

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS Y OBSESIONES
CLÍNICAS: CONTENIDOS Y SIGNIFICADO PERSONAL

GEMMA GARCÍA SORIANO

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 10 de juny de 2008 davant un tribunal format per:

- D^a. Rosa María Baños Rivera
- D^a. Cristina Botella Arbona
- D. Miguel Ángel Santed Germán
- D. Bonifacio Sandín Ferrero
- D^a. Concepción Perpiñá Tordera

Va ser dirigida per:

D^a. Amparo Belloch Fuster

©Copyright: Servei de Publicacions
Gemma García Soriano

Depòsit legal:

I.S.B.N.: 978-84-370-7173-2

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

VNIVERSITAT  DE VALÈNCIA

FACULTAD  DE PSICOLOGÍA



**PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS Y
OBSESIONES CLÍNICAS: CONTENIDOS Y
SIGNIFICADO PERSONAL**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

GEMMA GARCÍA SORIANO

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, 2008

AGRADECIMIENTOS

Antes de pasar a presentar mi trabajo, quisiera dar las gracias a todas las personas que me han ayudado, y sin las que no estaría en estos momentos finalizando mi tesis. Me cuesta creer que ha llegado el momento de cerrar esta etapa, me da pena, me da miedo, supone acabar una época en la que me he sentido acogida, respaldada y en la que he disfrutado muchísimo. Sin embargo estoy emocionada, porque espero que este sea solo el principio de mi trabajo en el mundo de la investigación.

Me resulta difícil expresar con palabras lo agradecida que estoy a Amparo Belloch por todo lo que ha hecho por mí, por acogerme en su grupo, por su disponibilidad, por ayudarme, por apoyarme, por aguantarme, por enseñarme tantas cosas... Ha sido un privilegio trabajar a su lado. Gracias Amparo.

A Carmen Morillo también le estaré eternamente agradecida... por su paciencia, por su generosidad, por todo lo que me ha enseñado. Gracias Carmen.

A David Clark, con quien compartí seis fríos meses, por acogerme en su cálido grupo, facilitarme las cosas y ayudarme.

Al grupo TOC, y en especial a Claudia Castañeiras, a Carmen Carrió, a Elena Cabedo, a Nuria Reina y a María Roncero, con quienes he compartido tantos momentos, congresos, reuniones y algún que otro alfajor. Gracias por darme ideas, por evaluar pacientes, por ayudarme y apoyarme.

También quiero dar las gracias a pacientes, alumnos, amigos y familiares, porque sin ellos no tendría datos y sin datos... no tendría tesis. Por su generosidad y paciencia al completar miles de cuestionarios.

Por último, quiero dar las gracias a los míos: a mi padre que me ha ayudado con las figuras, a mi hermano que me ha ayudado con el diseño y a mi madre que me ha ayudado con tantas otras cosas... Gracias. Gracias por apoyarme en todo, por ayudarme, por aguantarme, en definitiva, por hacerme la vida mucho más fácil. Y como no, Arturo que ha sufrido conmigo día a día este proceso, gracias por estar siempre ahí con tu sonrisa.

SIGLAS, ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS	5
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO.....	9
MARCO TEÓRICO	
Capítulo 1. El trastorno obsesivo-compulsivo.....	13
1 Descripción general y diagnóstico del TOC.....	13
2 Perspectivas actuales sobre el TOC.....	39
3 Resumen de las ideas más relevantes del capítulo y direcciones futuras.....	67
Capítulo 2. La heterogeneidad del TOC.....	69
1 Taxonomías del TOC derivadas racionalmente.....	71
2 Taxonomías del TOC derivadas empíricamente.....	74
3 Resumen de las ideas más relevantes del capítulo y direcciones futuras.....	108
Capítulo 3. Acercamiento a algunos aspectos relevantes del autoconcepto.....	111
1 ¿Qué es el autoconcepto?.....	112
2 Abordajes teóricos del autoconcepto.....	112
3 La autoestima según J. Crocker: autoestima global y contingencias del Yo.....	122
4 Autoconcepto, autoestima y psicopatología: el caso del TOC.....	127
5 El papel de la cultura en la génesis del autoconcepto y su relación con el TOC.....	140
6 Resumen de las ideas más relevantes del capítulo y direcciones futuras.....	142
MARCO EMPÍRICO	
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	147
PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO.....	150
INSTRUMENTOS.....	156
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	165
RESULTADOS.....	169
Capítulo 1. Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones: su agrupación.....	171
1 Creación de un instrumento para evaluar pensamientos intrusos obsesivos: el INPIOs.....	171
2 Formulación de un modelo de pensamientos intrusos obsesivos.....	177
3 Asociaciones entre el modelo de PIO y sintomatología obsesiva, ansiosa y depresiva.....	192
4 Conclusiones.....	193

Capítulo 2. Cómo se experimentan los pensamientos intrusos obsesivos y las obsesiones.....	195
1 Reacciones emocionales, valoraciones disfuncionales y estrategias de control asociadas a los PIO/obsesiones: la 2ª parte del INPIOs.....	195
2 Formulación de un modelo que permita explicar la agrupación de respuestas emocionales, valoraciones y estrategias de control asociadas a los PIO.....	205
3 Asociaciones entre el modelo derivado de la 2ª parte del INPIOs y medidas psicopatológicas.....	215
4 Asociaciones entre el modelo derivado de la 2ª parte del INPIOs y creencias y estrategias generales de control de los pensamientos.....	217
5 El contenido del PIO más molesto y de la obsesión principal y las reacciones emocionales, nivel de interferencia, valoraciones y estrategias de control que generan.....	218
6 Conclusiones.....	220
Capítulo 3. El significado personal de los pensamientos intrusos obsesivos y de las obsesiones...	221
1 Creación de un instrumento para medir contingencias de la autoestima.....	221
2 Formulación de un modelo de áreas relevantes para la autoestima (relacionadas con el TOC).....	224
3 Asociaciones entre el modelo de dominios relevantes para la autoestima, la frecuencia de los PIO, sintomatología ansiosa y depresiva.....	237
4 Diferencias en las áreas relevantes para la autoestima (relacionadas con el TOC) en función del contexto cultural.....	239
5 Diferencias en las áreas relevantes para la autoestima (relacionadas con el TOC) en función de la presencia versus ausencia de patología.....	241
6 Asociaciones entre el modelo de dominios relevantes para la autoestima (relacionados con el TOC) y las creencias sobre los pensamientos.....	242
7 Asociación entre las áreas relevantes para la autoestima (relacionadas con el TOC) y las valoraciones disfuncionales.....	243
8 Conclusiones.....	245
DISCUSIÓN.....	247
Capítulo 1. Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones: ¿cómo se agrupan los PIO?.....	249
Capítulo 2. Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones: ¿cómo se experimentan?.....	263
Capítulo 3. Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones: ¿qué papel juega el significado personal?.....	280
CONCLUSIONES.....	293
BIBLIOGRAFÍA.....	299
ANEXOS.....	329

SIGLAS, ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

AGR	Agresivos
APA	Asociación Americana de Psicología
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-II
CBOCI	Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud
CIQ	Cuestionario de Intrusiones Cognitivas
CONT	PIO limpieza y contaminación
CSW	Escala de contingencias de la autoestima
DSM	Manual diagnóstico de los trastornos mentales
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico de los trastornos mentales versión IV revisada
DTQ	Cuestionario sobre pensamientos estresantes
DUD	PIO dudas, necesidad comprobar y acumular
EDQ	Cuestionario sobre egodistonia
Et ál	et ál (y otros)
F	factor
FM	frecuencia media
FMT	Frecuencia Media real Total
FPA	Fusión Pensamiento Acción
i	ítem/s
ICO	Inventario de Creencias Obsesivas
III	Inventario de interpretación de las intrusiones
INPIOs	Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos
MC-10	Escala de Marlowe-Crowne de deseabilidad social
MOCI	Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley
N	número de personas que forman una muestra
n	parte de las personas que forman la muestra
n°	número
OBQ	Cuestionario de creencias obsesivas
OBQ-44	Cuestionario de creencias obsesivas versión reducida
OC	Obsesivo-Compulsivo
OCCWG	Grupo de trabajo de las cogniciones obsesivas-compulsivas
OCI	Inventario de Obsesiones-Compulsiones
OCI-R	Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido
OCSQ	Cuestionario de Obsesividad y autoestima (<i>Obsessional Concerns and Self Questionnaire</i>)
OCSQ-S	Cuestionario de Obsesividad y autoestima-reducción española
OII	Inventario de Intrusiones Obsesivas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORD	PIO simetría y orden
OSSI	The Obsessional Sensitivity of Self Inventory

p. ej.	por ejemplo
PAN	Pensamiento Automático Negativo
PDQ-OC	Escala de personalidad obsesivo-compulsiva del Cuestionario de diagnóstico de personalidad
pg.	página/s
PI	Inventario de Padua
PI	Pensamiento/s Intruso/s
PIO	Pensamiento/s Intruso/s Obsesivo/s
PI-R	Inventario de Padua Revisado
PI-WSUR	Revisión del Inventario de Padua de la <i>Washington State University</i>
PMT	Puntuación Media Total
PSWQ	Cuestionario de preocupación de Pensilvania
PT	Puntuación Total directa: Σ de las puntuaciones en cada ítem
RAE	Real Academia Española de la lengua
RIQ	Responsibility Intrusions Questionnaire
ROII	Inventario de Intrusiones Obsesivas revisado
SEX/REL	PIO sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas
SUP	PIO superstición
T	Total
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCQ	Cuestionario de Control de Pensamientos
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TOC	Trastorno Obsesivo Compulsivo
TPOC	Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo
VOCI	Inventario de Vancouver de Obsesiones y Compulsiones
vs	versus
WBSI	Inventario de Supresión del Oso Blanco
Y-BOCS	Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones
Y-BOCS-SC	Listado de síntomas de la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones

SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ESTADÍSTICOS

α	alfa de Cronbach
Σ	sumatorio
χ^2	chi-cuadrado
A	Asimetría
AF	Análisis Factorial
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AGFI	Índice de Bondad de Ajuste Corregido
ANCOVA	Análisis de la Covarianza
ANOVA	Análisis de la Varianza
BTS	Prueba de Esfericidad de Bartlett
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase

CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CI	Intervalo de Confianza
CP	Componentes Principales
d	<i>d</i> de Cohen
DT	Desviación Típica
F	F de Fisher
gl	grados de libertad
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
ML	Máxima Verosimilitud
η^2_p	eta cuadrado parcial
p	probabilidad
post	pruebas a posteriori
r	coeficiente de correlación
RMSEA	Promedio del error de aproximación
SRMR	Promedio de los residuales estandarizados
t	t de Student
VD	Variable Dependiente
VI	Variable Independiente

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Este trabajo surge dentro de un equipo centrado en el estudio del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) dirigido por la profesora Dra. Amparo Belloch en la Universidad de Valencia. Dentro del grupo, y especialmente de la mano de A. Belloch y C. Morillo me introduje en el “mundo” del TOC desde un enfoque cognitivo-conductual. Y después de casi dos años trabajando en diferentes áreas del TOC (creencias, valoraciones, estrategias de control, experimentos de supresión) delimité cuál iba a ser la línea de trabajo que seguiría en mi tesis doctoral. Mi objetivo, como el de cualquier otro trabajo de investigación, es conocer más sobre el TOC, concretamente sobre la vulnerabilidad a desarrollar un TOC. Como más adelante veremos, los modelos cognitivos únicamente nos proporcionan pequeñas pinceladas, nada contrastadas, sobre el motivo por el que las personas supuestamente vulnerables se fijan en unos pensamientos y no en otros, pensamientos que se convertirán en obsesiones. Este trabajo pretende aportar algo de información al respecto, para lo que me he centrado en la relevancia que los aspectos importantes o valorados por la persona pueden tener sobre el desarrollo de las obsesiones y sobre su contenido. Por tanto, he querido estudiar, al menos en parte, la influencia del YO en el TOC. Durante este proceso, la estancia con D. A. Clark y su ayuda han sido determinantes.

Durante este tiempo, otros equipos de investigación, en particular K. Rowa y C. Purdon y el grupo de M. Kyrios, se han interesado también por un campo en el que la literatura científica era prácticamente inexistente. La literatura que relaciona el TOC y el Yo es más amplia ahora que cuando comenzamos con esta línea de trabajo, y como en otras ocasiones, diferentes grupos hemos trabajado de forma paralela, y sin saberlo, en una línea “semejante”. En Tesalónica, en septiembre del 2005, en el congreso de la *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies* (EABCT), entramos en contacto con el grupo de Kyrios y, aunque sus trabajos estaban aún sin publicar, “descubrimos” que también ellos estaban interesados en la relación entre el TOC y el Yo. Más tarde, a mediados del 2006, por medio de D. A. Clark, K. Rowa me hizo llegar su tesis, y de nuevo descubrí que ella se había aproximado más a nuestra línea de trabajo de lo que se veía en sus publicaciones (Rowa y Purdon, 2003; Rowa, Purdon, Summerfeldt y Antony, 2005).

Previamente al estudio del Yo en el TOC, y especialmente como consecuencia de mi trabajo con C. Morillo y A. Belloch, ha habido otro tema que me ha interesado enormemente, interés que es también patente a lo largo de este trabajo: la heterogeneidad del TOC. La literatura científica no se pone de acuerdo al describir la heterogeneidad o las formas que adopta el TOC. Describir esta heterogeneidad será un primer paso para estudiar si el Yo tiene algo que ver en el TOC.

Por tanto, la estructura de esta tesis se dividirá en tres objetivos centrales: estudiar la heterogeneidad del TOC y delimitar un “modelo” sobre la misma; profundizar un poco más en el tema de

las valoraciones y su asociación con la heterogeneidad del TOC, y finalmente, estudiar si el Yo tiene cabida en el modelo cognitivo del TOC. Para ello comenzaré la introducción teórica con una breve descripción del TOC y del modelo cognitivo, para seguir con la revisión del estado de la cuestión de la heterogeneidad del TOC y del estudio del Yo y finalizar centrándome en aquellos trabajos que han relacionado el TOC y el Yo.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: El Trastorno obsesivo-compulsivo

Capítulo 2: La heterogeneidad del TOC

Capítulo 3: Acercamiento a algunos aspectos relevantes
del autoconcepto

CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

1 DESCRIPCIÓN GENERAL Y DIAGNÓSTICO DEL TOC

Desde una perspectiva de caracterización diagnóstica tradicional psiquiátrica, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental caracterizado por la ocurrencia repetida de obsesiones y/o compulsiones que consumen al menos 1 hora al día (DSM-IV-TR; American Psychological Association (APA), 2002), siendo lo más habitual la presencia conjunta de ambos fenómenos (Foa y Kozak, 1995).

Las **obsesiones** son pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, intrusos, indeseados e inaceptables para el individuo, que a menudo se acompañan de alguna forma de resistencia (Rachman, 1981). El contenido de las obsesiones puede considerarse repugnante o sinsentido (ya sea por su recurrencia, por su falta de conexión con las ideas o valores de la persona, o por otros aspectos), y versa sobre temas tan diversos como la contaminación, la agresión, la duda, actos sexuales inaceptables, la religión, el orden, la simetría o la precisión.

Por otro lado, las **compulsiones** son conductas manifiestas o actos mentales, a menudo repetitivos y estereotipados, normalmente se realizan en respuesta a una obsesión para prevenir o reducir el malestar o estrés que produce (APA, 2002). Las compulsiones se acompañan a menudo de una sensación de urgencia interna para actuar, que da una percepción de poco control voluntario sobre la conducta (Rachman y Hodgson, 1980). A menudo se da una resistencia subjetiva que entra en conflicto con la fuerte compulsión para llevar a cabo el ritual (Rachman y Shafran, 1998). Las compulsiones más comunes son el lavado, la comprobación, la repetición de frases, palabras o acciones, el orden o la acumulación.

Esta caracterización diagnóstica que se acaba de comentar no está exenta de críticas. No obstante, dejamos de momento así planteado este aspecto, que posteriormente retomaremos y comentaremos con más detalle.

Por lo que se refiere a los criterios diagnósticos específicos para el TOC, es habitual recurrir a los propuestos por los sistemas psiquiátricos oficiales, DSM-IV-TR (APA, 2002) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud (OMS) 1993), que son muy similares entre sí (ver Cuadros 1 y 2 para una descripción). En ambos sistemas se especifican un conjunto semejante de características que deben estar presentes para el diagnóstico de TOC:

- la presencia de obsesiones y/o compulsiones tal y como se acaban de definir, aunque como comentaremos más abajo, hay algunas diferencias entre ambos sistemas
- la conciencia de que los pensamientos, impulsos o imágenes obsesivas son producto de la propia mente y no están impuestos por ninguna influencia o agente externo
- la percepción de que al menos una de las obsesiones o compulsiones es excesiva
- las obsesiones y/o las compulsiones deben de causar una interferencia notable en la vida del paciente (i.e., no se trata de simples “manías” o preferencias)
- y la sintomatología no debe explicarse mejor por otro trastorno mental.

Sin embargo, la CIE-10 y el DSM-IV-TR difieren a la hora de determinar entre qué grupo de trastornos mentales se clasifica el TOC. El DSM-IV-TR lo sitúa dentro de la categoría de “Trastornos de ansiedad”, mientras que la CIE-10 lo clasifica en la categoría más amplia de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, pero no junto a los “trastornos de ansiedad fóbica” u “otros trastornos de ansiedad”, que se corresponderían con los trastornos de ansiedad del DSM-IV-TR, sino en una subcategoría aparte. Ninguna de las ubicaciones del TOC está exenta de controversia y diferentes autores han planteado la posibilidad de que ninguna de las ubicaciones actuales sea la más adecuada (Crino y Andrews, 1996; Enright, 1996; Morillo, 2004; O'Connor, 2001; Tallis, 1995). De hecho el grupo de consenso que está trabajando en la clasificación y ordenación de los trastornos de ansiedad para la futura versión V del DSM, ha dado a conocer algunos informes entre los que se encuentra, precisamente, el debate sobre la correcta ubicación del TOC y trastornos asociados (el denominado “espectro TOC”, que entre otros, linda con la dismorfofobia, los trastornos alimentarios, la tricotilomanía, la hipocondría, el síndrome de Gilles de la Tourette, etc.) (First, 2006).

Como hemos dicho al principio de este punto, ambos sistemas de clasificación también difieren en la definición concreta que ofrecen de las obsesiones y de las compulsiones y en las especificaciones que permiten hacer del diagnóstico. Respecto a este último aspecto, el DSM incluye la posible especificación de poca conciencia de enfermedad (“*insight*”), aplicable a aquellos casos en los que durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. El nivel de “*insight*” se considera extremadamente variable (Lochner y Stein, 2003) y se dan considerables fluctuaciones dentro de un mismo caso clínico en función de situaciones y estados de ánimo, presentándose un aumento de la conciencia de enfermedad en situaciones no amenazantes (p. ej. en la consulta). Kozak y Foa (1994) consideran que cuando se produce una falta de reconocimiento de que las obsesiones son irracionales, se puede dejar de hablar de obsesiones para hablar de “ideas sobrevaloradas” o de “ideas delirantes”. Sin embargo, debemos aclarar,

que en general los contenidos de pensamientos en el TOC, se asocian más a la duda que a la convicción (p. ej., un paciente cree que algo “está contaminado” pero no está absolutamente convencido de ello).

La CIE-10 permite realizar las siguientes especificaciones: a) con predominio de pensamientos y rumiaciones obsesivas, b) con predominio de actos compulsivos, c) con mezcla de pensamientos y actos obsesivos, d) otros trastornos obsesivo-compulsivos y e) trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

Respecto a las definiciones de los conceptos de obsesión y compulsión, consideramos que los criterios del DSM-IV-TR son más precisos y recomendables (Cabedo, 2007; Morillo, 2004). Entre sus ventajas destacan dos aspectos fundamentales. En primer lugar, los criterios del DSM recogen la posibilidad de que las compulsiones tengan un carácter encubierto o cognitivo (“actos mentales”). Por otro lado, el DSM especifica la relación funcional entre las obsesiones y las compulsiones, asumiendo que las primeras producen ansiedad o malestar, mientras que el objetivo de las compulsiones es prevenir o reducir este malestar. Los Cuadros 1 y 2 recogen los criterios de ambos sistemas diagnósticos.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según DSM-IV-TR (APA, 2002).

<p>A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones: Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos 2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real 3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos 4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento) <p>Las compulsiones se definen por 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente 2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones <i>mentales</i> o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. <p>B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales (este punto no es aplicable en los niños).</p> <p>C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.</p> <p>D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).</p> <p>E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del tiempo del episodio actual el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.</p>
--

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según CIE-10 (OMS, 1993).

- A.** Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un periodo de por lo menos dos semanas
- B.** Las obsesiones (pensamiento, ideas o imágenes) y compulsiones (actos) comparten las siguientes características, deben hallarse presentes todas:
1. El enfermo las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influidas externamente.
 2. Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de las obsesiones o compulsiones debe ser reconocida como carente de sentido.
 3. El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque con el tiempo la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). El enfermo opone resistencia sin éxito. Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones es resistida sin éxito.
 4. El llevar a cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).
- C.** Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general por el tiempo que consumen.
- D.** Las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos del humor (afectivos).

1.1 EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO

PREVALENCIA

Las estimaciones de los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia global del TOC varían considerablemente dependiendo de los criterios diagnósticos y de los métodos de evaluación. En datos anteriores a 1979 se consideraba un trastorno raro, con tasas de prevalencia tan bajas como del 0,05% (Karno y Golding, 1991), y en general inferiores al 0,1% (Marks, 1987). Con posterioridad, un estudio más riguroso y amplio (N > 18.000 personas) del programa “*Epidemiologic Catchment Area*”, determinó que la prevalencia vital del trastorno era mucho mayor, con una tasa del 2,5% (criterios DSM-III) y una tasa de prevalencia anual del 1,6% (Karno, Golding, Sorenson y Burnam, 1988). De este modo, el trastorno se situaba el cuarto en frecuencia entre los trastornos mentales. Estudios más recientes han confirmado estas tasas de prevalencia superiores a las encontradas con anterioridad (revisión de Antony, Downie y Swinson, 1998). Sin embargo, muchos autores (p. ej., Antony, 2001) han criticado estos datos por considerar que en estos trabajos, la utilización de entrevistadores no entrenados para diagnosticar los casos de TOC ha propiciado una sobrestimación de los mismos. Cabe destacar una de las conclusiones del estudio epidemiológico de Bebbington (1998), que señala que los síntomas obsesivos menores son considerablemente más comunes que el TOC en sí, algo que ha podido influir en la magnificación de las cifras.

Dos estudios epidemiológicos recientes han informado de una tasa menor de prevalencia anual (0,6-0,7%) que la aportada por el estudio de la “*Epidemiologic Catchment Area*” (1,6%) (Andrews, Henderson y Hall, 2001; Crino, Slade y Andrews, 2005; Kringlen, Torgersen y Cramer, 2001), así como de una prevalencia vital del 1,6% (Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005). Aunque estos resultados no aportan conclusiones definitivas, teniendo en cuenta los diversos estudios a este respecto, la

diversidad de resultados y los posibles factores implicados, es razonable situar la prevalencia global del TOC entre el 1 y el 2% en la población general (Clark, 2004).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CURSO E INTERFERENCIA

La mayoría de los trabajos informan de una incidencia ligeramente superior del TOC en las mujeres (p. ej., Andrews et ál., 2001; Karno y Golding, 1991, Kringlen, Torgersen y Cramer, 2001; Rasmussen y Eisen, 1992). Los varones presentan, típicamente, un inicio más temprano del trastorno y ocurre lo mismo con el inicio del tratamiento (Lensi, Cassano, Corredu, Ravagli, Kunovac y Akiskal, 1996; Rasmussen y Eisen, 1992). Asimismo, el TOC de inicio en la infancia es más frecuente en los niños que en las niñas.

El inicio del trastorno suele situarse en la adolescencia o principios de la edad adulta. La mayor probabilidad para desarrollar un TOC aparece en la franja de edad entre los 18 y los 25 años (Karno et ál., 1988). En el 65% de los casos, el trastorno se manifiesta antes de los 25 años, y menos del 5% de los pacientes informa de un inicio posterior a los 40 años de edad (Rachman y Hodgson, 1980; Rasmussen y Eisen, 1992). Diversos estudios muestran, además, que un número sustancial de adultos informa de un inicio del problema en la infancia o la adolescencia, y que los niños y adolescentes que presentan un TOC grave suelen experimentar síntomas posteriormente durante muchos años (p. ej., Thomsen, 1995).

No hay un patrón típico de inicio en el TOC. Algunos pacientes experimentan un inicio gradual del trastorno, mientras que otros experimentan un inicio agudo, a menudo en respuesta a un suceso vital específico (Lensi et ál., 1996). De hecho, entre la mitad y dos tercios de los pacientes informan de un suceso vital significativo previo a la aparición del trastorno, como la pérdida de un ser querido, una enfermedad grave o problemas económicos (Lensi et ál., 1996; Lo, 1967). Otros trabajos han destacado la importancia de sucesos vitales normativos como el embarazo y el parto (Abramowitz, Schwartz, Moore y Luenzmann, 2003). Sin embargo, aunque las circunstancias vitales pueden aumentar la vulnerabilidad al TOC, muchos pacientes son incapaces de identificar un desencadenante ambiental del problema (Rasmussen y Tsuang, 1986).

El curso del TOC es variable, aunque suele ser crónico. En uno de los trabajos de seguimiento más amplios consistente en un estudio prospectivo de más de 40 años, se informó de que en un 60% de los casos el TOC seguía un curso crónico, con distintas remisiones y exacerbaciones (Skoog y Skoog, 1999). Según el DSM-IV-TR, solamente un 5% de sujetos presenta un curso episódico, con síntomas mínimos o inexistentes entre episodios. La remisión completa de los síntomas es infrecuente. El estudio recientemente mencionado, en consonancia con otros, encontró una tasa de recuperación completa de sólo el 20%.

Por último, señalar que el TOC es un trastorno que interfiere intensamente en el funcionamiento general del individuo y en las diversas áreas significativas de su vida (p. ej., social, laboral, familiar). Sin embargo, también aquí hay amplias diferencias individuales. Rachman y Hodgson (1980) hablan de estilo de vida TOC a "jornada completa" (con gran deterioro asociado) y a "jornada parcial" (con vidas bastante productivas y satisfactorias). En general, se considera que el TOC es el trastorno de ansiedad con el mayor grado de deterioro asociado y una de las diez condiciones más incapacitantes según la Organización Mundial de la Salud (Murray y López, 1996). Sin embargo, la búsqueda de tratamiento suele demorarse entre 10 y 15 años (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005).

Un trabajo reciente ha vinculado la disminución en la calidad de vida (bienestar físico, psicológico y ambiental) asociada al TOC con las compulsiones, pero no con las obsesiones (Stengler-Wenzke, Kroll, Riedel-Heller, Matschinger y Angermyer, 2007).

CULTURA (PAÍS DE PROCEDENCIA), ESTADO CIVIL Y NIVEL EDUCATIVO

Los datos de prevalencia, edad de inicio y curso del TOC son similares a lo largo de diferentes culturas (Weissman, Bland, Canino, Greenwald, Hwu, Lee et ál., 1994). Según lo señalado por Clark (2004), la influencia de la cultura pudiera ser mayor en los contenidos del TOC que sobre las variables sociodemográficas.

Los pacientes con TOC, al igual que ocurre en otros trastornos de ansiedad o en la depresión, presentan mayores tasas de separación, divorcio o problemas de pareja (Clark, 2004). El rendimiento académico de las personas con TOC es equivalente al de personas con otros trastornos y menor al de la población general (Andrews et ál., 2001)

1.2 COMORBILIDAD

El TOC, al igual que otros trastornos de ansiedad, presenta altas tasas de comorbilidad y a pesar de las discrepancias entre estudios, parece que entre la mitad y un tercio de los individuos con TOC tiene al menos otro trastorno asociado (Anthony et ál., 1998; Brown, Campbell, Lehmen, Grisham y Mancill, 2001; Karno y Golding, 1991). Los trabajos que estiman la comorbilidad de muestras clínicas de TOC, detectan, además, gran variedad de cuadros comórbidos, especialmente depresión (p. ej., Abramowitz, 2004), ansiedad (Biederman, Petty, Faraone, Henin, Gilbert et ál., 2004), abuso de sustancias (Abram, Teplin, McClelland y Dulcan, 2003), trastorno dismórfico corporal (p. ej., Frare, Perugi, Ruffolo y Toni, 2004) o trastornos alimentarios (p. ej., Jordan, Joyce, Carter, Horn, McIntosh et ál., 2003).

La comorbilidad del TOC con otros trastornos parece ser asimétrica (Clark, 2004). Mientras que la depresión y la ansiedad son diagnósticos adicionales frecuentes en el TOC, el trastorno obsesivo es menos común como diagnóstico asociado a la depresión y a otros trastornos de ansiedad, incluso cuando se consideran las tasas a lo largo de todo el período vital (Anthony et ál., 1998; Brown et ál., 2001; Crino y

Andrews, 1996). Brown et ál. (2001) observaron que los trastornos de ansiedad comórbidos solían preceder al TOC, mientras que la depresión tendía a aparecer tras el trastorno obsesivo.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La co-ocurrencia de un episodio depresivo mayor o de distimia en pacientes con TOC, es muy alta, situándose en un rango de entre el 30 y el 50% (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi y Smeraldi, 1992; Brown, Moras, Zimbarg y Barlow, 1993; Lensi et ál., 1996). Y estas cifras son aún mayores, entre el 65-80%, si se considera la prevalencia vital de la depresión en el TOC (Crino y Andrews, 1996; Rasmussen y Eisen, 1992).

En los muchos casos en que coexisten en el tiempo ambos tipos de síntomas, el problema principal consiste en decidir cual es el trastorno primario. La mayoría de autores señalan que lo más habitual es que la depresión sea secundaria al TOC, debido a que este trastorno es “depresógeno” (Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky y Zitterl, 1993; Rasmussen y Eisen, 1992). Como ya se ha señalado, la progresión de los síntomas obsesivo-compulsivos hacia la depresión ocurre mucho más frecuentemente que el patrón contrario. Por otra parte, en algunos cuadros depresivos mayores, se detectan síntomas típicamente obsesivos, aunque con una baja frecuencia. Según Antony et ál. (1998), cuando los síntomas obsesivo-compulsivos se inician junto al cambio de estado de ánimo, es bastante probable que se pueda descartar el TOC, especialmente si éstos aparecen en una época tardía de la vida, desaparecen al recuperarse el sujeto del episodio depresivo. Cabe señalar también que, en ocasiones, y como apunta Tallis (1995), la depresión “enmascara” a un TOC subyacente: a veces el paciente acude a consulta relatando los síntomas depresivos, por considerar más “adecuado” consultar por ello que por el TOC.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Muchas personas con diagnóstico principal de TOC experimentan también trastornos de ansiedad, siendo los más frecuentes la fobia social (35-41%) y específica (17-21%). Respecto al trastorno de pánico (12-29%) o el trastorno de ansiedad generalizada (7-22%), los resultados son menos concluyentes (Antony et ál., 1998; Brown et ál., 1993; Brown et ál., 2001; Crino y Andrews, 1996) y son evidentes las discrepancias entre los distintos trabajos publicados, tanto respecto a la tasa general de trastornos de ansiedad asociados (p. ej., un 47% en Weissman et ál., 1994), como a la mayor o menor importancia de unos u otros (por ejemplo Sandín y Chorot, 1995) encontraron una asociación promedio del 19% con trastorno de pánico, del 7% con agorafobia, del 7% con fobia social, del 7% con trastorno de ansiedad generalizada y del 4% con fobia específica).

Por otro lado, de nuevo se hace evidente el patrón asimétrico de comorbilidad en el TOC, por ejemplo, el TOC raramente ocurre (2%) en aquellos pacientes con trastorno principal de ansiedad

generalizada (TAG), mientras que, como hemos señalado, el patrón contrario es mucho más frecuente (7-22%). A nivel de síntomas, alrededor de un 15% de los pacientes con TAG tienen también obsesiones, mientras que este porcentaje se incrementa a un 41% cuando estudiamos el patrón contrario (i.e., personas con diagnóstico principal de TOC que experimentan preocupaciones clínicas) (Clark, 2004).

EL “ESPECTRO” TOC

El denominado espectro TOC agrupa un conjunto de trastornos que comparten ciertos rasgos definitorios, así como historia familiar, comorbilidad o respuesta al tratamiento. Los trastornos que se incluyen en este espectro son, no obstante, de naturaleza muy diversa: hipocondría, trastorno dismórfico, trastornos alimentarios, del control de los impulsos y del movimiento como los tics y el síndrome de La Tourette (Goldsmith, Shapira, Phillips y McElroy, 1998). No todos los autores están de acuerdo en la consideración de estos trastornos como candidatos a formar parte de un hipotético espectro TOC, y desde luego se trata de un tema controvertido y de gran importancia (p. ej., Mataix-Cols, Pertusa y Leckman, 2007). No obstante, esta polémica excede del alcance de este trabajo, por lo que no haremos referencia a ella (una revisión interesante y relativamente reciente se puede consultar en Hollanger y Wrong, 2000).

En lo que parece haber un mayor acuerdo es en la presencia de comorbilidad entre estos trastornos y el TOC (p. ej., entre un 15-37% de trastorno dismórfico corporal en muestras de pacientes con TOC; Goldsmith et ál., 1998). Pero al mismo tiempo, diversos estudios indican que las tasas de comorbilidad entre los trastornos del espectro TOC no son mayores que entre el TOC y trastornos del estado de ánimo, y es más frecuente encontrar trastornos del espectro TOC con alta presencia de obsesiones y compulsiones que a la inversa, por lo que se observa también asimetría, pero en sentido contrario a la descrita en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Las tasas de comorbilidad del TOC con trastornos de personalidad oscilan entre el 50 y el 65%, siendo los más frecuentes los trastornos del cluster C de personalidad (el trastorno de personalidad dependiente y el evitador (Baer y Jenike, 1992; Summerfeldt, Huta y Swinson, 1998; Wu, Clark y Watson, 2006) y el esquizoide (Wu et ál., 2006) y no el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TPOC) como quizás cabría esperar. Sin embargo, otros estudios (p. ej., Tomita, Yoshioka, Kawamoto, Nakatani, Nakao et ál., 2007; Samuels, Nestadt, Bienvenu, Costa, Riddle et ál., 2000) encuentran altos patrones de comorbilidad entre el TOC y el TPOC (Cuadro 3). Una posibilidad es que los rasgos de personalidad OC estén más vinculados a algunos tipos de manifestación clínica del TOC que a otros. Por ejemplo podrían asociarse en mayor medida a las dudas y comprobaciones que a las obsesiones y compulsiones de limpieza (Clark, 2004; Gibbs y Oltmanns, 1995; Tallis, Rosen y Shafran, 1996). Así como que ciertos aspectos de la personalidad obsesiva pudieran ser más relevantes para al TOC que otros; por ejemplo, el

perfeccionismo (rasgo característico del TPOC), es significativamente más importante en el TOC que en sujetos control (Frost y Steketee, 1997). Algunos autores (Lee y Telch, 2005) han relacionado un tipo de obsesiones concretas (autógenas: contenidos referidos a la agresión, sexo, religión) con rasgos de personalidad esquizotípica. En todo caso, hay que decir que las publicaciones al respecto están lejos de ser concluyentes, debido entre otras cosas, a la propia indefinición de los trastornos de personalidad y a las grandes dificultades para su diagnóstico adecuado. En la parte empírica de este trabajo hemos hecho una pequeña aproximación a este tema, si bien no forma parte de nuestros objetivos prioritarios.

Un asunto diferente es la búsqueda de características de personalidad típicas de las personas con TOC. No obstante, también aquí hay que decir que la literatura al respecto está lejos de ser concluyente, tanto por la enorme variabilidad de los instrumentos de medida utilizados, como por la falta de grupos de comparación o control. Por ejemplo, algunos autores han relacionado el TOC con una elevada sensibilidad al castigo, psicoticismo y neuroticismo y una baja extraversión (Fullana, Mataix-Cols, Trujillo, Caseras, Serrano et ál., 2004). Sin embargo, estas características son también muy comunes entre personas con otras patologías (por ejemplo en los trastornos alimentarios), además de no conocerse con exactitud su distribución en la población general. En otro estudio, y a diferencia del mencionado, los pacientes con TOC se mostraron, respecto a otros pacientes y a la población normal, más confiados en los demás, menos manipuladores y nada desinhibidos (Wu et ál., 2006). En nuestra opinión, estudiar las características de personalidad de los pacientes TOC es un tema de indudable interés que debe ser planteado y abordado en profundidad, tanto desde una perspectiva de vulnerabilidad (y por tanto, de prevención y de detección precoz), como desde la óptica de la respuesta al tratamiento y la prevención de recaídas. Sin embargo, que sepamos esta cuestión no parece ser prioritaria en la investigación, al menos de momento.

1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por último comentaremos algunas claves que permiten diferenciar el TOC de las alteraciones psicopatológicas con las que comparte más características: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la hipocondría y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC).

El **Trastorno de Ansiedad Generalizada** es similar al TOC por la presencia importante de rumiaciones ansiógenas y difíciles de controlar, que a veces se asocian también a conductas de comprobación (normalmente relacionadas con la seguridad o la salud). Sin embargo, en el TAG el individuo está preocupado por circunstancias o problemas de la vida cotidiana que no tienen el componente egodistónico de las obsesiones. En todo caso, puede haber ciertos tipos de preocupaciones (p. ej., las relacionadas con la posibilidad de enfermar) que generen dudas diagnósticas. Más abajo incidiremos en la distinción entre obsesiones y preocupaciones.

Los pensamientos recurrentes sobre posibilidad de contraer una enfermedad pueden generar también dudas con respecto a la posibilidad de diagnosticar **Hipocondría**. Si los pensamientos se relacionan únicamente con estar padeciendo o padecer una enfermedad, derivado de la mala interpretación de síntomas físicos, el diagnóstico más apropiado será el de hipocondría. Sin embargo, cuando la preocupación por la enfermedad se acompaña de conductas compulsivas de limpieza o comprobación, relacionadas con temor bien a contagiarse o a contagiar a otras personas, la balanza se inclina a favor del diagnóstico de TOC.

Por último, respecto al **Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**, constituyen entidades muy distintas, principalmente porque en el trastorno de la personalidad no se dan obsesiones y compulsiones. Por otra parte, puede estar asociado al TOC, aunque, como hemos señalado anteriormente, las evidencias empíricas más recientes no son en absoluto favorables a la idea de que la personalidad obsesiva se asocie más frecuentemente al TOC que otras alteraciones de personalidad.

La escurpulosidad se asocia a ambos trastornos sin embargo, mientras que en el TOC los pensamientos y dudas relacionados con la moralidad se experimentan como indeseadas (i.e., son egodistónicas), en el TPOC se experimentan como consistentes con la visión del mundo de la persona (egosintónicas) (Nelson, Abramowitz, Whiteside y Deacon, 2006). En el Cuadro 3 se resumen los criterios diagnósticos usuales para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad.

Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la personalidad según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

<p>Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad(2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)(3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)(4) excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o religión)(5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental(6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas(7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras(8) muestra rigidez y obstinación.
--

1.4 LAS OBSESIONES: EL COMPONENTE NUCLEAR DEL TOC

En este trabajo, al igual que en otros de nuestro grupo (p. ej., Cabedo, 2007; Morillo, 2004), asumimos que el componente nuclear o primario del TOC son las obsesiones, siendo por lo tanto las compulsiones (y estrategias de control en un sentido amplio) conductas que se realizan como

consecuencia de las obsesiones con el fin de manejar y hacer tolerable la ansiedad y/o el malestar asociado a las mismas. Esta conceptualización del TOC se ajusta a los modelos psicológicos más relevantes sobre el TOC en la actualidad, que revisaremos a continuación.

Asumir que las obsesiones son el elemento principal e imprescindible del TOC plantea, en ocasiones, algunos problemas a la hora de aplicarse a ciertos cuadros clínicos en los que parecen no detectarse obsesiones. Por ejemplo, en pacientes de larga evolución que presentan compulsiones de limpieza o de orden, o aquellos otros en los que las compulsiones son “previas” a la obsesión, esto es, se realizan para “prevenir” su aparición, para impedirla. No obstante, la autora comparte con Morillo (2004) la noción de que, aunque que en algunos casos puede parecer que no hay obsesiones, “este componente está ‘camuflado’ entre una maraña de conductas compulsivas muy predominantes. En estos casos, a través de un proceso exhaustivo de evaluación, ‘sale a la luz’ la existencia de las obsesiones, al menos en un momento anterior del trastorno” (Morillo, 2004; pg. 31-32).

Retomando la breve descripción de las obsesiones con que comenzamos este capítulo y siguiendo las revisiones de Clark (2004) y Morillo (2004), destacaremos algunas de las principales características de las obsesiones.

- **Cualidad intrusa:** los pensamientos, imágenes o impulsos irrumpen de forma repetitiva, involuntaria y súbita en el flujo del pensamiento consciente en contra de la voluntad de la persona.

- **Recurrencia:** en la mayoría de los casos, cuando los síntomas se dan en su máxima expresión, las obsesiones se producen a diario, durante amplios períodos de tiempo.

- **Inaceptabilidad:** las obsesiones son valoradas por los sujetos como inaceptables, y el afecto negativo que evocan varía desde la molestia al malestar o el miedo y la ansiedad.

- **Irracionalidad:** la persona reconoce que la idea obsesiva no tiene sentido, que es irracional. Muchos pensamientos obsesivos son valorados por el sujeto como ideas absurdas, carentes por completo de justificación racional. Como ya hemos indicado, el DSM-IV-TR considera que las obsesiones “deben considerarse absurdas al menos en algún momento del trastorno”. Tengamos en cuenta que esta afirmación implica que, en otros momentos, el sujeto puede no tener tan claro que sean absurdas.

- **Resistencia activa:** son extremadamente habituales los intentos voluntarios de suprimir, eliminar, disminuir o evitar que la obsesión entre en el flujo de pensamiento por medio de la evitación, de estrategias de control cognitivas o de compulsiones.

- **Incontrolabilidad:** se considera que los intentos de supresión están condenados al fracaso porque la idea obsesiva es muy difícil (o imposible) de controlar voluntariamente.

■ **Modalidad de aparición:** una obsesión puede tomar la forma de imagen mental, impulso (necesidad imperiosa y urgente de hacer o decir algo), y/o pensamiento (verbal, en forma de palabras o frases, de duda, de idea, prohibición).

■ **Egodistonia:** El DSM en su descripción de las obsesiones (ver Cuadro 1) indica que éstas “se experimentan en algún momento del trastorno como intrusas e inapropiadas”, indicando con ello la naturaleza egodistónica de las mismas. Por otro lado, y como se comentará más adelante, Purdon y Clark (1999) son los autores que otorgan más importancia a la egodistonia de los pensamientos en su modelo explicativo del TOC.

El concepto de egodistonia es, seguramente, el más controvertido en relación con las obsesiones. Distonia significa, literalmente, “alteración del tono” (muscular, habitualmente). Desde un punto de vista psicopatológico tradicional, el término ego-distonia, opuesto a ego-sintonía, viene a significar que hay algo (una experiencia, un comportamiento, etc.) que resulta contradictorio con, o contrapuesto a, nuestro bienestar porque afecta a nuestro propio “yo”. Por extensión, una experiencia mental (una obsesión, en el caso que aquí nos ocupa) resulta egodistónica, bien porque promueve una evaluación negativa de nuestro propio sentir y/o actuar, bien porque resulta disconforme (o no se ajusta) con nuestra manera de ser y actuar. En ambos casos, la egodistonia es la consecuencia final de una experiencia desagradable. Y el desagrado a su vez proviene de lo amenazante y/o desestabilizadora que es la experiencia en cuestión para nuestro autoconcepto. Desde esta perspectiva, la egodistonia que generan las obsesiones (y, en su caso, las compulsiones), es la consecuencia de una o más de las características que se han mencionado en relación con las obsesiones: intrusividad, recurrencia, inaceptabilidad, irracionalidad, resistencia o incontrolabilidad.

De todas estas características, se suelen destacar dos, que en realidad, agrupan las mencionadas:

● la **inaceptabilidad** del **contenido** de las obsesiones, bien porque contraviene las normas, creencias, y/o valores del individuo, o porque resulta antagónico con su autoconcepto o promueve dudas sobre la propia capacidad y responsabilidad (por ejemplo, en caso de que lo pensado se hiciera real), y

● la **recurrencia** de las obsesiones, que promueve la resistencia, se asocia a dificultad para controlarlas, incrementa la sensación de intrusividad en el flujo de experiencia consciente, (i.e., es una experiencia mental no voluntaria, no deseada), e interfiere con la actividad que se está realizando, o que se desea realizar.

Por lo que se refiere al **contenido** (véase el Cuadro 4 a modo de ejemplo), las obsesiones varían desde pensamientos *sin sentido* que suponen una implicación mínima para la persona, hasta otros totalmente inconsistentes con los valores de la persona, o con sus creencias, y por tanto, considerados

altamente *amenazantes* para el concepto de sí-mismo que tiene la persona. En la segunda de las modalidades, la *egodistonia* se vincularía estrechamente con el contenido de los pensamientos que contravendría los principios morales o la autoimagen de la persona. En palabras de Purdon y Clark “*los pensamientos obsesivos son inconsistentes con la visión del sí mismo y/o con las propias creencias sobre el tipo de pensamientos que uno esperaría tener, y por ello representan una amenaza para la autoimagen*” (Purdon y Clark, 1999, pg. 106).

