontrado aquí, las creencias Fusión Pensamiento-Acción resultan especialmente relevantes para las Obsesiones Puras o Autógenas, o si se relacionan específicamente con obsesiones de contenido agresivo y no con otros (sexual, religioso) también considerados dentro de la categoría de obsesiones autógenas (Lee y Kwon, 2003).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-R*. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belloch, A., y Baños, R.M (1990). Adaptación del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) para su uso en población española. Edición experimental. Universidad de Valencia.
- 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*, *3*, 235-250.
- Burns, G.L., Formea, G.M., Keortge, S., y Sternberger, L.G. (1995). The utilization of nonpatients samples in the study of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 133-144.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., y Sternberg, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 163-173.
- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Giménez, A., y Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* (en prensa).
- Chiarrochi, J.W. (1994). *The doubting disease*. Mahwah, NJ: Integration Books.
- Clark, D.A., y Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, *28*, 161-167.
- Clark, D.A., Purdon, C., y Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 655-669.
- Emmelkamp, P.M., y Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 139-145.
- Ferrari, J.R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, *10*, 143-156.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., y Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral*.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., y Ladouceur, R. (1994): Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, *17*, 791-802.

- Frost, R.O., y Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Hodgson R.J., y Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hollon, S.D., y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Ibáñez, I., Olmedo, E., Peñate, W., y González, M. (2002). Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 263-288.
- Insel, T.R., Gillin, J.C., Moore, A., Mendelson, W.B., Lavenstein, R.J., y Murphy, D.L. (1982). Sleep in obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1372-1377.
- Lee, H., y Kwon, S. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- McFall, M.E., y Wollersheim, J.P. (1979). Obsessive-Compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Neziroglu, F., y Stevens, K.P. (2002). Insight: Its conceptualization and assessment. En R.O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, Assessment and Treatment* (pp. 183-193). Oxford, Elsevier.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Clasificación internacional de enfermedades*, 10.^a edición. Madrid: Meditor.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 403-410.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Rasmussen, S., y Eisen, J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Rhéaume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H., y Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., y Freeston, M.H. (2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, 28, 583-592.
- Ruipérez, M.A. (1994). Contenido del autoesquema, sesgos de memoria y de atención en pacientes deprimidos versus ansiosos: un estudio experimental. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia (Directora: A. Belloch).
- 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., 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 disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1991). Adaptación española del Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Madrid: UNED.
- Seisdedos N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-rasgo. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety disorders*, 10, 379-391.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press Inc.
- Steketee, G., Frost, R.O., y Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Steketee, G., Frost, R., y Wilson, K. (2002). Studying cognition in obsessive compulsive disorder: Where to from here? En R.O. Frost y G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, Assessment and Treatment* (pp. 465-473). Oxford: Elsevier.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological perspective*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zucker, B.G., Craske, M.G., Barrios, V., y Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: Can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-664.