Algunos investigadores han estudiado las historias de clínicas de muestras amplias de pacientes con TOC, y los han clasificado en función de sus obsesiones y compulsiones. Khanna y Channabasavanna (1987) clasificaron 716 obsesiones de 410 pacientes diagnosticados de TOC tanto en función de la forma (dudas, pensamientos, miedos, urgencias, imágenes y convicciones) como del contenido, observando los siguientes contenidos (según orden de prevalencia): suciedad y contaminación, actividades diarias, sexo, daño, pasado, enfermedad, otros, muerte, agresión, inanimadas/impersonales y religión. En el estudio de campo para el DSM-IV sobre una muestra de 431 sujetos con TOC, Foa, Kozak, Goodman, Hollander, Jenike et ál. (1995) informaron de los tipos de obsesiones que aparecen en el Cuadro 4. En el próximo capítulo profundizaremos en diferentes clasificaciones de contenidos de obsesiones.

Cuadro 4. Obsesiones comunes en el TOC (basado en Foa et ál., 1995).

	Porcentaje obsesiones
Contaminación por suciedad, gérmenes, virus (p. ej., VIH), fluidos corporales, sustancias químicas, pegajosas, peligrosas, materiales peligrosos	37,80 %
Miedo al peligro (p. ej., los cerrojos de las puertas no son seguros)	23,60%
Preocupaciones excesivas sobre el orden y la simetría	10,00%
Obsesiones relacionadas con el cuerpo o síntomas físicos	7,20%
Pensamientos religiosos, sacrílegos o blasfemos	5,90%
Pensamientos sexuales (p. ej., ser pedófilo u homosexual)	5,50%
Urgencia de acumular objetos inútiles o gastados	4,80%
Pensamientos de violencia o agresión (p. ej., apuñalar a nuestro bebé)	4,30%

Sin embargo, cabe suponer que cuando el contenido no resulta en sí mismo amenazante para el autoconcepto (por ejemplo, los impulsos de colocar algo “en su sitio exacto y perfecto” o las dudas sobre si se ha cerrado o no la puerta, se ha apagado el gas o se ha cerrado el grifo del agua), la *egodistonia* será más probablemente consecuencia de la frecuencia o **recurrencia** exageradas del pensamiento (o imagen, o impulso), tal y como defiende Morillo (2004). Por tanto, sería más bien el carácter no voluntario de la intrusión, las consecuencias negativas que ello comporta (interferencia con las actividades diarias, consumo excesivo de tiempo no productivo, etc.) y la sensación (real) de falta de control, las causas más inmediatas de la egodistonia.

En definitiva, la egodistonia puede estar generada bien por el contenido inaceptable de la intrusión, bien por su recurrencia, o por ambas cosas. En el primer caso, la experiencia egodistónica se produciría cuando el contenido de la idea obsesiva choca con el sistema de valores del individuo, y es valorado como inaceptable, repugnante y muy importante (p. ej., los pensamientos blasfemos en una persona muy religiosa, los pensamientos sexuales aberrantes en una persona de moral rígida o los pensamientos de haber ofendido a alguien en personas extremadamente educadas). En el segundo, aunque el contenido en sí mismo no resulte incongruente y/o inaceptable para la persona, su excesiva recurrencia genera un elevado malestar emocional. En esta ocasión es muy probable que los pensamientos, imágenes o impulsos generen egodistonia porque interrumpen la actividad del sujeto, y le interfieren, siendo su persistencia lo que resulta chocante, y el no poder pensar en otra cosa, lo que lleva asociado un considerable nivel de malestar/ansiedad (p. ej., ¿habré mirado bien el gas? ¿cerrado la puerta?).

LAS OBSESIONES Y LOS PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS

Desde la perspectiva categorial defendida por los sistemas clasificatorios como los que acabamos de revisar (DSM y CIE), se asume que el TOC es un trastorno mental que afecta a un porcentaje pequeño de la población. Sin embargo, en 1978, Rachman y de Silva publicaron un estudio en el que plantearon que tal vez las *obsesiones y las compulsiones no fueran fenómenos clínicos categorialmente diferentes de los que se daban en población normal*. A través de dos estudios compararon cómo experimentaban **pensamientos intrusos** análogos a las obsesiones los pacientes obsesivos y los sujetos normales. Encontraron que un 84% de los sujetos normales refería tener este tipo de pensamientos, similares en forma y contenido a los referidos por los obsesivos clínicos, siendo estos últimos más frecuentes, intensos, inaceptables, egodistónicos e incontrolables. Estos resultados, obtenidos a partir de una muestra reducida de pacientes (N=8) y sin análisis estadísticos, han sido exagerados por algunos autores, tal y como han criticado recientemente Rassin y Muris (2007). Sin embargo, lo cierto es que a partir del trabajo de Rachman y de Silva (1978) se han publicado un gran número de estudios realizados sobre población no clínica, cuyos resultados vuelven a confirmar que la presencia de estas intrusiones es un fenómeno cognitivo **normal y universal**. Según estos trabajos, entre un 72% y un 100% de la población no clínica, había experimentado pensamientos intrusos (p. ej., Belloch, Morillo y Giménez, 2004; Clark y de Silva, 1985; Edwards y Dickerson, 1987; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991, 1992, 1993; Niler y Beck, 1989; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993, 1994 a,b; Reynolds y Salkovskis, 1991; Salkovskis y Harrison, 1984).

En función de los diferentes trabajos, los fenómenos cognitivos estudiados por este tipo de estudios se conocen como “cogniciones intrusas”, “obsesiones normales”, “pensamientos obsesivos” o “pensamientos intrusos” (PI). Nosotras preferimos emplear el término “**pensamientos intrusos**

obsesivos” (PIO) porque acota que nos referimos a los pensamientos intrusos que tienen un contenido típicamente obsesivo.

En general, los PI se han definido según la propuesta de Rachman (1981; Rachman y Hodgson, 1980), aunque tal y como critican Julien, O'Connor y Aardema (2007) no todos los autores emplean la misma definición en sus trabajos (p.ej., England y Dickerson (1988) incluyen PI agradables). Según la definición de Rachman, los pensamientos intrusos:

- pueden tomar la forma de pensamientos, imágenes o impulsos
- son repetitivos
- son inaceptables o indeseados
- interrumpen la actividad que se está llevando a cabo,
- son atribuidos a un origen interno, y
- son difíciles de controlar.

Esta línea de investigación ha generado distintos métodos e instrumentos para **evaluar los PI** (Clark y Purdon, 1995 realizan una revisión detallada de estos instrumentos y Julien et ál., 2007 examinan las propiedades psicométricas de los mismos). Algunos autores han empleado los diarios (registro del contenido de los pensamientos durante un periodo de tiempo), mientras que la mayoría han generado listas de PI y han pedido a los sujetos que señalaran cuales habían experimentado. Entre los instrumentos desarrollados, los más conocidos son los que siguen: *Intrusive Thoughts and Impulses Survey* (Niler y Beck, 1989), *Intrusive Thoughts Questionnaire* (Edwards, 1985), *Distressing Thoughts Questionnaire* (Clark y de Silva, 1985), *Cognitive Intrusions Questionnaire* (Freeston, 1990) y el *Obsessional Intrusions Inventory* (OII y ROII; Purdon y Clark, 1993, 1994 a, b). Los dos últimos instrumentos (CIQ y OII) han sido los más utilizados en sucesivos trabajos, que recurren mayoritariamente a muestras de población general no clínica. Ambos tienen en común una estructura bipartita: una primera parte en la que se ofrece al sujeto un listado (mucho más detallado en el segundo caso) de ítems relativos a distintos temas de PI y una segunda parte en la que se pide al sujeto que seleccione su PI personalmente relevante más problemático, para proceder entonces a evaluar su adscripción a distintas valoraciones y estrategias de control hipotéticamente asociadas al mismo.

Varios autores (Clark y O'Connor, 2005; Julien et ál, 2007; Purdon y Clark, 1995) han criticado que algunos de los instrumentos, y por tanto de los estudios sobre PI, presentan problemas de validez de constructo porque han partido de una definición excesivamente amplia de estos pensamientos (como es el caso de la propia definición de Rachman (1981), lo que da lugar a la posible sobreinclusión de pensamientos más relacionados con síntomas ansiosos y depresivos que con los propiamente análogos a

obsesiones (p. ej., pensamientos automáticos negativos, preocupaciones). Según estos autores (Clark y O'Connor, 2005), es necesario definir los pensamientos intrusos no sólo teniendo en cuenta sus *características cognitivas* (p. ej., aparición intrusa o involuntaria, dificultad para controlarlos), sino también su *contenido*, aspecto que como veremos más abajo se considera especialmente relevante por los modelos cognitivo-conductuales, y está íntimamente relacionado con el concepto de egodistonia, como ya se comentó antes. Recientemente, Rassin y Muris (2007; Rassin, Cogle y Muris, 2007) han criticado que bajo la generalización del estudio de Rachman y de Silva (1978) se ha concedido poca importancia al contenido de los PI y a las diferencias entre el contenido de los pensamientos presentes en la población no clínica y los de las obsesiones.

Julien et ál. (2007) en su reciente revisión sobre los PI plantean otros problemas referidos a los instrumentos enumerados con anterioridad. Respecto a la fiabilidad test-retest, únicamente el ROII aporta esta información (aunque únicamente como puntuación total); la validez interna de los instrumentos está influida por el hecho de que la mayoría de los mismos informan a los participantes de que los PI es un fenómeno universal, por lo que es esperable que ellos tengan y además, ninguno de los estudios incluye medidas de discapacidad social. Por último, respecto a la validez externa de los instrumentos, critican la falta de representatividad de las muestras y de control de las variables sociodemográficas, que de hecho parecen ser importantes (p. ej., las mujeres informan de un mayor número de temas de PI; Purdon y Clark, 1993).

En un trabajo de nuestro grupo de investigación (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007a) comparamos las obsesiones de un grupo de pacientes con TOC (identificadas en el ROII) con los PIO de un grupo de controles normales, otro de ansiosos no TOC y otro de deprimidos (también evaluadas con el ROII). Los pacientes con TOC, respecto a los otros grupos, valoraron sus obsesiones como más molestas, más frecuentes, más incontrolables y evitaban más estímulos evocadores de la obsesión de lo que lo hacían los demás grupos con sus PIO. Este es uno de los pocos trabajos que han comparado las obsesiones con PIO en población tanto clínica (incluyendo un grupo de deprimidos y ansiosos no TOC) como no clínica.

En el Cuadro 5 se reproducen los criterios propuestos por Clark (2004) para distinguir entre las obsesiones "normales" o PIO (tal y como preferimos llamarlas) y las obsesiones clínicas.

Cuadro 5. Criterios para distinguir entre PIO y obsesiones clínicas (basado en Clark, 2004).

Pensamientos intrusos obsesivos	Obsesiones clínicas
Menos frecuentes	Más frecuentes
Menos inaceptables	Más inaceptables
Menos asociados a sentimientos de culpa	Asociadas a sentimientos de culpa
Menor resistencia a la intrusión	Mayor resistencia a la intrusión
Percepción de algo de control	Disminución del control percibido sobre la obsesión
Se consideran sin sentido o irrelevantes para el yo	Se consideran significativas, amenazan importantes valores del yo (egodistónicas según conceptualización de Purdon y Clark, 1999)
Son breves y no invaden todo el flujo del pensamiento consciente	Consumen mucho tiempo e invaden el flujo del pensamiento consciente
Menor preocupación respecto al control del pensamiento	Alta preocupación por controlar el pensamiento
Menor énfasis en la neutralización del malestar asociado a la obsesión	Centrados en la neutralización del malestar asociado a la obsesión
Menor interferencia en la vida cotidiana	Interferencia significativa con la vida cotidiana

La evidencia de que hay “obsesiones normales” o PIO en la población no clínica tiene además una serie de implicaciones importantes (Clark, 2004; Salkovskis, Richards y Forrester, 1995):

- puede aportar información sobre la ontogénesis de las obsesiones clínicas. Como ya hemos comentado y veremos más abajo, las teorías cognitivo-conductuales actuales sobre el TOC postulan que las obsesiones clínicas se derivan de PIO normales que se experimentan de forma universal en la población no clínica. Por tanto, si no se observan PIO en la población normal, ninguna de estas teorías podría sustentarse

- apoya la idea de que la mera ocurrencia de pensamientos intrusos no explica por sí mismo el desarrollo de las obsesiones

- proporciona un apoyo empírico al supuesto de continuidad normalidad-patología. Tal como propugnan las teorías psicológicas del TOC y en contraposición a los modelos de “enfermedad biológica” o “disfunción neurológica”, la diferencia entre obsesiones y PIO no sería de “cualidad” sino de “grado”, en un extremo se situarían las obsesiones clínicas y en el otro extremo del continuo los PIO

- permite generalizar de forma razonable los resultados de estudios realizados con sujetos normales a la población clínica. En este sentido, la investigación sobre las valoraciones y estrategias asociadas a los PIO puede suponer un gran avance en la comprensión de las variables cognitivas y conductuales responsables de la transición hacia las obsesiones.

Pero la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos intrusos recurrentes e indeseados, que “se cuelan” de forma involuntaria en el flujo del pensamiento consciente, no es un fenómeno exclusivo del TOC. Buena muestra de ello es la publicación reciente del libro *“Intrusive Thoughts in clinical*

disorders" (Clark, 2005), donde se definen y analizan los pensamientos intrusos que se dan en trastornos tan diversos como el TOC, la depresión, el trastorno de estrés postraumático, el insomnio o el dolor crónico. Las características definitorias de estas intrusiones serían que se dan frecuentemente en forma de pensamientos o imágenes, su aparición es involuntaria, intrusa, son recurrentes, producen malestar y la persona tiene dificultades para eliminarlas.

A continuación nos centraremos en aquellas intrusiones que han recibido más atención por parte de la investigación sobre el TOC porque son más difíciles de distinguir de las obsesiones: los pensamientos automáticos negativos y las preocupaciones, característicos de la depresión y del trastorno de ansiedad generalizada respectivamente. En el Cuadro 7 aparecen resumidas las características de estas intrusiones, también hemos incluido las memorias intrusas asociadas al trastorno por estrés postraumático (TEPT) por considerarlas muy relevantes, aunque sean más fácilmente distinguibles de los PIO o de sus análogos clínicos, las obsesiones. Por último revisaremos la distinción teórica entre obsesiones e ideas sobrevaloradas y delirantes, porque en algunos cuadros clínicos las fronteras pueden estar algo desdibujadas.

OBSESIONES Y PREOCUPACIONES (“WORRY”)

Las preocupaciones son un rasgo esencial de los estados de ansiedad y la característica diagnóstica central del TAG según el DSM-IV-TR. La definición más aceptada de preocupación es la de Borkovec, Robinson, Pruzinsky y dePree (1983, pg. 10): *“cadena de pensamientos e imágenes, cargada de afecto negativo y relativamente incontrolable, el proceso de preocuparse representa un intento de resolver mentalmente problemas en los cuales el resultado es incierto pero implica la posibilidad de uno o más resultados negativos”*.

Durante los últimos años, un número creciente de trabajos empíricos se han dirigido a estudiar las similitudes y diferencias entre las obsesiones y las preocupaciones. Ambos tipos de cognición capturan recursos atencionales, interfieren con las actividades que se están llevando a cabo, son difíciles de controlar, y resultan molestas y desagradables (Clark y Claybourn, 1997; Langlois, Freeston y Ladouceur, 2000 a,b; Wells y Morrison, 1994; Wells y Papageorgiou, 1998).

Al igual que las obsesiones, las preocupaciones se han planteado como un fenómeno dimensional donde se da un continuo entre la normalidad y la patología, y la distinción entre las primeras y las preocupaciones clínicas sería más de grado más que de cualidad (p. ej., Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989; Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur y Dugas, 2001; Rucio, Borkovec y Dugas, 2001).

En cuanto a las diferencias entre las obsesiones y las preocupaciones se ha enfatizado el papel de la *egodistonia* (descrita según Purdon y Clark, 1999) (Clark y Claybourn, 1997; Langlois et ál., 2000a,b; Rachman, 1973; Turner, Beidel y Stanley, 1992). Los contenidos típicos de las preocupaciones

son realistas y egosintónicos, mientras que los contenidos obsesivos se experimentan como irracionales, sin sentido o inconsistentes con el propio sistema de valores y creencias. Sin embargo, tal y como han señalado algunos autores (p. ej., Wells y Papageorgiou, 1998) y ya hemos mencionado, ciertos contenidos obsesivos no son necesariamente egodistónicos (p. ej., contaminación, orden). En cuanto a la forma de presentación o experimentación, las preocupaciones ansiosas son normalmente de tipo verbal, se experimentan como más duraderas y asociadas a la cadena o flujo habitual del pensamiento y son más fácilmente activadas o inducidas por estímulos externos que las obsesiones (Clark y Rhyno, 2005; Turner et ál., 1992).

Algunos autores han planteado la existencia de un continuo no solo entre la normalidad y la patología, tanto en el TAG como en el TOC, sino también entre las preocupaciones y las obsesiones (Freeston, Ladouceur, Rhéaume, Letarte, Gagnon y Thibodeau, 1994; Langlois et ál., 2000 a,b). En la Cuadro 6 aparece un resumen de la propuesta de este grupo. Otros autores también han defendido este continuo (Lee, Lee, Kim, Kwon y Telch, 2005), si bien las evidencias empíricas al respecto son todavía muy escasas.

Cuadro 6. Resumen de la propuesta de Freeston et ál. (1994) y Langlois et ál. (2000 a,b).

Obsesiones puras	Preocupaciones situaciones improbables	Preocupaciones situaciones reales y no modificables	Preocupaciones situaciones reales y modificables	Preocupaciones puras
Egodistónicas No basadas realidad	Preocupaciones de naturaleza egodistónica Obsesiones basadas en la realidad		Egosintónicas Basadas realidad	
p. ej., obsesiones de daño	p. ej. enfermedad crónica		p. ej., preocupaciones familia y económicas	

OBSESIONES Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS

Los Pensamientos Automáticos Negativos (PAN) consisten en comentarios negativos sobre uno mismo (autoreferentes), recurrentes, involuntarios e intrusos (p. ej., “no valgo para nada”) (Ingram, Atkinson, Slater, Sacuzzo y Garfin, 1990). El término PAN fue introducido por Beck (1967) para hacer referencia al patrón repetitivo de pensamientos característicos de los pacientes deprimidos con contenidos relacionados con pérdida o fracaso personal. Su modelo se extendió para explicar desde un punto de vista cognitivo los trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985), en los que es posible observar también pensamientos automáticos, en este caso con contenidos relacionados con amenaza o peligro. En su caracterización de los PAN, Beck (1967) especificó que éstos no eran los típicos pensamientos repetitivos referidos por los pacientes obsesivos. Los PAN, según este autor, son plausibles y razonables, aunque puedan parecer poco probables a cualquiera que no sea el propio paciente. Además, a diferencia de lo que ocurre con los PIO, los pacientes aceptan la validez de los PAN sin cuestionarlos y sin poner a prueba su realidad o su lógica.

La distinción entre obsesiones y PAN ha recibido una especial atención en el modelo de Salkovskis (1985), que indica que los PIO (descritos según Rachman, 1981) y los PAN (descritos según Beck, 1976) son claramente diferentes en función de su contenido y proceso. El contenido de los PIO se percibe como irracional y egodistónico mientras que el de los PAN es racional y egosintónico. Los PIO son más intrusos y accesibles a la conciencia, mientras que los PAN se dan más en paralelo a la corriente de conciencia, son más inaccesibles e interfieren menos en el rendimiento, al menos de forma momentánea. Hay otra serie de características diferenciales entre ambos fenómenos que aparecen resumidas en el Cuadro 7.

OBSESIONES E IDEAS DELIRANTES Y SOBREALORADAS

Ya hemos comentado que el DSM incluye la especificación de “poca conciencia de enfermedad” (*“insight”*) en el diagnóstico del TOC, pues, a pesar de que tradicionalmente se ha asumido que el *“insight”* era necesario (p. ej., Jaspers, 1963), la investigación más reciente indica que no todos los pacientes están seguros de que sus obsesiones, o las consecuencias temidas de las mismas, no vayan a ocurrir en algún momento. En este sentido, Foa y Kozak (1995) encontraron que, de 431 pacientes con diagnóstico de TOC (según los criterios del DSM-IV) sólo un 13% de los sujetos estaban seguros de que las consecuencias potenciales no ocurrirían (i.e., tenían *“insight”* de que sus obsesiones eran irreales), un 8% de los casos no tenía *“insight”* en el momento de la evaluación y un 5%, no lo había tenido nunca.

El grado de *“insight”* varía en función de las personas, y depende de las situaciones, disminuyendo en las situaciones amenazantes (Kozak y Foa, 1994). Por ejemplo, en ausencia de niños, el pensamiento de agredir a un niño puede resultar absurdo, aunque se interprete como probable cuando se está cuidando de un niño. Sin embargo, hay un pequeño grupo de personas con TOC que parecen estar “convencidas” de que su obsesión es razonable y probable (el 5% que nunca había tenido *“insight”* en el trabajo de Foa y Kozak, 1995). En estos casos, la obsesión puede haberse convertido en una idea sobrevalorada o incluso en un delirio. Según Foa y Kozak (1995), las obsesiones y los delirios se sitúan en los extremos de un continuum en cuanto a la conciencia de irracionalidad, y las ideas sobrevaloradas se situarían en un punto intermedio de ese continuo.

Consideramos que los aspectos clave para distinguir conceptualmente entre ideas sobrevaloradas y obsesiones es que las primeras, de forma opuesta a las obsesiones, *no son intrusas, ni provocan resistencia, ni son vistas como absurdas*. La dimensión egodistonia (obsesiones) *versus* egosintonía (ideas sobrevaloradas) parece ser de nuevo una dimensión clave en la distinción. Sin embargo, diferenciar la ideación sobrevalorada de las valoraciones y creencias catastróficas asociadas a las obsesiones (p. ej., creer que uno puede contagiar a los demás de una enfermedad mortal) puede resultar más difícil (Morillo, 2004).

Cuadro 7. Características distintivas entre diferentes fenómenos cognitivos (Clark y Rhyno, 2005; García-Soriano, 2005; Morillo, 2004).

OBSESIONES	PREOCUPACIONES	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS	MEMORIAS INTRUSAS ¹
Diferentes formas: pensamiento, imagen, impulso	Formato verbal (pensamiento) el más común	Formato verbal el más común, más imágenes que en las preocupaciones	Formato visual el más común. También se perciben olores, sonidos, sabores, etc.
Muy intruso e indeseado	Intrusividad moderada: más autoiniciado y precipitado circunstancias vida cotidiana, estímulos desencadenantes	Varía según gravedad de la depresión	Intruso. A menudo no hay consciencia de que los desencadena un estímulo
Irrompe el flujo pensamiento	Presentación prácticamente continua, "flotante"	En paralelo a la corriente de conciencia	Irrompe
Muy accesible a la consciencia, se le entrena a estar menos atento	Muy accesible a la consciencia	Poco accesible a la consciencia, se le entrena a ser consciente de sus PAN	-
Asociado a afecto negativo relacionado con el contenido	Asociado a afecto negativo relacionado con problemas de la vida cotidiana	Asociado a afecto negativo relacionado con la ocurrencia del pensamiento	Asociado a afecto negativo relacionado con la emoción que genera su contenido
Preocupado por lo que pensamiento quiere decir propias características personalidad	Preocupado por las consecuencias negativas de las preocupaciones en vida real	Preocupado por las consecuencias sobre el yo	Preocupado por las creencias previas sobre riesgo/ vulnerabilidad del suceso
Inaceptabilidad alta	Inaceptabilidad moderada	Algo inaceptable	-
Alta percepción de incontrolabilidad	Moderada percepción de incontrolabilidad	La incontrolabilidad no es importante	-
Se considera no plausible, sin sentido	Se considera algo plausible pero exagerado	Plausible, se acepta como evidencia	-
Egodistónico porque el contenido es opuesto a las características del yo	Egodistónico porque las preocupaciones son relevantes para el yo	Egodistónico, es congruente con el sistema creencias	Egodistónico, evoca emociones negativas y sobre contenidos relevantes para el yo
Contenido extraño (sexo, contaminación...) que excluye recuerdos específicos del pasado	Contenido sobre sucesos futuros y catástrofes potenciales, circunstancias de la vida cotidiana (trabajo, economía...)	Contenido de la triada cognitiva: visión negativa el sujeto, el mundo, el futuro	Contenido sobre sucesos del pasado
Alto esfuerzo por suprimir	Esfuerzo moderado por suprimir	Poco esfuerzo por suprimir	Esfuerzo por suprimir
Hacen que la persona se sienta mala, le "demuestra" que es una mala persona	La intrusión previene el desastre, evita consecuencias negativas temidas	La intrusión es acorde con la existencia de la persona	La intrusión supone una amenaza

¹Las memorias intrusas se definen como memorias autobiográficas sobre sucesos específicos que ocurrieron en un lugar o tiempo determinados (Brewin, Christodoulides y Hutchinson, 1996), y son características tanto del TEPT como del trastorno por estrés agudo (DSM-IV-TR).

1.5 LAS COMPULSIONES

Recordemos que según los manuales de diagnóstico al uso, para diagnosticar un TOC basta con la presencia de obsesiones o compulsiones. Hasta el momento únicamente hemos delimitado el concepto de obsesión, centrémonos ahora en las compulsiones.

Los criterios diagnósticos actuales para el TOC han evolucionado con respecto a sus ediciones anteriores a la hora de definir las compulsiones, aceptando que estas pueden ser tanto manifiestas como encubiertas.

Entre las características de las compulsiones, cabe destacar (Clark, 2004; Rachman, 2002; Rachman y Shafran, 1998) las siguientes:

- son acciones repetitivas (p. ej., lavar, comprobar, ordenar) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir frases) estereotipados e intencionales

- se realizan con el propósito y expectativa de reducir la ansiedad o el malestar que provocan o prevenir alguna consecuencia negativa

- se experimenta la necesidad de actuar (impulso). Un concepto próximo al de compulsión es el de “urgencia compulsiva”, indefinida como “la actividad psicológica que se da entre la obsesión y la ejecución del ritual compulsivo” (Rachman y Hodgson, 1980, pg. 21) o el estado subjetivo por el que la persona se ve empujada a actuar, a llevar a cabo la compulsión (Clark, 2004).

- hay una disminución de la sensación de control voluntario, a pesar de que se atribuye la presión por actuar a fuentes internas

- pueden ser completamente inaceptables o, parcialmente aceptables, pero en situaciones neutras son consideradas por el sujeto como excesivas, exageradas, carentes de sentido o irracionales

- su “irracionalidad” genera una resistencia subjetiva que entra en conflicto con su fuerte compulsión para actuar, aunque no todas las personas muestran resistencia (Foa y Kozak, 1995).

El DSM enfatiza que las compulsiones no están asociadas a placer o gratificación, característica que permite distinguir las de otras conductas repetitivas como las adicciones o trastornos del control de los impulsos (p. ej., cleptomanía, juego patológico, tricotilomanía). Un ejemplo clásico de compulsión es la persona que siente la necesidad de lavarse repetidamente las manos cada vez que toca el pomo de una puerta; tocar el pomo genera la obsesión de que se ha contaminado, y este pensamiento genera la necesidad de lavarse las manos hasta que “siente” que disminuye su ansiedad (Clark, 2004).

Las obsesiones y las compulsiones mantienen una relación funcional. En general, las obsesiones generan ansiedad y las compulsiones se realizan para disminuir esa ansiedad. Desde este

planteamiento, la idea de que las obsesiones y las compulsiones sean dos fenómenos claramente separados, es muy discutible y de hecho algunos estudios actuales, siguiendo una metodología factorial (p. ej., Calamari, Wiegartz y Janeck, 1999; Leckman et ál., 1997; Summerfeldt et ál., 1999), indican que las compulsiones se agrupan en un único factor con “sus obsesiones” correspondientes (i.e., obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza). No obstante, en otros trabajos se mantiene que ambos fenómenos configuran factores separados (p. ej., Clark, Anthony, Beck, Swinson y Steer, 2003). Este es un tema de debate actual que retomaremos posteriormente.

Las compulsiones no solo se producen en población clínica, pues las personas “normales” presentan también rituales de comprobación, lavado, orden, evitación o conductas “mágicas” (Muris, Merckelbach y Clavan, 1997). Las diferencias entre los rituales que se dan en la población clínica y no clínica se basan en la frecuencia, intensidad, resistencia y malestar que provocan. También se observan compulsiones en otros trastornos como la ansiedad generalizada o la hipocondría (Fallon, Rasmussen y Liebowitz, 1993; Schut, Castonguay y Borkovec, 2001). Estos hechos, al igual que ocurría con las obsesiones, apoyan la perspectiva dimensional del TOC.

Es importante no confundir las conductas compulsivas asociadas al TOC, del empleo del término “compulsión” asociado a otras conductas repetitivas asociadas a ansiedad (p. ej., morderse las uñas, tricotilomanía), adicciones (p. ej., juego patológico) u otros trastornos del control de los impulsos. Como señala el DSM-IV-TR, la diferencia fundamental es que con las conductas anteriores, de algún modo, se busca placer, mientras que las compulsiones del TOC se realizan para disminuir el malestar o evitar daños, pero en ningún momento porque sean una fuente de placer. Otro fenómeno que no puede ser confundido con las compulsiones, es el trastorno por tics. O'Connor (2001) ha señalado que los tics son involuntarios, impulsivos o sin objetivo, mientras que las compulsiones son más intencionales o voluntarias y están precedidas por pensamientos intrusos, además se realizan con un propósito.

Cuando la conducta compulsiva resulta muy estereotipada, repetitiva, y en función de una determinada secuencia o norma fija, es habitual referirse a ella como un “ritual”.

Respecto al **contenido** de las compulsiones, Khanna y Channabasavanna (1988) clasificaron 461 *compulsiones* de 270 historias clínicas de pacientes con TOC en función de su contenido. Observaron siete tipos: lavado (34,71% del total de contenidos de las compulsiones), actividades diarias (30,58%), seguridad (6,94%), contar (2,17%), rezar (3,90%), tocar (3,47%), conductas embarazosas (5,42%) y otros (12,79%). En un estudio semejante, Rasmussen y Eisen (1998) clasificaron la sintomatología OC (no únicamente las conductas compulsivas) de más de 1000 pacientes con TOC y describieron siete subtipos de síntomas (de mayor a menor frecuencia): (1) obsesiones de miedo a la contaminación (50% de los pacientes) y compulsiones de limpieza (50%); (2) dudas patológicas (42%) y compulsiones de comprobación (61%); (3) obsesiones de temática sexual (24%) o agresión (31%) o

reaseguración (necesidad de preguntar, confesar; 34%); (4) obsesiones somáticas (33%); (5) obsesiones de necesidad de simetría o precisión (32%) y compulsiones de simetría/precisión (28%); (6) compulsiones de acumulación (18%) y (7) obsesiones religiosas o blasfemas (10%). En el estudio de campo para el DSM-IV sobre una muestra de 431 sujetos con TOC, Foa, Kozak, Goodman, Hollander, Jenike et ál. (1995) informaron de los tipos de compulsiones y porcentajes que aparecen en el Cuadro 8. En el próximo capítulo revisaremos diferentes propuestas de clasificaciones teóricas y empíricas sobre las compulsiones.

Cuadro 8. Compulsiones comunes en el TOC (basado en Foa, Kozak, Goodman, Hollander, Jenike et ál., 1995).

Contenido	Porcentaje de compulsiones
Comprobación (p. ej., seguridad del gas)	28,80%
Limpieza y lavado	26,50%
Repetir acciones	11,10%
Compulsiones mentales (p. ej., palabras "especiales" u oraciones repetidas de una forma determinada)	10,90%
Orden, simetría	5,90%
Acumular, coleccionar	3,50%
Conteo	2,10%

A continuación definiremos las características de estas compulsiones, poniéndolas en relación, en la medida de lo posible, con las obsesiones enumeradas en un apartado previo.

■ Las compulsiones de **lavado** o de **limpieza** son conductas de limpieza estereotipadas y repetitivas que se realiza con el objetivo de eliminar los sentimientos de contaminación que amenazan la propia salud (p. ej., lavado de manos, duchas prolongadas). Se asocian a obsesiones relacionadas con la contaminación a través del contacto con objetos o situaciones (habitualmente en relación con secreciones corporales, gérmenes, enfermedades o productos químicos), aunque a veces la contaminación puede venir sin contacto directo (contaminación o polución mental; Rachman, 1994). Normalmente el miedo es a la propia contaminación, aunque en ocasiones puede ir referido a transferir la contaminación a los demás. De todas las manifestaciones del TOC, la de contaminación es la que tiene una naturaleza más fóbica (Rachman y Hodgson, 1980). Las conductas de limpieza alivian temporalmente la ansiedad que produce al sujeto la idea de estar "sucio" o "haberse contaminado", pero no siempre van asociadas a la prevención explícita de consecuencias catastróficas (p. ej., contraer una enfermedad). Son muy características de este tipo de TOC las conductas de evitación (p. ej., usar guantes, no tocar objetos "contaminados" como los tiradores de las puertas, evitar lugares "contaminados"). Por otro lado, algunos trabajos han relacionado la reacción emocional de asco con el miedo a la contaminación (p. ej., Olatunji, Sawchuk,

Lohr y de Jong, 2004) y con las creencias mágicas sobre el modo de transmisión de la contaminación (Tolin, Worhunsky y Maltby, 2004).

■ Las compulsiones de **comprobación** consisten en la inspección o comprobación excesiva para, supuestamente, prevenir desgracias futuras y protegerse o proteger a los demás de posibles desastres o peligros (p. ej. comprobación de hacer cerrado el gas, la puerta, de haber apagado la plancha o el fuego, o de haber finalizado correctamente algún trabajo). Los “comprobadores” sobrestiman la probabilidad de que a causa de una irresponsabilidad suya suceda una catástrofe física (p. ej., que se incendie la casa o que se mueran sus familiares) o emocional (p. ej., cometer un error que sea objeto de despido laboral). La conducta de comprobación suele ir seguida de la *duda* insoportable sobre si se ha comprobado correctamente, lo que conlleva una nueva comprobación. La comprobación puede ser observable (p. ej., comprobar que hemos cerrado el gas) o encubierta, como preguntar o solicitar a otros que realicen sus comprobaciones (p. ej., pedir a la esposa que comprueba que el gas está cerrado) o realizar comprobaciones mentales (p. ej., repasar mentalmente la secuencia de cerrar la puerta). La observación de estos cuadros ha propiciado ocasionalmente la hipótesis de un déficit de memoria en los obsesivos. Recientemente, sin embargo diversos autores apuntan que no existe tal déficit, sino un problema de falta de confianza en el propio recuerdo (Cogle, Salkovskis y Thorpe, 2007; McDonald, Anthony, McLeod y Richter, 1997; Radomsky y Rachman, 1999; Tolin, Abramowitz, Brigidi, Amir, Street y Foa, 2001). En todo caso, parece que los problemas de recuerdo de los comprobadores son altamente específicos y situacionales, y se muestran asociados a momentos de elevada ansiedad.

■ Las compulsiones de **repetición** son conductas repetitivas o estereotipadas llevadas a cabo para prevenir la ocurrencia de alguna desgracia, o de que el pensamiento se convierta en realidad, y se asocian a obsesiones de contenido altamente desagradable o evaluado como peligroso/catastrófico (p. ej., imágenes de muerte). El sujeto considera absurda la realización de este tipo de rituales, pero le suponen un cierto alivio del malestar producido por las obsesiones. Es importante señalar que, a diferencia de los tipos anteriores, este tipo de compulsiones no guarda una conexión lógica con el contenido de la obsesión, sino que está presente algún componente “mágico” que contraviene las relaciones causales “lógicas” (p. ej., apagar y encender luz hasta que desaparezca la imagen catastrófica o para que no suceda) y que recuerda a veces a una exageración de los comportamientos supersticiosos normativos (p. ej., tocar madera).

Asociadas a las compulsiones de comprobación y repetición, hay una serie de conductas en las que no parece haber conexión lógica entre la supuesta causa y los miedos temidos (Bocci y Gordon, 2007; Frost, Krause, McMahon, Peppe, Evans et ál., 1993) sino que parecen responder a creencias de tipo supersticioso. Sin embargo, pocos autores han estudiado el papel que juega la superstición como una característica fenotípica del TOC.

■ Las compulsiones de **orden y simetría** responden a un intento activo por parte de los sujetos (habitualmente implica muchas horas) de que las cosas a su alrededor estén de acuerdo a un orden o distribución determinada o simétrica (“*just right*”¹). La percepción del “desorden” les produce un alto nivel de malestar y ansiedad que previenen ordenando las cosas del “modo correcto”. Al contrario que en los tipos anteriores, la compulsión de orden no tiene la función de disminuir amenazas o catástrofes, sino la ansiedad o malestar que produce el desorden. Hay cierto solapamiento entre esta modalidad y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, que como hemos señalado se caracteriza por la “preocupación por el orden, perfeccionismo y el control mental e interpersonal” (APA, 2002, pg., 816). La diferencia radicaría en la función que ejerce el orden en cada uno de los trastornos. Mientras que en el contexto del TOC podría funcionar como una búsqueda externa para sentirse mejor, en el TPOC sería el resultado de una preferencia por los ambientes ordenados (Radomsky y Rachman, 2004a).

■ La **lentitud obsesiva primaria** fue identificada primera vez por Rachman (1974) y se caracteriza porque la persona lleva a cabo algunas actividades rutinarias (fundamentalmente de autocuidado como vestirse o ducharse) de forma extraordinariamente lenta y pausada, tardando una cantidad de tiempo anormalmente grande en realizarlas (p. ej., varias horas) con el objetivo de hacerlas “bien”, de la forma “correcta”, y así no tener que volver a repetirlas. Insel (1985) considera que este es el único cuadro obsesivo que no se acompaña de ansiedad (al menos manifiesta) y que no se acompaña de resistencia ni se produce una reducción de la ansiedad al llevar a cabo este tipo de comportamientos. Por el contrario, la ansiedad surge si al paciente se le impide llevar a cabo sus comportamientos con el tiempo “necesario”, o si se le urge a realizarlos de un modo más rápido. De Silva y Rachman (1992) también incluyen en este grupo las compulsiones mentales no asociadas a obsesiones (p. ej., compulsión de pronunciar en voz alta una palabra) que hoy se identificarían como obsesiones en forma de impulso similares a las que se producen en el síndrome de Gilles de la Tourette.

■ Las conductas de **acumulación** consisten en la colección de objetos insignificantes o inservibles, y se asocian a un considerable malestar por desechar cosas que “podrían servir” en algún momento. Los rituales característicos en estos casos son los de almacenamiento y colección de objetos de forma excesiva. Una característica asociada a este tipo de pacientes, y que los diferencia del resto, es la escasa e incluso ausente conciencia de enfermedad. Según Foa y Wilson (1992), estos pacientes no reconocen claramente el sin-sentido de sus compulsiones, ni tratan de luchar activamente contra ellas, lo cual propicia que sean los familiares, y no ellos, los que acaben solicitando ayuda profesional. Frost y Hartl (1996) señalan que la acumulación compulsiva supone (1) la adquisición, y el fallo de deshacerse de

¹ El “not just right” se ha definido como “la sensación subjetiva de que algo no está como debería” (Coles, Frost, Heimberg y Rhéaumeu, 2003, pg. 684). Estos mismos autores proponen que tal vez se trate de una forma específica de perfeccionismo relacionada con la comprobación, el orden y la duda.

un gran número de pertenencias que parecen inútiles o de bajo valor, (2) el vivir en espacios tan caóticos y llenos de cosas en los que es imposible llevar a cabo las actividades para las que fueron diseñados y por último (3) impide la adaptación o funcionamiento de la persona. Al respecto de esta presentación del trastorno, hay que decir que no está clara su ubicación o categorización dentro de los trastornos mentales y del comportamiento: de hecho, no hay consenso en la literatura sobre la consideración de los “acumuladores” como una manifestación o presentación clínica más del TOC, o por el contrario, como un trastorno independiente (p. ej., Clark, 2004; Grisham, Brown, Liverant y Campbell-Sills, 2005; Mataix-Cols et ál., 2007; Saxena, 2007; Steketee, Frost y Kyrios, 2003). Y a pesar de que la acumulación se ha caracterizado como un síntoma de TOC (p. ej., Frost, Steketee, Williams y Warren, 2000), una manifestación del TOC (Shafran y Tallis, 1996) o una variante del TOC (Saxena, Maidment, Vapnik, Golden, Rishwain et ál., 2002), nunca se ha incluido como un criterio de TOC en el DMS, aunque constituye uno de los ocho criterios para diagnosticar un TPOC (Wu y Watson, 2005).

■ Y por último las **compulsiones mentales** que son las que caracterizarían a aquellas personas que se han llamado en la literatura tradicional como “obsesivos puros”, “ritualizadores mentales” o “atormentados”, y que realizan compulsiones mentales (con la misma función que las observables) para neutralizar sus obsesiones (p. ej. pensamientos de contraste como intentar formar una imagen opuesta a la obsesión de agredir a alguien, conteo o diálogos internos con uno mismo para convencerse de la irracionalidad de la obsesión). Se asocian a obsesiones que son valoradas como desagradables y egodistónicas (agresivos, blasfemos, conductas sexuales inapropiadas).

2 PERSPECTIVAS ACTUALES SOBRE EL TOC

2.1 TEORÍAS COGNITIVO-CONDUCTUALES CONTEMPORÁNEAS SOBRE EL TOC

Este trabajo y la mayor parte de la investigación actual sobre el TOC, parte de los supuestos de las teorías cognitivo-conductuales sobre el trastorno. En la investigación cognitiva se evidencian las mismas dos áreas de investigación que McNally (2001) identifica en la investigación clínica cognitiva, la que se centra en las creencias y valoraciones problemáticas y la que se centra en el estudio de los sesgos en el procesamiento de la información (Clark, 2002). Para Clark (2002; pg.108) “la investigación hasta la fecha sugiere que las creencias disfuncionales y valoraciones podrían jugar un papel más importante en la etiología y persistencia de las obsesiones y compulsiones que sesgos específicos del procesamiento de la información”.

Dado que nuestro trabajo se enmarca entre las teorías cognitivas que se centran en las creencias y en las valoraciones, en esta revisión teórica nos centraremos en las mismas, y únicamente en los modelos más recientes. Por tanto, no revisaremos las teorías conductuales (p. ej., Rachman, 1971) de

las que surgen las cognitivas, ni los planteamientos que estudian el TOC desde modelos neuropsiquiátricos, según los cuales los pacientes obsesivos padecen anomalías estructurales o neuroquímicas, que afectan al procesamiento de la información. En este sentido, se plantea, por ejemplo, la existencia de déficits generalizados de memoria en los obsesivos (p. ej., la duda obsesiva sobre acciones cotidianas) *versus* la falta de confianza en la memoria (Hermans, Martens, De Cort, Pieters y Eelen, 2003; McDonald, Antony, McLeod y Richter, 1997), la posibilidad de un déficit generalizado relacionado con el control cognitivo (Tolin, Abramowitz, Przeworski y Foa, 2002) o la presencia de alteraciones atencionales (Clayton, Richards y Edwards, 1997). Existen muchas hipótesis y aportaciones interesantes en este campo desarrolladas dentro del paradigma del procesamiento de la información, pero no nos centraremos en las mismas puesto que se escapan de los objetivos de este trabajo. No obstante, en un punto posterior relacionaremos brevemente algunas de estas hipótesis con diferentes manifestaciones del TOC.

A lo largo del capítulo anterior hemos ido dando algunas pinceladas sobre los modelos cognitivos. En este capítulo describiremos algunos de los más relevantes incidiendo en los constructos en que se centran cada uno de ellos, pero antes enunciaremos los supuestos comunes sobre los que se basan (Clark y Purdon, 1993; Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989):

- las obsesiones clínicas tienen su **origen en pensamientos intrusos obsesivos (PIO)** que se dan en población no clínica y que fueron identificados en un primer momento por Rachman y de Silva (1978)

- el hecho de que un PIO se convierta o no en una obsesión, dependerá del **significado y valoración** que las personas den a sus pensamientos. Por tanto, el origen de las obsesiones no se basa en la aparición de un pensamiento intruso, sino en la interpretación inadecuada que se da al mismo

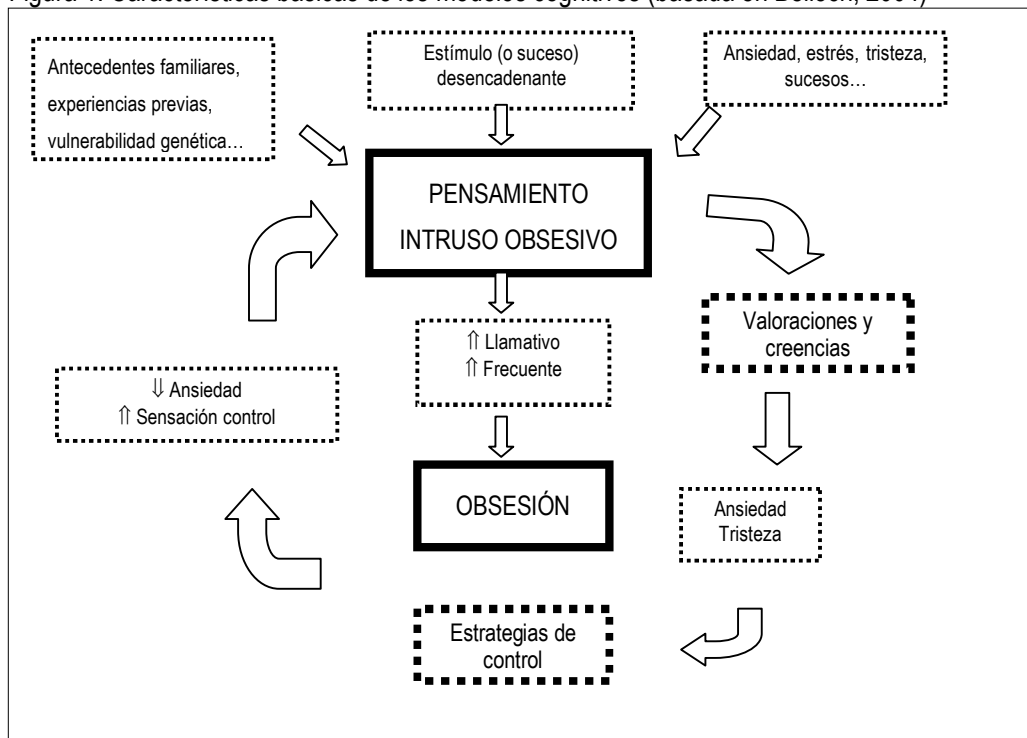
- las **valoraciones/interpretaciones** disfuncionales son un elemento nuclear en el TOC que conduce a que el pensamiento se viva como algo angustiante y a que se pongan en marcha estrategias para su control. Los diferentes modelos diferirán en las valoraciones que consideran más relevantes

- las **estrategias de control** de los pensamientos serán el segundo elemento central en estos modelos, que asumen que son un importante factor de mantenimiento o agravamiento del problema

- además, existen ciertas **creencias disfuncionales** que son las que desencadenan las valoraciones disfuncionales de los pensamientos, y por tanto, predisponen a padecer TOC.

En la Figura 1 aparece un esquema que resume a nivel general los modelos cognitivos.

Figura 1. Características básicas de los modelos cognitivos (basada en Belloch, 2004)



EL MODELO DE P. SALKOVSKIS

La teoría y terapia cognitiva sobre el TOC no se consideraron relevantes hasta la publicación en 1985 del artículo de Salkovskis sobre el análisis cognitivo-conductual de las obsesiones y compulsiones. Salkovskis (1999) sugiere que el elemento central para que un PIO se convierta en una obsesión es el modo en que éste es interpretado o valorado. Los pensamientos son neutros, pero una vez ocurren, y en función de las experiencias previas de las personas y del contexto en que ocurre el pensamiento, adquieren un significado (Salkovskis, Richards y Forrester, 1995). Para Salkovskis (1985, 1989, 1998, 1999) cualquier pensamiento puede convertirse potencialmente en una obsesión: únicamente depende de que se interprete como implicando una alta **responsabilidad y significado personal**.

Algunas personas mantienen fuertes creencias sobre su responsabilidad en la prevención de algún daño (p. ej., no actuar para prevenir un daño es tan malo como causar el daño), que Salkovskis define como *"la creencia de que uno tiene una influencia crucial para provocar o evitar sucesos negativos. Estos sucesos pueden ser reales, es decir, tener consecuencias en el mundo real, y/ o a nivel moral"* (Salkovskis, 1998; pg. 40). La responsabilidad obsesiva está más relacionada con la idea de ser responsable de prevenir las consecuencias negativas de los pensamientos, que con tener los pensamientos en sí mismos (Salkovskis y Wahl, 2003).

Cuando una persona con TOC tiene un pensamiento, se activan las *creencias* de responsabilidad y dan lugar a *valoraciones* de responsabilidad específicas sobre el pensamiento. Estas

valoraciones giran en torno al contenido (p. ej., estar pensando esto es horrible y por lo tanto, yo soy horrible por tener este pensamiento; si no hago algo para evitar este suceso, será mi responsabilidad) o a la ocurrencia del pensamiento (p. ej., soy responsable de mis pensamientos y por lo tanto si no los elimino, perderé el control y actuaré en consonancia) (Salkovskis y Wahl, 2003).

El segundo elemento central en el modelo de Salkovskis (1985) son las *estrategias de neutralización*. Las valoraciones de responsabilidad sobre el pensamiento aumentan la relevancia del mismo y dan lugar a la necesidad de hacer algo para controlar el pensamiento, estimulando el empleo de estrategias de neutralización (en sentido amplio) para evitar las consecuencias temidas o disminuir la responsabilidad percibida. Sin embargo, estas estrategias de control no hacen más que incrementar la persistencia de los pensamientos.

Un aspecto enfatizado por Salkovskis es la idea de que las valoraciones y creencias de responsabilidad son *específicas del TOC* y dan lugar a los síntomas obsesivo-compulsivos (Salkovskis et ál., 1985), mientras que otro tipo de valoraciones negativas ante la intrusión (peligro/pérdida) darían lugar a síntomas ansiosos o depresivos (Salkovskis, 1999).

Diferentes trabajos han encontrado apoyo a la implicación de la Responsabilidad en el TOC (p. ej., Bouchard, Rhéaume y Ladouceur, 1999; Bouvard, Harvard, Ladouceur y Cottraux, 1997; Freeston, Ladouceur, Gagnon, y Thiboudeau, 1993; OCCWG, 2001, 2003; Rachman, Thordarson, Shafran y Woody, 1995; Rhéaume, Ladouceur, Freeston y Letarte, 1995; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester et ál., 2000; Steketee, Frost y Cohen, 1998). Sin embargo, también apuntan a que el papel de la Responsabilidad no es tan relevante ni específico como Salkovskis ha apuntado (p. ej., Emmelkamp y Aardema, 1999; Wilson y Chambless, 1999) y podría estar más asociada a unas características del trastorno que a otras (Foa, Sacks Tolin, Przeworski y Amir, 2002; Lee y Kwon, 2003; Smári, Gylfadóttir y Halldórdóttir, 2003) y/o vinculada a situaciones concretas (p. ej., los pacientes se sienten responsables de determinados sucesos negativos pero no se sienten más responsables ante sucesos positivos; Rachman y Shafran, 1998). La investigación empírica parece apoyar por tanto que la Responsabilidad por el daño incrementa el malestar y la necesidad de realizar conductas de neutralización, aunque queda por definir si esto ocurre en todas las manifestaciones del TOC (Clark, 2004).

LA TEORÍA DE S. RACHMAN

La teoría cognitiva de Rachman (1997, 1998) también se centra en las *valoraciones* que la gente hace de sus PIO como causantes del desarrollo y persistencia de las obsesiones, centrándose en las **interpretaciones catastróficas** de estos PIO. La teoría cognitiva de las obsesiones de Rachman (1997, 1998, 2003) es una reformulación de su teoría previa, más conductual, presentada en "Obsesiones y Compulsiones" (Rachman y Hodgson, 1980). Basándose en la teoría cognitiva del pánico de D. M. Clark (1986) y en la formulación cognitivo-conductual de las obsesiones de Salkovskis (1985), Rachman (1997)

postula que los pensamientos intrusos indeseables normales se convierten en obsesiones cuando la persona interpreta el pensamiento como con un **significado personal y amenazante**. Al igual que en el modelo de la responsabilidad de Salkovskis, Rachman parte de las premisas de que tener PIO es una experiencia universal y habitual y que estos pensamientos constituyen la materia prima de las obsesiones, y propone una serie de conceptos y procesos cognitivos implicados en la escalada de los pensamientos intrusos obsesivos hacia las obsesiones.

La idea central del modelo de Rachman es que las obsesiones se desarrollan tras la interpretación catastrófica de los pensamientos como personalmente significativos, en el sentido de que son importantes en relación al yo (Rachman, 1998). Las obsesiones se mantienen mientras persisten las interpretaciones disfuncionales. La persona considera que los PIO revelan algo significativo del sí mismo, que podría dar lugar a consecuencias negativas (p. ej., pérdida del control, volverse violento, hacer daño a otros, cometer errores). Pensemos en una maestra que tiene el PIO de hacer daño o abusar de sus alumnos, esto le hace pensar que tal vez esos PIO revelan algo oculto de su carácter, que realmente quiere hacer daño a esos niños, por lo que se siente realmente mal cuando uno de esos PIO le invade. Además tiene miedo de perder el control y seguir sus pensamientos, por lo que podría plantearse cambiar de trabajo y evitar el contacto con niños. Por tanto, el **contenido** de la intrusión será el que determine qué pensamientos se convierten en obsesiones (Rachman, 1997, 1998, 2003). De lo dicho hasta el momento, podemos extraer, siguiendo a Morillo (2004), que las valoraciones y creencias enfatizadas por el modelo de Rachman son las relacionadas con la **sobrestimación de la importancia** y el **significado personal** de los pensamientos que constituyen las obsesiones.

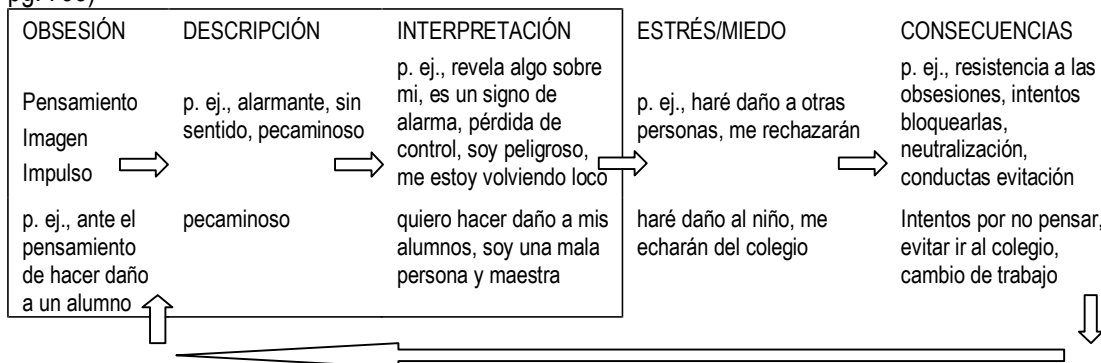
Las interpretaciones disfuncionales, de modo similar a lo que ocurre en el modelo de Salkovskis, darán lugar a malestar emocional/depresión (que la persona puede interpretar como signos de que está perdiendo el control), intentos activos de supresión, neutralización y evitación (que impiden que la persona compruebe que los PIO no producen las consecuencias catastróficas hipotetizadas), elementos que juegan un papel fundamental como mantenedores del trastorno.

Para Rachman (1998, pg. 390), los PIO que se interpretarán como una amenaza significativa y como personalmente significativos serán aquellos que sean "**importantes** para el **sistema de valores** del paciente". Por ejemplo, si la maestra valora mucho el hecho de no ser violenta, los PIO de hacer daño a un alumno serán especialmente molestos. Por tanto, los sujetos vulnerables serán más propensos a conceder excesiva importancia a PIO egodistónicos relacionados con sexo, agresión, daño y blasfemia, que interpretarán como inmorales o peligrosos, reveladores del carácter oculto de la persona, de su pérdida de cordura o de su carácter antisocial. El sistema de valores de la persona, sus preocupaciones actuales y su estado de ánimo, determinarán los PIO que se convertirán en obsesiones. Rachman (1997, 1998, 2003) reconoce que hay otra serie de procesos cognitivos implicados en el desarrollo de las

obsesiones, que contribuyen al significado otorgado a los PIO, entre ellos, la **fusión pensamiento acción (FPA)**, tanto en la modalidad “moral” como en la de “probabilidad”. Es decir, la creencia de que pensar es *moralmente* equivalente a actuar (p. ej., tener el pensamiento de pegar a mi hijo es tan horrible como pegarle realmente) y de que solo por el mero hecho de pensar en algo aumenta la probabilidad de que ocurra lo pensado (p. ej., si pienso que va a ocurrir un accidente, es más probable que ocurra). Además, las creencias tipo FPA son, para Rachman, *causa y efecto de la creencia y valoración de responsabilidad*.

Rachman mantiene que las obsesiones surgen de (1) la exposición a estresantes, que producen un incremento de PIO, que como se ha dicho, son el “caldo de cultivo” de las obsesiones; (2) la exposición a ciertos estímulos internos y externos que, en un sujeto concreto y en una situación particular, pueden actuar como “disparadores” de PIO; y (3) de estados de ánimo negativos o disfóricos, que favorecen la aparición de los PIO o de sus valoraciones negativas. En la Figura 2 se representa este modelo.

Figura 2. Modelo explicativo propuesto por Rachman para las obsesiones (adaptado de Rachman, 1997, pg. 795)



UNA TEORÍA PARA LAS OBSESIONES

Aunque el modelo cognitivo propuesto por Rachman (1997, 1998) se ha considerado como un modelo general del TOC, parece dirigido específicamente a las obsesiones de contenido agresivo, sexual y religioso. Este hecho se intuye al leer su trabajo posterior sobre las obsesiones de comprobación (Rachman, 2002), y queda patente en su libro “El tratamiento de las obsesiones” (Rachman, 2003), donde aclara que bajo el concepto obsesión solo incluye aquellos pensamientos de *temática agresiva* (p. ej., pensamientos de hacer daño a alguien o de que amigos/familiares pueden sufrir algún daño), *sexual* (p. ej., miedo a realizar actos o gestos inapropiados o la experimentación de imágenes repetitivas manteniendo relaciones sexuales con parejas no apropiadas) y *blasfema* (p. ej., miedo a realizar actos blasfemos en un lugar sagrado o la “contaminación” de ritos sagrados al tener pensamientos desagradables) *que no suelen llevar compulsiones asociadas*; excluyendo por tanto las obsesiones que se asocian a compulsiones de limpieza, orden o contaminación. Además, bajo el epígrafe “teoría cognitiva de las obsesiones”, Rachman (2003, pg. 12) recoge su teoría expuesta en los trabajos de 1997 y 1998.

Como ya hemos comentado al exponer la teoría de Rachman (1997, 1998), las obsesiones, a diferencia de las comprobaciones (que son consecuencia, según este autor, del sesgo en la búsqueda de seguridad y de la responsabilidad excesiva), surgen de la *interpretación catastrofista de que los pensamientos indeseables, intrusos y repugnantes, tienen un importante significado personal y revelan que la persona está loca, es mala o es peligrosa.*

El *ocultamiento* de las obsesiones es un importante mantenedor de la interpretación catastrofista que se hace de las mismas (Newth y Rachman, 2001). Las personas tienden a ocultar el contenido y frecuencia de las propias obsesiones por miedo a las reacciones de los demás, algo que impide la exposición a interpretaciones alternativas sobre el significado de las obsesiones.

UNA TEORÍA PARA LAS MANIFESTACIONES DE COMPROBACIÓN

Una de las aplicaciones de la teoría cognitiva de Rachman es la que este autor realiza para explicar las compulsiones de comprobación (Rachman, 2002). La característica principal de esta propuesta es que la comprobación compulsiva ocurre cuando la persona se percibe como *responsable* de prevenir que pueda suceder algún daño (p. ej., evitar que entren a robar en casa) a la vez que *insegura* sobre si ha reducido o eliminado adecuadamente la posibilidad de que suceda el daño temido (p. ej., estar seguro de que se ha cerrado la puerta de casa correctamente). La persona, en un intento de estar segura de que ha prevenido el daño, comprueba que no hay peligro (p. ej., comprobar que efectivamente ha cerrado la puerta). Y esta comprobación, que reduce la ansiedad de forma temporal, provoca un círculo vicioso en el que se autoperpetúan las compulsiones de comprobación. Para explicar este mecanismo, Rachman (2002) establece cuatro elementos que explicarían la recurrencia de las comprobaciones, es decir, por qué se vuelven compulsivas. En primer lugar, es imposible estar completamente seguros de que se ha eliminado un peligro futuro, algo que asegura que la persona comprobará de forma repetida (p. ej., nunca estará 100% segura de que nadie pueda entrar en su casa). Además, las comprobaciones repetidas y la ansiedad turban la *confianza en la propia memoria* y la persona empieza a dudar de haber realizado la conducta (p. ej., ¿he cerrado la puerta correctamente?), algo que motiva nuevas comprobaciones. Junto a estos dos elementos, Rachman (2002) señala dos sesgos cognitivos: las personas que se sienten responsables consideran *más probable que el daño o peligro ocurra* (p. ej., que entren en casa) y tras comprobar, se sentirán aún *más responsables* de prevenir el daño. Y así se cierra un círculo vicioso que, tal y como señala Clark (2004, pg. 106), asegura que “una comprobación nunca será suficiente”.

Finalmente, Rachman (2002) propone que las comprobaciones se multiplican por el efecto de tres factores que determinan la intensidad y duración de las comprobaciones: la *responsabilidad* percibida, la *probabilidad percibida de que ocurra el daño* y la *gravedad estimada del daño*. Estos dos últimos elementos entrarían, desde nuestro punto de vista (Morillo, 2004), en la dimensión de

Sobrestimación de la amenaza que más abajo describiremos (Cuadro 10). Sin embargo, para Rachman (2002) la Responsabilidad es el único elemento imprescindible para que se autoperpetúen las comprobaciones. Por tanto, según esta formulación, los comprobadores tienen creencias disfuncionales de *Responsabilidad personal excesiva*, y además podrán tener creencias de *Sobrestimación de la amenaza*.

LAS MANIFESTACIONES DE LIMPIEZA

Rachman no formula una teoría cognitiva para la limpieza compulsiva como lo hace en el caso de las compulsiones de comprobación. Sin embargo, a lo largo de su obra (Rachman, 2002, 2004; Rachman y Shaffran, 1998) proporciona algunas sugerencias sobre las características diferenciales de los “limpiadores”. Tanto las compulsiones de comprobación como las de limpieza se desarrollan ante un elevado sentimiento de *responsabilidad* por evitar y/o reducir un posible daño (Rachman, 2002); sin embargo, la persona comprueba para prevenir un daño y limpia para *eliminar un daño* que posiblemente ya ha tenido lugar (p. ej., eliminar gérmenes). Además, las compulsiones de comprobación suelen dirigirse a proteger a otros, mientras que las de limpieza suelen estar dirigidas a uno mismo. El aspecto central de las compulsiones de limpieza, es el *miedo a la contaminación*. Rachman (2004) describe una serie de creencias disfuncionales asociadas a la contaminación: la ilusión de vulnerabilidad/sobrestimación de peligro, la sobrestimación de la probabilidad y gravedad del daño que podría provocar la contaminación, la sobrestimación de la facilidad para transmitirse el contagio y la sobrestimación del rango de personas, lugares o situaciones potencialmente contaminantes. Jones y Menzies (1998; St Clare, Menzies y Jones, 2007) también han enfatizado la importancia de las cogniciones relacionadas como las consecuencias de daño o peligro, desarrollando un programa de tratamiento dirigido a estas creencias.

Rachman (1994) amplía la concepción de las compulsiones de limpieza cuando introduce el concepto de “**polución mental**” para hacer referencia a un tipo de TOC en el que la sensación de contaminación que experimenta el paciente es más bien “interior”. En ausencia de contacto físico, se sienten “sucios por dentro”, por lo que las conductas de limpieza (p. ej., de manos) resultan ineficaces. Según Rachman (2004; Herba y Rachman, 2007), la contaminación mental tiene claras connotaciones morales y puede ser exacerbada o inducida por acontecimientos mentales como acusaciones, insultos, amenazas, humillaciones o por pensamientos o imágenes intrusas (p. ej., incestuosas, sexuales). Rachman (1994, 2004) define cuatro tipos de contaminantes: enfermedad, suciedad/contaminación, sustancias dañinas y contaminación mental y tres tipos de compulsiones de lavado como respuestas hacia los mismos: la ansiedad por la enfermedad, la ansiedad por la limpieza y la polución mental.

En síntesis, podríamos señalar que los aspectos esenciales para Rachman son lo que se reflejan en el Cuadro 9.

Cuadro 9. Características diferenciales entre diferentes manifestaciones del TOC según la propuesta de Rachman (1997, 2002, 2003).

	Obsesiones	Comprobación	Contaminación
origen	○ interpretación catastrofista: pensamientos tienen significado personal	○ búsqueda de seguridad ○ responsabilidad excesiva por prevenir daño	○ miedo a la contaminación ○ responsabilidad excesiva por eliminar un daño
creencias		○ inseguridad sobre si ha reducido o eliminado adecuadamente el daño ○ sobrestimación de la: -probabilidad ocurra daño -gravedad del daño	○ ilusión vulnerabilidad ○ sobrestimación de la: -probabilidad ocurra daño -gravedad del daño -facilidad para transmitirse el contagio -rango contaminantes
Creencias (según definición Cuadro 10)	○ sobrestimación de la importancia pensamientos ○ significado personal pensamientos	○ sobrestimación amenaza	○ sobrestimación amenaza

Hay cierta evidencia empírica que sugiere que tal y como postula Rachman, las personas dan un significado personal a sus valoraciones (p. ej., las personas con TOC valoran como más importantes sus obsesiones que la población general sus PIO; Clark y Claybourn, 1997; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991). En un trabajo reciente Rowa y Purdon (2003) encuentran que los estudiantes valoran ciertos PIO como más molestos porque contradicen aspectos importantes de su “yo” (más adelante volveremos sobre este aspecto cuyo importancia es central para este trabajo). Hay también cierto apoyo a que la Sobrestimación de la amenaza es importante en las personas con TOC, aunque no específica (Sookman y Pinard, 2002).

Respecto al papel de la Fusión Pensamiento Acción, revisiones recientes (Berle y Starcevic, 2005; Shafran y Rachman, 2004) así como otros trabajos (Abramowitz et ál., 2003a; Rassin, Diepstraten, Merckelbach y Muris, 2001a) avalan que la FPA es relevante para el TOC pero no de forma específica. Además, constatan que las medidas de FPA-moral son menos importantes para el TOC de lo que inicialmente se pensaba, al menos en comparación con el FPA-probabilidad, y en especial cuando se controla el nivel de depresión (Amir, Freshman, Ramsey, Neary y Brigidi, 2001; Coles, Mennin y Heimberg, 2001; Rassin et ál., 2001; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996). En apoyo al modelo de Rachman, en un trabajo de nuestro grupo (Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007a) observamos que, en población no clínica, las únicas creencias que explicaban la frecuencia de los PIO eran las de Importancia de los pensamientos y FPA-probabilidad.

Por último, ya hemos comentado que la responsabilidad parece relevante pero no específica del TOC, y que podría estar más relacionada a unas manifestaciones del mismo que a otras. En este sentido Rachman y Hodgson (1980) han hipotetizado que la Responsabilidad está más asociada a la

sintomatología de comprobación que a la de limpieza, hipótesis avalado por algunos trabajos, por ejemplo, Foa, Sacks Tolin, Przeworski y Amir (2002) en una muestra con TOC han observado que la elevada Responsabilidad se asociaba únicamente al grupo de comprobadores (en contra de lo hipotetizado por el modelo de Salkovskis). Sin embargo, Wilson y Chambless (1999) y Yorulmaz, Karanci y Tekok-Kiliç (2006) no han podido corroborar esta idea, observado, en población no clínica, que la Responsabilidad mantiene una relación equivalente con ambos síntomas (i.e., comprobación y limpieza).

LA METACOGNICIÓN Y EL MODELO DE A. WELLS

Wells (1997; 2000; Wells y Mathews, 1994) propuso la primera teoría sobre el TOC en la que las creencias y procesos metacognitivos aparecían explícitamente implicados como factores clave en el desarrollo y mantenimiento del TOC. En realidad, los modelos cognitivos anteriores (i.e., Salkovskis y Rachman) también implicaban valoraciones cognitivas que podrían entenderse como “metacognición”, si bien no hacían referencia explícita a la misma. El término “metacognición” hace referencia a los procesos y estructuras cognitivas que registran y controlan aspectos de la cognición (Flavell, 1979). Las creencias metacognitivas están relacionadas con el significado y control de los pensamientos (p. ej., importancia de los pensamientos y de su control), mientras que las creencias cognitivas son más generales o sociales (p. ej., responsabilidad).

El modelo metacognitivo del TOC de Wells (1997, 2000) está basado en su modelo de Autorregulación de la Función Ejecutiva (Wells, 1997; Wells y Mathews, 1994). Wells propone que los pensamientos obsesivos se interpretan de forma negativa por las creencias metacognitivas sobre el significado y/o consecuencias peligrosas de tener el pensamiento. Los autores enfatizan dos grandes dominios de creencias: (1) las relacionadas con la **importancia o significado** y poder de los pensamientos y (2) las metacognitivas generales sobre la **necesidad de controlar** los pensamientos y llevar a cabo rituales. Al igual que en los otros modelos, se asume que la neutralización y las conductas de evitación mantienen el TOC, no solo porque aumentan la visibilidad del pensamiento (p. ej., por los efectos paradójicos de la supresión), sino también porque impiden que los pacientes pongan a prueba sus creencias.

La responsabilidad se entiende como una consecuencia de las creencias sobre los pensamientos y al ser un producto de las metacogniciones, no explica demasiado del TOC (Myers y Wells, 2005; Wells, 1997). En apoyo a este planteamiento, el grupo de Wells (Gwilliam, Wells y Cartwright-Hatton, 2004; Myers y Wells, 2005) ha comparado su modelo con el de Salkovskis, informando de que la relación entre la Responsabilidad y los síntomas OC está mediada por creencias “metacognitivas”, relacionadas con el significado y peligro de los pensamientos y la necesidad de controlarlos.

EL MODELO DE D.A. CLARK Y C. PURDON

Clark y Purdon (1993) revisan el modelo de Salkovskis, y aunque coinciden en que las valoraciones de los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos indeseados son el factor crítico en el desarrollo de las obsesiones, creen que da un papel excesivo a la Responsabilidad. Según Clark y Purdon (1993), los elementos claves para que se desarrolle un TOC son las creencias y valoraciones disfuncionales de que es **necesario, deseable y posible controlar los pensamientos intrusos** (control que entienden fundamentalmente como supresión) y los esfuerzos excesivos que realizan los sujetos para **controlar y suprimir** sus pensamientos intrusos o sus obsesiones.

Estos autores critican ciertos aspectos de la teoría cognitiva de las obsesiones que conviene revisar. Entre ellos, señalan la necesidad de prestar una mayor atención:

(1) al papel de la depresión y los síntomas depresivos, que pueden entenderse como una consecuencia, pero en ocasiones también como precursores de las intrusiones, las cuales serán entonces más difíciles de controlar debido a la afectación anímica

(2) a las creencias disfuncionales sobre el control del pensamiento, y

(3) a la posibilidad de que las obsesiones se desarrollen como respuesta a un fracaso general de las estrategias para controlar los propios pensamientos.

El modelo de Clark y Purdon, del mismo modo que los anteriores, tiene importantes implicaciones terapéuticas: la modificación específica de las creencias sobre el control como algo nuclear en el tratamiento del TOC, y la instauración como estrategia adaptativa ante las obsesiones de “dejarlas ir”, esto es, de no intentar controlarlas.

Posteriormente, Purdon y Clark (1999) introducen el concepto “metacognición” y articulan sus planteamientos entorno a dos elementos clave: la **egodistonía** y la importancia del **control del pensamiento**. Sus ideas centrales son las siguientes:

- Las personas con TOC experimentan las recurrencias de un determinado PIO como algo muy molesto, especialmente porque el contenido del mismo resulta egodistónico, inconsistente con sus valoraciones y moralidad, con su autoimagen, y tienen un gran interés por eliminar o disminuir la egodistonía, lo que les lleva, entre otras estrategias, a intentar eliminar los pensamientos.

- Los esfuerzos por controlar los pensamientos producen un incremento paradójico de la frecuencia de los pensamientos, pues impiden la exposición y habituación a los mismos. Pero los fallos en el control también son una fuente de estrés por sí mismos porque contrastan con las expectativas sobre el tipo de pensamientos que la persona cree que debería tener así como con las creencias sobre su poder para controlarlos.

Clark (2004) propone una reformulación y ampliación de su modelo en el sentido de plantear que las valoraciones sobre los fallos en el control de los pensamientos constituyen un elemento central para que se mantenga el TOC. Este autor señala que no solo son importantes las valoraciones sobre las obsesiones, sino que también son centrales las **valoraciones** que hace la persona acerca de sus **esfuerzos por controlarlas**, así como la **anticipación de las consecuencias negativas** que tendría un **fracaso en el control** de los PIO.

En síntesis, Clark diferencia tres niveles conceptuales involucrados en la escalada de los PIO hacia las obsesiones:

(1) tres conjuntos de factores de *vulnerabilidad*: estado de ánimo negativo, evaluación ambivalente del yo y creencias disfuncionales

(2) *valoraciones primarias de las intrusiones*: los PIO persistirán si se valoran como personalmente significativos, contrarios a los valores o ideales de la persona (i.e., si son egodistónicos), y/o amenazantes porque se anticipan consecuencias negativas para uno mismo o para los demás. Estas valoraciones de culpa junto con un elevado sentido de responsabilidad, fomentarán el uso de estrategias de control de los PIO. Clark (2004) pone un especial énfasis sobre la egodistonía, que no era contemplada por Salkovskis y Rachman. Según sus propias palabras: *“las valoraciones primarias que inician la escalada de los PIO en obsesiones ocurren cuando las personas vulnerables interpretan erróneamente un PIO como una amenaza significativa para valores o atributos personales importantes (i.e., egodistónicos)*. Luego las personas concluyen que son responsables de prevenir cualquier posible daño o consecuencia directa que pudiera ocurrir como consecuencia de la continua preocupación por la intrusión mental”. (Clark, 2004; pg., 141 cursiva en el original). Así, una vez que el PIO se valora como personalmente significativo y ego-amenazante, se ponen en marcha esfuerzos activos por controlarlo, esfuerzos que suelen ser vanos y ese fallo en el control actúa como refuerzo de las valoraciones primarias sobre la importancia del pensamiento.

Hasta este punto la teoría de Clark (2004) es similar a los modelos comentados con anterioridad (y especialmente a la propuesta de Purdon y Clark, 1999). La aportación novedosa (además del énfasis en la egodistonía), es la propuesta de incluir un tercer nivel de análisis que ponga énfasis en:

(3) *las valoraciones secundarias sobre el control de las obsesiones*, que hacen referencia a la importancia y consecuencias percibidas del fracaso en el control de las obsesiones (p. ej., una persona con PIO de hacer daño a un niño, puede valorar que si fracasa en la supresión de estos pensamientos, estos se volverán tan incontrolables que hará daño al niño). *“Estas valoraciones secundarias implican la evaluación del resultado de los esfuerzos de la persona por prevenir, suprimir y eliminar los pensamientos, imágenes o impulsos indeseados de la conciencia*. El fracaso en el control de los pensamientos puede ser valorado de una manera adaptativa o desadaptativa” (Clark, 2004; pg. 142,

cursivas en el original). Si la valoración es desadaptativa, dará lugar a mayores intentos por suprimir el pensamiento.

Algunas características de las valoraciones secundarias desadaptativas son, según el autor, las siguientes: (1) la tendencia a interpretar el fracaso en la supresión como significativo (p. ej., el PIO X debe de ser importante porque me asalta continuamente; mi incapacidad para controlar este pensamiento denota que soy una persona mentalmente débil), (2) o a valorarlo como amenazante (p. ej., si no controlo esta obsesión, me volveré loco), (3) el incremento de las valoraciones de responsabilidad tras el fracaso en el control (según la definición de Salkovskis, 1998) y (4) las inferencias o conclusiones ante la incontrolabilidad o fallo en el control de los pensamientos (p. ej., si no puedo controlar los pensamientos sexuales, perderé el control de mi conducta; si consigo eliminar mis pensamientos pecaminosos, Dios me querrá). En definitiva, la persona con TOC “no solo intenta controlar las obsesiones, sino que le importan mucho las consecuencias de no poder controlarlas completamente” (Clark, 2004, pg. 148).

Por último, esta reformulación de su planteamiento inicial guarda bastantes similitudes estructurales y teóricas con el bien conocido modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), especialmente porque se hace referencia a dos momentos valorativos: uno inicial, centrado en el contenido y significado de los PIO, que es el que incita a la puesta en marcha de estrategias de control o afrontamiento. En el caso de que éstas fracasen, la persona entraría en un nuevo proceso valorativo centrado, en esta ocasión, en la búsqueda de explicación del fracaso de control (o, si se prefiere, de las estrategias de afrontamiento ineficaces).

El modelo de Clark parece tener cierto apoyo empírico. Diferentes trabajos apoyan la influencia que tienen las valoraciones y creencias sobre el control de los pensamientos en la frecuencia de PIO y obsesiones (Purdon y Clark, 2002; Tolin, Worhunsky y Maltby, 2006). En un trabajo reciente, Tolin, Abramowitz, Hamlin y Synodi (2002) han estudiado las reacciones de un grupo de pacientes ante el fracaso en suprimir unos pensamientos, concluyendo que las personas con TOC dan un significado negativo a sus fracasos en la supresión, lo que les produce un mayor malestar e incrementa su motivación por suprimir.

MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LA ACUMULACIÓN COMPULSIVA

El grupo de Frost (p. ej., Frost y Hartl, 1996; Frost y Steketee, 2002) ha propuesto un modelo específico para la acumulación compulsiva. Frost y Hartl (1996) proponen que la acumulación es el resultado de respuestas emocionales condicionadas asociadas a determinados pensamientos y creencias sobre las posesiones y objetos. Como respuesta a la ansiedad que produce deshacerse de pertenencias, las personas evitan tirar objetos y acumulan. El bienestar y emociones asociadas a tener posesiones por insignificantes que sean, refuerza de forma positiva la acumulación. El grupo de Frost mantiene que la conducta de acumulación se asocia a un déficit en el procesamiento de la información (p. ej.,

interpretación errónea del valor de las posesiones, dificultades en la organización de objetos), a creencias disfuncionales sobre las posesiones (necesidad control, responsabilidad) y a una vinculación emocional con las posesiones.

EL MODELO DEL OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (OCCWG)

Aunque no ha sido formulado como un modelo de TOC, los trabajos publicados por el OCCWG han marcado las pautas de la investigación cognitiva sobre el TOC durante la última década, y sus aportaciones han sido de gran relevancia.

El OCCWG se constituyó en 1995 integrado por diferentes autores (entre ellos los autores de los modelos mencionados previamente) interesados por comprender el papel de los factores cognitivos en el TOC. Su objetivo inicial fue coordinar los esfuerzos por desarrollar métodos estándar de evaluación cognitiva del TOC, de modo que los resultados de los estudios fueran comparables y se pudiera clarificar el confuso panorama que se había generado debido a la proliferación de estudios sobre las áreas cognitivas relevantes en el TOC .

Entre las aportaciones del grupo cabe destacar las tres que se comentan a continuación.

1. La **definición** de los **tres constructos** que están en la **base** de la **explicación cognitiva del TOC**. Estos constructos son, en realidad, adaptaciones de las propuestas de los cuatro modelos mencionados antes, y se centran por lo tanto en otorgar un papel central en la génesis de las obsesiones a las intrusiones, las valoraciones sobre las mismas y las creencias generales distorsionadas. Cada uno de estos tres elementos se concibe del modo siguiente:

- **Intrusiones:** pensamientos, imágenes e impulsos que se introducen de forma intrusa en la conciencia, y que se denominan obsesiones cuando adquieren una gravedad clínica.

- **Valoraciones:** expectativas, interpretaciones o evaluaciones sobre el significado de intrusiones concretas.

- **Creencias:** ideas relativamente permanentes que no dependen de la situación y que pueden ser específicas del TOC o asunciones generales sobre el yo. Además pueden ser relevantes también para otros trastornos clínicos. Se considera que las creencias deben ser conceptualizadas en términos dimensionales, según un continuo de intensidad en la adscripción a la creencia de que se trate.

2. La **descripción consensuada** de las **creencias básicas** a estudiar (OCCGW, 1997), que se resumen en el Cuadro 10.

Cuadro 10. Descripción de las seis creencias básicas propuestas por el OCCWG.

Creencia	Descripción
Responsabilidad excesiva	la creencia de que uno tiene el prevenir consecuencias negativas
Importancia pensamientos	“creencias de que la mera presencia de un pensamiento indica que es importante” (OCCGW, 1997, pg. 678)
Sobrestimación de la amenaza	“exageración de la probabilidad o gravedad del daño” (OCCGW, 1997, pg. 678)
Importancia controlar los pensamientos	“la sobrevaloración de la importancia de controlar completamente los PI y la creencia de que ese control es posible y deseable”(OCCGW, 1997, pg. 678)
Intolerancia a la incertidumbre	creencias sobre la necesidad de estar seguro, la incapacidad para afrontar cambios impredecibles y la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas
Perfeccionismo	“la tendencia a creer que hay una solución perfecta para cualquier problema, que es posible y necesario hacer algo perfecto (sin errores) y que cualquier pequeño error tendrá graves consecuencias” (OCCGW, 1997, pg. 678)

3. La **creación** de dos **instrumentos** para evaluar: **creencias generales** (Obsessive Beliefs Questionnaire, OBQ) y **valoraciones específicas** de las intrusiones obsesivas (Interpretation of Intrusions Inventory, III) (OCCWG, 2001, 2003, 2006).

El **OBQ** (OCCGW, 2001, 2003) en su primera versión incluía 87 ítems y una escala para cada uno de los seis dominios teóricos de creencias propuestas por el OCCGW tal y como se presentan resumidas el Cuadro 10. Faull, Joseph, Meaden y Lawrence (2004), en su análisis factorial del OBQ constataron que la mejor solución era la unifactorial, es decir, la agrupación de todas las creencias hipotetizadas en una sola dimensión. De hecho, había elevadas correlaciones entre sus escalas (r entre 0,61 y 0,83). Posteriormente, y debido a los problemas de solapamiento entre las creencias (OCCGW, 2005), se ha realizado una reducción del instrumento (44 ítems), y a partir de un análisis factorial se han reducido a 3 sus seis escalas iniciales: surge así el OBQ-44. Las escalas definitivas son: (1) Responsabilidad y sobrestimación de la amenaza, (2) Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre e (3) Importancia y necesidad de controlar los pensamientos.

Sin embargo, esta estructura no ha sido confirmada por otros autores. Así, Taylor, McKay y Abramowitz (2005) tras su estudio, realizado sobre una amplia muestra de pacientes con TOC, han propuesto que las tres creencias están estructuradas jerárquicamente en un factor de orden superior que explica más varianza que las tres escalas de orden inferior. Otros autores, han empleado amplias muestras de sujetos no clínicos, y tampoco han podido confirmar las estructuras derivadas de los trabajos previos. Woods, Tolin y Abramowitz (2004), tras observar que las estructuras de 6 y 3 factores propuestas por el OCCWG (2003, 2005) no ajustan a sus datos, plantean una estructura de 4 factores con un factor no específico del TOC, y tres factores que son consistentes a nivel conceptual con los propuestos por el OCCWG y que evalúan: (1) creencias distorsionadas sobre los propios pensamientos (Importancia/control de los pensamientos), (2) Perfeccionismo y (3) Responsabilidad excesiva. Por su parte, un estudio muy reciente de Myers, Fisher y Wells (2007) proponen una estructura de 4 factores para el OBQ-44

(Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; Importancia y control pensamientos; Responsabilidad y Sobrestimación amenaza). Asimismo, Wu y Carter (2007) ponen a prueba a través de análisis factoriales confirmatorios las estructuras de 1, 3 (OCCWG, 2005) y 4 (Woods et ál., 2004) factores, y dado que ninguna se ajusta a sus datos, proponen una estructura de 3 factores diferente de la propuesta por el OCCWG (2005): (a) Importancia y Control de los pensamientos, (b) Responsabilidad y sobrevaloración de la amenaza, Perfeccionismo e Intolerancia incertidumbre y (c) Perfeccionismo e Intolerancia incertidumbre. En síntesis, este instrumento no está en absoluto exento de problemas y su estructura y composición no están todavía claras. La cuestión estriba en dilucidar si el problema es el instrumento, o si las dificultades guardan más bien relación con el constructo teórico en el que se sustenta, es decir, la existencia de unas dimensiones de creencias generales sobre los propios pensamientos. En el punto siguiente retomaremos esta cuestión.

Nuestro grupo de investigación diseñó un instrumento de forma paralela al OBQ y con el mismo propósito, el **Inventario de Creencias Obsesivas** (ICO; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003; Cabedo, Belloch, Morillo, Giménez y Carrió, 2004; Giménez, Morillo, Belloch, Carrió y Cabedo, 2004; Luciano, Morillo, García-Soriano y Belloch, 2006). En su versión más reciente, consta de 50 ítems que se agrupan en 8 subescalas: (1) Responsabilidad, (2) Fusión pensamiento acción tipo probabilidad, (3) Fusión pensamiento acción tipo moral, (4) Intolerancia a la incertidumbre, (5) Sobrestimación de la amenaza, (6) Importancia de controlar los pensamientos, (7) Sobrestimación de la importancia de los pensamientos y (8) Perfeccionismo. Estas dimensiones difieren, en parte, de las evaluadas por el OBQ porque la dimensión única de “Sobrestimación de la importancia de los pensamientos” del OCCWG es considerada como tres dimensiones independientes en el ICO: Fusión pensamiento acción tipo moral (FPA-moral), Fusión pensamiento acción tipo probabilidad (FPA-probabilidad) y Sobrestimación de la importancia de los pensamientos en sentido estricto. Esta decisión se tomó en función de una serie de análisis factoriales (Luciano et ál., 2006) y de una extensa evidencia empírica apoyando la idea de que son sesgos cognitivos diferentes (p. ej., Rassin, Merckelbach, Muris y Schmidt, 2001; Shafran et ál., 1996; Yorulmaz, Yilmaz y Gençöz, 2004).

Por lo que se refiere al **III** (OCCWG, 2001, 2003) es un instrumento de 31 ítems que evalúa las interpretaciones de los PIO que el sujeto ha experimentado recientemente y en su versión inicial incluía tres escalas: Importancia de los pensamientos, Control de los pensamientos y Responsabilidad. En una revisión reciente del instrumento (OCCWG, 2005) se han unido las tres escalas y se recomienda el empleo de una puntuación total, que a nuestro entender ofrece una información muy poco útil para conocer el funcionamiento del TOC. Este instrumento no permite evaluar las valoraciones asociadas a un pensamiento determinado, por lo que no se pueden estudiar dichas valoraciones en función del contenido de los PIO o de las obsesiones.

EVIDENCIAS Y CONTRADICCIONES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE **CREENCIAS** DISFUNCIONALES EN EL TOC

En general se ha encontrado apoyo a la **relevancia** para el TOC de las creencias propuestas por el OCCWG (1997), las personas con TOC obtienen puntuaciones más elevadas en los instrumentos que las evalúan que los controles no clínicos (p. ej., Clark, Purdon y Wang, 2003; Freeston et ál., 1993; OCCWG, 2001; Sookman, Pinard y Beck, 2001). Sin embargo, como expondremos a continuación, la asociación **específica** de las mismas con las medidas de síntomas obsesivo-compulsiones está más que en entredicho (p. ej., Emmelkamp y Aaredema, 1999; Giménez et ál., 2004).

En un importante trabajo, el OCCWG (2003) encontró que las seis subescalas iniciales del OBQ mantenían fuertes relaciones tanto con sintomatología OC como con medidas de ansiedad, depresión y preocupaciones. Además únicamente las escalas de Responsabilidad, Importancia de los pensamientos e Importancia de controlarlos, discriminaban entre los grupos de pacientes con TOC y ansiosos no TOC. Sin embargo, en el trabajo de Sica, Coradeschi, Sanavio, Dorz, Manchisi y Novara (2004) las escalas que discriminaron entre los pacientes TOC y con TAG fueron las de Intolerancia a la incertidumbre, Importancia del control y Perfeccionismo.

En una publicación posterior, en este caso ya con la versión reducida del OBQ (OBQ-44, tres factores; OCCWG, 2005), el factor de Importancia de los pensamientos y de su control no diferenció entre el grupo de pacientes con TOC y ansiosos no TOC. Sin embargo, una vez controlada la sintomatología ansiosa, Tolin et ál. (2006) informaron de que ninguna de las dimensiones del OBQ-44 diferenciaba entre pacientes con TOC y ansiosos no TOC. En el Cuadro 11 aparece un resumen de los trabajos que han empleado la versión reducida del OBQ (i.e., OBQ-44). En un trabajo de nuestro grupo (Morillo, 2004) realizado con el Inventario de Creencias Obsesivas, análogo al OBQ como ya se comentó, ninguna de las creencias evaluadas evidenciaron ser específicas del TOC comparadas con un grupo de pacientes ansiosos no TOC y otro de deprimidos. Y en un análisis cluster con el OBQ, el 55% de los pacientes TOC puntuaban lo mismo en el OBQ-44 que los controles ansiosos y no clínicos (Calamari, Cohen, Rector, Szacun-Shimizu, Riemann y Norberg, 2006; Taylor, Abramowitz, McKay, Calamari, Sookman et ál., 2006).

En general, todos estos resultados apoyan la falta de especificidad de las creencias dado que, aunque se observa que los pacientes con TOC mantienen las creencias del OBQ-44 en mayor medida que los pacientes con otros trastornos de ansiedad y sin patología, esto solo ocurre sin controlar la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Cuando esta importante fuente de comorbilidad se controla, los resultados no son tan claros, lo que pone seriamente en duda la especificidad de las creencias hipotetizadas por el OCCWG, además de evidenciarse la necesidad de incluir controles deprimidos en los estudios sobre el TOC. Parece por tanto que ninguna de las creencias propuestas por el OCCWG es específica del TOC, siendo evidentes en otros trastornos como el TAG, aunque sí parece haber

evidencias que apoyen su importancia o relevancia para el TOC. En el Cuadro 11 se resumen algunos de los resultados obtenidos con el OBQ-44.

Cuadro 11. Resultados empíricos obtenidos con el OBQ-44 sobre la especificidad de las creencias propuestas por el OCCWG (modificado de Julien et ál., 2007).

	OCCWG (2005)	Tolin et ál. (2006)			Julien et ál. (2007)	
Control de:	sin control	sin control	depresión	ansiedad	sin control	depresión, ansiedad
Respons./ Amenaza	TOC>A>NC	TOC, A>NC	TOC=A=NC	TOC=A=NC	TOC>A>NC	TOC>NC
Perfecc./ incertidumbre	TOC>A>NC	TOC>A>NC	TOC>NC	TOC=A=NC	TOC>A, NC	TOC>NC
Imp. pensamientos/ Imp. control	TOC, A>NC	TOC>A>NC	TOC>NC	TOC=A=NC	TOC>A>NC	TOC>NC

TOC: trastorno obsesivo-compulsivo; A: trastorno de ansiedad diferente del TOC; NC: no clínicos

Respons./ Amenaza: Responsabilidad excesiva/ Sobrestimación de la amenaza; Perfecc./ incertidumbre: Perfeccionismo/ Intolerancia a la incertidumbre; Imp. pensamientos/ Imp. Control: Importancia pensamientos/ Importancia de controlarlos.

Esta falta de especificidad de las creencias disfuncionales sobre los propios pensamientos, creencias que los modelos cognitivos asumen como relevantes y específicas del TOC, sitúa en una posición de riesgo al modelo cognitivo del TOC. Porque tal y como apuntan Julien et ál. (2007), si las personas con TOC y sin patología no se diferencian en su adhesión a las creencias (generales), las valoraciones (específicas) no serán capaces de explicar por qué los PIO se convierten en obsesiones solo en algunas personas; y por otro lado, si las personas con TOC y con otros trastornos de ansiedad, no difieren en sus creencias, el modelo no será útil para explicar por qué las personas con TOC desarrollan obsesiones y no otra patología ansiosa y viceversa.

No obstante lo dicho hasta aquí cabe preguntarse acerca de las razones de la carencia de especificidad de las creencias propuestas. Es posible que una de las razones tenga que ver con el método de evaluación utilizado, es decir, el uso de autoinformes (Emmelkamp, 2002). Tal vez otros métodos de evaluación (p. ej., entrevistas, diseños experimentales específicos) pudieran aportar una información más completa. Una segunda posibilidad es que la definición de las creencias sea demasiado general. De hecho, los problemas de solapamiento entre las subescalas del OBQ podrían ser consecuentes a este problema. Pero sobre todo, nos estaría indicando que algunos elementos de unas creencias podrían ser relevantes para otras. Por ejemplo, tal y como apuntan Frost, Novara y Rhéaume (2002) las dudas sobre las propias acciones se asocian, según el OCCWG, a la Intolerancia a la incertidumbre; sin embargo, clásicamente aparecían asociadas al perfeccionismo.

Otra posibilidad es que quizá las creencias que se evalúan no sean relevantes (o no lo sean en la misma medida) para todas las personas con TOC. En este sentido, un análisis cluster ha revelado que hay muchas diferencias en la adhesión a las creencias entre los pacientes, y que de hecho, hay pacientes que asumen o se adhieren en alto grado a las creencias evaluadas mediante el OBQ, mientras

que otros, hasta un 25%, no lo hacen (Calamari et ál., 2006). En este mismo sentido Coles y Horng (2006) observaron que las creencias predicen mejor unos síntomas que otros, lo que hablaría a favor de la necesidad de examinar la adscripción diferencial a las distintas creencias en función de la sintomatología predominante y/o subtipo del trastorno. Esta idea ha sido apuntada por Clark (2002) y es asimismo una de las conclusiones a las que llega Morillo (2004). En el mismo sentido se pronuncian otros autores. Por ejemplo, Thordarson y Shafran (2002) sugieren que la creencia de Importancia de los pensamientos podría ser más relevante para las obsesiones de daño y agresión que para el resto. Sookman y Pinard (2002) hipotetizan que la Intolerancia a la incertidumbre podría ser más relevantes en los comprobadores que en los limpiadores y señalan que los pacientes con TOC sobrestiman la probabilidad de amenaza únicamente en relación a sus preocupaciones o síntomas (p. ej., la contaminación en los limpiadores) y no asociadas a todos los sucesos negativos. Frost et ál. (2002) han señalado que las preocupaciones sobre los errores y dudas sobre las acciones son más específicas del TOC que las medidas globales de perfeccionismo, porque están más cercanas a la sintomatología TOC. Y Rachman y Hodgson (1980) han hipotetizado que la Responsabilidad está más asociada a la sintomatología de comprobación que a la de limpieza, aunque no toda la evidencia empírica apoya esta hipótesis (Foa et ál., 2002; Lee y Kwon, 2003). En estudios con muestras de estudiantes se han encontrado asociaciones entre la creencia sobre la Importancia de controlar los pensamientos y la obsesionalidad y entre las creencias de Perfeccionismo y el orden (Coles y Horng, 2006; Myers et ál., 2007, Tolin, Woods y Abramowitz, 2003, Woods et ál., 2004). Wu y Carter (2007) han constatado mayores asociaciones entre la Importancia de controlar los pensamientos y los pensamientos de daño que con otros síntomas TOC. Comoquiera que este tipo de resultados remite a la importancia de delimitar subtipos y/o modalidades del TOC, los abordaremos de nuevo en el capítulo siguiente.

Y otra posibilidad es que no estemos evaluando las creencias que son específicas del TOC, de hecho, hay otra serie de creencias que se han relacionado con el TOC como por ejemplo la autoconciencia cognitiva (p. ej., Cohen y Calamari, 2004; Marker, Calamari, Woodard y Riemann, 2006), la fusión pensamiento evento (Wells, 1997), la superstición (Cartwright-Hatton y Wells, 1997) o las creencias mágicas (Tolin, Worhunsky y Maltby, 2004).

Para concluir esta revisión, vale la pena recordar las conclusiones de Clark en su revisión de los avances del OCCWG sobre las creencias en el TOC (2002, pg. 111): "La búsqueda de constructos cognitivos específicos del TOC ha sido infructuosa para los investigadores hasta ahora. Ninguno de los seis dominios de creencias revisados en estos capítulos puede proclamarse como específico del TOC, aunque Salkovskis y Forrester insisten en la excepción del de Responsabilidad. Todos los dominios pueden ser encontrados, en diferentes formas, en otros trastornos de ansiedad, como el TAG o el TEPT (...). Puede que se encuentre en el futuro especificidad cognitiva, pero para ello se necesitan medidas

más precisas, que estén vinculadas con las preocupaciones idiosincrásicas de los pacientes, relacionadas con las amenazas”.

EVIDENCIAS Y CONTRADICCIONES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE VALORACIONES DISFUNCIONALES EN EL TOC

Podemos considerar que las valoraciones son la “ejemplificación” o la aplicación de creencias generales a pensamientos concretos. Por tanto, las valoraciones que se consideran más relevantes para la explicación de la génesis del TOC son en gran medida equivalentes a las creencias que acabamos de revisar. La diferencia estaría en que las valoraciones se realizan sobre pensamientos específicos e idiosincrásicos, mientras que las creencias (y su evaluación) hacen referencia a pensamientos en general.

Pues bien, a diferencia de lo que sucede con la investigación sobre creencias generales, los datos procedentes de la realizada sobre las valoraciones son bastante menos contradictorios y más alentadores. Salkovskis et ál. (2000), utilizando el Responsibility Intrusions Questionnaire (RIQ) encontraron diferencias significativas entre obsesivos y normales en las valoraciones de Responsabilidad. Y un poco después, el OCCWG (2001) utilizando el III constató que las puntuaciones en sus escalas permitían diferenciar obsesivos de diferentes grupos de controles normales. Estos resultados son coherentes con los encontrados por nuestro grupo (Morillo et ál., 2007a) en un trabajo en el que comparamos las valoraciones que tres grupos de pacientes (TOC, deprimidos y ansiosos no-TOC) y un grupo de controles no clínicos realizaban sobre su PIO más molesto experimentado recientemente (evaluado con el ROII). Observamos que todas las valoraciones incluidas en el ROII eran **relevantes** para el TOC, esto es, el grupo de pacientes con TOC indicó estar más preocupado porque se convirtiera en realidad su obsesión, la experimentaron como más inaceptable o inmoral, dieron mayor importancia a su control y se sintieron más responsables por las posibles consecuencias de la misma. Estos resultados son similares a los encontrados con muestras no clínicas en otros trabajos previos (Morillo, Giménez, Belloch, Lucero, Carrió y Cabedo, 2003), donde se encontraron diferencias entre los grupos no clínicos y subclínicos en las mismas variables.

Por lo que se refiere a la especificidad de las valoraciones disfuncionales en relación al TOC, los resultados ya no son tan favorecedores para el modelo cognitivo. En el trabajo de Morillo et ál. (2007a) ya mencionado, los resultados apoyaron la especificidad de las valoraciones respecto al grupo de ansiosos no TOC, pues los pacientes con TOC obtuvieron mayores puntuaciones en las valoraciones evaluadas, siendo estos resultados de nuevo consistentes con los obtenidos por Salkovskis et ál. (2000) usando el RIQ y por el OCCWG (2001) con el III. En ambos estudios se observaron también diferencias significativas entre los pacientes obsesivos y los controles ansiosos en las valoraciones de Responsabilidad, Importancia y Control de los pensamientos. Sin embargo, cuando los resultados obtenidos con los pacientes TOC se compararon con los de los deprimidos, se desvanecieron las

diferencias excepto en dos de las valoraciones evaluadas: las preocupaciones porque el pensamiento se convirtiera en realidad y la importancia de controlarlo (Morillo et ál., 2007a). Pero ambos grupos de pacientes no diferían en las valoraciones de inaceptabilidad, FPA-probabilidad, sobrevaloración de la amenaza y responsabilidad, lo que contradice los planteamientos de Salkovskis sobre el papel específico de la responsabilidad en el TOC (Salkovskis, 1985; 1989; Salkovskis et ál., 2000; Salkovskis y Forrester, 2002).

En estos momentos, por tanto, no parece haber en la literatura sobre el TOC ningún acuerdo sobre si las creencias y valoraciones postuladas como relevantes y específicas para el TOC lo son en realidad. En los últimos años hay una creciente atención hacia el papel diferencial que podrían jugar las creencias y valoraciones en función de manifestaciones concretas del TOC. En este sentido, como ya hemos señalado, Rachman (2002, 2003) ha elaborado teorías “concretas” para las diferentes manifestaciones del TOC (i.e., obsesiones sin compulsiones manifiestas y compulsiones de comprobación). De hecho, por su parte, Clark (2002; pg 111) sugiere que “la investigación sobre los sesgos cognitivos en el TOC se centre en los diferentes subtipos del trastorno más que agrupar a todos los pacientes TOC juntos”. Sin embargo, los instrumentos diseñados hasta el momento para evaluar valoraciones no permiten estudiar en profundidad este fenómeno (i.e., III y ROI). Dada la relevancia que parecen tener las diferentes manifestaciones del TOC en el estudio del modelos cognitivos, el próximo capítulo lo dedicaremos a la investigación que ha trabajado la heterogeneidad del TOC y su asociación con creencias, valoraciones y estrategias de control específicas.

2.2 LAS ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LAS OBSESIONES DESDE LOS MODELOS COGNITIVOS DEL TOC

Como hemos visto, los modelos cognitivos consideran a las obsesiones como el elemento central del TOC, y las compulsiones son únicamente una de las formas de respuesta, de entre una amplia gama, que las personas con TOC ponen en marcha ante sus obsesiones. Por tanto, parece insuficiente identificar el TOC con obsesiones y compulsiones y dejar de lado al resto de respuestas, comportamientos o actividades que las personas con TOC realizan para manejar o afrontar sus obsesiones (o para “prevenir” o impedir su aparición). Según este punto de vista, la denominación de Trastorno Obsesivo-Compulsivo es como mínimo limitada y confusa y sería más ajustada a la realidad una denominación que enfatizara el concepto nuclear del trastorno, es decir, la obsesión (p. ej., trastorno obsesivo).

La investigación sobre las estrategias utilizadas ante las obsesiones se ha desarrollado en buena parte sobre población normal. Por tanto, más que investigaciones sobre las obsesiones, se trata en realidad de estudios sobre lo que antes denominamos Pensamientos Intrusos Obsesivos. Desde los modelos cognitivo-conductuales, se asume que los PIO son experiencias de carácter aversivo, y por ello,

los sujetos normales están motivados para controlarlos y ponen en marcha diferentes estrategias de afrontamiento. Esta idea contrasta con otro de los supuestos del modelo cognitivo de las obsesiones, y es que los sujetos no clínicos no valoran de forma disfuncional los PIO, y es por ello que “no hacen nada” especial para eliminarlos, y no se convierten en obsesiones clínicas. Los resultados de la línea de investigación con población normal, hacen que se incline la balanza a favor de considerar que las personas normales utilizan una gran diversidad de estrategias en respuesta a un pensamiento desagradable en lugar de limitarse a “no hacer nada” con los mismos (p. ej., Freeston y Ladouceur, 1993; Freeston y Ladouceur, 1997; Freeston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau, 1991; Ladouceur, Rhéaume, Gagnon, Thibodeau, Freeston et ál., 2000; Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007b). Parece pues, que tener un PIO es motivo suficiente para poner en marcha diferentes estrategias de control.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LAS OBSESIONES

Respecto a esta variedad de respuestas que realizan los sujetos para controlar o afrontar sus PIO, existe una notable ambigüedad de términos, empleándose, a veces de forma intercambiable, términos como “neutralización”, “ritual cognitivo”, “compulsión mental” o “estrategias de control”. Nosotras nos decantaremos por utilizar el concepto de “estrategias de afrontamiento/control de las obsesiones” en un sentido amplio, que engloba tanto a las compulsiones como a otras respuestas de carácter intencional que se ponen en marcha para aliviar el malestar producido por la obsesión (ya sea por su recurrencia, por su contenido o por ambas cosas), o para evitar las consecuencias temidas de la obsesión o, incluso, su aparición misma. Por tanto, las estrategias de control serían comportamientos intencionales y estratégicos (que se dirigen a un objetivo), habitualmente encubiertos, que se llevan a cabo para intentar suprimir o controlar el pensamiento o para aliviar el malestar que produce, que no son necesariamente estereotipados (no siempre se ritualizan), ni están siempre relacionados con una necesidad o urgencia de actuar.

A continuación intentaremos delimitar algunas de las estrategias de afrontamiento más empleadas por los pacientes con TOC. No haremos referencia a las compulsiones porque ya han sido objeto de nuestra atención en un apartado anterior. En el Cuadro 12 aparece una definición junto a un ejemplo de algunos tipos de estrategias de control empleadas por las personas con TOC.

Cuadro 12. Definición y ejemplos clínicos de diferentes estrategias de control (basado en Clark, 2004).

Estrategia	Definición	Ejemplo
Rituales compulsivos	Respuestas repetitivas, estereotipadas e intencionales, asociadas a un impulso compulsivo o presión subjetiva por actuar.	En respuesta a una obsesión de contaminación, la persona se lava repetidamente las manos, hasta el punto que se le cae la piel de las manos.
Neutralización	Acto (encubierto o manifiesto) voluntario, intencional, que requiere un esfuerzo y dirigido a que desaparezca una obsesión, disminuya el malestar asociado a la misma o a evitar las consecuencias temidas de una obsesión.	En respuesta a una intrusión de hacer daño a alguien ("que se muera Manolito"), se genera un pensamiento positivo u opuesto ("Manolito es una buena persona que debe vivir") con la intención de eliminar el negativo
Búsqueda de reaseguración	Petición de información, o confirmación, con la intención de reducir una amenaza anticipada asociada a una obsesión.	En respuesta a la obsesión de "¿mi novia me es infiel?", la persona pregunta repetidamente a un familiar próximo si piensa que su novia le es infiel.
Evitación	Cualquier esfuerzo o actividad dirigida a evitar un estímulo (interno o externo) que se percibe como causante de la obsesión.	La persona evita pasar por delante de casas en obras, porque éstas le generan el "sentimiento" de estar contaminado por la suciedad que hay en las mismas.

LA NEUTRALIZACIÓN

En la literatura del TOC, ha habido bastante confusión respecto al término "neutralización", que se ha empleado tanto en un sentido restringido (neutralización como compulsión encubierta), como en un sentido muy amplio, englobando cualquier tipo de respuesta intencional llevada a cabo para afrontar la idea obsesiva. Siguiendo a Clark (2004), revisaremos brevemente la definición de neutralización utilizada por distintos autores. Inicialmente el término se refirió a cualquier conducta compulsiva o estrategia cognitiva empleada para poner "las cosas bien o en su sitio" (*"put things right"*) (Salkovskis, 1985). Más tarde, Salkovskis y Westbrook (1989) propusieron una definición más amplia según la cual, cualquier respuesta intencional realizada como respuesta a una obsesión, se consideraba neutralización. Sin embargo, la definición que parece más útil, es la empleada por Freeston y Ladouceur (1997b, pg. 344) que definen neutralización como *"cualquier acto cognitivo o conductual, voluntario y que requiere esfuerzo, dirigido a eliminar, prevenir o atenuar el pensamiento o malestar asociado al mismo"*.

Según Clark (2004), la distinción entre compulsiones y neutralización es compleja en determinadas ocasiones, especialmente cuando se trata de compulsiones o rituales cognitivos. La explicación más clarificadora es, en nuestra opinión, la que ofrecen Rachman y Shafran (1998), y que aparece resumida en el Cuadro 13.

Algunos investigadores (p. ej., Rachman, Shafran, Mitchell, Trant y Teachman, 1996; de Silva, Menzies y Shafran, 2003) han demostrado que las estrategias de neutralización encubierta son funcionalmente equivalentes a las compulsiones y que tienen como efecto un alivio a corto plazo del malestar, por lo que pueden jugar un papel igualmente importante en la explicación psicopatológica del trastorno. La toma en consideración de los diferentes tipos de estrategias tiene importantes implicaciones

terapéuticas, como apuntan Freeston y Ladouceur (1997a), ya que amplía las conductas-objetivo para la prevención de respuesta.

Cuadro 13. Diferencias entre neutralización y compulsión (basado en Clark, 2004; Rachman y Shafran, 1998)

	Rituales compulsivos o compulsiones	Neutralización
Modo responder	repetitivo, estereotipado, intencional y rígido	más amplio y flexible
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> ○ reducir el malestar, o ○ prevenir las consecuencias negativas (anticipadas) asociadas a la obsesión 	<ul style="list-style-type: none"> ○ anular, cancelar o deshacer los efectos de nuestros pensamientos o acciones; “arreglar” (“<i>put right</i>”) la obsesión o disminuir el malestar asociado ○ prevenir las consecuencias temidas asociadas a la obsesión (pero no siempre)
Formato más frecuente	manifiesto	encubierto
Papel juegan en patogénesis obsesiones	similar (ver Figura 1)	
Ejemplo. Una mujer tiene la obsesión de que se va a poner enferma y vomitará	en respuesta al pensamiento limpia repetidamente y de forma ritualizada sus manos para prevenir la contaminación	reemplaza la obsesión (“me estoy poniendo enferma”) por una imagen agradable

LAS CONDUCTAS DE BÚSQUEDA DE REASEGURACIÓN

La búsqueda de reaseguración consiste en la demanda de confirmación u opinión a otras personas (retroalimentación), para lograr mayor seguridad y disminuir la ansiedad vinculada a las obsesiones. Según Clark (2004) pueden tomar dos formas, ya que se puede pedir confirmación asociada a:

(1) si las consecuencias (temidas) que se asocian con la obsesión, no han ocurrido o no van a ocurrir (p. ej., preguntar repetidamente a la pareja si está enamorado de una pareja anterior, o si mantuvo relaciones con esa pareja), o

(2) si se ha realizado la compulsión o la neutralización de forma completa (p. ej., alguien con compulsiones de comprobación que pregunta si el fuego está apagado).

Rachman y Shafran (1998) consideran que estas conductas son una forma de compulsión y que resultan difíciles de distinguir de los intentos de utilizar a otras personas para realizar las comprobaciones (Rachman y Shafran, 1998) (p. ej., preguntar a la pareja al aparcar el coche si ha comprobado que ha puesto la alarma, y pedirle en caso contrario que lo haga).

La búsqueda de reaseguración es una conducta empleada tanto por la población no clínica como clínica en respuesta a sus pensamientos intrusos y obsesiones (Freeston y Ladouceur, 1997b; Ladouceur et ál., 2000). Además, se ha asociado a la incontrolabilidad percibida de los PIO (Purdon y Clark, 1994b). A nivel funcional, parece que con este tipo de conductas el sujeto transfiere parte de la responsabilidad a los demás, experimentando así un alivio temporal de la ansiedad generada por la obsesión.

LAS CONDUCTAS DE EVITACIÓN

Las personas con TOC intentan no tener obsesiones evitando a las personas, objetos o situaciones que suelen dispararlas o que se asocian a la realización de compulsiones. La evitación es especialmente evidente en algunos tipos de TOC como la limpieza compulsiva (p. ej., evitación de lavabos públicos, hospitales o contacto físico con personas). El fenómeno de la evitación alcanza, en algunos casos clínicos, proporciones extraordinarias, a través de un proceso de generalización, y puede llegar a limitar mucho las actividades y el entorno del individuo (p. ej., reclusión en el hogar), lo que incluso puede llevar a errores importantes de diagnóstico (p. ej., confundir un TOC con agorafobia). Pero además, es importante recordar que la evitación previene (o impide) a la persona que se exponga a sus miedos (p. ej., la contaminación), no dándole tampoco la oportunidad de experimentar alguna evidencia que los ponga en entredicho (p. ej., no contaminarse al utilizar un baño público).

OTRAS ESTRATEGIAS

Desde los modelos cognitivo-conductuales, cualquier respuesta que se realice ante una obsesión puede tener un impacto o influencia sobre la persistencia de la misma y por tanto ser relevante en el estudio del TOC. Por este motivo, estos modelos han ampliado su investigación para incluir cualquier tipo de estrategia empleada por un paciente para controlar las obsesiones. Entre las estrategias más estudiadas, cabe destacar la distracción (manifiesta o encubierta), la parada de pensamiento, el tratar de convencerse de que el pensamiento no es importante, reemplazar el pensamiento por otro, el autocastigo, la autotranquilización, los intentos activos de supresión o la racionalización.

LA FUNCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LAS OBSESIONES

El hecho de que las estrategias de control que emplean las personas con TOC, no resultan efectivas para eliminar las obsesiones, suele ser evidente para una gran mayoría de los pacientes, y sin embargo, siguen empleándolas. Los motivos de esta persistencia pueden ser diferentes en función del tipo de obsesión y estrategia, cabe destacar los siguientes:

(1) reducen la ansiedad a corto plazo (Rachman y Shafran, 1998). Desde los modelos cognitivos del TOC, así como desde los más estrictamente conductuales (p. ej., Mowrer, 1960) se asume que las obsesiones son pensamientos asociados a ansiedad (condicionados) y las compulsiones (y por extensión otros tipos de estrategias de control), impiden o dificultan la exposición a las obsesiones, disminuyendo la ansiedad y malestar que producen las obsesiones, y por tanto, reforzándolas negativamente. Esta relación funcional, además, es el pilar fundamental de los tratamientos tradicionales de exposición con prevención de respuesta. Esta idea ha obtenido apoyo empírico en diversos estudios experimentales que demuestran el efecto ansiolítico de las compulsiones (revisión en Rachman y Shafran, 1998) y de la neutralización en sentido restringido (de Silva, Menzies y Shafran, 2003; Rachman, Shafran, Mitchell, Trant y Teachman, 1996; van den Hout, van Pol y Peters, 2001): si se realizan estas conductas, se

produce una reducción inmediata de la ansiedad (que es reforzada negativamente). Pero a la vez, si no se realizan, los estudios mencionados demuestran que se produce una habituación natural a las obsesiones, si bien mediante un periodo de tiempo más largo. El problema, obviamente, es que los pacientes desconocen esto y la urgencia de reducir el malestar provocado por la obsesión simplemente actúa como un impulso irresistible a actuar de algún modo.

(2) permiten que la persona considere que “las cosas ya están bien, exactamente como tienen que estar o en su sitio” (“*just right feelings*”) (Leckman, McDougle, Pauls, Peterson, Grice, King et ál., 2000), a través de un proceso en el que probablemente medien sesgos de ilusión de control relacionados con uno mismo y con el propio entorno.

(3) reducen la probabilidad de que ocurra un suceso indeseado (Carr, 1974). El obsesivo cree que sus estrategias previenen la ocurrencia de lo que teme (p. ej., contraer una enfermedad), por tanto, tienen un carácter protector de consecuencias catastróficas. Dado que el sujeto no abandona sus estrategias, no puede comprobar que no suceden tales consecuencias.

(4) disminuyen la responsabilidad percibida y asociada a la prevención del daño hacia uno mismo o hacia los demás (Salkovskis, 1985, 1989, 1999)

(5) favorecen el mantenimiento de sus creencias y valoraciones erróneas: como el sujeto sigue realizando sus estrategias de afrontamiento, no obtiene suficiente evidencia en contra de las valoraciones/creencias disfuncionales, además,

(6) muchas estrategias en el TOC tienen que ver con esfuerzos voluntarios por no pensar en las ideas obsesivas, o por eliminarlas del flujo de los pensamientos conscientes (“estrategias de supresión”). Puede que este tipo de estrategias actúen directamente provocando un aumento (en lugar de una disminución) de la presencia de obsesiones. En este sentido, son numerosas las investigaciones que intentan demostrar los efectos paradójicos asociados a los intentos de supresión, aunque con resultados poco concluyentes (p. ej. revisiones de Abramowitz, Tolin y Street, 2001; Purdon, 1999; Purdon y Clark, 2001; Rassin, Merckelbach y Muris, 2000). En el apartado que sigue se revisan algunas de las principales conclusiones de estos estudios.

INVESTIGACIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LAS OBSESIONES

El estudio de las estrategias de control empleadas en el TOC se ha realizado desde dos vertientes principales. En primer lugar, hay una importante línea de investigación que estudia el efecto paradójico y contraproducente de la *supresión* intencional de PIO y obsesiones, estos trabajos surgen del trabajo pionero de Wegner (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987) en el que se pedía a un grupo de personas que “no pensarán” en un oso blanco, instrucción que paradójicamente aumentaba el número de

pensamientos no deseados (es decir, pensamientos intrusos o PI) sobre osos blancos. Desde el trabajo de Wegner se han realizado numerosos estudios con población no clínica (p. ej., Belloch y Morillo, 2002; Belloch, Morillo y Giménez, 2004; García-Soriano y Belloch, 2004; Janeck y Calamari, 1999; McNally y Ricciardi, 1996; Purdon y Clark, 2001; Rutledge, 1998; Salkovskis y Campbell, 1994; Trinder y Salkovskis, 1994) y a pesar de que los incrementos paradójicos de la frecuencia de los pensamientos no se han encontrado de forma consistente, algunos autores coinciden en que los intentos de supresión son contraproducentes porque interfieren con la habituación normal a los pensamientos (Belloch et ál., 2004; Purdon y Clark, 2001). El estudio de la supresión intencional no solo se ha estudiado en el TOC (p. ej., Abramowitz et ál., 2001; Purdon, 1999; Purdon, 2004; Smári, 2001), sino también con la supresión de otras intrusiones como las memorias intrusas del TEPT (p. ej., Guthrie y Bryant, 2000), las preocupaciones del TAG (p. ej., Becker, Rinck, Roth y Margraf, 1998) o las intrusiones durante el insomnio (p. ej., Harvey, 2003) pero los resultados tampoco son del todo concluyentes.

La segunda línea de investigación ha estudiado las *estrategias de control* tanto en población normal como clínica, especialmente a partir de la aplicación de dos cuestionarios. El instrumento más empleado es el *Inventario de Supresión del Oso Blanco* (WBSI; Wegner y Zanakos, 1994) que evalúa la tendencia general a suprimir pensamientos intrusos, y se considera una medida de supresión crónica (o en otros términos, un rasgo), así como una medida subjetiva de la falta de habilidad para ignorar pensamientos indeseados (McKay y Greisberg, 2002). Una limitación del WBSI es que no evalúa cómo se intentan suprimir los PI. El *Cuestionario de Control de Pensamientos* (Thought Control Questionnaire, TCQ; Wells y Davies, 1994) subsana en parte esta deficiencia al evaluar cinco estrategias diferentes para suprimir los pensamientos: la distracción, el control social, la preocupación, el castigo y las revaloraciones. Hay evidencias que indican que no todas estas las estrategias son disfuncionales: de hecho, la preocupación y el castigo son las que parecen ser verdaderamente problemáticas (Abramowitz, Whiteside, Kalsy y Tolin, 2003b; Amir, Cashman y Foa, 1997; Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007b; Fehm y Hoyer, 2004; Rassin y Diepstraten, 2003; Reynolds y Wells, 1999; Tolin, Worhunsky, Brady y Maltby, 2007; Wells y Davies, 1994). Estos trabajos comparando muestras TOC con grupos control clínicos y/o no clínicos, han encontrado resultados como los que se enumeran a continuación.

- Los pacientes con TOC, en comparación con un grupo no clínico, empleaban con menor frecuencia la distracción, y por el contrario, utilizaban el autocastigo y la preocupación en mayor medida (Amir et ál., 1997)

- Los pacientes con TOC, en comparación con pacientes con trastornos de ansiedad no TOC y población general no clínica, empleaban con mayor frecuencia las estrategias de preocupación y castigo, y con menor frecuencia la distracción (Abramowitz et ál., 2003b)

- En pacientes TOC se detecta una asociación significativa entre grado o nivel de obsesionalidad y utilización del autocastigo (Rassin y Diepstraten, 2003)

- Las personas con TOC, en comparación con pacientes ansiosos no TOC, emplean más la estrategia de castigo (Tolin et ál., 2007)

- Las personas con TOC, en comparación con la población general no clínica, utilizaban más la estrategia de castigo, y menos la distracción (Fehm y Hoyer; 2004, estudio 2), pero no se diferenciaban de otro grupo de pacientes ansiosos sin TOC.

- Los pacientes con TOC, en comparación con pacientes deprimidos, ansiosos no-TOC y población general no clínica, emplean con más frecuencia la estrategia de autocastigo (Belloch et ál., 2007b)

En todos los trabajos anteriores se evalúan las estrategias generales que emplean las personas con sus pensamientos. Sin embargo, hay otro grupo de trabajos que han estudiado las estrategias empleadas por pacientes con TOC en relación a obsesiones concretas. El grupo de Ladouceur ha observado que un grupo de pacientes con TOC (vs controles ansiosos) empleaban más las *compulsiones* y la *comprobación cognitiva*, y menos la distracción y la neutralización en respuesta a su obsesión más frecuente. Así mismo, respecto a un grupo de controles no clínicos, los TOC empleaban más la supresión y realizaban más compulsiones (Ladouceur et ál., 2000). En un trabajo realizado con el ROII, hemos observado que los pacientes con TOC (vs ansiosos no TOC, deprimidos y normales) empleaban más las estrategias de *neutralización*, *supresión* y *búsqueda reaseguración* para hacer frente a su obsesión más molesta, y menos las estrategias de distracción (Morillo et ál., 2007a).

Para concluir este apartado, resumiremos, siguiendo a Clark (2004), el estado de la cuestión sobre las estrategias de control en el TOC.

- **Variación de estrategias de control:** las personas con TOC emplean un amplio rango de estrategias de control

- **Prevalencia del control mental:** en el TOC se emplean más a menudo las estrategias de control mental que las compulsiones (Freeston y Ladouceur, 1997b)

- **Estrategias de control disfuncionales:** los pacientes con TOC tienden a emplear en mayor grado estrategias disfuncionales como los rituales compulsivos, la parada de pensamiento, las preocupaciones y, especialmente, el castigo (Abramowitz et ál., 2003b; Amir et ál., 1997; Belloch et ál., 2007b; Fehm y Hoyer; 2004; Ladouceur et ál., 2000)

En un trabajo de nuestro grupo de investigación se ha observado que los pacientes TOC, tanto tras la terapia de exposición con prevención de respuesta como cognitiva, disminuía el uso de la

estrategia general de supresión (WBSI). Además, los pacientes recuperados redujeron el empleo de las estrategias de castigo y revaloración entre el pre y el post-tratamiento (evaluadas con el TCQ) (Cabedo, 2007).

□ **Estrategias de control efectivas:** la estrategia más efectiva y la menos empleada por los pacientes con un TOC es la de No hacer nada (Ladouceur et ál., 2000). No obstante, hay que decir que según nuestros resultados con el ROII, es también la estrategia menos utilizada por la población general no clínica cuando se enfrenta a un PIO molesto. Por tanto, la tendencia habitual ante una intrusión molesta y egodistónica, es la de “hacer algo” para afrontarla (Morillo et ál., 2007a).

□ **Control inefectivo:** las estrategias de control parecen menos eficientes en las personas con TOC que en la población no clínica (Ladouceur et ál., 2000)

□ **Contexto y contenido del pensamiento:** el contexto y contenido -tipo de PIO- determinarán las estrategias empleadas (Langlois et ál., 2000b; Lee y Kwon, 2003). Dado que este aspecto guarda relación con los subtipos del TOC, lo retomaremos en un apartado posterior.

3 RESUMEN DE LAS IDEAS MÁS RELEVANTES DEL CAPÍTULO Y DIRECCIONES FUTURAS

Antes de cerrar este capítulo remarcaremos los aspectos del mismo que son centrales para este trabajo.

□ Nuestro estudio se enmarca dentro del modelo cognitivo del TOC, que asume que el aspecto nuclear del trastorno son las obsesiones, mientras que las compulsiones son una más de las estrategias de control de las obsesiones.

□ El modelo cognitivo plantea que las obsesiones tienen su origen en una modalidad particular de pensamientos intrusos, que experimenta la mayoría de la población, y cuyo contenido y forma son similares a los de las obsesiones clínicas, si bien resultan mucho menos frecuentes, molestos, e inaceptables que las obsesiones. Estos PI recibirán la denominación de Pensamientos Intrusos análogos a Obsesiones (PIO). El ROII ha demostrado ser el instrumento psicométrico más adecuado, hasta el momento, para evaluar los PIO.

□ Los modelos cognitivos mantienen que los PIO se convierten en obsesiones porque se *valoran* de forma disfuncional, lo que da paso a que las personas pongan en marcha una serie de estrategias con la intención de controlarlos, minimizar su impacto emocional, o suprimirlos. Pero estas *estrategias*, que a corto plazo disminuyen el malestar asociado a la valoración disfuncional inicial, provocan un incremento paradójico posterior de los PIO. Por tanto, su reaparición en el flujo de pensamiento consciente genera una reagudización del malestar inicial, generándose así un círculo vicioso que, finalmente, culmina en una

recurrencia prácticamente constante del PIO inicial, el cual ha adquirido ya características de síntoma clínicamente significativo (i.e., obsesión).

□ No todas las personas valoran de forma disfuncional sus PIO. Serán más propensos a realizar este tipo de valoraciones quienes mantengan ciertas *creencias* disfuncionales sobre los pensamientos y su naturaleza. Por tanto, esas creencias constituyen un factor de vulnerabilidad para valorar de forma disfuncional los PIO y que se conviertan en obsesiones.

□ Los modelos cognitivos no especifican por qué solo algunos, y no todos los PIO de las personas vulnerables se convierten en obsesiones. Algunos autores sugieren que los PIO que se convierten en obsesiones son aquellos que resultan personalmente significativos, que contradicen aspectos importantes para las personas, o que son egodistónicos (Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998a, 2003; Salkvoskis, 1985). Sobre esta última idea volveremos en el Capítulo 3.

□ Por tanto, podríamos señalar que los elementos centrales del modelo cognitivo son: los PIO, las obsesiones, las creencias, las valoraciones y las estrategias de control, y en estos aspectos nos centraremos a lo largo de este trabajo. Sin embargo, a pesar de que el OCCWG ha delimitado una serie de creencias disfuncionales que se suponen específicas del TOC, no hay consenso a la hora de establecer cómo las valoraciones y las creencias se relacionan con los diferentes síntomas obsesivo-compulsivos. De hecho, hemos visto que las evidencias empíricas a favor del papel jugado por las diferentes creencias es contradictoria, y los estudios realizados no acaban de apoyar los supuestos del modelo cognitivo en este aspecto particular. Algunos autores apuntan que los resultados no son concluyentes porque el TOC es un trastorno heterogéneo que no se puede estudiar como un todo, por ello el próximo capítulo lo dedicaremos a revisar los trabajos que se han realizado centrados en el estudio de la heterogeneidad del TOC y su relación con los elementos centrales de los modelos cognitivos.

CAPÍTULO 2

LA HETEROGENEIDAD DEL TOC

Como se ha visto en el capítulo precedente, el TOC se ha considerado un trastorno unitario en los principales sistemas nosológicos actuales (DSM-IV-TR y CIE-10). Sin embargo, en la clínica se observan manifestaciones muy diferentes de síntomas, tanto en la forma como en el contenido, así como respuestas al tratamiento muy variables que no son explicables apelando a factores como la comorbilidad, la duración del trastorno, o variables de tipo demográfico. Es asimismo frecuente observar la coexistencia en un mismo paciente de diversas modalidades y/o contenidos del trastorno, o la transición de unas a otras en el curso del mismo. A medida que aumenta la investigación sobre el TOC, su complejidad queda manifiesta y un número creciente de investigadores asume y estudia su heterogeneidad. Muestra de ello es que en los últimos años se han publicado diferentes artículos de revisión (p. ej., Mataix-Cols, do Rosario-Campos y Leckman, 2005a; McKay, Abramowitz, Calamari, Kyrios, Radomsky, Sookman et ál., 2004) y números monográficos de publicaciones periódicas de prestigio dedicados al tema (*Behaviour Therapy*, 2005, 36). Además, es un tema de discusión en el grupo de consenso que está trabajando en la clasificación y ordenación de los trastornos de ansiedad para la futura versión V del DSM (First, 2006; Mataix-Cols, Pertusa y Leckman, 2007).

Plantear que el TOC puede ser un trastorno homogéneo, implica diferentes opciones: (a) que sea un trastorno unitario y con límites o diferencias precisas en relación con otros, (b) que se trate de un trastorno unitario, si bien se presenta bajo diversas manifestaciones, subtipos, o modalidades, que difieren entre sí solo desde un punto de vista fenotípico, o (c) que sea un trastorno nuclear (prototípico) en torno al cual se agrupa un conjunto de trastornos (por ejemplo, el espectro obsesivo compulsivo). Pese al creciente número de trabajos y publicaciones sobre el tema, aún es pronto para decidir sobre el planteamiento más correcto, tanto respecto a la homogeneidad como para su alternativa, la heterogeneidad, pues la aproximación a su estudio es compleja, tal y como lo evidencian la variedad de trabajos empíricos recientes y la ausencia de consenso entre los mismos (p. ej., Baer, 1994; Leckman et ál., 1997; Lee y Kwon, 2003).

Ahora bien, la posibilidad de identificar subconjuntos o categorías homogéneas de pacientes con TOC y, como consecuencia, el desarrollo de un sistema de subtipos sencillo de emplear, fiable, válido, comprensible y significativo puede tener enormes implicaciones positivas. Además de proporcionarnos una descripción más exacta y definida de la psicopatología del TOC, tendrá importantes implicaciones tanto a nivel *etiológico* (p. ej., buscar una etiología común para el desarrollo de unos síntomas determinados o patrones de creencias diferenciales en función de la categoría de TOC), como de *evaluación y diagnóstico* (p. ej., creación y uso de métodos y herramientas de evaluación mejores que a

su vez proporcionen un mejor conocimiento de estas manifestaciones del TOC), y *terapéutico* (p. ej., detección de aquellos subtipos que respondan peor a la terapia y desarrollo de protocolos de tratamiento específicos y eficaces). A continuación, describiremos brevemente tanto las taxonomías racionales como empíricas, siempre teniendo en cuenta que la investigación sobre las diferencias entre subtipos, aunque muy prometedora, está aún en sus inicios.

El acercamiento al estudio de la heterogeneidad se ha realizado desde el supuesto de que los diferentes fenotipos (p. ej., basados en las manifestaciones clínicas de los síntomas -contenido, función, gravedad- o en la respuesta al tratamiento) son la expresión de diferentes “genotipos”, entendiendo genotipo en un sentido muy amplio que abarcaría diferencias a nivel de creencias, edad de inicio del trastorno, comorbilidad con otros trastornos, etc. Así, el estudio de la heterogeneidad del TOC se ha centrado en la delimitación de los diferentes fenotipos, y en la búsqueda de las diferencias que subyacen a los mismos. No obstante, hay que decir que tanto la delimitación de los fenotipos como la de los “genotipos” se ha realizado en muchas ocasiones sobre la base de los mismos o muy parecidos criterios. Por ejemplo, se ha trabajado con las creencias disfuncionales como fenotipo o criterio para clasificar a los pacientes en grupos, pero también como “genotipo” explicativo de esas mismas agrupaciones de pacientes.

Respecto a la delimitación del *fenotipo*, se han propuesto taxonomías basadas en criterios tan variados como los que a continuación se enumeran:

(1) las características demográficas y clínicas como la edad de comienzo del trastorno (p. ej., Geller, Biederman, Jones, Park, Schwartz, Shapiro et ál., 1998) o la historia familiar de TOC (p. ej., Christensen, Kim, Dysken y Hoover, 1992)

(2) la gravedad de los síntomas, interferencia o malestar que provocan (p. ej., Amir, Foa y Coles, 1997; Fals-Steward, 1992; McKay, Danyko, Neziroglu y Yaryura Tobias, 1995)

(3) condiciones comórbidas como la presencia o ausencia de tics (p. ej., Leckman, Grice, Barr, deVries, Martin, Cohen et ál., 1995) o de trastornos de personalidad (p. ej., Fals-Steward y Lucente, 1993; Sobin, Blundell, Weiller, Haiman y Karayiorgou, 2000)

(4) la forma de aparición de las obsesiones (duda, pensamiento, impulso, miedo o imagen) (p. ej., Akhtar, Wid, Verna, Pershod y Verna, 1975)

(5) el tipo de déficit neuropsicológico (p. ej., Harris y Dinn, 2003).

Sin embargo, la mayoría de estudios, tanto a nivel racional como a nivel empírico, se han centrado en establecer taxonomías sobre la base del contenido de la sintomatología obsesivo-compulsiva (OC). Y es a estos trabajos a los que dedicaremos la mayor parte de esta revisión, y en menor medida a

quienes establecen fenotipos en función de características cognitivas (i.e., creencias).

1 TAXONOMÍAS DEL TOC DERIVADAS RACIONALMENTE

Las primeras taxonomías del TOC se realizaron desde una perspectiva racional, definiendo subgrupos de síntomas derivados de consideraciones meramente lógicas como los contenidos de las obsesiones y de las compulsiones (p. ej., Foa y Wilson, 1992; Kozak, Foa y McCarthy, 1988; Lewis, 1936; Marks, 1987).

Una de las clasificaciones más relevantes y más utilizadas en la práctica clínica, es la que divide a los pacientes TOC en dos grandes grupos en función de la **ausencia o presencia de compulsiones manifiestas** u observables (p. ej., rituales de limpieza, comprobación). Los pacientes que no presentan compulsiones manifiestas son tradicionalmente identificados como “obsesivos puros” o “rumiadores”, mientras que a los pacientes que sí presentan compulsiones se les etiqueta como “obsesivos con compulsiones manifiestas” (Rachman, 1971). Esta división es la que han seguido los sistemas de clasificación psiquiátricos, por ejemplo, la CIE-10 especifica tres subgrupos de TOC, los que manifiestan predominantemente obsesiones, los que tienen más compulsiones y los mixtos.

Esta clasificación basada en la ausencia *versus* presencia de compulsiones, se ha vinculado a implicaciones terapéuticas. Tradicionalmente, los cuadros de TOC sin compulsiones manifiestas, además de considerarse una variante rara del trastorno, se han asociado a fracaso terapéutico al tener una mala respuesta al tratamiento conductual (i.e., exposición con prevención de respuesta) que funcionaba con los TOC (p. ej., Salkovskis y Westbrook, 1989). Sin embargo este panorama ha ido cambiando durante la última década (p. ej., Rachman, 2003), y en la actualidad se considera una presentación clínica del trastorno relativamente frecuente, aunque menos que la obsesivo-compulsiva, y con posibilidades de tratamiento prometedoras. Algunos investigadores señalan que una proporción considerable de pacientes (entre un 17 y un 44% según Freeston, Ladouceur, Gagnon, Thibodeau, Rhéaume, Letarte y Bujold, 1997) no presentan compulsiones observables (p. ej., Baer y Minnichello, 1990; Hooduin, de Haan, Schaap y Arts, 1987). Estudios epidemiológicos revelan entre un 20 y un 60% de pacientes con obsesiones y sin compulsiones observables (p. ej., entre un 20-30% según Stein, Forde, Anderson y Walker, 1997; entre un 50 y el 60 % según Weissman, Bland, Canino, Greenwald, Hwu, Lee et ál., 1994). Un estudio epidemiológico más reciente ha señalado que un tercio de los pacientes TOC presentan obsesiones sin compulsiones manifiestas (Welkowitz, Struening, Pittman, Guardino y Welkowitz, 2000).

Ya hemos señalado que esta diferenciación tradicional entre “obsesivos puros” y “obsesivos con compulsiones” se centra en los aspectos más fenotípicos u observables del trastorno, obviando aspectos tan importantes como, por ejemplo, la existencia de *temas* obsesivos diferentes o los *mecanismos* diferenciales potencialmente *implicados* en su génesis y mantenimiento, lo que puede tener implicaciones

diversas en el curso del trastorno, en su comorbilidad, o en la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, parece razonable suponer que tener obsesiones sobre la necesidad de mantener una limpieza absoluta en la propia casa, no tenga las mismas consecuencias y/o correlatos emocionales, conductuales o sobre el autoconcepto, que obsesiones sobre herir gravemente a un ser querido. Sin embargo, pocos trabajos han estudiado características diferenciales “genotípicas” entre los obsesivos puros y los obsesivos con compulsiones. Hace más de una década, Arts, Hoogduin, Schaap y de Haan, (1993) investigaron las diferencias entre estos subgrupos tanto en función de variables demográficas como clínicas, encontrando que los obsesivos puros estaban más frecuentemente casados, tenían un menor nivel educativo, las quejas habían empezado a una edad más tardía, describían más síntomas depresivos y se manifestaban como menos inteligentes.

Nos gustaría señalar que esta clasificación de “obsesivos puros” y “obsesivos con compulsiones” ha provocado no pocas confusiones porque se ha tendido a confundir cualquier *estrategia de control* con un tipo concreto: la “compulsión”. Ya hemos visto que las estrategias dirigidas a contrarrestar el malestar provocado por las obsesiones son muy diversas y que pueden ser conductas tanto encubiertas (ritualizadas o no) como manifiestas (ritualizadas o no). Con el término “compulsión” nos referimos a las estrategias encubiertas o manifiestas pero siempre ritualizadas, que implican la pérdida del control de impulsos o la imposibilidad de dejar de realizar la conducta (p. ej., el lavado repetitivo de las manos o el conteo mental). Por tanto, al distinguirse entre obsesiones con o sin compulsiones, se está haciendo referencia a si las obsesiones van o no acompañadas de una estrategia de control concreta caracterizada por rituales (encubiertos o no). Dado que partimos del punto de vista de que el componente principal del trastorno obsesivo-compulsivo son las obsesiones, y que las compulsiones son simples estrategias de control, la distinción entre obsesiones con y sin compulsiones, nos parece poco adecuada.

Las clasificaciones que se presentan a continuación no difieren excesivamente de la clasificación dicotómica que acabamos de describir, porque las manifestaciones observables del trastorno siguen teniendo mucho peso y los subtipos se establecen especialmente en función del tipo de compulsiones que presenta el paciente (p. ej., limpieza, comprobación, repetición, orden), por lo que los pacientes sin compulsiones manifiestas se suelen introducir en un cajón de sastre de “obsesiones” (Marks, 1987), “obsesivos sin conductas compulsivas manifiestas” (de Silva y Rachman, 1992) u “obsesivos” (Kozak, Foa y McCarthy, 1988). Existen bastantes clasificaciones pero ninguna cuenta con un consenso generalizado. Comentaremos brevemente las clasificaciones de Marks (1987), de Silva y Rachman (1992) e Insel (1984, 1985) y el modelo del grupo de Foa (Foa y Wilson, 1992; Foa, Steketee y Ozaron, 1985; Kozak et ál., 1987).

Marks (1987) diferencia tres tipos de manifestaciones clínicas en el TOC: (1) rituales compulsivos con obsesiones (que se subdividen en 5 subtipos en función de que los rituales sean de

limpieza, repetición, comprobación, acumulación u orden), (2) lentitud sin rituales visibles (suele deberse al elevado número de repeticiones que la persona lleva a cabo) y las (3) obsesiones. En una línea similar, **de Silva y Rachman** (1992) identifican cinco subtipos, aunque señalan que en cada persona predominarán uno o dos: (1) compulsiones de limpieza/lavado, (2) compulsiones de comprobación, (3) otro tipo de compulsiones manifiestas (repeticiones reiteradas de determinadas conductas, seguir secuencias estrictas, o compulsiones de tocar y las compulsiones de acumulación), (4) obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta y (5) lentitud obsesiva primaria. E **Insel** (1984, 1985) (citado en Vallejo, 1995) señaló los siguientes subtipos: (1) obsesivos de limpieza, (2) dubitativos con conductas de comprobación, (3) rumiadores con pensamientos pero sin conductas obsesivas y (4) obsesivos con enlentecimiento. Un resumen de estos tres modelos aparece en el Cuadro 14.

Cuadro 14. Resumen de las taxonomías derivadas racionalmente.

Marks (1987)	de Silva y Rachman (1992)	Insel (1984, 1985)
(1) rituales compulsivos con obsesiones 1.1 limpieza 1.2. repetición 1.3 comprobación 1.4 acumulación 1.5 orden (2) lentitud sin rituales visibles (3) obsesiones	(1) compulsiones de limpieza/lavado (2) compulsiones de comprobación (3) compulsiones (4) lentitud obsesiva primaria (5) obsesiones no acompañadas de conducta compulsiva manifiesta	(1) obsesivos de limpieza (2) dubitativos con conductas de comprobación (3) rumiadores con pensamientos pero sin conductas obsesivas (4) obsesivos con enlentecimiento

El **grupo de Foa** (Foa et ál., 1985; Kozak et ál., 1987) propone una clasificación que surge de la combinación de tres elementos: (1) el tipo de indicios que provocan ansiedad (los indicios internos estarían presentes en todas las personas con TOC, pero los externos podrían estar presentes o ausentes, p. ej., rozar accidentalmente algo que podría estar contaminado), (2) la presencia o ausencia de pensamientos sobre posibles consecuencias catastróficas (p. ej., ante la duda de haber cerrado bien la puerta de casa pensamientos sobre las consecuencias catastróficas de que entren a robar) y (3) el tipo de actividad/compulsión (manifiesta/motora o encubierta/cognitiva) que reduce la ansiedad. La combinación de estos tres criterios da lugar a ocho subtipos de TOC de los cuales solo seis se han observado en la clínica. Esta tipología permite asociar subtipos con distintas alternativas terapéuticas (Botella y Robert, 1995). Foa y sus colaboradores, igual que otros muchos autores, defienden que los subtipos no son mutuamente excluyentes, ya que un paciente puede tener síntomas de varios tipos (algo que también indican de Silva y Rachman, 1992). Además, más que la presencia *versus* la ausencia total de estímulos disparadores y de anticipación de consecuencias catastróficas, los autores realizan esta distinción atendiendo a tendencias generales o cuestiones de grado, por lo que estaríamos ante un modelo claramente dimensional.

2 TAXONOMÍAS DEL TOC DERIVADAS EMPÍRICAMENTE

La aproximación al estudio empírico de la heterogeneidad del TOC se ha realizado desde diferentes vertientes, que en general han estudiado su estructura a través de listados de síntomas evaluados por medio de autoinformes o entrevistas semiestructuradas. Con este objetivo, se han empleado tanto instrumentos de síntomas obsesivo compulsivos (p. ej., MOCI, Y-BOCS), como de pensamientos intrusos obsesivos análogos a las obsesiones (p. ej., ROI), y se ha empleado tanto población clínica TOC como no clínica.

Esta aproximación se ha realizado desde dos vertientes teóricas diferentes que se han asociado a dos técnicas estadísticas multivariadas difíciles de integrar: el cluster y el análisis factorial. Desde la primera perspectiva se trata de describir *subtipos o categorías* homogéneas de sujetos con TOC (p. ej., Calamari, 2005), mientras que desde la segunda (p. ej., Mataix-Cols et ál., 2005a) se niega la existencia de subtipos de pacientes como tal, redefiniéndolos como *extremos de un continuo o dimensión de síntomas* en la que se situarían todos los sujetos.

Por tanto, el enfoque **categorial** asume que el TOC está formado por subtipos, subgrupos o categorías diferentes, y desde esta perspectiva algunos trabajos han establecido tipologías de pacientes en función de sus síntomas (p. ej., Abramowitz, Franklin, Schwartz y Furr, 2003; Calamari et ál., 1999; Calamari, Wiegartz, Riemann, Cohen, Greer et ál., 2004). En el análisis cluster los sujetos se asignan a grupos maximizando las diferencias entre grupos y minimizando las diferencias o variabilidad dentro del grupo. Se entiende que dentro de esta perspectiva todos los trabajos se han realizado con población clínica TOC. Desde el **dimensional**, los subtipos no existen por sí mismos, sino que son puntos extremos dentro de un continuo. Estos últimos trabajos utilizan técnicas de análisis factorial (exploratorio y confirmatorio) para desvelar la estructura o dimensiones subyacentes a las manifestaciones sintomáticas observadas en las medidas de síntomas TOC (p. ej., Denys, de Geus, van Megen y Westenberg, 2004; Mataix-Cols, Rauch, Manzo, Jenike y Baer, 1999; Summerfelt et ál., 1999). Las dimensiones o factores que se derivan no son mutuamente excluyentes como los subtipos, porque cada sujeto puede puntuar en una o más dimensiones de síntomas a la vez. Dado que el modelo dimensional asume un continuo entre la normalidad y la patología y que los estudios factoriales requieren amplias muestras de sujetos, los estudios se han realizado tanto con población clínica TOC como no clínica. Sin embargo, la mayoría de los mismos se han realizado con población clínica y se ha buscado la confirmación de la estructura en muestras clínicas.

Asociados a estos trabajos, se han realizado otros que analizan si los diferentes factores y dimensiones de síntomas, se asocian de forma diferencial a creencias, valoraciones y estrategias de control.

2.1 CLASIFICACIONES OBTENIDAS EN POBLACIÓN NO CLÍNICA

Partiendo de uno de los supuestos centrales del modelo cognitivo, una línea importante de investigación ha trabajado la heterogeneidad del TOC a partir del estudio de qué ocurre en la población no clínica. Y esta aproximación se ha realizado de dos formas diferentes:

- por medio del empleo de instrumentos desarrollados específicamente para evaluar obsesiones y compulsiones y
- con instrumentos desarrollados para evaluar pensamientos intrusos obsesivos.

Dado que la población no clínica no presenta obsesiones ni compulsiones propiamente dichas, parece más apropiado emplear instrumentos desarrollados para la evaluación de ambos fenómenos sin que necesariamente ello comporte significado clínico. Por tanto, centraremos nuestra atención en la segunda aproximación. Sin embargo, ya desde este momento es preciso anotar lo que se podría entender como una limitación de este enfoque: la investigación sobre PIO se realiza exclusivamente sobre ellos, en tanto que se les considera como análogos válidos de las obsesiones clínicas. Y, como desde la perspectiva cognitiva, las compulsiones forman parte de las estrategias de neutralización consecuentes a la experiencia de un PIO, estas estrategias se examinan en relación a contenidos concretos de estos pensamientos, y no de manera independiente.

Se han desarrollado diferentes instrumentos para evaluar la frecuencia de pensamientos intrusos obsesivos en población normal, si bien la mayoría de los mismos parten de una definición amplia de qué es un pensamiento intruso, evaluando no solo PIO sino también pensamientos automáticos negativos o preocupaciones. Por ejemplo, Freeston et ál. (1991) hallaron que los factores del Cuestionario de Intrusiones Cognitivas (CIQ) estaban más correlacionados con síntomas depresivos y ansiosos que obsesivo-compulsivos. En este apartado nos centraremos en el único estudio que ha realizado una factorización de los contenidos de los PIO (Purdon y Clark, 1993), pues el resto de trabajos que han evaluado PIO y analizado su estructura factorial, han incluido además otras variables relevantes para los PI (p. ej., molestia, duración o aceptabilidad) (p. ej., Edwards y Dickerson, 1987; England y Dickerson, 1988; Parkinson y Rachman, 1981).

EL INVENTARIO DE INTRUSIONES OBSESIVAS: OII Y ROII

Purdon y Clark (1993) diseñaron el Inventario de Intrusiones Obsesivas (Obsessional Intrusions Inventory, OII) para evaluar exclusivamente pensamientos, imágenes e impulsos similares a las obsesiones en población no clínica. El OII evalúa la frecuencia de 52 PIO de diferente contenido, que fueron seleccionados entre los ítems experimentados al menos alguna vez por más del 75% de la muestra (no clínica). Sobre estos ítems realizaron una serie de análisis factoriales exploratorios (AFE) independientes para cada una de las muestras, observándose una estructura de un solo factor sobre

temas sexuales y agresivos en el caso de los hombres (33 ítems), y dos factores (26 ítems de contenidos de sexo y agresión y 10 ítems sobre suciedad y contaminación) en las mujeres. En la revisión del instrumento, Purdon y Clark (1994b; Revised Obsessional Intrusions Inventory, ROII) cambiaron el formato de respuesta (quedando en una escala de 0 'nunca he tenido ese pensamiento' a 6 'tengo ese pensamiento frecuentemente durante todo el día') y decidieron emplear la puntuación total del inventario. El ROII consta de una 2ª parte en la que se evalúan una serie de valoraciones y estrategias de control asociadas al PIO *más molesto*. La describiremos en un apartado posterior.

El ROII ha sido traducido y validado por el grupo de investigación en el que se enmarca esta tesis tanto en en población española clínica (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007) como no clínica (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004). Siguiendo el trabajo de Purdon y Clark (1993), Belloch et ál. (2004) realizaron un AFE sobre los 46 ítems (del total de 52) que habían sido experimentados por más de un 80% de la muestra (N=336 no clínicos). La solución factorial que mejor se ajustaba, tanto para hombres como para mujeres, fue la de dos factores, equivalente a grandes rasgos a la solución factorial obtenida por Purdon y Clark (1993) para la muestra de mujeres. Un primer factor explicaba un 29,6% de la varianza y contenía 36 ítems referidos a PIO sobre agredir a otros, sexuales y sobre conductas inmorales, y el segundo factor explicaba un 6,4% de la varianza (10 ítems).

De forma paralela, Lee y Kwon (2003) también han estudiado la estructura factorial del ROII, tanto a través de AFE como de análisis factorial confirmatorio (AFC), con el objetivo de poner a prueba su modelo de obsesiones Autógenas y Reactivas. Estos autores han confirmado una estructura de dos factores que se ajusta a su modelo teórico. El primer factor (41 ítems), Autógeno, sería equivalente al primer factor encontrado por Purdon y Clark (1993) y Belloch et ál. (2004) y contendría PIO autógenos de contenido sexual, agresivo, inmoral o blasfemo. Al segundo factor de PIO (11 ítems) le han denominado Reactivo y haría referencia al factor encontrado por Purdon y Clark (1993) únicamente en las mujeres y al segundo factor identificado por Belloch et ál. (2004), siendo los temas típicos la contaminación, los accidentes, el orden, la simetría y los errores.

En un trabajo posterior, Moulding, Kyrios, Doron y Nedeljkovic (2007) a través de otro AFC han constatado que la estructura bidimensional propuesta por Lee y Kwon (2003) tiene un mejor ajuste que la unidimensional.

Parece por tanto, que los trabajos que han estudiado la estructura del ROII muestran de forma consistente la presencia de dos factores: un primer factor (autógeno) con PIO de contenido *agresivo, sexual, sobre conductas inapropiadas o inmorales* y un segundo factor (reactivo) con una menor representación de ítems que se caracteriza por la presencia de PIO de contenido de *simetría, orden, contaminación y duda*.

Lee y Kwon (2003), sobre la base de la solución de dos factores del ROII, desarrollan un modelo teórico sobre los pensamientos intrusos obsesivos (que extrapolan, de un modo quizá excesivo en nuestra opinión, a las obsesiones clínicas). Este modelo en cierto modo recuerda a la distinción clásica entre obsesiones con y sin compulsiones. Las obsesiones autógenas se corresponderían a lo que Rachman (2003) define como obsesiones; mientras que las obsesiones reactivas serían todas aquellas que excluye y que se han llamado clásicamente obsesiones con compulsiones. Según Lee y Kwon (2003) los pensamientos de temática sexual, blasfema y religiosa constituyen ejemplos típicos de obsesiones autógenas (que podrían ser la base para desarrollar un cuadro obsesivo puro), mientras que los pensamientos sobre contaminación, orden o comprobación constituyen las obsesiones reactivas (que derivan en los subtipos de TOC con compulsiones como lavar, comprobar, ordenar, o acumular). Pero la diferenciación entre obsesiones autógenas y reactivas intenta ir más allá de la mera caracterización fenotípica en función de la presencia o ausencia de compulsiones, y centrándose en la importancia del contenido de las obsesiones, postula un modelo teórico sobre los posibles factores cognitivo-conductuales implicados en el desarrollo de los dos tipos de obsesiones. Las principales características diferenciales entre las obsesiones autógenas y reactivas se resumen en el Cuadro 15. Uno de los aspectos centrales del modelo, y que da nombre a cada uno de los tipos de obsesiones, es la facilidad con que se identifican los estímulos desencadenantes o evocadores del pensamiento: mientras que las obsesiones autógenas aparecen de forma abrupta, las reactivas serían fruto de la reacción ante un estímulo externo identificable. Otros aspectos diferenciales serían la egodistonia que provocan las obsesiones y/o compulsiones y la racionalidad percibida del contenido de la obsesión. Nosotras (Morillo, García-Soriano y Belloch, 2004) consideramos que la egodistonia es un aspecto central para distinguir entre un factor y otro. Tanto las obsesiones autógenas y como las reactivas son egodistónicas, pero mientras que las primeras lo son debido a su contenido, considerado irracional o extraño, las segundas lo son por su persistencia, por la interferencia que ocasionan al ser pensamientos recurrentes y asociarse a la necesidad de poner en marcha conductas “correctivas” (p. ej., comprobar, limpiar).

Cuadro 15. Características diferenciales entre las obsesiones autógenas y reactivas (basado en Lee y Kwon, 2003).

Características	Obsesiones Autógenas	Obsesiones Reactivas
Facilidad para identificar los estímulos desencadenantes	Relativamente difícil. Aparición abrupta en el flujo de pensamiento	Relativamente fácil. Estímulo evocador externo identificable
Conexión entre el contenido del pensamiento y los estímulos desencadenantes	Menor conexión Simbólica o asociativa	Mayor conexión Realista y lógica
Contenidos típicos de las obsesiones:	Sexuales, actos agresivos o violentos, blasfemos, inmorales, escenas o situaciones desagradables	Contaminación o suciedad, duda sobre errores o accidentes, desorden o asimetría, pérdida de cosas importantes
Egodistonia	Alta	Baja

Irracionalidad percibida	Alta	Baja
Facilidad para ser distinguidas de los pensamientos automáticos	Alta	Baja
Estrategias de afrontamiento	Encubiertas y de evitación	Manifiestas y de confrontación
¿Compulsiones asociadas?	No	Limpiar, comprobar, ordenar, acumular

Según Lee y Kwon (2003), las obsesiones autógenas conllevarían valoraciones sobre la *importancia del pensamiento y la necesidad de controlarlo*, mientras que las reactivas estarían asociadas a valoraciones de *responsabilidad* (creencias de que se tiene la capacidad de causar o prevenir sucesos negativos). Cabe destacar que las creencias asociadas a cada tipo de obsesión se corresponden con lo señalado por los modelos específicos de Rachman (2002, 2003). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, Lee y Kwon (2003) plantean que las obsesiones autógenas se asociarían a comportamientos *encubiertos y de evitación*, dirigidos a controlar o suprimir los pensamientos en sí mismos (p. ej., parada de pensamiento, actividades distractoras, imágenes para contrarrestar el pensamiento, autocastigo), mientras que las reactivas llevarían a una *confrontación real* con los estímulos evocadores a fin de modificar la situación problemática y volver al estado de las cosas deseado (p. ej., limpiar, ordenar, comprobar o acumular).

Recientemente Lee, Lee, Kim, Kwon y Telch (2005) han propuesto un modelo similar al de Langlois et ál. (2000a, b) pero incorporando la distinción entre obsesiones autógenas y reactivas de Lee y Kwon (2004). En el Cuadro 16 aparece un resumen de esta propuesta. Las obsesiones reactivas se sitúan entre las autógenas y las preocupaciones en todas las dimensiones excepto en lo inaceptable que resulta el contenido del pensamiento, que es menor en este tipo de obsesiones que en las preocupaciones.

Cuadro 16. Resumen de la propuesta de Lee et ál. (2005) sobre el continuo entre las obsesiones (autógenas y reactivas) y las preocupaciones.

Obsesiones autógenas	Obsesiones reactiva	Preocupaciones
↑bizarras ↑inaceptables ↑egodistónicas ↓probable convierta realidad ↓conciencia de estímulos evocadores identificables	↓↓ inaceptables	↓bizarras ↓inaceptables ↓ egodistónicas ↑probable convierta realidad (más realista) ↑conciencia estímulos evocadores identificables
p. ej. tener sexo con mi sacerdote	p. ej. ¿se ha quedado la puerta abierta?	p. ej. fallo en mi rendimiento laboral

Radomsky y Taylor (2005) opinan que el modelo de Lee y Kwon (2003) supone un gran avance

porque pone en relación los síntomas OC junto con las interpretaciones, valoraciones y creencias asociadas a los mismos, y por tanto podría ser de utilidad para examinar las funciones de los diferentes tipos de obsesiones.

La mayoría de aspectos hipotetizados por el modelo de Lee y Kwon (2003) se han puesto a prueba empleando la segunda parte del **ROIIP**² (Purdon y Clark, 1994), que ha servido para estudiar si los PIO autógenos y reactivos se asociaban de forma diferencial a una serie de valoraciones y estrategias de control. Dos grupos de trabajo (Lee y Kwon, 2003; Belloch et ál., 2007; Belloch, Morillo y García-Soriano, 2006) han estudiado en población tanto no clínica como clínica, las asociaciones entre los dos factores (autógenas y reactivas) y una serie de variables (valoraciones, creencias, estrategias de control).

A nivel de **valoraciones**, en el Cuadro 17 aparecen resumidos los resultados obtenidos por Lee y Kwon (2003; Estudio 1) que apoyan sus hipótesis. Nuestro grupo ha replicado este trabajo (Belloch et ál., 2007c) obteniendo resultados consistentes con los de Lee y Kwon (2003), a pesar de que en nuestro trabajo seleccionamos únicamente aquellos sujetos que habían experimentado su PIO principal con una frecuencia mayor o igual a una o dos veces al mes. Lee y Kwon (2003; Estudio 2) vuelven a comparar a otros dos grupos de sujetos en función de las valoraciones realizadas sobre su PIO más molesto en función de que este fuera autógeno o reactivo. Para ello elaboraron un instrumento semejante al III (OCCWG, 2001), los resultados aparecen también en el Cuadro 17 y de nuevo son consistentes con su modelo.

Cuadro 17. Diferencias entre dos grupos de sujetos no clínicos en las valoraciones de su PIO más molesto en función del contenido del mismo (*prueba t de Student*). Basado en los resultados de Lee y Kwon (2003; estudios 1 y 2).

	Grupo sujetos PIO más molesto autógeno	Grupo sujetos PIO más molesto tipo reactivo
Estudio 1	más <i>culpables</i> cuando lo experimentaban lo percibían como más <i>inaceptable</i> importante controlarlo las <i>consecuencias</i> del mismo se valoraban como más graves	más preocupados por que se <i>convirtiera en realidad</i> pensaban que era más probable que se convirtiera en realidad (FPA- <i>probabilidad</i>)
Estudio 2	el PIO se considera más <i>importante</i> su <i>control</i> se considera más importante	mayor <i>responsabilidad</i> por las consecuencias del PIO

Las hipótesis de Lee y Kwon (2003) también fueron parcialmente replicadas en dos muestras clínicas en las que se dividió a un grupo de *pacientes diagnosticados de TOC* en función de que su obsesión principal fuera de contenido autógeno o reactivo, y se estudiaron las diferencias en las

² En la 2ª parte del ROIIP se pide a los sujetos que seleccionen el PIO (de la lista de 52 PIO de la 1ª parte del ROIIP) que les resulta más molesto y que indiquen cómo se experimenta (p. ej., grado de molestia, culpa o inaceptabilidad), valora (p. ej., probabilidad de que se convierta en real, importancia controlarlo) y controla (frecuencia con la que emplean un listado de 12 estrategias de control como la reaseguración, control social o distracción).

valoraciones realizadas por ambos grupos (Lee, Kwon, Kwon y Telch, 2005). Lee et ál. (2005) observaron que las obsesiones autógenas (n= 14 sujetos cuya obsesión principal era autógena) se asociaban a mayores sentimientos de *culpa*, mientras que las reactivas (n=16) se asociaban a la preocupación porque el *pensamiento se convirtiera en realidad*. Estos resultados son semejantes a los obtenidos por nuestro grupo. Morillo, Roncero, García-Soriano, Belloch, Cabedo, Carrió et ál. (2007) han observado que las obsesiones autógenas (n= 21 pacientes tipo autógeno) se asociaban a un mayor *malestar*, sentimientos de *culpa*, importancia de *control* y preocupación porque el pensamiento se *convirtiera en realidad*; mientras que las obsesiones reactivas (n= 47) se asociaban a una mayor valoración de las *consecuencias* negativas de tener el pensamiento. En general estos resultados apoyan lo observado en muestras no clínicas, siendo la única incongruencia que en el trabajo de Lee y Kwon (2003) la importancia de las consecuencias negativas de tener el pensamiento se relacionaba más con los PIO autógenos que con los reactivos, y Morillo et ál. (2007) obtuvieron la relación opuesta.

El grupo de Lee y Kwon (2003) y Belloch et ál. (2007c) también han estudiado si diferentes contenidos de PIO se relacionaban con **estrategias de control** específicas. Lee y Kwon (2003; Estudio 2) en el trabajo descrito anteriormente, observaron que los sujetos cuyo PIO más molesto era de tipo autógeno empleaban estrategias de evitación (evitación negativa y neutralización), mientras que los sujetos cuyo PIO era reactivo usaban estrategias de tipo confrontativo. Belloch et ál. (2007c) encontraron únicamente diferencias significativas en las estrategias de parada de pensamiento, más empleada por el grupo cuyo PIO principal eran de contenido autógeno, y reaseguración en el otro grupo. Estos resultados aparecen resumidos en el Cuadro 18.

En una muestra clínica, y empleando dos instrumentos diferentes para evaluar estrategias de control, Morillo et ál. (2007b) han encontrado que las obsesiones autógenas se asocian en mayor medida a estrategias de supresión (evaluada con el Inventario de Supresión del Oso Blanco; Wegner y Zannatos, 1994) y de autocastigo (TCQ; Cuestionario de Estrategias de Control, Wells y Davies, 1994) que las reactivas.

Cuadro 18. Resumen resultados de Lee y Kwon (2003; Estudio 2) y Belloch et ál (2007c) respecto al uso diferencial de estrategias de control para hacer frente al PIO más molesto en función de su contenido: autógeno versus reactivo (*pruebas t de Student*).

	Grupo sujetos PIO más molesto autógeno	Grupo sujetos PIO más molesto tipo reactivo
Lee y Kwon (2003; Estudio 2)	Evitación (evitación negativa y neutralización)	Confrontativas
Belloch et ál. (2007)	Parada de pensamiento	Reaseguración

Por último, también se han estudiado las diferencias entre las dos dimensiones de PIO y las **creencias generales**. Moulding et ál. (2007) correlacionaron la puntuación en la primera parte del ROII

de los PIO autogenos y la de los PIO reactivos con un cuestionario de creencias. Los resultados aparecen en el Cuadro 19. Belloch et ál. (2006) en una muestra clínica, realizaron un análisis similar, pero con resultados no consistentes.

Cuadro 19. Papel diferencial de las creencias disfuncionales asociadas al TOC en PIO autógenos y reactivos (empleando el ROII como medida de PIO).

	Moulding et ál. (2007)	Belloch et ál. (2006)
Características muestra	No clínica (N=149)	Clínica TOC (N=39)
Análisis estadísticos	Correlación P autógenas y P reactiva	Correlación P autógenas y P reactiva
Instrumento de creencias	OBQ-44	ICO
Creencias según el OCCWG (2001)		
Responsabilidad	***P reactivos	**P autógenas
Sobrestimación peligro		No significativa la correlación
Perfeccionismo	***P reactivos	No significativa la correlación
Intolerancia incertidumbre		No significativa la correlación
Importancia pensamientos	***P reactivos	**P autógenas
Importancia controlar pensamientos		**P autógenas
FPA-probabilidad		No significativa la correlación
FPA-moral		**P autógenas

PIO: pensamientos intrusos obsesivos; OBQ: Obsessional Beliefs Questionnaire; ICO: Inventario de Creencias Obsesivas; OBQ-44 reducción del OBQ tanto a nivel de ítems como de escalas; ROII: Revised Obsessional Intrusions Inventory; FPA: fusión pensamiento acción; P autógenas: suma frecuencia de los ítems del ROII con contenido autógeno; P reactiva: suma de los ítems del ROII con contenido reactivo.

Se indican únicamente las correlaciones significativas: *Bajas correlaciones; **Medias correlaciones; ***Altas correlaciones según Cohen (1988).

Lee et ál. (2005) han comparado las puntuaciones en creencias (OBQ) entre un grupo de pacientes TOC cuya obsesión más frecuente era Autógena y otro que era Reactiva. Únicamente se observaron diferencias significativas en las creencias de *Responsabilidad, Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre*, que fueron mayores en el grupo de obsesiones de contenido *Reactivo*.

Los resultados entre los diferentes trabajos no permiten concluir nada sobre la importante cuestión de qué creencias son características de unos síntomas y no de otros, y se evidencia la necesidad de trabajos directamente dirigidos a estudiar el papel que juegan las creencias en las obsesiones/PIO de contenido autógeno *versus* reactivo.

2.2 CLASIFICACIONES OBTENIDAS EN POBLACIÓN CLÍNICA

LOS PRIMEROS TRABAJOS

Los primeros trabajos que se aproximaron a la heterogeneidad del TOC desde un enfoque *dimensional* lo hicieron a partir del análisis de la estructura de los instrumentos de síntomas OC. El primer estudio sobre un instrumento validado psicométricamente para identificar subtipos de síntomas fue

el trabajo de Hodgson y Rachman (1977) en el que se desarrolló el **Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley**³ (MOCI). Diferentes trabajos con muestras clínicas con TOC han propuesto una estructura de 4 componentes: (1) limpieza/contaminación, (2) comprobación, (3) duda/minuciosidad y (4) lentitud/repetición (Hodgson y Rachman, 1977; Emmelkamp, Kraaijkamp y van den Hout, 1999). Ante las limitaciones de este instrumento, que no incluye ítems con obsesiones ni con compulsiones encubiertas (p. ej., van Oppen, Hoekstra y Emmelkamp, 1995), se desarrolla el **Inventario de Padua**⁴ (PI, Padua Inventory; Sanavio, 1988) que incluye síntomas cognitivos y conductuales que miden tanto obsesiones como compulsiones. Se han realizado dos revisiones de este instrumento y se han propuesto diferentes estructuras factoriales para cada una de ellas (Cuadro 20), pero únicamente la revisión de van Oppen et ál. (1995) se hace a partir de población con TOC.

Cuadro 20. Estructura factorial de las diferentes versiones del Inventario de Padua.

Nombre instrumento	PI (Sanavio, 1988; Sternberg y Burns, 1990; Van Oppen, 1992)	PI-R (Inventario de Padua Revisado; van Oppen et ál., 1995)	PI-WSUR (Padua Inventory-Washington State University Revision; Burns, Keortge, Formea y Sternberg, 1996)	
Número ítems instrumento	60 ítems	41 ítems	39 ítems	
Muestra	no clínica	clínica (TOC y no TOC)	no clínica	
Factores	Impulsos y preocupaciones sobre pérdida de control conductas motoras (miedo a perder control motor, hace referencia a obsesiones de daño)	Rumiación	Pensamientos obsesivos daño	
		Fobia impulsiva (“ <i>impulse phobia</i> ”)	Impulsos obsesivos de daño	
		Contaminación	Limpieza	Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza
		Conductas de comprobación	Comprobación	Compulsiones de comprobación
	Deterioro del control de las actividades mentales (incluye obsesiones, dudas, preocupaciones, dificultad controlar pensamientos)	Precisión	Rituales de orden en conductas cotidianas (vestirse, arreglarse)	

En estos primeros instrumentos se observa, de forma consistente, la presencia de tres dimensiones que en general contienen tanto obsesiones como compulsiones asociadas a la: *limpieza*, *duda-comprobación* y *obsesiones “puras”*. Sin embargo, éstas no son más que el reflejo de las dimensiones sobre las que se desarrollaron los instrumentos empleados y representan los síntomas más

³ El MOCI está formado por 30 enunciados que evalúan la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos. Taylor (1995) ha señalado que se trata de un listado de síntomas y la puntuación del MOCI indica el tiempo consumido en las obsesiones y compulsiones. El formato de respuesta es de verdadero/falso. La consistencia interna es adecuada, la fiabilidad test-retest es moderada y tiene una buena validez convergente y moderada validez discriminante (Clark, 2004).

⁴ El PI consta de 60 ítems y se evalúa el grado de malestar asociado a la sintomatología obsesivo-compulsiva en una escala de 5 puntos desde 0 (nunca) hasta 4 (muchísimo). Las propiedades psicométricas del PI son aceptables (Clark, 2004).

reconocidos en la literatura del TOC en el momento en que se desarrollaron los instrumentos (i.e., limpieza y comprobación), por ejemplo, de los 30 ítems del MOCI once son de limpieza y nueve de comprobación (p. ej., Baer, 1994; Summerfeldt et ál., 1999; Taylor, 1995).

Entre los trabajos más relevantes que han asumido la perspectiva *categorial* tampoco ha habido consenso en el número de subtipos en que se divide el TOC. El primer trabajo que estudió la distribución cluster en sujetos con TOC fue el realizado por Khanna, Kaliaperumal y Channabasavanna (1990) y en el que se valoraron a 410 sujetos en función de 37 características basadas en la forma y contenido de los síntomas OC (en función de la forma p. ej. obsesiones de duda o compulsiones de repetición; en función del contenido p. ej. obsesiones de sexo o compulsiones de limpieza). El análisis reveló los siguientes clusters: (1) comprobación, (2) limpieza, (3) obsesiones sobre el pasado, (4) impulso de realizar conductas que podrían ser embarazosas, (5) impulsos de agresión y (6) evitación de lugares y situaciones (cluster muy relacionado con las fobias).

LA ESCALA YALE-BROWN DE OBSESIONES Y COMPULSIONES

Pero el instrumento que ha recibido más atención dentro del estudio de la heterogeneidad del TOC ha sido la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones (**Y-BOCS**; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill et ál., 1989) y especialmente su segunda parte: la lista de síntomas (Y-BOCS-SC).

La Y-BOCS es una entrevista semi-estructurada para ser administrada por el clínico, surge ante las limitaciones de los instrumentos anteriores y ante la necesidad de un instrumento que evaluara la gravedad o deterioro del TOC. Este instrumento es muy utilizado tanto en la práctica clínica como en los estudios de eficacia del tratamiento y es el instrumento que se emplea para considerar la inclusión/exclusión de pacientes en estudios sobre el TOC (p. ej., punto de corte de 16).

Este instrumento consta de tres partes. Una primera en la que el entrevistador da una definición de qué es una obsesión y una compulsión y proporciona ejemplos. Una segunda parte, **Y-BOCS-SC**⁵ (Symptom Checklist of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman et ál., 1989) que es un listado de alrededor de 50 tipos de obsesiones y compulsiones que cubren 15 categorías en función de la expresión conductual (p. ej., lavado) o del contenido temático (p. ej., agresión, contaminación). Estas categorías se desarrollaron a partir del juicio clínico, y en la mayoría de trabajos se consideran 8 categorías de obsesiones (agresivas, contaminación, sexuales, acumulación, religiosas, somáticas,

⁵ Hay pocos datos sobre las propiedades psicométricas del Y-BOCS-SC, de hecho, Goodman et ál. (1989) no validaron esta segunda parte. Recientemente se ha señalado que tiene una buena validez discriminante y una pobre validez convergente, debido en parte a que no cubre de forma representativa todos los síntomas TOC (Mataix-Cols, Fullana, Alonso, Menchon y Vallejo, 2004).

simetría y misceláneas/diversas) y 7 de compulsiones (limpieza, comprobación, conteo, orden, acumulación, repetición y misceláneas/diversas). El Y-BOCS-SC también incluye ítems abiertos.

Finalmente, la tercera parte del Y-BOCS⁶ es la más empleada y de la que conocemos más datos sobre sus propiedades psicométricas. Consta de 10 ítems centrales que valoran (de 0 'síntomas insignificantes' a 4 'síntomas extremos') la gravedad de las obsesiones y de las compulsiones independientemente del contenido o número de síntomas, y de 6 ítems suplementarios relativos a síntomas asociados al TOC ("*insight*" sobre los síntomas, evitación, indecisión, responsabilidad patológica, lentitud y duda patológica). Se suele tomar en consideración la puntuación total calculada a partir de la suma de los 10 ítems centrales.

LA Y-BOCS 3ª PARTE (O Y-BOCS DE GRAVEDAD)

Respecto a esta tercera parte, se han propuesto diferentes estructuras a partir de AFC para definir los factores de la misma. En el Cuadro 21 hemos esquematizado estos estudios, que proponen estructuras de entre 2 y 3 factores.

Cuadro 21. Estructuras factoriales derivadas a partir de AFC para la Y-BOCS.

Nº factores	Descripción factores	Estudios
2	- obsesiones - compulsiones	Amir et ál., 1997; Arrindel, de Vlaming, Eisenhardt, van Berkum y Kwee, 2002; McKay et ál., 1995; McKay, Neziroglu, Stevens y Yaryura-Tobias, 1998; Storch, Shapira, Dimoulas, Geffken, Murphy y Goodman, 2005.
2	- malestar/molestia -gravedad	Amir et ál., 1997; McKay et ál., 1998.
2	-resistencia/control -gravedad	Deacon y Abramowitz, 2005.
3	-gravedad de las obsesiones -gravedad de las compulsiones - control sobre obsesiones y compulsiones	Kim, Dysken, Pheley y Hoover, 1994; Moritz, Meier, Kloss, Jacobson, Wein, Fricke y Hand, 2002.

LA Y-BOCS-2ª PARTE (O LISTADO DE SÍNTOMAS DEL Y-BOCS; Y-BOCS-SC)

La segunda parte del Y-BOCS, el listado de síntomas (Y-BOCS-SC), tiene un especial interés porque: (1) constituye el listado más amplio de obsesiones y compulsiones, (2) se centra en el contenido de las mismas y además, (3) ha sido el instrumento más empleado para estudiar la heterogeneidad del

⁶ La Y-BOCS tiene un buena validez convergente y es sensible al cambio en el tratamiento (p. ej. Taylor, 1995). Sin embargo, algunos trabajos muestra inconsistencias respecto a la relación entre Y-BOCS y otras medidas de TOC (Clark, 2004). Goodman et ál. (1989) no encontraron relaciones entre el Y-BOCS y el MOCI; y en un trabajo del OCCWG (2001) se encontraron relaciones de bajas a moderadas entre el Y-BOCS y las subescalas del Padua. Al igual que ocurre en otros instrumentos sobre el TOC, la validez discriminante del Y-BOCS no es demasiado buena, manteniendo relaciones moderadas con medidas de ansiedad y depresión (en parte debido a asociaciones reales entre TOC y ansiedad y depresión) (p. ej., Goodman et ál., 1989).

TOC. Aunque el Y-BOCS-SC también se desarrolló para ser administrado por el clínico, posteriormente se han elaborado diferentes versiones de autoinforme, que contienen un número variable de síntomas (p. ej., 88 ítems: Rosario-Campos, Miguel, Quatrano, Chacon, Ferrao, Findley et ál., 2006, o 74 ítems: Summerfeldt et ál., 1999). En general, hay un número variable de ítems de respuesta abierta y el resto se agrupa a nivel teórico en torno a las 15 categorías enumeradas más arriba.

En el Cuadro 22 aparece un resumen de 12 estudios que se han aproximado al estudio del TOC desde una perspectiva dimensional, mientras que en el Cuadro 23 aparecen los que lo han hecho desde una perspectiva categorial.

Debido a la variabilidad entre los estudios con el Y-BOCS-SC, y en caso de estar la información disponible, en los cuadros se especifica:

- El tipo de información con el que han trabajado: algunos trabajos se han centrado en los síntomas actuales, otros en los síntomas pasados y otros en ambos.
- El tipo de datos empleados: algunos trabajos se han aproximado al AF a nivel de ítem mientras que otros han empleado las categorías del Y-BOCS-SC derivadas racionalmente.

Además, la mayoría de trabajos no han empleado ni los ítems de respuesta abierta ni las categorías misceláneas de obsesiones y compulsiones (p. ej., necesidad de saber o recordar, números de la suerte o mala suerte, miedos supersticiosos, sonidos sin sentido, rituales con los ojos, necesidad de tocar, listas excesivas). Por ello, en general, emplean un número variable de ítems que se agrupan entorno a 13 categorías (y no a las 15 que propone el Y-BOCS). La supresión en estos trabajos, tanto de los ítems abiertos como de los de las categorías misceláneas, tiene como objetivo eliminar confusión, pero como contrapartida ninguno de los estudios factoriales incluye una evaluación de rituales mentales, cuyo único ítem está dentro de la categoría de “miscelánea de compulsiones”. El hecho de que la evaluación de este tipo de rituales mentales se reduzca a un solo ítem, y que éste aparezca en la categoría de compulsiones misceláneas (“rituales mentales distintos de verificar o contar”) se debe a que el Y-BOCS-SC se desarrolló en un momento en el que los rituales mentales no se asociaban al TOC, o se desconocía su prevalencia. Únicamente uno de los trabajos que presentaremos a continuación (i.e., Abramowitz et ál., 2003) solventa esta deficiencia al emplear la revisión del Y-BOCS-SC (Foa y Kozak, 1995).

- El modo de puntuación de las escalas o ítems del Y-BOCS-SC también varía de unos trabajos a otros. Algunos autores (p. ej., Baer, 1994) codifican con puntuaciones ordinales a los sujetos en función de no tengan ningún ítem de la escala (se asigna un 0), presenten uno o más ítems pero no de la categoría principal (puntuación de 1), o tengan 1 o más ítems de la escala y además se considere la categoría principal (puntuación de 2). Sin embargo otros autores (p. ej., Feinstein, Fallon, Petkova y

Liebowitz, 2003) asignan un 0 si la persona no tiene ningún ítem de la escala y un 1 si la persona tiene algún ítem de la escala. Estos dos métodos de puntuación aseguran que las puntuaciones en cada escala, independientemente del número de ítems, tengan una representación equivalente. Leckman et ál., (1997) asignan un 1 a cada síntoma presente, siendo la puntuación de la escala la suma de ítems que tiene la persona. Por último, Wu, Watson y Clark (2007) emplean una escala Likert de 5 puntos de 0 ('totalmente de acuerdo') a 4 ('totalmente de acuerdo').

ESTUDIOS FACTORIALES DEL Y-BOCS-SC

Como se observa en el Cuadro 22, Baer (1994) fue el primero en realizar un AFE del Y-BOCS-SC y obtuvo una solución de 3 factores (1) simetría/acumulación, (2) limpieza/comprobación/ acumulación y (3) obsesiones puras. En un trabajo posterior, Hantouche, Bourgeois, Bouhassira y Lancrenon (1996) replicaron los tres factores de Baer (1994). Leckman et ál. (1997) obtuvieron una agrupación de las escalas racionales del Y-BOCS-SC en cuatro factores donde la acumulación emerge como un factor independiente pero no las obsesiones puras. Esta estructura factorial no pudo ser completamente replicada por Mataix-Cols et ál. (1999) que obtuvieron una estructura similar a la de Leckman et ál. (1997), pero con un quinto factor que surgía de la "independencia" de las obsesiones sexuales y religiosas (se separan de las obsesiones agresivas y de las compulsiones de comprobación).

Tek y Ulug (2001) obtuvieron también una estructura de 5 factores pero ligeramente diferente a la obtenida por Mataix-Cols et ál. (1999). Las compulsiones de repetición se unieron al factor de contaminación/ limpieza y las compulsiones de comprobación al factor de acumulación, desligándose de las obsesiones agresivas. Cavanilli, Di Bella, Siliprandi, Malchiodi y Bellodi (2002) también obtuvieron una solución de 5 factores diferente a las anteriores, donde los cuatro primeros factores se corresponden con los propuestos por Leckman et ál. (1997) pero el de simetría y el orden se divide en dos: simetría/orden y conteo/repetición.

Feinstein et ál. (2003) realizaron dos series de AFE, a nivel de categorías como los autores anteriores, y a nivel de ítems. A nivel de categorías obtuvieron una estructura de 4 factores que coincide a grandes rasgos con las estructuras anteriores. Aunque la contaminación, la agresión y la comprobación se unen en un solo factor diferente de las obsesiones sexuales y religiosas. Recientemente Hasler, Kazuba y Murphy (2006) y Matsunaga, Maebayashi, Hayashida, Okino, Matsui et ál. (2007) han obtenido estructuras de 4 factores similares a grandes rasgos a la obtenida por Leckman et ál. (1997).

Todos los autores anteriores encuentran que las categorías del Y-BOCS-SC se agrupan en un factor de *simetría y orden*, otro de *contaminación y limpieza*, otro de *obsesiones religiosas y sexuales* y otro de *acumulación*. Si bien en las estructuras encontradas por Baer (1994) y Tek y Ulug (2001) la acumulación no aparece como un factor diferente sino asociado a la simetría/orden en el primer caso, y a

la comprobación en el segundo. Sin embargo, las compulsiones de comprobación y las obsesiones agresivas, aunque suelen aparecer juntas en un mismo factor (excepto en el modelo de Baer en que comprobación se asocia con contaminación), en unos modelos aparece como factor independiente (Feinstein et ál., 2003; Mataix-Cols et ál., 1999; Tek y Ulug, 2001) y en otros se agrupan con las obsesiones religiosas y sexuales (Cavanilli et ál., 2002; Leckman et ál., 1997).

Todos estos trabajos han asumido que las *categorías racionales* propuestas en el Y-BOCS-SC son buenas y homogéneas y han tratado de reducirlas a un número menor de factores (de 13 categorías a 3-5 factores). Sin embargo, otra posibilidad es no asumir que las categorías racionales sean homogéneas y analizar la estructura del Y-BOCS-SC a *nivel de ítems*, algo que amplía las posibles combinaciones (74-38 ítems *versus* las 13 categorías). Como ya hemos señalado, Feinstein et ál. (2003) repitieron su AFE a nivel de ítems, obteniendo que el modelo con mejor ajuste tenía también una estructura de 4 factores, pero no coincidente con el modelo extraído a nivel de categorías. La diferencia fundamental entre las estructuras obtenidas por Feinstein et ál. (2003) a nivel de ítem y de categorías, es que a nivel de ítems la acumulación deja de aparecer como factor independiente y se asocia al orden/simetría (como ocurría en el trabajo de Baer, 1994) y las obsesiones de contaminación aparecen como un factor independiente de las compulsiones de comprobación y de las obsesiones agresivas.

Feinstein et ál. (2003) insisten en la importancia de no confiar en las escalas racionales del Y-BOCS-SC, especialmente en la contaminación. Estos autores realizaron un análisis exploratorio de esta escala y observaron dos factores diferentes, uno que haría referencia al miedo a ponerse enfermo o a contagiar a otros, es decir, a la preocupación por causar daño como consecuencia del contacto con sustancias contaminantes, y que se asociaba a las obsesiones de contaminación, y un segundo factor que se podría describir como la preocupación por sentirse sucio/ con gérmenes y que se asociaba a conductas de limpieza.

Denys et ál. (2004) también realizaron el AFE a nivel de ítem, encontrando los cuatro grandes factores que se han ido obteniendo de forma consistente a través de los diferentes estudios (simetría/orden, contaminación/limpieza, acumulación, obsesiones religiosas y sexuales). Del mismo modo que ocurre en el modelo de Baer (1994) y en la segunda propuesta de Feinstein et ál. (2003) (a nivel de ítem) la puntuación en acumulación se une con el factor de simetría. La comprobación se divide en dos factores en la estructura obtenida por Denys et ál. (2004): obsesiones somáticas y compulsiones de comprobación y valoración de alto riesgo y comprobación.

Hasta la fecha pocos trabajos han puesto a prueba la estructura del Y-BOCS-SC a través de *análisis factorial confirmatorio*. El primero de ellos fue el de Summerfeldt et ál. (1999), que aunque confuso a nivel estadístico-terminológico, supuso un paso adelante al comparar modelos hipotéticos (teóricos o extraídos a partir de AFE) con una prueba estadística más potente, ya que el AFC permite

comparar diferentes estructuras y genera índices de ajuste para las mismas, permitiendo la comparación simultánea de diferentes modelos. Summerfield et ál. (1999) pusieron a prueba los modelos unifactorial, bifactorial (obsesiones *versus* compulsiones), el de tres factores propuesto por Baer (1994) y el de cuatro factores de Leckman et ál. (1997), tanto a nivel de ítem como de paquetes de ítems.

La serie de AFC indicó que el modelo que mejor se ajustaba a los datos era el propuesto por Leckman et ál. (1997), pero tan solo cuando se agrupan las 13 categorías teóricas del Y-BOCS y no cuando se estudia la estructura del instrumento a partir de cada uno de sus ítems. El hecho de que el AFC a nivel de ítem no pudiera replicar la estructura propuesta por Leckman et ál. (1997) revela en cierto modo la heterogeneidad que presenta en cada uno de los factores propuestos a partir de las escalas. Feinstein et ál. (2003) tampoco obtuvieron, a través de análisis exploratorios, las mismas estructuras cuando se calcularon a nivel de escalas y de ítems. Dado que no encuentran apoyo al modelo bifactorial clásico de obsesiones y compulsiones, Summerfeldt et ál. (1999) enfatizan que la distinción entre obsesiones y compulsiones definidas como lo hace el DSM-IV no se sustenta y debe ser relegada. En cualquier caso, este trabajo supone la constatación de que uno de los mejores modelos, o de los menos malos, es el de cuatro factores propuesto por Leckman et ál. (1997), aunque no esté exento de problemas.

Otros trabajos más recientes son los de Cullen, Brown, Riddle, Grados, Bienvenu, Hoehn-Saric et ál. (2007) y Wu et ál. (2007). Cullen et ál. (2007) han realizado una serie de AFE y AFC, empleando una modificación de las escalas del Y-BOCS-SC en la que extrajeron algunos de los ítems de la escala de misceláneas, formaron dos nuevas categorías (compulsiones sensoriales y compulsiones motoras) y dividieron la categoría somática en dos (dismórficas e hipocondríacas). La estructura que mejor se ajustaba a los datos fue la de 4 factores, similar a grandes rasgos a la de Leckman et ál. (1997) pero sin el componente de comprobación, eliminado debido a las bajas saturaciones con todos los factores.

Y Wu et ál. (2007) han puesto a prueba a través de AFC independientes, tanto en muestra clínicas (TOC y no TOC) como no clínicas, los modelos de Baer y Leckman. Una diferencia de este estudio respecto a los anteriores, es que han establecido como formato de respuesta del Y-BOCS-SC una escala Likert de 5 puntos (de 0 'totalmente de acuerdo' a 4 'totalmente en desacuerdo'). Ninguno de los dos modelos presentaba un ajuste apropiado a nivel de categoría de ítems, por lo que los autores decidieron llevar a cabo AFE a nivel de categorías y de ítems. Wu et ál (2007) concluyeron que el modelo que mejor se ajustaba a los datos, tanto en pacientes como en la muestra no clínica, era uno de tres factores, semejante a grandes rasgos al de Baer (1994): (1) obsesiones puras, (2) contaminación/limpieza y (3) comprobación, repetición, simetría, orden. La diferencia fundamental entre ambos modelos, es que en el de Baer (1994) la comprobación saturaba en el factor de contaminación, mientras que en el modelo de Wu et ál (2007) lo hace en el de orden.

Como ya hemos señalado, todos estos trabajos, bien con análisis factoriales a nivel de ítem o de las escalas teóricas, han excluido las escalas de obsesiones y compulsiones misceláneas del Y-BOCS-SC. Esto ha dado lugar a que 18 de los síntomas iniciales del Y-BOCS-SC (p. ej., el único ítem que reflejaba un ritual mental, los ítems de superstición) no hayan sido considerados en las agrupaciones propuestas. Summerfeldt, Kloosterman, Anthony, Richer y Swinson (2004) han analizado las respuestas a las escalas misceláneas del Y-BOCS-SC de 381 sujetos con TOC (puntuadas de 0 a 1). A través de un análisis de regresión en el que introdujeron los factores del modelo factorial de Leckman et ál. (1997) (i.e. obsesiones y comprobación, simetría y orden, limpieza y lavado, acumulación) como variables independientes y los 18 ítems de las escalas misceláneas como dependientes, observaron que los factores de obsesiones y comprobación y simetría/orden predijeron 16 de los 18 ítems misceláneos (2 se eliminaron por baja frecuencia de respuesta). Con una muestra independiente (107 pacientes TOC) realizaron un AFC con paquetes de ítems (cada factor un paquete) para poner a prueba un nuevo modelo basado en el de Leckman et ál. (1997) pero con los 16 nuevos ítems metidos en el sumatorio de las escalas que los predecían (cada escala la calcularon sumando el número de ítems que presenta el sujeto y dividiendo por el número total de ítems de la escala). Este nuevo modelo de 4 factores presentó un buen ajuste. Este análisis permitió incluir contenidos de ítems no contemplados por los trabajos previos del Y-BOCS-SC como los de superstición (p. ej., números de mala suerte, colores con significado, miedos supersticiosos) que se distribuyeron entre el factor de obsesiones y el de simetría/orden, y los rituales mentales que se asociaron al factor de obsesiones. Es importante señalar que la mayoría de ítems misceláneos, rechazados en los análisis previos por ser “raros” o difícilmente catalogables, se asociaron al factor de obsesiones, que ha sido el menos replicado a lo largo de los estudios revisados. Tal y como sugieren Summerfeldt et ál. (2004) esta falta de consistencia en encontrar el factor de obsesiones “puras” puede deberse en parte a la ausencia de ítems que lo describan.

Recientemente se ha comenzado a emplear una nueva versión del Y-BOCS: el “Dimensional-Y-BOCS” (DY-BOCS; Rosario-Campos, Miguel, Quatrano, Chacon, Ferrao et ál., 2006) que propone 6 dimensiones: (1) agresión, (2) sexo/religión, (3) orden y simetría, (4) contaminación y limpieza, (5) acumulación y (6) misceláneas, similares a las que han ido saliendo a partir de los análisis del Y-BOCS. No obstante, dada la novedad de este formato, todavía no podemos saber el alcance de sus aportaciones ni su utilidad en la práctica clínica o en la investigación.

Para concluir este apartado, cabe señalar que a pesar de la aparición en el Y-BOCS-SC de forma relativamente consistente de cuatro factores, y de la extensión de la literatura que ha realizado análisis factoriales del Y-BOCS-SC, los estudios son confusos y los análisis no son comparables, aportando datos poco concluyentes.

Comparando la estructura bifactorial del ROII con las extraídas en los AFE del Y-BOCS-SC, la dimensión autógena se correspondería a con los contenidos de las obsesiones sexuales, religiosas y agresivas, y la reactiva con las obsesiones del resto de las escalas (p. ej., acumulación, limpieza, orden). Diferentes trabajos empíricos han constatado estas relaciones (Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007c; Lee et ál., 2005) a través análisis correlacionales entre los factores del ROII y de instrumentos de síntomas OC, especialmente en lo referido al factor reactivo, dado que en los instrumentos OC empleados (MOCI, PI-WSUR) hay una mayor representación de los síntomas de contaminación y comprobación.

Cuadro 22. Estudios que estudian la estructura del Y-BOCS-SC a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Estudio	N	Y-BOCS-SC	Tipo Análisis Factorial ¹	Ítem vs. categ. ²	Punt. ³	Solución factorial (número y descripción de los factores extraídos)	% ⁴
Baer (1994)	107 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales	AFE CP rotación Varimax	13 categ.	0 a 2	(1) simetría y acumulación: obsesiones de simetría, acumulación y compulsiones de acumulación, orden, repetición y conteo (2) limpieza y comprobación: obsesiones contaminación y somáticas y compulsiones de limpieza y comprobación (3) obsesiones puras: obsesiones sexuales, religiosas, y agresivas	20,7% 16% 11,3% 48%
Hantouche et ál. (1996)	615 TOC	Síntomas actuales	AFE CP rotación Varimax	15 categ.	ND	(1) Obsesiones de simetría y compulsiones de orden, repetición, conteo (2) Obsesiones de duda y contaminación y compulsiones de limpieza y comprobación (3) Obsesiones puras: obsesiones sexuales, religiosas, y agresivas	32,5%
Leckman et ál. (1997)	208 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales y pasados	AFE CP rotación Varimax	13 categ.	0 a 1	(1) obsesiones puras y comprobación: obsesiones agresivas, sexuales, religiosas, somáticas, y compulsiones de comprobación (2) simetría y orden: obsesiones de simetría, perfeccionismo, no errores, etc. y compulsiones de repetición, contar y ordenar (3) contaminación/limpieza: obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado (4) acumulación: obsesiones de acumulación y compulsiones de acumulación	30,1% 13,8% 10,2% 8,5% 62,6%
=	98 TOC	=	=	=	=	Replican los resultados	
Mataix-Cols et ál. (1999)	354 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales	AFE CP rotación varimax	13 categ.	0 a 2	(1) simetría/orden: obsesiones simetría y compulsiones de repetición, contar, ordenar (2) acumulación: obsesiones y compulsiones de acumulación (3) contaminación/limpieza: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza (4) obsesiones agresivas y comprobación: obsesiones agresivas y compulsiones de comprobación (5) obsesiones religiosas y sexuales: obsesiones religiosas y sexuales	19% 13,8% 12,7% 10,4% 9,7% 65,5%
Summerfeldt et ál. (1999)	203 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales	AFC	13 categ.	0 a 1	apoyo modelo de Leckman et ál. (1997)	ND
=	=	=	=	74 ítems	=	=	

Tek y Ullug (2001)	45 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales	AFE CP		0 a 1	(1) contaminación/limpieza: obsesiones contaminación, limpieza y compulsiones de repetición (2) simetría/orden: obsesiones somáticas y de simetría y compulsiones de orden (3) agresión/conteo: obsesiones agresivas y compulsiones de conteo (4) obsesiones religiosas y sexuales (5) compulsiones de comprobación y acumulación	17,8% 15,2% 13,7% 9,7% 9,2% <u>65,5%</u>
Cavanilli et al. (2002)	180 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas pasados	AFE CP rotación Varimax	13 categ.		(1) contaminación/limpieza: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza (2) acumulación: obsesiones y compulsiones de acumulación (3) obsesiones religiosas, agresivas, sexuales y somáticas y compulsiones de comprobación (4) simetría y orden: obsesiones simetría y compulsiones de orden (5) repetición, contar: compulsiones de repetición, contar	17,04% 13% 11,51% 9,49% 8,83% <u>59,87%</u>
Feinstein et al. (2003)	160 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales	AFE CP rotación ortogonal	13 categ.	0 a 1	(1) simetría/orden: obsesiones de simetría y compulsiones de repetición, contar y ordenar (2) contaminación/limpieza, obsesiones agresivas, y comprobación: obsesiones de contaminación, compulsiones de lavado, obsesiones agresivas y compulsiones de comprobación (3) acumulación: obsesiones de acumulación y compulsiones de acumulación (4) obsesiones sexuales y religiosas	14,2% 14,2% 13,9% 11,8% <u>54,2%</u>
=	=	=	=	38 Items	=	(1) obsesiones de responsabilidad y daño y compulsiones de comprobación: (2) contaminación/limpieza: obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado (3) obsesiones sexuales (4) acumulación, simetría y repetición: obsesiones de simetría y compulsiones de repetición, contar y ordenar y obsesiones y compulsiones de acumulación	<u>39,3%</u>
Denys et al. (2004)	335 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales	AFE CP	44 Items	0 a 2	(1) contaminación/limpieza: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza (2) obsesiones puras: obsesiones agresivas, sexuales y religiosas (3) obsesiones somáticas y comprobación: obsesiones somáticas y compulsiones de comprobación (4) simetría y perfeccionismo: obsesiones de acumulación y simetría y compulsiones de repetición, contar, ordenar y acumulación (5) valoración de alto riesgo y comprobación: responsabilidad exagerada y miedo hacer daño y compulsiones de comprobación	16,4% 9,8% 5,19% 5,6% 4% <u>40,99%</u>

Hasler et ál. (2006)	153 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales y pasados	AFE CP rotación varimax	13 categ.	0 a 1	(1) obsesiones agresivas, sexuales, religiosas, somáticas y compulsiones comprobación (2) obsesiones simetría, rituales repetición, compulsiones conteo, orden (3) obsesiones contaminación y compulsiones limpieza (4) obsesiones y compulsiones de acumulación.	20% 17,8% 13,8% 13,4% <u>65%</u>
Cullen et ál. (2007)	92 TOC	Y-BOCS-SC Síntomas actuales y pasados	AFE rotación oblicua AFE	16 categ.	ND	(1) obsesiones puras: obsesiones sexuales, religiosas, agresivas y somáticas (2) contaminación: obsesiones contaminación y compulsiones limpieza (3) simetría/orden: obsesiones simetría y compulsiones de repetición, conteo, orden y sensoriales (4) acumulación: obsesiones y compulsiones de acumulación Eliminan comprobación por baja saturación factorial	38% 17,5% 11,2% 9,6% <u>76,7%</u>
Wu et ál. (2007)	149 clínicos (53 TOC) 419 no clínicos	Y-BOCS-SC	AFE ML AFE	13 categ.	Likert 5	AFE: a prueba modelo Baer (1994) y el de Leckman et ál. (1997): ninguno ajusta. AFE: soluciones de 4 (similar a la de Leckman) y 5 factores	
=	=	=	AFE	40 items	=	(1) obsesiones puras (2) contaminación/limpieza (3) comprobación, repetición, simetría, orden	
Matsunaga et ál. (2007)	343 TOC	Y-BOCS-SC	AFE CP	13 categ.	0 a 2	(1) contaminación/limpieza (2) acumulación (3) simetría/repetición y orden (4) síntomas agresivos y de comprobación	21,2% 14,3% 11,9% 10,3% <u>57,7%</u>

¹ AFE: análisis factorial exploratorio, CP: componentes principales, AFC: análisis factorial confirmatorio, ML: método de estimación máxima verosimilitud.

² se indica si el análisis se ha realizado a nivel de ítem o de categorías, así como el número de ítems o categorías incluidas.

³ Punt.: sistema de puntuación del Y-BOCS-SC que se ha empleado.

⁴ porcentaje de varianza explicada del Y-BOCS-SC por cada uno de los factores y total (en un recuadro).

Se ha indicado con un signo "=" si se trata de un mismo estudio en el que repiten los análisis

ND: información no disponible.

ESTUDIOS DEL Y-BOCS-SC MEDIANTE ANÁLISIS “CLUSTER”

En el Cuadro 23 aparece un resumen de los estudios realizados con el Y-BOCS-SC desde una aproximación categorial. En el trabajo de Calamari et ál. (1999) se obtuvieron cinco clusters: (1) daño (obsesiones de daño y compulsiones de comprobación), (2) acumulación, (3) contaminación, (4) certeza y (5) obsesivos. Las obsesiones de simetría estarían compartidas por los clusters 1 y 4. Sin embargo, la ausencia de un subtipo de simetría no se constató en un trabajo posterior (Calamari et ál., 2004), encontrándose una estructura de 5 clusters diferentes: obtuvieron un subtipo separado de simetría y desapareció el cluster de acumulación. En un segundo estudio, Calamari et ál. (2004) observaron una estructura de 7 clusters que según los propios autores se ajustaba más a la realidad TOC: (1) contaminación, (2) daño, (3) acumulación, (4) obsesivos, (5) simetría, (6) certeza y (7) contaminación/daño (contaminación mental).

Con el objetivo de recoger mejor los rituales y compulsiones mentales, Abramowitz et ál. (2003) realizaron un análisis cluster con la versión revisada del Y-BOCS-SC (Foa y Kozac, 1995) que contiene una categoría específica para la neutralización mental (p. ej., repetirse frases) y revisión mental (p. ej., de la propia conducta). Este es el trabajo que se ha realizado con un mayor número de síntomas TOC hasta el momento. De nuevo una agrupación de 5 clusters fue la mejor solución: (1) daño, (2) contaminación, (3) acumulación, (4) simetría y (5) pensamientos inaceptables que incluye obsesiones agresivas, sexuales y religiosas y rituales encubiertos.

Podemos concluir señalando que dentro de los estudios cluster realizados sobre el Y-BOCS-SC, tampoco hay acuerdo en el número o contenido de los clusters o agrupaciones de pacientes con TOC, aunque en general encuentran una agrupación de pacientes con obsesiones de *daño* (asociadas o no a las compulsiones de comprobación), otro de *contaminación*, de pensamientos *inaceptables/obsesivos*, de *simetría* y de *acumulación*, aunque el contenido de estas agrupaciones no siempre coincide.

A un nivel más general, a pesar de las inconsistencias observadas en los diferentes trabajos, tanto a partir de los análisis cluster como de análisis factoriales, parece constatarse que el Y-BOCS-SC está formado por los siguientes subtipos o factores: (1) *contaminación*, (2) *simetría/orden*, (3) obsesiones *religiosas* y *sexuales*. Junto con una serie de subtipos o factores que se asocian o no a otros en función de los modelos: el de *acumulación*, que aparece como factor único o unido a la simetría o a la comprobación, y el de *agresión/comprobación*, que se asocian en la mayor parte de los modelos y además, en algunos casos se unen a las obsesiones religiosas y sexuales.

Cuadro 23. Análisis clusters del Y-BOCS-SC.

Estudio	N	Y-BOCS-SC	Punt.	Tipo análisis	Estructura
Calamari et ál. (1999)	106 TOC	15 categ.	0 a 2	cluster	(1) daño: altas obsesiones de agresión y compulsiones de comprobación, obsesiones simetría (2) acumulación: altas obsesiones de acumulación y contaminación y compulsiones acumulación (3) contaminación: altas obsesiones contaminación y compulsiones limpieza (4) certeza: altas obsesiones y compulsiones de diferentes tipos, p. ej., obsesiones somáticas, misceláneas, agresivas, somáticas, compulsiones comprobación, obsesiones simetría (5) obsesivos: altas obsesiones y compulsiones misceláneas
Calamari et ál. (2004)	114 TOC	15 categ.	0 a 2	cluster	(1) daño (obsesiones de daño y compulsiones de comprobación) (2) simetría (3) contaminación (4) certeza (5) obsesivos
=	334 TOC	=	=	=	(1) contaminación (2) daño (3) acumulación (4) obsesivos (5) simetría (6) certeza (7) contaminación/daño (contaminación mental)
Abramowitz et ál. (2003)	132 TOC	16 categ.	0 a 2	cluster	(1) daño: altas obsesiones agresivas y compulsiones comprobación (2) contaminación: altas obsesiones contaminación y compulsiones de limpieza (3) acumulación: altas/mayores puntuaciones obsesiones y compulsiones acumulación (4) simetría: mayores puntuaciones en obsesiones de simetría y compulsiones de orden (5) pensamientos inaceptables: mayores puntuaciones en obsesiones agresivas, sexuales y religiosas y rituales encubiertos

TRABAJOS CON OTROS INSTRUMENTOS MÁS RECIENTES

Como se acaba de ver, el análisis de la estructura del TOC se ha basado fundamentalmente en el Y-BOCS como instrumento de referencia. Sin embargo, posteriormente a la publicación del Y-BOCS, han aparecido otros cuestionarios que, a su vez, han propiciado el estudio de la posible tipología del TOC: el Inventario de Obsesiones-Compulsiones (OCI) del grupo de Foa, el Inventario de Vancouver de Obsesiones y Compulsiones (VOCI) del grupo de Thordarson y Rachman y el Inventario de Clark y Beck (C-BOCI). De forma breve, se comentan a continuación los principales resultados obtenidos con estos tres instrumentos.

La versión inicial del OCI (**Inventario de Obsesiones-Compulsiones**; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles y Amir, 1998) fue posteriormente reducida a 18 ítems (Inventario de Obsesiones-Compulsiones – Reducido⁷, OCI-R; Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, Salkovskis, 2002). Estos últimos autores, a partir de los análisis factoriales realizados en una muestra clínica, proponen una estructura de 6 factores o escalas de síntomas: (1) limpieza, (2) obsesividad, (3) acumulación, (4) orden, (5) comprobación (incluye dudas) y (6) neutralización. No obstante, hay que tener en cuenta que de los 18 ítems del OCI-R únicamente 3 evalúan obsesiones: dos hacen referencia a tener pensamientos desagradables y el otro ítem a dificultad de control.

En cuanto al **Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Vancouver**⁸ (VOCI; Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk y Hakstian, 2004) supone una revisión y actualización del MOCI que pretende evaluar un amplio rango de obsesiones, compulsiones, conductas de evitación y características de personalidad a través de 55 ítems. Sobre una muestra de personas con TOC los ítems se agruparon en 6 factores: (1) contaminación (12 ítems), (2) comprobación (6 ítems), (3) obsesiones (12 ítems), (4) acumulación (7 ítems), (5) “*just right*” (12 ítems) y (6) indecisión (6 ítems). Los cuatro primeros factores se corresponden con las categorías encontradas en la mayoría de trabajos revisados. El factor de “*just right*”, según los autores (Thordason et ál., 2004), sería similar al factor 2 (simetría y orden) de Leckman et ál. (1997), y la “indecisión” sería consistente con el factor de certeza extraído a través de análisis cluster por Calamari et ál. (1999).

Finalmente, el **Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Clark-Beck**⁹ (C-BOCI; Clark y Beck, 2002; Clark, Antony, Beck y Swinson, 2005), que es el de más reciente aparición, se diseñó según sus autores para valorar tanto los criterios diagnósticos del TOC propuestos en el DSM-IV, como las características más importantes contempladas por los modelos cognitivo-conductuales del trastorno. Por tanto, no es un instrumento basado únicamente en los síntomas como el MOCI o el OCI, sino que sería más equivalente al Y-BOCS. Los autores han propuesto una estructura de dos factores (obsesiones y compulsiones) que no queda claramente confirmada, entre otras cosas, y según sus autores, por las limitaciones de las muestras de estudio (población general y muy pocos pacientes). Desde esta

⁷ Autoinforme de 18 ítems que miden el malestar que provocan los síntomas en una escala de 0 (nada) a 4 (muchísimo). Este instrumento se describirá con más detalle en el apartado de Instrumentos puesto que se va a utilizar en la parte empírica de este trabajo.

⁸ Autoinforme de 55 ítems, nueve de los cuales son idénticos a ítems del MOCI. La escala de respuesta es tipo Likert de 5 puntos de 0 ‘nada’ a 4 ‘muchísimo’. Los datos de fiabilidad son buenos (consistencia interna de las escalas entre 0,85 y 0,96; fiabilidad test-retest en un intervalo de 9 a 100 días $\geq 0,90$), mantiene correlaciones altas con el MOCI, PI y Y-BOCS-SC, aunque bajas y no significativas con el Y-BOCS y moderadas con sintomatología ansiosa y depresiva.

⁹ Consta de 25 ítems, cada uno tiene 4 opciones de respuesta redactadas como afirmaciones referidas a uno mismo, y el sujeto debe elegir la que encuentra más aplicable a su caso teniendo en cuenta las dos últimas semanas. Los ítems se valoran en una escala de 4 puntos (0-3). Este instrumento se describirá con más detalle en el apartado de Instrumentos puesto que se va a utilizar en la parte empírica de este trabajo.

perspectiva, lo que por el momento parece razonable concluir al respecto del C-BOCI es, primero, que se requieren más estudios especialmente con población clínica, y segundo, que puede resultar especialmente interesante como instrumento de investigación (Clark et ál., 2005).

CONCLUSIONES SOBRE SUBTIPOS Y DIMENSIONES BASADAS EN LOS SÍNTOMAS TOC

Tras exponer los diferentes trabajos que han estudiado la estructura de los síntomas TOC, el panorama parece algo descorazonador, pues los resultados no son concluyentes y cada estudio obtiene una estructura diferente. De todos modos, en general, de forma más o menos consistente, y variando en su agrupación, los distintos autores y trabajos encuentran, en estudios realizados con pacientes, entre 3 y 5 dimensiones. Además, parecen coincidir en la existencia de las categorías/dimensiones referidas a la *contaminación/limpieza* y otras referidas a *obsesiones sin compulsiones de temática religiosa y sexual* (en ocasiones también agresivas o de daño). La *acumulación*, *el daño*, *la comprobación* y *la simetría/orden* han mostrado una menor consistencia. La *acumulación* ha aparecido como factor único o unido a la *simetría* o a la *comprobación*. La *comprobación* también ha aparecido como factor único o vinculado a la *agresión*, a la *simetría/orden* o a la *contaminación*. Y por último, las *obsesiones agresivas* también aparecen o bien de forma aislada, o bien asociadas a las religiosas, sexuales, de comprobación y/o de *simetría/orden*. Será necesario aclarar el papel de estos contenidos de obsesiones y compulsiones, en el sentido de si verdaderamente configuran factores únicos o si es más adecuado agruparlos. Así mismo, tal y como señalan Mataix-Cols et ál. (2005) habrá que aclarar el papel que juegan las obsesiones somáticas del Y-BOCS-SC ('preocupación asociada a la enfermedad' y 'preocupación excesiva asociada a una parte del cuerpo o al aspecto físico') pues dependiendo de estudios se asocian al factor de *contaminación/limpieza* (i.e., Hantouche y Lancrenon, 1996; Baer, 1994), al de *comprobación/obsesividad* (i.e., Cavanilli et ál., 2002; Leckman et ál., 1997) o a las *obsesiones sexuales* (i.e., Feinstein et ál., 2003). Así mismo, habrá que revisar si todos los síntomas evalúan realmente obsesiones típicas del TOC, o están más próximos a pensamientos característicos de otros trastornos como la hipocondría o el dismórfico corporal. El hecho de incluir en los instrumentos empleados para identificar TOC ítems ambiguos como los anteriormente mencionados (p. ej., las obsesiones somáticas del Y-BOCS-SC hacen referencia a la preocupación por tener una enfermedad y a la preocupación por una parte del cuerpo) no hace más que confundir y tal vez incluir a pacientes sin TOC dentro de los estudios o tratamientos específicos para el TOC.

RELACIÓN DE LOS SÍNTOMAS OC CON CREENCIAS, VALORACIONES DISFUNCIONALES Y ESTRATEGIAS DE CONTROL

Uno de los elementos nucleares de la conceptualización cognitiva del TOC es el referido al papel que juegan las creencias disfuncionales asociadas a las obsesiones y las compulsiones, y las estrategias de control de las obsesiones, en la génesis y/o en el mantenimiento del trastorno. Desde esta

perspectiva, parece razonable suponer que determinadas creencias y estrategias están más vinculadas a unos subtipos (o síntomas) de TOC que a otros. En este contexto, se han publicado algunos trabajos que han estudiado en qué medida se relacionan los contenidos de los síntomas TOC con *creencias* en población clínica-TOC. Sin embargo no conocemos ningún trabajo que los vincule con **estrategias de control**, aunque como ya hemos visto, los AF y los cluster incluyen las compulsiones (que no son equiparables, como ya dijimos, a las estrategias de control) con las obsesiones. Y únicamente conocemos un trabajo que haya estudiado la relación entre el contenido de las obsesiones y compulsiones de sujetos con TOC y cómo las **valoran**. En este trabajo, Ryan (2004) pidió a 63 pacientes TOC que valoraran la probabilidad e irracionalidad de un listado de pensamientos obsesivos de contaminación, agresión y sexualidad, observando que los pensamientos *agresivos* y *sexuales* se asociaron a una mayor *probabilidad de ocurrencia* y a un *menor sentido de irracionalidad* que los de contaminación. En este sentido, el instrumento elaborado por el OCCWG (1997, 2001, 2003) para evaluar las valoraciones o interpretaciones disfuncionales asociadas a las obsesiones más recientes¹⁰, no nos permite relacionar grupos de sintomatología TOC con valoraciones específicas, pues en ningún momento se pide a los participantes que escriban la obsesión que están valorando. En un análisis de regresión donde las VD fueron las escalas del PI (Sanavio, 1988), la puntuación total del III predijo únicamente parte de los pensamientos de daño (OCCWG, 2005).

Respecto a las **creencias**, Julien, O'Connor, Aardema y Todorov (2006) agruparon un grupo de pacientes con TOC en función de su sintomatología principal: 18 rumiadores, 18 limpiadores, 14 comprobadores y 71 con diagnóstico no especificado. Realizaron una serie de ANCOVA (controlando ansiedad y depresión) con los subtipos de síntomas como VI y las subescalas del OBQ-44 (OCCWG, 2005) como VD. La Importancia de los pensamientos y de Controlarlos diferenció entre los cuatro grupos de sujetos, siendo mayor en el grupo de rumiadores. Steketee et ál. (2003) han estudiado los aspectos cognitivos de los sujetos cuyo síntoma principal es la acumulación. Las creencias disfuncionales sobre la utilidad que tienen los objetos como ayuda para el recuerdo, junto con la necesidad de controlar los objetos y la responsabilidad sobre las posesiones, predecían algo más de un 18% de la varianza de la gravedad de los síntomas de acumulación (Saving Inventory; Steketee et ál., 2003).

Otros estudios han explorado las relaciones entre creencias y sintomatología obsesiva por medio de *análisis de regresión múltiple* donde se han empleado como variables independientes diferentes medidas de creencias relacionadas con el TOC (p. ej., OBQ, OBQ-44, ICO) y como variables dependientes subescalas de instrumentos de síntomas obsesivo-compulsivos (p. ej., PI, OCI), controlando, en la mayoría de los casos, la influencia de la sintomatología ansiosa (p. ej., BAI) y

¹⁰ recordemos que el III contiene 3 factores: control de los pensamientos, importancia de los pensamientos y responsabilidad. Aunque en un trabajo más reciente se ha reducido a un solo factor (OCCWG, 2005).

depresiva (p. ej., BDI). En el Cuadro 24 aparece un resumen de los trabajos más relevantes. A pesar de que no todos emplean como VI el OBQ (OCCWG, 2001, 2005), se han tomado las escalas del mismo como referencia por ser las más empleadas y validadas a nivel internacional. La inconsistencia de resultados queda reflejada en el Cuadro 24, pero pese a la ausencia de consenso, distintos autores parecen coincidir en que la *Responsabilidad/sobrestimación de la amenaza y la Importancia y Control de los pensamientos* predicen las *obsesiones puras*, y el *Perfeccionismo e Intolerancia a la incertidumbre* predicen los síntomas de *orden*.

Pese a que no son comparables los resultados porque se realizan pruebas estadísticas diferentes, estos resultados son parcialmente consistentes a los observados en muestras clínicas y no clínicas empleando el ROII. Belloch et ál. (2006) informaban de que la Responsabilidad correlacionaba con personas cuya obsesión más molesta era autógena, y García-Soriano, Morillo y Belloch (2005) que la Sobrestimación de la amenaza se asociaba a la puntuación en PIO autógenos. Además, en ambos trabajos se encontraron asociaciones entre la Importancia y Control de los pensamientos y los PIO/obsesiones autógenas. Por su parte, Lee et ál. (2005) observaban que las personas con TOC cuya obsesión más frecuente era de tipo reactivo manifestaban una mayor Intolerancia a la Incertidumbre.

Cuadro 24. Análisis de regresión donde la VD sintomatología obsesiva-compulsiva y las VI creencias disfuncionales.

	Emmekamp y Aardema (1999)	Tolin, Woods y Abramowitz (2003)	Giménez et al. (2004) Estudio 1	Giménez et al. (2004) Estudio 2	OCCWG (2005)	Julien et al. (2006)
Características muestra	no clínica (N=305)	no clínica (N=562)	no clínica (N=151)	subclínica TOC (N=28)	clínica TOC (N=179)	clínica TOC (N=126)
VD	PI-R	OCI-R	PI-WSUR	PI-WSUR	PI-WSUR	PI-R
VI	OCB-R ¹	OBQ	ICO ²	ICO	OBQ-44 ³	OBQ-44 ³
Variables controladas	Depresión	Ansiedad social depresión	-	-	Ansiedad, depresión	Ansiedad, depresión
Responsabilidad	Ninguno	Ninguno	Obsesiones agresión	Ninguno	Limpieza	Rumiación (neutralización)
Sobrestimación peligro	Comprobación Precisión	Limpieza Comprobación Neutralización	Contaminación/ Limpieza Comp. comprobación Impulsos agresivos	Obsesiones e Impulsos agresivos	Pensamientos obsesivos de daño	Obsesiones y preocupación
Perfeccionismo	Comprobación; precisión/ orden; limpieza	Orden Neutralización	Comp. comprobación	Ninguno	Rituales de orden en conductas cotidianas (precisión) Comprobación	Comprobación Precisión/orden
Intolerancia incertidumbre	Ninguno	Orden	Ninguno	Ninguno		
Importancia pensamientos	Comprobación; limpieza	Neutralización	Impulsos agresivos	Obsesiones e Impulsos agresivos ²	Ninguno	Obsesiones
Necesidad/importancia a controlar pensamientos	Ninguno	Obsesiones	Obsesiones agresión	Ninguno		

OBQ: Obsessional Beliefs Questionnaire; OCB-R: Obsessive-Compulsive Beliefs Research Inventory; ICO: Inventario de Creencias Obsesivas; PI: Padua Inventory; PI-R: Padua Inventory Revised; PI-WSUR: Padua Inventory Washington State University Revision.

¹ El OCB-R es un instrumento experimental que incluye otras creencias, sin embargo en este resumen únicamente se han incluido las creencias comparables a las del OBQ.

² El ICO divide la dimensión importancia de los pensamientos del OBQ en importancia de los pensamientos, FPA-moral y FPA-probabilidad. En el trabajo de Giménez et al. (2004) las creencias de FPA-probabilidad predicen las obsesiones, mientras que el FPA moral y probabilidad predicen los impulsos de contenido agresivo.

2.3 CLASIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVÉS DE CUESTIONARIOS DE CREENCIAS

Un abordaje diferente a la asociación entre subtipos de TOC y creencias, es el examen de subtipos de creencias y su asociación con los síntomas TOC. Esto implica considerar las creencias como el criterio organizador de los posibles subtipos (o de las dimensiones) del TOC, y no al contrario, que es lo que hemos venido analizando hasta aquí. Esto es precisamente lo que se han planteado algunos investigadores ante el patrón inconsistente de creencias asociadas a taxonomías basadas en los síntomas. Por ejemplo, algunos autores han realizado análisis cluster para formar grupos de pacientes TOC caracterizados por patrones de creencias específicos y no en función de la sintomatología observable (Calamari, Cohen, Rector, Szacun-Shimizu, Riemann y Norberg, 2006; Taylor, Abramowitz, McKay, Calamari, Sookman, Kyrios et ál., 2006). Tanto Taylor et ál. (2006) como Calamari et ál. (2006) han realizado análisis cluster sobre las puntuaciones obtenidas en el OBQ-44 (OCCWG, 2005) por amplias muestras de pacientes con TOC. Desde la orientación dimensional, los análisis factoriales realizados sobre instrumentos de creencias (p. ej., Woods et ál., 2004), han ido dirigidos a estudiar la estructura de los instrumentos propuestos para tal fin (p. ej., OBQ, OBQ-44; ICO) y en ningún momento se han planteado que las creencias pudieran determinar la heterogeneidad del TOC o definir taxonomías del mismo modo que los síntomas obsesivo-compulsivos. Por tanto, nos centraremos en los estudios realizados desde la perspectiva categorial. En el Cuadro 25 aparece un resumen.

Taylor et ál. (2006) obtuvieron dos clusters definidos por la adherencia a las creencias. Un grupo caracterizado por las bajas puntuaciones en todas las creencias del OBQ-44 y otro grupo por altas puntuaciones en el OBQ-44. Para el primer cluster de pacientes las creencias evaluadas por el OBQ-44 no eran importantes, de hecho, sus puntuaciones eran menores que las de un grupo control de ansiosos, y no se diferenciaban de las de un grupo no clínico. El cluster caracterizado por sus altas puntuaciones en el OBQ-44 también presentaba unas mayores puntuaciones en las valoraciones disfuncionales (III; OCCWG, 2001, 2003, 2005) y en sintomatología obsesivo-compulsiva (PI-WSUR; Burns et ál., 1996). Aunque ambos grupos (altos y bajos en creencias) presentaban puntuaciones equivalentes en los síntomas TOC de contaminación y rituales de orden en las conductas cotidianas.

Calamari et ál. (2006) siguiendo las directrices del estudio Taylor et ál. (2006) examinaron dos estructuras de clusters. La primera similar a la de Taylor et ál. (2006) es decir, un cluster con aquellos sujetos con puntuaciones altas en las tres creencias evaluadas por el OBQ-44 y otro grupo de sujetos con puntuaciones bajas. Y la segunda estructura formada por 5 clusters: 2 clusters equivalentes a los de Taylor et ál. (2006) y los otros tres se caracterizan por altas puntuaciones en una de las escalas (un cluster con alta Importancia Responsabilidad y Sobrestimación amenaza, otro cluster formado por sujetos con altas puntuaciones en Perfeccionismo e Intolerancia Incertidumbre, y por último un cluster formado

por aquellos sujetos altos en Importancia y Necesidad de control). La estructura que obtuvo un mejor ajuste fue la de 5 factores, obteniendo diferencias significativas entre los 5 grupos a nivel de gravedad del TOC (Y-BOCS), valoraciones y sintomatología depresiva y ansiosa, siendo por lo general mayor en el grupo de altas creencias.

Cuadro 25. Resumen de los trabajos que han realizado análisis cluster sobre las creencias evaluadas por el OBQ-44.

Taylor et ál. (2006)	Cluster 1: Altos en el OBQ-44 Cluster 2: Bajos en el OBQ-44
Calamari et ál. (2006)	Cluster 1: Altos en el OBQ-44 Cluster 2: Bajos en el OBQ-44 Cluster 3: Altos en Importancia Responsabilidad y en Sobrestimación amenaza Cluster 4: Altos en Perfeccionismo e Intolerancia Incertidumbre Cluster 5: Altos en Importancia y Necesidad de control

Calamari et ál. (2006) estudiaron la distribución de los clusters de síntomas TOC obtenidos a partir del Y-BOCS-SC (Calamari et ál., 2004) sobre los 5 clusters obtenidos a partir del OBQ-44. De este modo analizaron en qué medida estaban relacionados. Este trabajo nos recuerda a los estudios en los que a partir de análisis de regresión y correlaciones se caracterizan a las taxonomías derivadas de síntomas. Calamari et ál. (2006) obtuvieron asociaciones significativas entre el grupo de síntomas de simetría y el grupo de creencias de Perfeccionismo/Intolerancia incertidumbre, y entre los subgrupos de síntomas obsesivos y creencias sobre la Importancia/Control de los pensamientos. Además, el subgrupo de síntomas de contaminación estaba muy representado en el subgrupo de bajas creencias. Es decir:

Cluster Altos en Perfeccionismo e Intolerancia Incertidumbre & Cluster simetría
Cluster Altos en Importancia y Necesidad de control & Cluster síntomas obsesivos
Cluster Bajos en el OBQ-44 & Cluster contaminación

Los dos primeros clusters son consistentes con el patrón observado en los análisis de regresión (Cuadro 24 donde la VD: síntomas OC y la VI: creencias) donde, en general, se observaba que la simetría/ orden era predicha por el Perfeccionismo y la Intolerancia a la incertidumbre, y las obsesiones puras por la Importancia y Control de los pensamientos. Sin embargo, el último cluster sorprendió a los propios autores que hipotetizaban altas relaciones entre síntomas de contaminación y creencias de Responsabilidad/Intolerancia a la incertidumbre tal y como se ha encontrado en trabajos con población no clínica (i.e., Tolin et ál., 2003).

Estos dos estudios (Calamari et ál., 2006; Taylor et ál., 2006) son muy interesantes porque plantean dudas sobre la universalidad de las creencias en la génesis del trastorno. Por tanto, surge la necesidad de buscar factores de vulnerabilidad o precipitantes en otras áreas de estudio (p. ej., neuropsicología; McKay et ál., 2004) o en creencias no evaluadas por el OBQ-44 (p. ej., autoconciencia

cognitiva; Janeck, Calamari, Riemann y Heffelfinger, 2003). Además enfatizan la necesidad, una vez más, de abandonar la conceptualización del TOC como un trastorno homogéneo y desarrollar modelos específicos para grupos específicos de síntomas, en la línea de lo ya realizado por Rachman (p. ej., Rachman, 2003, 2004). Sin embargo, tal y como señala Calamari et ál. (2006) aun es pronto para decir que algunos tipos de TOC no están relacionados con creencias disfuncionales. Por tanto, más que abandonar el estudio de las creencias planteadas por el OCCWG y su papel en el surgimiento y mantenimiento de diferentes tipos de TOC, deberemos seguir profundizando en el estudio de las creencias y contenidos cognitivos vinculados al TOC.

Haslam, Williams, Kyrios, Mckay y Taylor (2005) analizan, a través de métodos taxométricos, qué modelo (dimensional versus categorial) ajusta mejor en la agrupación de creencias relevantes en el TOC propuestas por el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 2005) y medidas a través del OBQ (OCCWG, 2003, 2005) (i.e., responsabilidad y estimación de la amenaza, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, e importancia y control de los pensamientos). Los métodos taxométricos (Waller y Meehl, 1998) ponen a prueba si la estructura latente de la variable de interés ajusta mejor con un modelo taxónico (categorial) o no taxónico (dimensional). El grupo de Haslam (2005) concluye que un modelo dimensional sería más apropiado para la responsabilidad y perfeccionismo y un modelo categorial para la importancia/control de los pensamientos. De estos resultados se extrae que la responsabilidad y perfeccionismo estarían presentes en diferente grado en todos los pacientes con TOC, mientras que la importancia y control de los pensamientos sería específica de algunos sujetos, tal vez de aquellos con obsesiones puras.

2.4 RELACIÓN DE LOS SÍNTOMAS O-C CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.

Otro conjunto de estudios se ha centrado en examinar las posibles relaciones entre los subtipos y/o dimensiones de TOC y variables de naturaleza clínica o demográfica.

Por lo que se refiere a las *variables demográficas*, se ha constatado que suele haber más hombres comprobadores, mientras que hay más mujeres en el subtipo de limpiadoras (Khanna y Mukherjee, 1992). En cuanto a la edad de inicio del trastorno, una edad de inicio temprana se ha relacionado con compulsiones de limpieza y obsesiones puras *versus* compulsiones de comprobación (Minichiello, Baer, Jenike y Holland, 1990), con pacientes comprobadores *versus* contaminación/limpieza (Khanna y Mukherjee, 1992) o con pacientes con obsesiones reactivas (Besiroglu, Agargun, Ozbebit y Aydin, 2006).

Desde el punto de vista de las variables clínicas, se han constatado mayores correlaciones entre disociación y síntomas de comprobación y obsesiones que con compulsiones de limpieza, orden o

acumulación (Watson, Wu y Cutshall, 2004). Y una mayor demora en la consulta en limpiadores *versus* comprobadores (Khanna y Mukherjee, 1992). En cuanto a la estabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo, se ha observado una menor tendencia al cambio en los casos de obsesiones religiosas/sexuales y de acumulación (Mataix-Cols, Rauch, Baer, Eisen, Shera, Goodman et ál. 2002b). Por lo que se refiere a la comorbilidad con otros trastornos, Cullen et ál. (2007) han observado que los pacientes con mayores puntuaciones en el factor TOC-contaminación (según Y-BOCS-SC) presentaban menores niveles de comorbilidad que el resto de pacientes. Finalmente, y por lo que hace a la gravedad actual del cuadro TOC, se ha observado que los pacientes con síntomas de contaminación y de comprobación a lo largo de su vida, en comparación con los que solo han tenido síntomas o bien de comprobación o bien de contaminación, presentan mayor gravedad en una serie de variables: mayor gravedad de los síntomas de limpieza y de comprobación, menor conciencia de enfermedad, más síntomas depresivos, peor funcionamiento global, mayor frecuencia de conductas impulsivas, robos y abuso sustancias, mayor número de intentos de suicidio y mayor frecuencia de trastornos de personalidad (Matsunaga, Kiriike, Matsui, Iwasaki, Koshimune, Ohya et ál., 2001).

También se ha informado de diferencias en lo que respecta a la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, los pacientes con altas puntuaciones en la dimensión de acumulación muestran una peor respuesta al tratamiento, ya sea serotoninérgico (Mataix-Cols et ál., 1999; Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak y Baer, 2002a), o cognitivo-conductual (Abramowitz et ál., 2003c).

Otro conjunto de estudios se han centrado en la búsqueda de características diferenciales entre subtipos y/o modalidades de TOC en algunos aspectos del procesamiento de la información. Por ejemplo se ha señalado que el procesamiento es diferente entre los comprobadores y limpiadores, siendo la lentitud, la indecisión y las preocupaciones sobre la memoria más características de los comprobadores que de los limpiadores (Frost y Steketee, 2002; Lopatka y Rachman, 1995; Rachman, 1998a). A su vez, los comprobadores presentan una menor confianza en la eficacia de su memoria (Ashbaugh y Radomsky, 2007; Boschen y Vuksanovic, 2007; Radomsky, Rachman y Hammond, 2001; Tuna, Tekcan y Topçuoğlu, 2005; van den Hout y Kindt, 2003b).

2.5 CONCLUSIONES

LIMITACIONES

Una de las limitaciones más importantes de las taxonomías basadas en síntomas es que se basan en medidas de autoinforme que no tienen una validez y fiabilidad perfectas, por lo que sesgan la información obtenida, que queda sometida al conocimiento que se tiene sobre el TOC en el momento de desarrollar el instrumento. Como hemos señalado ninguno de los instrumentos empleados representa de forma adecuada todas las manifestaciones que se han observado en el TOC (carecen de *validez de*

contenido). El listado de síntomas del Y-BOCS-SC supone una mejora en la validez de contenido respecto a los instrumentos anteriores, pero olvida algunos síntomas relevantes del TOC y a otros los agrupa en la categoría de “misceláneas”, categoría que muchos de los estudios han ignorado. Este olvido parece responder a la concepción de las obsesiones de hace dos décadas cuando este listado fue creado. Los instrumentos posteriores no se han desarrollado para mejorar el listado de síntomas del Y-BOCS ni para estudiar la heterogeneidad del TOC, sino más como criba o detección de personas con TOC. Por otro lado, el ROII tampoco abarca todos los contenidos de PIO de forma representativa, pues presenta una sobre representación de PIO de temática agresiva, sexual y religiosa y no contempla todos los tipos de contenidos descritos en el TOC (p. ej., ausencia de contenidos supersticiosos o de acumulación).

Otro problema asociado a las taxonomías basadas en síntomas (McKay et ál., 2004), es el del curso de los síntomas TOC, que parece fluctuar a lo largo del tiempo (Rachman y Hodgson, 1980), aunque datos recientes apuntan a que la sintomatología obsesivo-compulsiva es relativamente *estable* a lo largo del tiempo (Mataix-Cols et ál., 2002b). Sin embargo, este trabajo se hizo únicamente con 2 años de seguimiento, por lo que habría que estudiar el curso longitudinal de los subtipos, por si hubiera subtipos más estables que otros, y de los sujetos, porque si hay sujetos más estables que otros, tendremos dificultades para decidir en qué grupo incluirlos.

Además, como hemos visto, hay una gran cantidad de investigación empírica que se ha dedicado a estudiar a nivel dimensional o categorial la distribución de las obsesiones y compulsiones en la población con TOC, pero hay una ausencia de trabajos que relacionen esta sintomatología con creencias, valoraciones y estrategias específicas. Llama especialmente la atención que ningún trabajo haya abordado el estudio, en población clínica, entre los subtipos de TOC empleando el Y-BOCS-SC y las creencias, valoraciones o estrategias de control asociadas a los mismos. Estos trabajos han empleado otros instrumentos (p. ej., OCI-R), tal vez debido a la mayor brevedad de los mismos, y al objetivo para el que fueron diseñados: más centrados en la medición de la gravedad o screening del TOC y no tanto en el contenido de obsesiones y compulsiones como el Y-BOCS-SC. Por otro lado, los únicos trabajos que han estudiado la relación entre estrategias de control en general (y no únicamente compulsiones) y los contenidos de las obsesiones, son los derivados del modelo de autógenas y reactivas de Lee y Kwon (2003).

Otro aspecto que conviene determinar es en qué medida estos trabajos recogen como síntomas elementos que constituyen trastornos independientes. Este es el caso de la acumulación, sobre la cual existe una controversia no resuelta en tanto que hay autores que la consideran como un trastorno independiente del TOC, aunque dentro de su espectro, mientras que otros la consideran como un subtipo

del trastorno. La información disponible sobre una u otra opción es escasa y confusa, y por lo tanto, resulta difícil decantarse (p. ej., Saxena, 2007; van Grootheest y Cath, 2007).

¿SON ÚTILES LOS SUBTIPOS O DIMENSIONES DENTRO DEL TOC?

Otro aspecto que debemos plantearnos es hasta qué punto una caracterización basada en el fenotipo o en los síntomas nos puede ayudar a entender mejor el TOC (p. ej., Clark, 2005; Radomsky y Taylor, 2005). El estudio de manifestaciones clínicas asociadas a estos factores o subtipos y la creación de modelos como el de Lee y Kwon (2003) incrementan la utilidad de las clasificaciones. Pero una vez establecida la taxonomía y variables asociadas, necesitaremos desarrollar un sistema mediante el cual los sujetos puedan ser asignados a los grupos, y atendiendo a la variabilidad sintomatológica de los pacientes esta tarea parece muy compleja (Radomsky y Taylor, 2005).

A través de un ejemplo, Radomsky y Taylor (2005) ponen de manifiesto esta dificultad: pensemos en alguien que de forma compulsiva comprueba el fuego de la cocina para estar seguro de que está apagado, tratando de proteger a su familia de un incendio; otra persona podría comprobar también el fuego de forma compulsiva para estar seguro de que está limpio, tratando de proteger a su familia de contaminarse o contraer una enfermedad. A pesar de que los subtipos de comprobación y contaminación parecen dos de los más generalizados y contrastados, asignar a estas personas a uno de los grupos parece complicado. Está claro que la primera persona se incluiría en el grupo de comprobadores, pero ¿y la segunda? ¿se asignaría al subtipo de comprobación, contaminación o a ambos?. Este sencillo ejemplo, revela una problemática subyacente a esta “lucha” por encontrar subtipos o factores relevantes en el TOC con los que poder definir o “controlar” la heterogeneidad del trastorno. Desde una orientación cognitivo-conductual, podríamos pensar que el mejor modo de establecer subtipos es basándose en la *función de los síntomas*. Por ejemplo, la comprobación no sería suficiente para adscribir a la persona en un subtipo, si no conocemos la finalidad con la que comprueba y las variables cognitivas asociadas a esa comprobación. Estudiar las obsesiones nos puede indicar el “motivo” por el que comprueba, sin embargo, no en todas las ocasiones se puede acceder a la obsesión que está a la base de las estrategias de control (incluidas las compulsiones), por ejemplo, este sería el caso de pacientes crónicos que son incapaces de “recordar” la obsesión que “motivó” las estrategias que emplea. En estos casos un enfoque basado únicamente en el contenido de las obsesiones no nos ayudaría a definir el “subtipo” concreto de TOC al que pertenece.

ENTRE EL ENFOQUE CATEGORIAL Y EL DIMENSIONAL: ¿CON CUÁL NOS QUEDAMOS?

Tras revisar estos trabajos aún queda por resolver la cuestión de si el TOC responde más a un modelo de subtipos discretos o a uno de dimensiones, pues ambas aproximaciones tienen implicaciones diferentes (p. ej., Haslam et ál., 2005; Radomsky y Taylor, 2005). En un modelo categorial se asume que un sujeto presenta o no una determinada tipología (‘el subtipo se tiene o no se tiene’), por lo que no

tienen cabida posiciones intermedias, ni tiene sentido una evaluación que las considere; además, los tratamientos tendrían un mismo efecto sobre todos los pacientes de un mismo subtipo. Por su parte, en un modelo dimensional no tendría sentido hablar de subtipos, pues los sujetos se moverían a través de un continuo de gravedad y tanto la evaluación como los tratamientos y sus efectos variarían también a lo largo de ese continuo. Respecto a la etiología, mientras que los subtipos surgen a partir de unos pocos factores causales (p. ej., presencia *versus* ausencia de una experiencia de aprendizaje crítica), las dimensiones serían el resultado de múltiples factores. Por tanto, a pesar de que es posible integrar ambas aproximaciones, sería interesante determinar si el TOC se entiende mejor como dimensional o categorial.

Esta problemática ha generado controversia entre los defensores de una y otra aproximación, que se esfuerzan por justificar sus trabajos (p. ej. cartas al editor de Calamari, 2005 y Mataix-Cols, do Rosario-Campos y Leckman, 2005b). Los defensores de los análisis cluster (p. ej., Calamari, 2005) señalan entre sus ventajas que los sujetos se asignan a grupos de forma no ambigua, mientras que en el análisis factorial a cada sujeto se le asigna una puntuación en todas las dimensiones latentes identificadas. Mientras que sus detractores enfatizan los problemas que conlleva asumir un enfoque categorial en el que cada paciente presenta en general un síntoma/subtipo principal, cuando en la práctica se observa un elevado número de pacientes que presentan múltiples obsesiones y compulsiones (p. ej., Akhtar et ál., 1975) así como cambios en los síntomas a lo largo del tiempo (Skoog y Skoog, 1999). Los defensores de la aproximación factorial (p. ej., Mataix-Cols et ál., 2005a) enfatizan que el enfoque desde el que entienden el TOC es dimensional, partiendo de la base de que se distribuye de forma normal entre la población y que puede presentarse en otros trastornos neurológicos o psiquiátricos (p. ej., la acumulación se ha observado en trastornos como la demencia, esquizofrenia, trastornos alimentarios; Mataix-Cols et ál., 2005a). Sin embargo esta aproximación no está exenta de problemas. De hecho, hemos visto como a través de diferentes estudios no se han conseguido replicar las mismas dimensiones, a pesar de emplear el mismo instrumento, y además no hay estudios con propuestas de perfiles de síntomas basados en las dimensiones TOC (Clark, 2004).

El trabajo de Haslam et ál. (2005) se ha propuesto a través de procedimientos estadísticos taxométricos determinar cuál es la mejor aproximación. Estos autores estudian con una muestra de 351 sujetos con TOC tres posibles subtipos de TOC basados en los síntomas de contaminación, comprobación y obsesionalidad evaluados con el PI-WSUR (Burns et ál., 1996). Los resultados no son concluyentes, pero en general, Haslam et ál. (2005) encuentran apoyo para un modelo dimensional en los síntomas de comprobación y contaminación y para una aproximación categorial de los síntomas obsesivos. Siguiendo estos resultados, los autores señalan que no podremos hablar de subtipos de comprobadores o limpiadores si entendemos subtipo en su sentido estricto. La comprobación y la limpieza podrían ser síntomas presentes en mayor o menor medida en todos los sujetos con TOC,

mientras que la obsesividad sería un subtipo, unos síntomas que presentarían o no los sujetos con TOC. Este trabajo es importante porque plantea una nueva forma de solucionar la controversia entre partidarios y detractores de los métodos factoriales y clusters, y apoya la necesidad de una aproximación mixta (subtipos y dimensiones/factores) al estudio de las agrupaciones observadas en el TOC, pero sin duda alguna tiene numerosas limitaciones, entre otras que tan solo contrastan tres grupos de síntomas TOC, cuando en la literatura actual se están proponiendo entre dos y 7 subtipos. Además, sería conveniente contrastarlo a nivel más global con instrumentos que midan un rango más amplio de síntomas TOC, así como replicar los resultados en muestras mayores de sujetos con TOC (los estudios taxométricos exigen muestras clínicas mayores de 300 sujetos). En opinión de Clark (2005) el trabajo de Haslam et ál. (2005) apoyaría más una aproximación dimensional, pero sigue siendo pronto para abandonar definitivamente la perspectiva categorial que facilitaría la caracterización de los subtipos del TOC.

3 RESUMEN DE LAS IDEAS MÁS RELEVANTES DEL CAPÍTULO Y DIRECCIONES FUTURAS

□ El estudio de la heterogeneidad del TOC es un tema que está recibiendo mucha atención en la literatura científica actual y se está realizando desde enfoques muy diferentes. Una de las aproximaciones más relevantes es la que se basa en el contenido de las obsesiones y compulsiones, y sus análogos normales, los pensamientos intrusos. Este trabajo se basa en este enfoque.

□ Desde el enfoque cognitivo, queda plenamente justificado el interés del estudio de los PIO, así como centrarse en el elemento central del TOC: las obsesiones. Esta opción no debe entenderse como una negación, o minimización, de la relevancia clínica y conceptual de las compulsiones para la comprensión del TOC, especialmente en pacientes de larga evolución, donde no resulta infrecuente que sean estas lo más destacable, observable, y lo que resulta más perturbador e interfiriente. De hecho, el grueso de la literatura científica se ha centrado más en el estudio de las obsesiones y compulsiones (estudios del Y-BOCS), que solo en las obsesiones. Sin embargo, nos parece que el elemento nuclear del trastorno, lo que le otorga entidad psicopatológica diferenciadora, son las obsesiones que, además, pueden acompañarse o no de compulsiones. De hecho, en la práctica, el criterio DSM-IV sobre la delimitación de la presencia o ausencia de insight en el diagnóstico formal del trastorno, se suele aplicar de manera diferencial a las obsesiones (para las que prácticamente siempre hay insight) y a las compulsiones (que, en casos de larga evolución, como se acaba de comentar, carecen de insight, o éste es muy escaso y fluctuante).

□ A nivel empírico el estudio del contenido de las obsesiones y compulsiones se ha realizado desde dos enfoques: el categorial que asume que el TOC está formado por subtipos diferentes (análisis cluster) y el enfoque dimensional que asume que el TOC está formado por diversas dimensiones de un

mismo y único problema (análisis factorial). El enfoque dimensional es más “coherente” con el modelo cognitivo de la psicopatología, y permite trabajar, además, con población no clínica.

□ No hay acuerdo entre los diferentes autores en el número de dimensiones (o categorías) que forman el TOC, en parte debido a que no existe ningún instrumento que permita evaluar de forma fiable los diferentes contenidos identificados como OC-relevantes, motivo por el que diferentes autores (p. ej., Radomsky y Taylor, 2005) han enfatizado la necesidad de crear una nueva medida que recoja de forma representativa las diferentes manifestaciones observadas. Dado que gran parte de la investigación se realiza con población no clínica, será necesario un instrumento que no solo evalúe obsesiones, sino también PIO. A este respecto, Julien et ál. (2007) señalan en su trabajo de revisión, que el instrumento desarrollado por Clark y Purdon, el ROII, es uno de los que tienen mejores propiedades psicométricas.

□ Todos los autores parecen encontrar las siguientes tres dimensiones/categorías de síntomas TOC: la contaminación/limpieza, la simetría/orden y las obsesiones religiosas y sexuales. Además de la acumulación, la agresión y la comprobación que aparecen como dimensiones/categorías independientes o asociadas a otras. Una propuesta diferente y que surge del estudio de PIO es la que propone que hay dos factores: los PIO de contenido autógeno (i.e. sexual, religioso, agresivo) y los de contenido reactivo (el resto).

□ Un aspecto de gran relevancia y poco estudiado, es la asociación entre las dimensiones/categorías del TOC y los fenómenos cognitivos vinculados a las mismas (los elementos del modelo cognitivo: creencias, valoraciones y estrategias de control). De los trabajos que se han realizado, se extraen algunas hipótesis interesantes sobre las relaciones entre los síntomas OC y las creencias: la responsabilidad, sobreestimación del peligro, importancia de los pensamientos y de su control estarían asociadas a las obsesiones de contenido religioso, sexual, agresivo, mientras que el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre se vincularían más al orden. Todavía hay menos estudios que relacionen factores de síntomas con valoraciones o con estrategias de control específicas, y estos provienen de los estudios con PIO. En general parece que los PIO autógenos se asocian a más sentimientos de culpa, provocan más malestar, es más importante controlarlos, y se emplean como estrategias el autocastigo y la evitación. Por otro lado, los PIO reactivos se asocian a la preocupación porque el pensamiento se convierta en realidad y a estrategias más confrontativas.

Uno de los motivos por los que no hay trabajos que relacionen contenidos concretos de obsesiones con valoraciones y estrategias de control, es que no existen instrumentos que permitan evaluarlos. El ROII nos permite hacerlo a nivel de PIO sin embargo, como ya hemos indicado tiene numerosas limitaciones (p. ej., algunos tipos de contenido obsesivo están sobre representados, mientras que otros no aparecen; no incluye las valoraciones y estrategias de control que se están estudiando en la literatura sobre el TOC).

□ A este respecto, el modelo de obsesiones autógenas y reactivas de Lee y Kwon (2003) es especialmente interesante porque no solo propone que las obsesiones difieren en el contenido, sino también en otra serie de variables como la forma de presentación, el tipo de estímulos que las desencadenan, el modo en que se valoran o las estrategias que se emplean para controlarlas.

Por todo ello consideramos necesario continuar con el estudio de la heterogeneidad del TOC, y lo haremos en este trabajo desde un enfoque dimensional, centrándonos en los PIO que se dan en la población normal y en cómo estos se distribuyen. Y una vez estudiados, veremos qué ocurre en población con TOC, y estudiaremos si se dan patrones de asociación entre factores de contenidos específicos y valoraciones, estrategias de control y creencias disfuncionales. Para ello, deberemos desarrollar un instrumento que nos permita apresar todos estos conceptos superando las limitaciones de los existentes en la literatura. Sin embargo, antes de presentar nuestro trabajo, cabe revisar algunos estudios que aportan “claves” sobre la difícil cuestión que planteábamos en el primer capítulo, por qué solo determinados PIO se convierten en obsesiones. Por ello en el próximo capítulo nos aproximaremos al estudio del yo y su papel en el TOC.

CAPÍTULO 3

ACERCAMIENTO A ALGUNOS ASPECTOS RELEVANTES DEL AUTOCONCEPTO

El estudio y el conocimiento sobre el Yo tienen su origen en la reflexión filosófica, si bien el interés que este tema ha suscitado entre los filósofos ha fluctuado mucho a lo largo de la historia. La irrupción de los estudios sobre el Yo en el ámbito psicopatológico tiene sus más claros referentes en la orientación freudiana, aunque otros muchos modelos y escuelas psicológicas han mostrado también interés por este constructo, hasta el punto de configurarse como un elemento conceptual central en los planteamientos de William James, sin duda uno de los “padres fundadores” de la psicología actual. Actualmente, el interés científico por el estudio del Yo y sus diversos aspectos, está experimentando un notable crecimiento, hasta el punto de que enfoques tan diferentes de la Filosofía como son la psicología experimental y la neuropsicología, están dedicando esfuerzos importantes a la comprensión e investigación de este “ineludible” constructo genuinamente psicológico (Northoff, 2007). Y a pesar de que nunca ha sido un aspecto demasiado relevante entre quienes han estudiado el TOC, recientemente se están dedicando algunos esfuerzos a estudiar el papel que éste puede jugar en el trastorno.

Antes de continuar, es preciso reconocer que el acercamiento de la autora del presente trabajo al tema del Yo ha sido más que interesado, pues ha acudido al mismo impulsada por la necesidad de encontrar respuesta a algunas preguntas surgidas en el proceso de investigación del TOC. Este capítulo es por lo tanto fruto de ese acercamiento interesado, por lo que únicamente se revisarán los aspectos a priori más relevantes para el desarrollo de este trabajo. Por ello, si bien el acercamiento al Yo comenzó por las teorías más recientes, ellas nos llevaron a finales del siglo XIX y a los “Principios de la Psicología” de James, razón por la cual es necesario adoptar un enfoque histórico en este capítulo. No obstante, únicamente nos centraremos en los planteamientos más influyentes y que mayor repercusión pueden tener para el abordaje del TOC: los de James, Harter, Markus y Crocker.

Hemos señalado que desde los modelos cognitivos del TOC se ha postulado que el significado personal de los PIO (Rachman, 1997) y la egodistonia o contradicción de los PIO con el autoconcepto (Purdon y Clark, 1999) podrían ser aspectos centrales en la escalada de los PIO hacia las obsesiones clínicas. Sin embargo, es escasa la investigación empírica sobre estos temas, algo que ha motivado la realización de este trabajo y que hace por tanto imprescindible la inclusión de un capítulo específico sobre el autoconcepto, especialmente para determinar qué elementos de la investigación sobre el mismo pueden ser útiles para trabajar con los PIO y las obsesiones. Por tanto, como ya hemos señalado, a lo largo de este capítulo nos centraremos en aquellos aspectos que pueden ayudarnos a apresar si el autoconcepto o algún aspecto del mismo juegan algún papel en el TOC.

1 ¿QUÉ ES EL AUTOCONCEPTO?

Antes de revisar algunas de las características más importantes sobre el Yo, deberemos aclarar los términos que vamos a emplear. Tanto el autoconcepto como la autoestima se han empleado para referirse a constructos muy diversos. A menudo se ha asimilado autoconcepto con términos como Yo o Sí mismo (“self”), autoimagen, autopercepción o autoidentidad. Y la autoestima se ha empleado tanto para hacer referencia a juicios globales sobre el bienestar o autovalía (“self-worth”), respeto por uno mismo o autoaceptación (Rosenberg, 1965), como a evaluaciones sobre aspectos específicos del Yo en áreas como la apariencia física, el rendimiento académico o los deportes (Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg, 1995).

Parece existir acuerdo en aceptar que el autoconcepto es una dimensión global definida tanto por su contenido como por su estructura (p. ej., Bryne, 1996; Burns, 1979; Campbell et ál., 1996; Harter, 1999).

El *contenido* del autoconcepto estaría formado por los componentes evaluativos (cómo me siento sobre mi mismo, la autoestima o autoevaluación) y cognitivos (toda aquella información que la persona asocia a su Yo, quién soy, la autoimagen o autodescripción). La *estructura* del autoconcepto haría referencia al modo en que se organizan los componentes cognitivos y evaluativos, incluyendo aspectos como la complejidad del Yo (Linville, 1985), la “self concept clarity” (claridad del sí mismo) (Campbell, 1990) o la autoambivalencia (Bhar, 2005).

A pesar de que a nivel conceptual parece clara la distinción entre autoestima y autoconcepto, no se ha encontrado evidencia empírica que apoye con nitidez la validez de la misma (p. ej., Marsh, 1986). Esto se debe en parte a que la mayoría de la investigación sobre el autoconcepto ha empleado medidas de autoinforme en las que los ítems se refieren tanto a los aspectos de evaluación como a los de contenido, resultando autoestima y autoconcepto constructos difíciles de separar (Byrne, 1996).

En el presente trabajo, nos centraremos en la parte de *contenidos* del autoconcepto, concretamente en la autoimagen (descripción que hace el sujeto de si mismo, de cómo se percibe) y la autoestima (el valor que da a cómo se percibe, conocimiento que el sujeto tiene de sí mismo), dejando de lado aspectos sin duda también muy relevantes pero más relacionados con la estructura.

2 ABORDAJES TEÓRICOS DEL AUTOCONCEPTO

2.1 LOS PRIMEROS PLANTEAMIENTOS

Como ya hemos señalado, el interés por el autoconcepto tiene su origen en la Filosofía. Platón o Aristóteles hablaron de identidad, individualidad y conocimiento del yo, y durante el Renacimiento se enfatizó la importancia del sentido de uno mismo como base de la existencia. Los planteamientos de

Hume (1711 –1776) supusieron un alejamiento de la corriente dominante, según la cual el autoconcepto era estable, al proponer un autoconcepto que fluye y cambia en función de la experiencia. En Psicología el interés por el estudio del Yo ha seguido un camino lleno de subidas y bajadas, si bien se remonta a finales del siglo XIX con la publicación de “Los Principios de la Psicología” de William James (1890) y, posteriormente, a los teóricos del Interaccionismo Simbólico, como Cooley (1902) o Mead (1934) que vieron en las representaciones del Sí mismo la unión entre lo social –que ocurría *fuera* del sujeto– y las conductas y emociones del individuo –por definición internas–.

2.2 LA APORTACIÓN DE WILLIAM JAMES

Con “Los principios de la Psicología”, su primer libro, William James (1890) determinó las claves del nuevo enfoque que la psicología americana adoptaría desde entonces, el funcionalismo. Además desarrolló una Teoría del Yo cuyos elementos nucleares siguen aun vigentes. Nos centraremos en algunas de las características más relevantes para este trabajo.

James (1890), siguiendo la dualidad sujeto/objeto discutida desde la filosofía, distinguió dos partes en el Yo:

- el “Yo Puro” concededor (*the I-self*) o agente de conocimiento, que hace referencia a la identidad y unidad de la persona y
- el “Yo Empírico” o “Mi” (*the Me-self*) que comprende el conocimiento, las actitudes y los sentimientos que tiene la persona hacia sí mismo y que es por tanto objeto de conocimiento.

El Yo Puro es el agente activo responsable de la construcción del *Yo Empírico*. En este trabajo, dejaremos de lado el estudio de la identidad (*Yo Puro*) para centrarnos en el *Yo Empírico*, *Mi* o autoconcepto.

James (1890) fue uno de los primeros autores en hablar de *dominios* del Yo o áreas relevantes y en establecer una estructura jerárquica en la organización del Yo. Describió el *Yo Empírico* como compuesto por tres niveles o dominios:

- un *Yo Material* formado por las características físicas y posesiones de la persona;
- un *Yo Social* definido como “el reconocimiento que consigue de sus iguales” (James, 1890, pg. 293) y
- un *Yo Espiritual* que contiene los aspectos más profundos y duraderos del Yo, las facultades mentales, valores, ideales, sensibilidad moral y la conciencia.

Y estableció que estos dominios estaban organizados en una estructura jerárquica donde en la base se situaba el Yo Material y en el vértice el Yo Espiritual. Pero además de estos tres constituyentes

mantiene que hay un sentimiento general (autoestima global). La conceptualización de James sienta las bases para los modelos multidimensionales y jerárquicos del Yo que veremos un poco más adelante.

James (1890) planteó que con frecuencia se da una *rivalidad o conflicto entre diferentes dominios* o “yoes” y la persona tiene que elegir qué Yo es importante para ella, es decir, en cuál o cuáles va a basar su autoestima. James plantea que a él le gustaría ser elegante, guapo, buen atleta, ligón, tener un sueldo de un millón al año, ser ingenioso y un vividor; a la vez que filósofo, filántropo, estadista, guerrero, explorador en África y santo. Pero reconoce que es imposible, que el trabajo de su Yo millonario no podría ser el mismo que el del santo y que las facetas de vividor y el filántropo difícilmente se podrían compaginar, por tanto tiene que elegir uno de los “Yoes” posibles y convertirlo en su Yo Real, suprimiendo aquellos aspectos que le gustaría ser pero que son contradictorios con su Yo elegido. De este modo dejará de avergonzarse al fallar o no cumplir con cualquiera de las otras alternativas que no adopta como suyas. James señala que él eligió basar su Yo en ser psicólogo, por lo que su autoestima se ve afectada si otras personas saben mucha más psicología que él, pero para nada le avergüenza o afecta a su autoestima el hecho de no saber nada de griego.

Como ya hemos señalado, para James (1890) las personas elegimos en qué dominios o áreas basamos nuestra autoestima, los éxitos y fracasos en estas áreas serán los más *importantes* y afectarán a nuestro nivel de bienestar general, autovalía o autoestima.

Los logros y fracasos en las áreas que se consideran importantes para el sujeto determinarán los niveles de autoestima del sujeto en cada momento (nivel estado), que fluctuará alrededor de un nivel típico o rasgo de autoestima. La autoestima no es para James (1890) la suma de los éxitos percibidos, sino el cociente de nuestros *éxitos* dividido entre nuestras *pretensiones*.

$$\text{autoestima} = \frac{\text{éxitos percibidos}}{\text{pretensiones}}$$

Por lo tanto, podemos incrementar nuestra autoestima aumentando los éxitos obtenidos (numerador), o disminuyendo las pretensiones (denominador). James (1890, pg. 311) nos anima a disminuir nuestras pretensiones porque: “abandonar nuestras pretensiones puede producir un alivio tan grande como alcanzarlas” y nos recuerda lo agradable que es el día en el que, por ejemplo, abandonamos la idea de ser jóvenes o delgados.

Así, los sujetos con una baja autoestima se caracterizarán por ser incapaces de dar menos importancia a áreas en las que no son competentes, mientras que aquellos sujetos con una elevada autoestima serán capaces de minimizar de forma adaptativa la importancia de áreas en las que perciben cierta debilidad. En definitiva, a pesar de que James proponía que la autoestima es estable (rasgo), admitía que se podía modificar (estado), y de hecho, proponía variar la importancia otorgada a los diferentes dominios para incrementar nuestro bienestar.

Estas ideas propuestas por James hace más de un siglo, han sido la base para el desarrollo de algunas de las teorías más influyentes en el estudio del Yo y en el de la autoestima, que han concedido importancia a la *centralidad* y *saliencia* de diferentes ámbitos o dominios y son básicas para entender el modelo teórico en el que nos hemos basado al desarrollar este trabajo.

2.3 EL ESTUDIO DEL AUTOCONCEPTO DESPUÉS DE W. JAMES

El interés por el autoconcepto decayó en las décadas posteriores, especialmente con el triunfo del neopositivismo y más tarde del conductismo, por lo que excepto desde la psicología fenomenológica/humanista (p. ej., Allport, 1961; Rogers, 1951) y psicoanalítica (p. ej., “*los psicólogos del Ego*”, como Hartmann o Jacobson), se abandonó su estudio hasta los años 70 cuando con la revolución cognitiva resurgió el interés por el Yo y sus procesos.

Desde la perspectiva cognitiva, el autoconcepto se ha descrito como “representaciones mentales que reflejan el conocimiento que una persona tiene de sí misma” (Sanz, 1992, pg. 139) y su formación seguiría las mismas leyes que la formación de conceptos en general (Fierro, 1996). Estas representaciones se han conceptualizado desde tres modelos diferentes: redes asociativas (p. ej., Bower y Gilligan, 1979), prototipos (p. ej., Rogers, Rogers y Kuiper, 1979) y esquemas (p. ej., Markus, 1977; Rogers, Kuiper y Kirker, 1977); siendo la posición teórica predominante la que define a las representaciones del Yo como autoesquemas o almacenes de conocimiento sobre el yo derivados de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información (Fierro, 1996; Sanz, 1992).

A finales de los años 60 predominaron los **modelos unidimensionales** que representan las características globales de la persona (p. ej., en el caso de la autoestima, la evaluación de valgo la pena como persona). Estos modelos consideraban el autoconcepto un constructo unidimensional, a pesar de mantener que el mejor modo de evaluarlo es con ítems que abarquen distintos contextos sociales y áreas de contenido (p. ej., el sentido del Yo del niño en la escuela, con sus amigos, o con la familia). Todos los ítems tienen la misma *importancia* o peso, sumándose en una puntuación total reflejo del autoconcepto. Los defensores de esta orientación (p. ej., Coopersmith, 1967; Marx y Winne, 1978; Piers y Harris, 1964) señalan que el factor general y global del autoconcepto tiene un peso tal que sería imposible diferenciar a lo largo de sus componentes.

Una alternativa a estos modelos fue la propuesta de Rosenberg (1965, 1979) quien a pesar de reconocer que los sujetos realizan autoevaluaciones sobre su adecuación o competencia en diferentes áreas de su vida y éstas dan lugar a autoestimas en cada una de esas áreas o dominios, decidió centrarse únicamente en la autoestima global, diseñando una escala para evaluarla, la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965).

Es importante diferenciar entre estas dos perspectivas unidimensionales del autoconcepto, porque mientras que la primera, representada por Coopersmith (1967), asume que el autoconcepto general es una combinación aditiva de las respuestas a ítems que representan dominios de contenido específicos, Rosenberg (1965) evalúa el nivel general de autoestima de un modo mucho más global. Es decir, no evalúa las dimensiones en las que se basa la autoestima, sino el grado en que la persona está satisfecha con su vida, siente que tiene cualidades positivas, manifiesta una actitud positiva hacia sí misma o, de forma alternativa, se siente inútil, desea más respecto hacia sí misma o piensa que es un fracaso (Harter, 1990).

A partir de los años 80, los modelos unidimensionales fueron duramente criticados y diferentes trabajos sobre su validez de constructo (p. ej., Marsh y Hattie, 1996) no solo no apoyaron la unidimensionalidad del constructo, sino que defendieron la idea de que el autoconcepto (tanto su componente evaluativo como el descriptivo) únicamente puede ser entendido si se tiene en consideración su estructura multidimensional. Por tanto, la tendencia en las últimas décadas ha sido la de aproximarse a los modelos **multidimensionales**, que permiten apresar la complejidad del Yo planteada por James hace más de un siglo.

Siguiendo la idea de James (1890) de que el Yo está compuesto por tres constituyentes (material, social y espiritual) y por un sentimiento general (autoestima global), los modelos multidimensionales incluyen autoconceptos específicos para diferentes dominios, a la vez que mantienen un constructo global (Harter, 1999). La inclusión de ambos niveles (global y específico) ha dado lugar a modelos *jerárquicos* en los que se especula sobre la relación entre los dos tipos de constructos, que incluyen un autoconcepto global en el ápice y diferentes autoconceptos específicos de dominios y subdominios anidados por debajo (Hattie y Marsh, 1996).

El autoconcepto global es estable, pero a medida que desciende en la jerarquía se hace más específico de la situación y por tanto inestable (Marsh y Shalveson, 1985). La inclusión de los niveles específicos además del global en el estudio del autoconcepto, también ha dado lugar al análisis de perfiles, donde las personas o subgrupos evalúan su autoconcepto de forma diferente en dominios diferentes, proporcionando un perfil de su nivel de competencia a lo largo de diferentes áreas o dominios relevantes de su vida (Harter, 1999).

Podemos clasificar los modelos multidimensionales en cinco grandes grupos (Byrne, 1996):

(1) el modelo de Factores Independientes (Soares y Soares, 1980) que propone que el autoconcepto está formado por múltiples facetas independientes entre ellas,

(2) el modelo de Factores Correlacionados que mantiene la existencia de un factor de autoconcepto general y de autoconceptos específicos para cada dominio que estarían relacionados entre sí (p. ej., el instrumento desarrollado por Harter y Pike, 1983, se basa en esta idea),

(3) el modelo Compensatorio (Marx y Winne, 1980) que plantea la existencia de un autoconcepto global y de autoconceptos específicos (p. ej., académico, social y físico) que serían bipolares y estarían inversamente relacionados. La aportación más importante de este modelo es que en el intento inconsciente por mantener un autoconcepto positivo, *las autopercepciones de bajo estatus en un dominio son compensadas por percepciones de alto estatus en otros dominios* (p. ej., estudiante que se percibe con baja capacidad académica, se considera con una elevada capacidad social),

(4) el modelo Taxonómico, que basado en la estructura de la inteligencia de Guilford (1969) postula que los componentes del autoconcepto surgirían de la intersección de dos o más facetas, cada una de las cuales tendría al menos dos niveles y

(5) el modelo Jerárquico (p. ej., Marsh y Shavelson, 1985; Shavelson, Hubner y Stanton, 1976) que considera que el autoconcepto general es un factor de orden superior que incluye autoconceptos específicos de diferentes dominios que están correlacionados, pero que también pueden interpretarse de forma separada. Por ejemplo, en el modelo propuesto por Shavelson et ál. (1976) el autoconcepto global se ramifica en autoconcepto académico y no académico. Y este último incluye a su vez tres facetas (social, física y emocional). Cada una de las cuatro dimensiones (social, física, emocional y académica) contiene a su vez más divisiones y autoconceptos específicos.

Los modelos jerárquicos resultan atractivos porque organizan las autoevaluaciones en dominios específicos que explican y permiten predecir el nivel global de autoconcepto. De hecho, asumen que las personas organizamos o estructuramos la información que tenemos sobre nosotros mismos en subcategorías predecibles, que se relacionan con clusters de orden superior. Otros autores critican estos modelos señalando que las estructuras generales que hipotetizan y contrastan por medio de modelos estadísticos, podrían no ser aplicables a todos los individuos, o a grupos particulares de personas. Y proponen modelos alternativos que se basan en el estudio directo de los sujetos que procesan y organizan la información sobre sus autoatributos relevantes e irrelevantes (p. ej., Harter, 1999; Linville, 1987).

Estos trabajos recogen el peso o la *importancia* que *cada dominio* tiene para cada sujeto particular. Los ítems no tendrán un nivel equivalente para todos los sujetos, sino que dependerán de las valoraciones de la persona en particular. El hecho de que el modo en que las personas organizamos nuestro autoconcepto sea individual iría en la línea de lo señalado por James (1890), para quien no habría ninguna jerarquía común a todas las personas, sino que la autoestima en el ápice sería el resultado de la comparación de la jerarquía de éxitos percibidos de un individuo en relación con la

jerarquía sobre la importancia que tienen sus éxitos en el dominio correspondiente. Y la *discrepancia* o *congruencia* entre ambas jerarquías, que diferiría de persona a persona, sería la predictora de la autoestima de esa persona particular (Harter, 1999). A continuación se describen algunos de estos modelos multidimensionales no jerárquicos.

Higgins (1987; Higgins, Stauman y Klein, 1986b) distingue entre el:

- *Yo real* o los atributos que alguien (la persona o alguna persona significativa) cree que posee,
- *Yo ideal* o representación de los atributos que a alguien (la persona o alguna persona significativa) le gustaría que la persona tuviera, y el
- *Yo debido* o los atributos que alguien (la persona o alguna persona significativa) considera que la persona tiene la obligación o el deber de tener.

La imagen de la persona variará en función de quién juzgue a la persona, es decir, del *punto de vista* adoptado, el de la propia persona o el de alguna persona significativa para el sujeto (p. ej., alguno de los padres, la pareja, o un amigo cercano). De la combinación entre los dominios del Yo y del punto de vista adoptado surgirán seis tipos de representaciones (Strauman y Higgins, 1988): Yo real/desde el punto de vista de la persona; Yo real desde el punto de vista de los otros; Yo ideal/persona; Yo ideal/otros; Yo debido/persona; y Yo debido/otros. Las dos primeras representaciones (y especialmente la primera) hacen referencia al autoconcepto, mientras que las otras cuatro representaciones constituyen los estándares o guías de la persona (Higgins et ál., 1986b).

En su **Teoría de la discrepancia**¹¹ (*Self-discrepancy theory*) Higgins (1987) asume que las personas están motivadas a alcanzar un estado donde el autoconcepto (Yo real) coincida con las guías (Yo ideal/desde mi punto de vista; Yo ideal/desde el punto de vista de otros; Yo debido/desde mi punto de vista; Yo debido/desde el punto de vista de otros). Por tanto, la discrepancia entre el Yo real o autoconcepto y cada una de las guías (Yo ideal y Yo debido), se asociarán a una predisposición motivacional.

¹¹ Con anterioridad a Higgins, desde los modelos clásicos de la psicología social se ha desarrollado ampliamente el concepto de discrepancia. Estos modelos han propuesto que la inconsistencia entre las actitudes o creencias personales provoca un malestar emocional que motivará a la persona a cambiar la inconsistencia para reducir el malestar. Festinger (1957) observó que las personas tratan de eliminar las inconsistencias en sus actitudes opuestas o contradictorias e hipotetizó que la disonancia, al ser psicológicamente molesta, motiva a la persona a reducirla y alcanzar la "consonancia". Heider (1958) habla de equilibrio vs. desequilibrio para referirse las relaciones armoniosas vs. no armoniosas entre elementos; y Osgood y Tannenbaum (1955) formulan su principio de congruencia para referirse a un concepto similar, según el cual los cambios en la evaluación tratan de ser congruentes con el marco de referencia existente, por lo que las valoraciones se intentan ajustar para alcanzar la congruencia. En general, todas las teorías de la consistencia comparten una serie de asunciones básicas, entre ellas, que: (1) tener creencias inconsistentes es intolerable o cuanto menos molesto, (2) las personas piensan sobre sus creencias y toman decisiones basadas en ellas y (3) están motivadas a cambiar sus creencias o conducta para mantener cierta consistencia (Strauman y Kolden, 1997).

Además asume que cada tipo de discrepancia reflejará un tipo particular de situación psicológica negativa, que se asociará a problemas emocionales específicos. De este modo, cuando el sujeto percibe una discrepancia entre:

- su Yo real y su Yo ideal, tenderá a sentirse triste o molesto porque no percibe resultados positivos (i.e., no alcanza sus deseos u objetivos),
- su Yo real y el Yo debido siente que ha violado sus obligaciones, por lo que esta situación se asocia a castigo y la persona anticipa consecuencias negativas, dando lugar a sentimientos de tensión, nerviosismo o estrés (Higgins, Klein y Strauman, 1985; Strauman y Higgins, 1987).

El *nivel de autoestima* dependerá por tanto, de la discrepancia entre el Yo real y el Yo ideal (Moretti y Higgins, 1990).

Dadas las dificultades que conlleva calcular las discrepancias propuestas por Higgins, otros autores han señalado la conveniencia de medir la discrepancia percibida con escalas de respuesta de “muy diferente de mi Yo ideal” a “muy parecido a mi Yo ideal” (p. ej., Pelham y Swann, 1989). En un trabajo reciente se han apoyado los resultados e hipótesis de Higgins (Francis, Boldero y Sambell, 2006) con una metodología más sencilla y exenta de problemas.

Algunos autores han criticado la importancia dada al Yo real y al Yo ideal y abogan el estudio de Yoes alternativos como el *Yo indeseado o temido* tal y como sugiere Ogilvie (1987). Este autor constata que la distancia entre el Yo real y el Yo temido mantiene correlaciones más elevadas con el nivel de satisfacción vital que la distancia entre el Yo real y el Yo ideal. Carver, Lawrence y Scheier (1999) han desarrollado un instrumento que evalúa, siguiendo a Higgins, las discrepancias entre los diferentes puntos de vista del Yo e incluyen también las discrepancias entre el Yo real y el Yo temido.

Siguiendo a James, **Harter** (1986) propuso un modelo que integraba la visión multidimensional y unidimensional en el estudio del autoconcepto. En consecuencia, incluía tanto la evaluación de la autoestima a nivel global (de modo similar a Rosenberg) como la evaluación de la competencia en *dominios específicos*.

Más tarde, (Harter y Whitesell, 2001) desarrolló una metodología para poner a prueba en adolescentes la ecuación teórica planteada por James (autoestima=éxitos percibidos/preensiones). Para apresar las *preensiones o dominios importantes* se centraron en cómo afectan las aspiraciones de los sujetos a la satisfacción con ellos mismos (p. ej., pidiendo a los sujetos que valoren en qué grado se identifican con la primera o la segunda parte de la afirmación: “algunos niños piensan que es importante hacer bien las tareas de la escuela para sentirse bien con personas, mientras que otros niños no creen que sea importante hacer bien las tareas escolares para sentirse bien con ellos mismos”). El numerador de la ecuación *-éxito alcanzado o competencia-* lo evaluaron midiendo la competencia subjetiva que

manifestaban tener los sujetos en los dominios evaluados (p. ej., tareas escolares). Por tanto, siguiendo esta metodología, las diferencias individuales se encuentran tanto en la evaluación de la propia competencia que hace el sujeto como en la importancia atribuida a cada dominio. Por lo que por ejemplo, dos personas que conceden la misma importancia a un dominio determinado, experimentarán diferentes niveles de autoestima en función del éxito que perciban en el dominio concreto.

Dado que el *nivel de autoestima* estará determinado por “la percepción de competencia en áreas en las que el sujeto tiene aspiraciones” (Harter y Whitesell, 2001, pg. 6), Harter (1990), al igual que James, propone que para evitar una *baja autoestima* las personas resten importancia a los dominios en los que son menos competentes, y especifica que hay algunos dominios en los que es más fácil hacerlo que en otros. Su grupo ha encontrado que dos de las áreas en las que es más sencillo para los adolescentes disminuir el grado de importancia concedida son la competencia atlética y la aceptación social; mientras que en dominios como el rendimiento escolar y la apariencia física es más difícil (Harter, 1999). Por tanto, Harter y su equipo encuentran apoyo empírico a la idea propuesta por James y que se podría reformular en términos más estadísticos como: la competencia percibida en dominios importantes mantiene mayores correlaciones con autoestima global, que la competencia en dominios que no son importantes. Parece pues que la competencia percibida en los dominios importantes para el sujeto, está íntimamente relacionada con los sentimientos de autoestima.

Por último nos gustaría señalar la relación entre los conceptos de **Importancia** y **Yo ideal**. Ambos conceptos comparten muchos aspectos en común. De hecho, Harter (1986) señala que se decanta por emplear medidas de Importancia, entre otros motivos, por los problemas metodológicos que conlleva apresar las discrepancias con el Yo ideal, que puede tomar diferentes formas como un Yo fantaseado o un Yo deseado (Marsh, 1993). Parece pues, que el constructo de Importancia es un modo más directo de evaluar aspectos semejantes.

Otros autores, siguiendo también la propuesta teórica de James (1890), han propuesto que las relaciones entre la autoestima global y las percepciones en dominios específicos dependerán de: (1) la importancia que la persona asocia a cada dominio, (2) el estándar de excelencia o ideal que el individuo concede a cada dominio y (3) la seguridad con que cada persona ve cada dominio. Tal y como han señalado Marsh (1993) y Byrne (1996, 2002) los autores que mantienen esta visión suelen emplear una medida global de autoestima (p. ej., la escala de Rosenberg de autoestima), una escala multidimensional específica para diferentes dominios y una escala para valorar la importancia percibida de cada dominio.

Por último, nos referiremos brevemente a **Markus** (1977; Markus y Wurf, 1987), que introduce un planteamiento bastante distinto de los anteriores, según el cual el Yo es un sistema dinámico de esquemas, una estructura de memoria en la que los atributos se diferencian en el grado en que se asocian al Yo. Un autoesquema se define como una estructura de conocimiento que representa las

habilidades o atributos de la persona (p. ej., yo como bueno con las matemáticas). Markus y Wurf (1987) distinguen entre:

- el autoconcepto entendido como conjunto de representaciones del Yo y
- el autoconcepto de trabajo o conjunto de representaciones del Yo que están activadas y son accesibles en un momento determinado.

Este *autoconcepto de trabajo* se activará en función de las circunstancias o del estado motivacional de la persona, habiendo estructuras que se activen de forma más automática que otras. Esta distinción implica que el autoconcepto es *estable* en la medida en que el conjunto de representaciones del Yo son relativamente estables y a la vez es *maleable* debido a que los contenidos del autoconcepto de trabajo cambiarán en función del contexto (Markus y Kunda, 1986). Por tanto, Markus y Kunda (1986) recogen el doble aspecto del autoconcepto como estable y maleable señalado ya por James (1890).

Uno de los aspectos que diferencia a las representaciones o esquemas del Yo es su grado de *centralidad o importancia* para la persona (Markus y Wurf, 1987): unos dominios serán centrales para el Yo y otros periféricos. Aquellos dominios o representaciones más importantes o centrales para el Yo serán las más elaboradas y tendrán autoesquemas bien definidos que organizarán y guiarán el procesamiento de la información (Markus y Wurf, 1987). Por tanto, las personas “esquemáticas” en un dominio específico, se considerarán habilidosos en ese dominio y lo considerarán un aspecto importante para la evaluación de sí mismos. Además, serán crónicamente sensibles a los estímulos relevantes para su esquema, prestándoles una mayor atención y favoreciendo la información relacionada con el esquema. El autoconcepto (p. ej., yo como bueno con las matemáticas) será consecuencia tanto del reconocimiento de que tenemos una *habilidad* (p. ej., las matemáticas), como de la creencia de que esa habilidad tiene una gran *importancia* (p. ej., es importante ser bueno en matemáticas) (Cross y Markus, 1994). Markus (Markus y Wurf, 1987) también recoge las ideas de James respecto a la *discrepancia* y plantea que las personas intentamos mantener un afecto positivo, lo que implica mantener alejada cualquier información que amenace nuestra concepción del Yo para poder mantener la consistencia con los puntos de vista previos del sujeto. Por tanto, las personas son resistentes a la información incongruente con sus esquemas, información que se puede rechazar directamente, atribuir a factores situacionales, reinterpretar, etc. (Lewicki, 1983). Y el autoconcepto será *activo*, un importante *motivador* que *influye y regula* la conducta y el procesamiento de la información (Markus y Wurf, 1987). Las *representaciones del Yo* podrán referirse a Yoes reales o a Yoes *posibles*: los segundos se refieren a aquellos yoes que al sujeto le gustaría ser o en los que teme convertirse (Markus y Wurf, 1987). Las representaciones del Yo también se diferenciarán en función de si se refieren al presente, pasado o futuro.

2.4 CONCLUSIONES

Para concluir esta breve revisión, parece que hay cierto acuerdo en considerar que el autoconcepto:

- es relativamente estable
- está formado por diferentes dominios o áreas
- los dominios varían en el grado de relevancia que tienen para la persona
- la autoestima depende de la importancia que las personas dan a los dominios y de la percepción de nuestras habilidades en los dominios considerados como importantes (si son discrepantes o consistentes).

Parece que tanto James como Harter y Markus, dan una especial relevancia a la **“importancia”** que tienen los dominios para el autoconcepto. James (1890) considera que la inadecuación en dominios no importantes para el autoconcepto no afecta a la autoestima; Harter (1999), apoyando a James, concluye que la competencia percibida en dominios importantes está más asociada con los niveles globales de autoestima que la competencia en dominios no importantes; y finalmente, Markus y Wurf (1987) mantienen que las autodescripciones difieren en la importancia personal que tienen para el individuo. Otros autores también han mantenido una concepción similar. Por ejemplo, para Kelly (1955) el autoconcepto (*“self-system”*) está organizado de forma jerárquica en constructos centrales, aquellos a través de los que el sujeto mantiene su identidad, y en constructos periféricos que pueden ser alterados sin modificar a su Yo. Otros autores hablan de concepciones centrales (Gergen, 1968) o identidades salientes (Stryker, 1986), frente a otras que son periféricas. Otros hallazgos (Harter, 1999) indican que los adolescentes pueden construir una descripción de sí mismos (*“self-portrait”*) en la que diferencian el grado de importancia de diferentes descriptores.

No obstante, hay que decir que estos planteamientos no son admitidos por todos los autores. A título de ejemplo, Marsh (1993), comparando diferentes modelos, no encuentra que las valoraciones individuales de la importancia que tienen los diferentes dominios aporten información adicional respecto a modelos más sencillos y generales.

3 LA AUTOESTIMA SEGÚN J. CROCKER: AUTOESTIMA GLOBAL Y CONTINGENCIAS DEL YO

La mayor parte de las personas de la calle, así como desde algunos de los enfoques que hemos presentado, consideran que la autoestima es importante. De hecho, resulta difícil, sino imposible permanecer indiferente al escuchar comentarios que afectan a nuestra propia autoestima, como que somos atractivos, inteligentes, adorables, o en el peor de los casos, que somos feísimos o tontos. Las

fluctuaciones en nuestra autoestima no nos dejan indiferentes, asociándose a importantes reacciones emocionales. Por lo tanto, es fácil que nos de la impresión de que la autoestima aumenta cuando ganamos un concurso, o resolvemos un problema, y que disminuye cuando fracasamos. Y esta percepción puede llevarnos a pensar que el nivel de autoestima, es decir, la percepción o creencia de cómo somos, no es la consecuencia sino la causa de nuestros éxitos y fracasos (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003).

En la década de los 70 el estudio de la autoestima adquirió una enorme importancia, hasta el punto que en 1986 en California se fundó con fondos del gobierno la “*Task Force on Self-esteem and Personal and Social Responsibility*”, asociación creada con el objetivo de incrementar la autoestima de la población para resolver problemas tan diversos como el crimen, los embarazos de adolescentes, el abuso de las drogas, la contaminación o el bajo rendimiento escolar (Baumeister et ál., 2003). Sin embargo, la evidencia empírica se resiste a constatar que la alta autoestima sea central para la salud mental y fuente de felicidad, éxito y popularidad; y que la baja autoestima sea la causa de todo tipo de problemas. Aunque un elevado sentimiento de autoestima puede provocar sentimientos agradables y fomentar la iniciativa, no parece ser la causa del éxito académico (sino más bien una consecuencia del mismo), del rendimiento laboral o de la capacidad de liderazgo; del mismo modo que una baja autoestima no es la causa directa de la violencia, alcoholismo o de la drogadicción (Baumeister et ál., 2003). En una revisión de trabajos empíricos desarrollados a partir de la Task Force (Baumeister et ál., 2003) concluyen que la autoestima es un concepto demasiado heterogéneo como para ser beneficioso o perjudicial, y ponen el énfasis *no* en el *nivel* de autoestima sino en el *uso* que se hace de la misma.

Recientemente J. **Crocker** y C. T. **Wolfe** (2001) han desarrollado un **modelo de autoestima global** que considera a la autoestima como rasgo y estado, fluctuando en cada momento alrededor de un punto medio. Estas autoras emplean el término autoestima para hacer referencia a los “juicios globales sobre la autovalía (*‘self-worth’*)” (Crocker y Wolfe, 2001; pg. 594) y consideran que la importancia de la autoestima no reside en su nivel (p. ej., más alta o más baja) sino en los *dominios o ámbitos en que se fundamenta*. El modelo de Crocker, recuperando una vez más a James (1890), asume algunos de los aspectos señalados anteriormente, concretamente que (1) nuestra autoestima depende de determinados dominios o áreas, (2) que no todas las personas basan su autoestima en los mismos dominios (Coopersmith, 1967; Harter, 1993; James, 1890) y (3) que solo aquellos dominios que consideremos importantes influirán sobre nuestra autoestima y lo harán en diferente grado. Estas autoras denominan “*Self-worth contingencies*” (“contingencias de la autovalía”) a estos últimos, es decir, a aquellos ámbitos que son importantes para la autoestima de una persona¹²

¹² Utilizaremos la expresión “Contingencias de la autoestima” para referirnos a este concepto, siendo conscientes de que su significado en castellano puede ser equívoco, ya que “contingencia” puede entenderse como “posibilidad de que algo suceda o

En síntesis, el modelo de Crocker postula que:

- cada sujeto basará su autoestima en contingencias específicas,
- cada sujeto tendrá diferentes contingencias que mantendrá en diferentes grados,
- las personas diferirán en las contingencias relativas a su autovalía y
- la percepción que tenga una persona de su valía personal dependerá de los éxitos y fracasos percibidos en sus respectivos dominios contingentes.

Por ejemplo una persona puede basar su autoestima en el rendimiento laboral, pero verse también influida por el atractivo físico; por tanto, las contingencias de su autoestima serán el rendimiento laboral y en menor medida el atractivo físico. Los dominios o ámbitos contingentes a la autovalía tienen una *organización* jerárquica, lo que implica que habrá contingencias más generales y de orden superior (p. ej., la virtud), que se concretarán en otras más específicas o subordinadas (p. ej., ser honrado, fiel a los amigos y amable con los animales).

Los sucesos influirán sobre la autoestima en función de la relevancia que tengan para (las contingencias de) la persona. Este planteamiento se aleja de quienes conceden una mayor importancia al suceso objetivo tal y como lo percibiría un observador externo (McFarland y Ross, 1982).

Sobre el **origen y desarrollo** de las contingencias, el grupo de Crocker mantiene que se desarrollan a lo largo de la vida como resultado de los procesos de socialización e influencia social (Bandura, 1986), que incluyen aspectos como las interacciones con los padres (p. ej., Moretti y Higgins, 1990), los valores y normas culturales (p. ej., Solomon, Greenberg y Pyszczynski, 1991) o el aprendizaje por observación o vicario.

Las contingencias de la autoestima tienen una **función** básicamente motivadora y reguladora de la conducta. Las personas normalmente se esfuerzan por ser valiosas y tener una alta autoestima, por lo que los dominios en que las personas basen su autoestima, motivarán y regularán su conducta. Dependiendo del tipo de dominios contingentes a la autovalía, variará la dificultad para satisfacerlos y la conducta motivada por los mismos podrá ser socialmente aceptable/adaptativa o no.

Respecto a la *función motivadora*, en un estudio con 600 estudiantes universitarios norteamericanos, el grupo de Crocker (Crocker, Luhtanen, Cooper y Bouvrette, 2003) encontró apoyo a la idea de que las contingencias son motivadoras de la conducta. Las contingencias del Yo evaluadas antes de comenzar su primer año en la universidad predijeron con anterioridad y al acabar el segundo semestre (controlando etnia, género, nivel socioeconómico y autoestima rasgo), el tiempo que dedicaron a realizar

no suceda” o como “riesgo” (RAE, 2001). En el contexto del modelo de Crocker el término hace referencia a aquellos dominios o áreas en las que las personas basan su autoestima, de forma que su valor como personas depende del éxito o fracaso en las mismas.

varias actividades, las organizaciones en las que se involucraron durante el curso y problemas de conducta como las drogas, el alcohol, o la alimentaria. Además, cuando todas las contingencias se introdujeron a la vez como variables predictoras, contingencias específicas predijeron conductas específicas, así como la distribución del tiempo a lo largo del curso. En el mismo estudio (Crocker et ál., 2003) hallaron mayores asociaciones entre baja autoestima y basar la autoestima en la apariencia física y/o la aprobación de los otros (contingencia externa), que entre baja autoestima y la contingencia virtud (contingencia interna), por lo que las contingencias más difíciles de satisfacer eran las dependientes de otras personas al no estar bajo el control de la propia persona (*versus* las contingencias internas). Además comprobaron que no todas las conductas motivadas por los dominios contingentes a la autoestima son adaptativas o positivas. Por ejemplo, basar la autoestima en el dominio de "virtud" se asociaba a más tiempo dedicado al voluntariado y menos tiempo dedicado a fiestas mientras que basar la autoestima en el dominio de "apariencia" se relacionaba de forma positiva con un mayor tiempo dedicado a arreglarse, al ejercicio físico, la compra de ropa, la socialización o a fiestas, o con el posterior uso de alcohol y drogas, y de forma negativa con el dominio de "virtud". Además, el grado en que el dominio competencia académica era contingente, predecía el número de horas dedicado a estudiar, pero no el éxito académico (Crocker et ál., 2003). Este trabajo y otros en la misma línea (Crocker, Sommers y Luhtanen, 2002) apoyan la importancia de un modelo de dominios específicos y su papel como *motivadores* de la conducta y *fuentes de vulnerabilidad*.

Respecto a la función de las contingencias como reguladoras de la conducta, el modelo de Crocker propone que cuando las personas no logran validar sus contingencias, su autoestima se ve amenazada y los sujetos se ven *motivados* a buscar otras vías de escape o mecanismos de defensa como culpar a otros de su fracaso, o dejar de dar importancia al dominio en que se ven frustrados. James (1890) ya señaló la dificultad de cambiar la importancia concedida a los dominios asociados al autoconcepto. El grupo de Crocker encontró apoyo empírico a esta idea en una muestra de estudiantes universitarios que solicitaban plaza para estudios de postgrado (Crocker et ál., 2002). Los autores constataron que cuanto más basaban los estudiantes su autoestima en el éxito académico, mayor autoestima presentaron en los días en que fueron admitidos y menor en los días en que fueron rechazados, sin embargo, los alumnos a los que denegaban la plaza no disminuían la importancia otorgada al éxito académico, es decir, no centraban su autoestima en otra contingencia (p. ej., la proporción de denegaciones recibidas no se relacionaba con cambios en el grado en que la autoestima se basaba en el rendimiento académico entre la medición de principio de curso y la de final de curso). La teoría de Crocker propone que en caso de que los mecanismos de defensa no funcionen, la autoestima disminuirá y las contingencias actuarán en este caso como fuente de *vulnerabilidad*.

Las contingencias del Yo influirán tanto sobre la autoestima estado, como sobre la autoestima rasgo. Este es una de los aspectos que diferencian a este modelo del de James (1890), para quien la

autoestima rasgo es una característica predeterminada, por tanto poco modificable y no relacionada con el éxito o fracaso en dominios importantes. En este sentido Crocker es menos determinista, al plantear que los aspectos en los que se basa la autoestima rasgo pueden cambiar: cambios bruscos o situaciones vitales importantes (p. ej., un nuevo trabajo, la muerte de un cónyuge, enamorarse) pueden motivar una “revisión” de los dominios en que se basa la autoestima y el consiguiente cambio de los mismos. Como ya hemos señalado, algunas contingencias, como las que no dependen de nosotros mismos, serán más difíciles de modificar. Este aspecto ha sido tratado también por Harter y Whitesell (2001) que plantean que hay dominios, como el rendimiento en los deportes, cuya importancia es más fácil de modificar que la de otros dominios como el rendimiento académico.

Es importante aclarar que las contingencias del Yo no solo hacen referencia a la importancia de unos dominios, sino que se refieren a algo más específico: *la importancia que determinados dominios tienen sobre la autoestima*. Así, este planteamiento, aunque directamente relacionado con los modelos que han medido la importancia de un dominio (Marsh, 1986), la relevancia de un dominio para el Yo (Tesser, 1988) o el Yo ideal (Higgins, Bond, Klein y Strauman, 1986), se aleja de estos modelos al centrarse únicamente en los aspectos importantes para la autoestima. Estos modelos incluyen dominios que pueden ser importantes, no porque afectan a la autoestima de la persona, sino porque por ejemplo responden a la opinión de los otros sobre lo que debemos hacer (Higgins, 1987), son conductas que hemos visto premiadas o castigadas en otros (Bandura, 1986), son un medio para conseguir nuestros objetivos (Carver y Scheier, 1998) o simplemente porque responden a cómo nuestro medio social/cultural nos dice que debemos ser y actuar (Solomon, Greenberg y Pyszczynski, 1991).

Una aproximación que se asemeja al modelo de Crocker (Crocker y Wolfe, 2001) es la adoptada por Harter (p. ej., Harter y Whitesell, 2001). Ambas autoras siguen algunas de las ideas planteadas por James (1890) y abogan por la importancia de los dominios importantes para la autoestima frente a otra serie de autores (p. ej., Marsh, 1986) que rebaten la validez de las intuiciones Jamesianas. Tanto Harter como Crocker preguntan por la importancia de determinados dominios para la autoestima o bienestar de la persona. Pero mientras que la primera emplea instrumentos con ítems del tipo: *“Algunos niños piensan que es importante hacer bien los deberes del colegio para sentirse bien consigo mismos como personas PERO otros niños no creen que lo bien que hagan los deberes del colegio es importante para cómo se sienten como personas”*, y se pide primero que elijan con qué tipo de persona se identifican más y luego evalúen si se identifican con el enunciado “realmente” o “parcialmente” (Harter y Whitesell, 2001), en el caso de Crocker et ál. (2003), los ítems empleados son del tipo: *“Mi rendimiento académico no afecta a la opinión que tengo de mí mismo”*, y emplean una escala Likert (desde ‘totalmente en desacuerdo’ hasta ‘totalmente de acuerdo’).

En resumen, en el modelo de Crocker lo importante no es tanto si la autoestima es *alta o baja* en general (autoestima como *rasgo*), ni si los dominios son más contingentes en unos sujetos que en otros (p. ej., Deci y Ryan, 1995; Rogers, 1951), sino el estudio de los dominios que son importantes para la autoestima de cada persona, es decir, los dominios contingentes de la autoestima. Éstos motivarán las fluctuaciones de la autoestima y los intentos de los sujetos por verse envueltos en situaciones que, al satisfacer las contingencias del Yo, les hagan sentir mejor.

Por tanto, si recogemos la definición que hacíamos al principio de este capítulo, según la cual el autoconcepto está compuesto por elementos evaluativos (como la autoestima) y cognitivos (como la autoimagen), el concepto propuesto por Crocker (*dominios contingentes a la autoestima*), se refiere a los *elementos que influyen sobre la evaluación que hago de mi mismo*. En consecuencia, el planteamiento de Crocker es cercano tanto a la autoestima (aunque no alude a si es alta o baja), como a los dominios sobre los que se configura la autoimagen (aunque, como ya hemos señalado, la autoimagen puede estar formada por aspectos que no afectan a cómo se valora el sujeto). La propuesta de Crocker es una forma de aproximarnos a averiguar qué aspectos son significativos o importantes para la persona.

El grupo de Crocker ha desarrollado un instrumento para valorar en qué grado una serie de dominios son contingentes a la autoestima: la Escala de Contingencias de la autoestima (*Contingencies of Self-Worth Scale, CSW*; Crocker et ál., 2003), que describiremos detalladamente más adelante porque lo hemos empleado en este trabajo. Dada la ausencia de acuerdo sobre qué dominios o áreas afectan a la autoestima, la CSW incluye siete de los dominios más mencionados en la literatura como fuentes internas o externas de autoestima: (1) la aprobación de los demás, (2) la apariencia física, (3) la comparación con otros, (4) la competencia académica, (5) el apoyo de la familiar, (6) el ser una persona virtuosa o con altos estándares morales y (7) el amor de Dios o la fe.

4 AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA Y PSICOPATOLOGÍA: EL CASO DEL TOC

El estudio del Yo a menudo se ha asociado a la vulnerabilidad a padecer trastornos afectivos y se le ha dado una gran importancia desde la clínica. Un gran número de teorías de la personalidad y psicopatología (p. ej., Freud, Maslow o Rogers), han considerado el deseo de verse a sí mismo de forma positiva y la necesidad de tener una elevada estima hacia uno mismo como un aspecto universal del bienestar, implicando al Yo en la vulnerabilidad a padecer depresión, ansiedad u otros trastornos. Las teorías contemporáneas también consideran tanto a la autoimagen como a la autoestima factores que contribuyen al mantenimiento de la depresión y de otros trastornos emocionales (Strauman y Kolden, 1997) así como mecanismos importantes de cambio tanto en la psicoterapia (Mahoney, 1990, 1991) como en la prevención de recaídas (Emmelkamp, 2002). Para Fennell (1997), las relaciones, no excluyentes,

entre los problemas psicológicos y el autoconcepto serían de tres tipos: una baja autoestima o autoconcepto negativo podría ser (1) una *característica* psicopatológica más del trastorno, y la terapia podría restaurar el nivel de autoestima previo o mejorar la autoimagen; (2) la *consecuencia* de un problema y (3) un factor de *vulnerabilidad* a padecer problemas psicopatológicos concretos. Tal y como señala Bhar (2005), esta tercera posibilidad es consistente con el modelo cognitivo de la psicopatología, que enfatiza que las emociones negativas son consecuencia de una vulnerabilidad cognitiva previa (Beck, 1967). Si esto es así, si la baja autoestima es un factor de vulnerabilidad, el tratamiento psicológico deberá considerar la modificación de la autoestima (Ehnholt, Salkovskis y Rimes, 1999).

4.1 EL TOC Y EL YO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los autores más relevantes dentro de las teorías cognitivas sobre el TOC han asumido la importancia del Yo en el desarrollo y mantenimiento del mismo, si bien no se han referido al autoconcepto de forma directa. En el Capítulo 1 hemos resumido estas teorías, y aquí incidiremos en el papel que juega el Yo en estos modelos, así como en otros que han enfatizado su importancia para el TOC (i.e., Doron y Kyrios, 2005; Guidano y Liotti, 1983). Por último, expondremos los trabajos que de forma más o menos indirecta han contrastado las teorías de autores como Rachman (1997, 1998, 2003) o se han aproximado al estudio de la relación entre el TOC y alguna de las áreas del autoconcepto desde una perspectiva cognitiva. Estos estudios han examinado la relación del TOC con el nivel de autoestima (Ehnholt et ál., 1999; Fava, Savron, Rafanelli, Grandi y Canestrari, 1996), la autoimagen (p. ej., Ferrier y Brewin, 2005), la estructura del autoconcepto (p. ej., Bhar, 2005; Doron, Moulding, Kyrios y Nedeljovis, 2007), el contenido del mismo (p. ej., Steketee, Quay y White, 1991) y también han estudiado en qué medida se da una contradicción entre el contenido de los PIO y de las obsesiones y los aspectos valorados del Yo (Rowa, 2003). Finalizaremos esta revisión con un trabajo realizado por nosotras y que trata de relacionar la autoimagen con el contenido de los PIO (García-Soriano, Morillo y Belloch, 2006).

4.2 APROXIMACIONES TEÓRICAS AL TOC TENIENDO EN CUENTA EL AUTOCONCEPTO

Ya en 1980, Rachman y Hodgson enfatizaron la importancia del contenido de las obsesiones para el Yo en una discusión sobre la ocurrencia de obsesiones en líderes religiosos como Martin Luther King o John Bunyan. Como hemos comentado anteriormente, para **Rachman** (1997, 1998, 2003) las interpretaciones catastróficas sobre el significado personal de los pensamientos intrusos dan lugar a las obsesiones. Las personas interpretan sus PI como “*revelando aspectos importantes y a menudo ocultos de su carácter*” (p. ej., esta obsesión significa que son peligrosa, pecadora, rara o que me estoy volviendo loca) (Rachman, 1997, pg. 794).

Las creencias, sesgos cognitivos y sistema de valores de las personas determinarán el *contenido* de los PI neutros que se considerarán *significativos* y a los que se prestará especial importancia, y en este sentido, determinarán el contenido de las obsesiones (Rachman, 1998). Las personas que interpretan sus PI como personalmente significativos refuerzan la importancia y saliencia de los mismos, por lo que les conceden una atención excesiva y ponen en marcha diferentes estrategias de control para disminuirlos (Rachman, 2003).

Un ejemplo de personas vulnerables a conceder excesiva importancia a sus obsesiones, serían las muy religiosas, a quienes se les enseña que los pensamientos tienen un significado personal importante, y por tanto, interpretarán las imágenes blasfemas intrusas como catastróficas. Otro ejemplo sería el que hemos puesto al explicar la teoría cognitiva de Rachman: la maestra para la que es muy importante no ser violenta valorará de forma catastrofista el más mínimo pensamiento sobre agredir verbalmente a un alumno.

Otros autores que han enfatizado la relevancia del autoconcepto en su modelo sobre el TOC, han sido **Guidano y Liotti (1983)**, cuyo modelo ha sido objeto de contrastación empírica recientemente (Bhar, 2005; Bhar y Kyrios, 2007). Guidano y Liotti (1983) propusieron que la ambivalencia del Yo es un factor predisponente para considerar los PI egodistónicos como amenazas para nuestro Yo. Los PI se hacen repetitivos y molestos, y por tanto se convierten en obsesiones porque activan la *ambivalencia latente* sobre si la persona está manteniendo sus principios morales y la aprobación social (i.e., si las personas tuvieran su autoconcepto definido, los PI no serían una amenaza). Las compulsiones y demás estrategias de afrontamiento serían soluciones para resolver esa ambivalencia y restaurar el Yo ideal. Por tanto, para estos autores, en el TOC es más importante el *conflicto entre diferentes autoconceptos* que el contenido de los mismos. Además describen a las personas con TOC con una autoimagen ambivalente, conflictiva y frágil que les lleva a la búsqueda del perfeccionismo y a poner en marcha rituales como medio de restaurar continuamente su autoestima.

La ambivalencia podría explicar por qué las personas con TOC, ante información incongruente con su autoconcepto, no la reinterpretan o le quitan importancia de modo que no interfiera con su visión de sí mismos como la investigación en psicología social predice (p. ej., Festinger, 1957) sino que se replantean si su autoimagen es correcta (p. ej., ¿seré una mala persona?).

Salkovskis (1985) también ha enfatizado la importancia del Yo cuando define a los PI y obsesiones como egodistónicos e “incongruentes con el sistema de valores del individuo” (pg. 573) y señala que las intrusiones únicamente producirán malestar si tienen algún significado idiosincrásico para la persona (p. ej., implicación personal). Como ya hemos visto, el modelo de Salkovskis (1985, 1999) mantiene que los PI pueden convertirse en obsesiones si la persona interpreta que tiene una elevada

Responsabilidad en la prevención de posibles daños hacia él mismo o hacia los demás. Esta creencia implica que los individuos deben dar una gran importancia a los aspectos sociales y morales del Yo.

También hemos señalado que **Purdon y Clark (1999)** proponen que las valoraciones de los PI como *inconsistentes con la visión de uno mismo* o de sus creencias relativas a los pensamientos que uno debería tener (i.e., *egodistónicas*), juegan un papel central en la escalada de los PI en obsesiones. Los PI inconsistentes con nuestra forma de ser resultarán más llamativos y se convertirán en el centro de nuestra atención, por lo que la persona intentará reconciliar la inconsistencia de alguna manera: bien (1) quitándoles importancia (no se convertirán en obsesión) o (2) cuestionándose su autoimagen o la opinión que tenía de sí misma (p. ej., ante un PI de hacer daño a alguien nos cuestionamos si realmente somos malas personas). Si la persona valora que los PI violan su autoimagen, será importante controlarlos y pondrá en marcha una serie de estrategias de control.

Llegados a este punto, y teniendo en cuenta las aportaciones de los autores mencionados hasta aquí, parece plausible suponer que el contenido de los PI y su relación con el Yo, o al menos con lo que la persona considera relevante, deben de jugar algún papel en la escalada de los PI hacia las obsesiones. A pesar de que esta idea se extrae de los modelos teóricos revisados, los estudios empíricos desarrollados para contrastarla han sido escasos y se reducen a algunos trabajos transculturales que han explicado la alta frecuencia de determinados tipos de PI en culturas específicas (Akhatar et ál., 1975; Shooka, Al-Hadda y Raess, 1998) y a otros que han relacionado religiosidad y obsesiones de tipo religioso (Steketee et ál., 1991; Tek y Ulug, 2001).

No obstante lo dicho, dos grupos de investigadores están comenzando a aportar evidencias sobre estos aspectos. En primer lugar, **Rowa** y colaboradores (2003; Rowa y Purdon, 2003; Rowa, Purdon, Summerfeldt, y Anthony, 2005) han planteado que el estudio de las creencias y valoraciones por parte de los modelos cognitivos no explica por qué éstas se realizan sobre determinados pensamientos, lo que implica a su vez que no todos los PI se valoran del mismo modo. Además, Rowa (2003) plantea que hay otros factores que pueden jugar algún papel en determinar qué PI que se interpretarán de forma disfuncional. Las variables en las que centra su atención son: (1) la *contradicción* por parte de los PIO de aspectos valorados por el Yo, (2) el contexto en el que se dan los PIO y obsesiones (p. ej., dificultades en el trabajo, nacimiento de un hijo, decisiones importantes) y (3) las variables situacionales y contextuales (p. ej., situaciones desencadenantes del PIO) a las que se asocian PIO y obsesiones. Como ya se ha dicho, los resultados de estos planteamientos, que analizaremos en el apartado siguiente, están siendo objeto de investigación empírica.

Por último, también recientemente **Doron y Kyrios (2005)** han propuesto un modelo cognitivo multidimensional sobre el TOC basado en una “estructura del sí-mismo” caracterizada por un conjunto de dominios que son valorados por el sujeto como muy importantes y en los que se percibe como poco

competente. A estos dominios los denominan *Dominios Sensibles* del autoconcepto. Al mismo tiempo, plantean tres componentes de *vulnerabilidad* al TOC:

(1) los PI que amenacen la competencia percibida en los dominios sensibles pondrán en peligro la autoestima del sujeto, generando preocupación y ansiedad,

(2) las creencias específicas sobre la naturaleza del mundo como peligroso pero controlable facilitarán el desarrollo de síntomas obsesivo-compulsivos, generando la necesidad de controlar el mundo y ser hipervigilantes hacia las claves que se consideran “peligrosas” (p. ej., pensamientos intrusos) y por último,

(3) las prácticas parentales influirán sobre las visiones de uno mismo y del mundo.

Por tanto, respecto al autoconcepto, este modelo asume que las personas con TOC tendrán “dominios sensibles” del Yo (*áreas que consideran importantes y en las que no se perciben como competentes*) que les llevarán a centrar su atención en aquellos PI que amenacen la competencia percibida en estos dominios. Los PI activarán autoevaluaciones negativas sobre los “dominios sensibles” y otros procesos cognitivos (p. ej., perfeccionismo, responsabilidad; OCCWG, 2005). Doron y Kyrios (2005) ponen a prueba sus hipótesis con 4 dominios: la moralidad, competencia en el trabajo, competencia escolar y aceptabilidad social.

En el siguiente apartado se revisan las evidencias empíricas disponibles en torno a este y otros planteamientos.

4.3 EVIDENCIAS EMPÍRICAS

Dada la dispersión conceptual en torno a esta área, agruparemos los distintos estudios publicados teniendo en cuenta su foco de interés: autoestima o autoconcepto. Dentro del segundo distinguiremos a su vez entre tres conjuntos de estudios: los centrados en las discrepancias en el autoconcepto, los que básicamente analizan la estructura del autoconcepto y por último los que buscan examinar alguna asociación entre el contenido del autoconcepto y los contenidos obsesivos.

AUTOESTIMA Y TOC

Respecto a esta área únicamente hemos encontrado dos trabajos utilizando población clínica (pacientes TOC). Fava et ál. (1996) observaron que la baja autoestima fue un síntoma prodrómico en un 40% de las personas con TOC (N=30), resultado que apoya la idea de la autoestima como factor de vulnerabilidad para el trastorno. En un estudio posterior (Ehnholt et ál., 1999) se comparó el nivel de autoestima general (Robson, 1989; Rosenberg, 1965) en un grupo de 16 pacientes con TOC y dos grupos control (25 ansiosos no TOC y 30 no clínicos). Se observó que el nivel general de autoestima fue significativamente menor en los dos grupos clínicos y que la autoestima general mantenía correlaciones

significativas y negativas con la obsesionalidad (OCI). Y aunque estas asociaciones desaparecían al controlar los niveles generales de ansiedad (BAI) y depresión (BDI), volvían a aparecer al eliminar del BDI 6 ítems que se solapaban con autoestima. Parece pues que hay cierta relación entre la baja autoestima y el TOC, aunque esta asociación sea débil.

Ehnholt et ál. (1999) también estudiaron en qué aspectos basaban su autoestima los pacientes con TOC a través de una tarea en la solicitaron a los participantes que completaran siete frases del tipo “para verme a mí mismo como valioso, debo...”. La *autoimagen* en los sujetos con TOC (*versus* ansiosos no TOC y no clínicos) se mostró más centrada en la opinión de los otros y en el miedo a que los demás les vieran de manera negativa.

AUTOCONCEPTO Y TOC

DISCREPANCIAS EN EL AUTOCONCEPTO

Como hemos mencionado antes, el grupo de **Rowa** (2003; Rowa y Purdon, 2003; Rowa et ál., 2005) plantea la hipótesis de que la inconsistencia entre los aspectos valorados del sí mismo y el contenido de los PIO es un importante factor en la escalada de los PIO hacia las obsesiones. Dado que los resultados que vamos a comentar a continuación están reflejados en dos fuentes diferentes, la tesis doctoral de K. Rowa (Rowa, 2003) y dos artículos (Rowa y Purdon, 2003; Rowa et ál., 2005), y que es en el primer trabajo donde se ha podido obtener una información más completa, a partir de este momento se hará únicamente referencia a este trabajo.

En un primer estudio (Rowa, 2003) un grupo de 64 personas de la población general, completaron el III y se les pidió que seleccionaran su PIO más molesto, o su PIO menos molesto. A continuación, valoraron en qué medida ese PIO era molesto porque contradecía un aspecto importante o valorado del sí mismo. Para ello diseñaron y emplearon el “*Situation and self-questionnaire*” (Rowa y Purdon, 2000) en el que se pide a los sujetos que (a) enumeren características o atributos que consideran importantes para su autoimagen, (b) señalen cuáles son los atributos más importantes para ellos, (c) valoren el grado en que el PIO seleccionado del III es molesto porque *contradice* uno de los aspectos valorados de su yo y (d) anoten las características o aspectos específicos que contradicen su yo.

Los resultados indicaron que los PI más molestos contradecían más aspectos valorados del Yo (mayor número) y que además lo hacían en mayor medida (mayor grado de contradicción) que los menos molestos, pero también se observó que tanto los PI más molestos como los menos molestos, contradecían la autoimagen. Estos resultados son congruentes con la descripción de los PI como indeseados y según las autoras, parecen indicar que *para que un pensamiento se considere intruso y llame nuestra atención, debe contradecir algún aspecto del propio yo*. Por tanto, los PIO contradicen los

aspectos valorados por el Yo, por lo que lo más importante para determinar el malestar que producen, será el grado en que resultan contradictorios con la autoimagen en alguno de sus aspectos (Rowa, 2003).

Este primer estudio con población no clínica ha sido replicado, introduciendo pequeños cambios, en un grupo de 28 sujetos con TOC (Rowa, 2003) a los que en una sesión se pidió que valoraran su obsesión más molesta, y en otra sesión la obsesión que consideraban menos molesta. En concreto se les pedía tres cosas: (a) que escribieran un listado de características importantes en relación con la visión que tenían de sí mismos (su autoimagen), (b) que valoraran en qué grado la obsesión elegida (en una sesión era la más molesta, y en otra la menos) contradecía los aspectos enumerados (desde 1= nada hasta 5= muchísimo) y (c) que indicaran cuáles de esos aspectos eran puestos en entredicho por la obsesión (o se contradecían con el contenido de la obsesión). Los pacientes señalaron que su obsesión más molesta contradecía en mayor medida su autoimagen que su obsesión menos molesta. Además, la obsesión más molesta contradecía un mayor número de atributos que la menos molesta. Por último pidieron a los sujetos que completaran una lista cerrada de atributos para evaluar el grado en que la obsesión contradecía aspectos valorados del yo (*Dimensions of Self-OC*¹³). Concretamente se les pidió que valoraran la *importancia* asociada a cada atributo y el grado en que la obsesión *contradecía* cada aspecto del yo. Los resultados obtenidos con la lista abierta y con la cerrada fueron consistentes.

En este mismo estudio se incluyó el “*Ego-dystonicity Questionnaire*” (EDQ; Cripps y Purdon, 2000) que valora en qué medida un pensamiento es consistente con la personalidad, hábitos, preferencias de la persona, con los pensamientos que esperaría tener, así como la respuesta afectiva al contenido del pensamiento. La obsesión más molesta producía mayor *inconsistencia* con aspectos morales y *desagrado* del pensamiento, sin embargo, no se encontraron diferencias entre la obsesión más y menos molesta en el grado de irracionalidad del pensamiento, ni en las implicaciones del pensamiento para la personalidad. Las autoras concluyeron que el grado en que el pensamiento contradice la autoimagen, estaba relacionado con la egodistonía, pero no era redundante con el concepto de egodistonía, tal y como lo mide el EDQ (Rowa, 2003).

Por último señalar que las obsesiones más molestas no fueron las mismas para la mayor parte de los participantes. Este hecho, hace concluir a Rowa (2003) que la molestia generada por las

¹³ El “Dimensions of Self-OC” (Rowa, 2003) fue adaptado por Rowa (2003) a la población con TOC a partir del “Inventario de autoestima basada en la forma y el peso” (Shape y Weight Based Self-Esteem Inventory; Geller, Johnstony Madsen, 1997). La escala original estudia el grado en que la forma y el peso influyen en la autoestima de las mujeres en relación a otros atributos que pueden influir sobre su autoestima. En la adaptación, la autora incluyó 10 ítems con atributos referidos al yo sobre características relevantes en el TOC (p. ej. ser una persona limpia, ordenada) y atributos más generales (p. ej. ser una persona atractiva físicamente). Se pide a los participantes que valoren la *importancia* de cada atributo (de 0 ‘no es importante’ a 4 ‘es muy importante’) y se calcula la importancia proporcional de cada atributo en comparación con los otros (se divide la puntuación Likert de cada ítem por la puntuación Likert del total de los ítems). Así mismo, los participantes tienen que identificar su obsesión más molesta o la menos molesta y valorar en *qué grado contradice* (desde 0 ‘nada’ hasta 4 ‘muchísimo’) cada uno de los atributos del yo valorados anteriormente.

obsesiones se explica mejor por la contradicción con aspectos valorados del Yo (significado que tiene para la persona) que por el tipo de contenido en sí mismo.

Estos estudios sugieren que los PIO inconsistentes con los atributos importantes para el sí mismo son más molestas, por lo que es más probable que se conviertan en foco de atención y valoraciones sesgadas, así como en PIO cada vez más molestos que den lugar a obsesiones clínicamente significativas.

Pero estos resultados tienen una lectura alternativa, podría ser que las personas cuyos PIO son molestos se centren en aquellos aspectos del sí mismo que los PIO contradicen. Por tanto, la presencia de PIO haría que nos replanteáramos qué aspectos son importantes para nosotros, y no los aspectos importantes del sí mismo los que determinarían el contenido de los PIO. Para contrastar este problema de causalidad y ante la ausencia de estudios longitudinales, las autoras desarrollaron un tercer estudio pseudo-experimental en que pidieron a los sujetos que eligieran un PIO que nunca hubiesen tenido pero que pensarán que en caso de tenerlo les resultaría molesto y otro que pensarán que no les resultaría molesto. Al ser pensamientos que nunca habían experimentado, minimizaron la probabilidad de que fuera la presencia del PIO la que causara un replanteamiento del sí mismo. Los resultados fueron consistentes con los obtenidos con PIO anteriormente experimentados: los PIO molestos eran descritos como menos consistentes con aspectos valorados del sí mismo.

Por tanto, parece que los PIO y las obsesiones más molestas contradicen en mayor medida los aspectos importantes para el Yo, algo que, al menos en parte, confirma de forma empírica la idea teórica postulada desde los modelos cognitivos (p. ej., Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985). Según Rachman (1997) los sujetos creen que las obsesiones reflejan aspectos profundos e inaceptables de su identidad, afirmación que Rowa matiza indicando que éstas *“no surgen de aspectos ocultos de la personalidad de la persona, sino de la contradicción con aspectos totalmente conocidos de la personalidad”* pues las diferencias son notables preguntando a los sujetos de forma directa si su PIO u obsesión contradice aspectos de su autoimagen (Rowa et ál., 2005, pg. 1463).

El trabajo de Rowa supone un importante paso en la investigación cognitiva del TOC al estudiar de forma empírica y encontrar apoyo a uno de los supuestos de los modelos cognitivos menos contrastados: la inconsistencia entre los pensamientos y los aspectos valorados por del Yo juegan un papel importante, al menos, en la escalada de *algunos* PIO en obsesiones. Sin embargo es una primera aproximación que presenta bastantes limitaciones, entre otras el empleo de un número reducido de sujetos (p. ej., 64 sujetos no clínicos en el primer estudio) y de cuestionarios sin validar y limitados, por ejemplo, en la tarea abierta dependemos de la capacidad de introspección de la persona y en la tarea cerrada (*“Dimensions of Self-OC”*) emplean únicamente 10 adjetivos. Otro de los problemas que plantea el trabajo de Rowa, es que la mayoría de los PIO señalados fueron de tipo agresivo, sexual o dudas por

lo que no tenemos la total seguridad de que el patrón observado sea extensible a contenidos de otro tipo como de contaminación o religiosos (Rowa y Purdon, 2003).

Ferrier y Brewin (2005) han estudiado las *discrepancias* entre el Yo real y el Yo temido en un grupo de 24 personas con TOC, 21 controles con trastornos de ansiedad diferentes de TOC y 16 controles sin ningún trastorno psiquiátrico. Los autores hipotetizaron que el grupo TOC presentaría menores discrepancias entre su Yo real y su Yo temido, siendo su Yo real próximo al temido. Para ello emplearon un instrumento diseñado para este estudio, la “Escala de inferencias sobre el Yo relacionadas con Intrusiones” y el “Cuestionario de Yoes” de Carver et ál. (1999) que además de evaluar las discrepancias propuestas por Higgins (1987) evalúa las discrepancias entre el Yo real y el Yo temido. El Yo temido incluiría aquellas características que la persona no quiere ser pero en las que le preocupa convertirse, por lo que parece estar bastante relacionado con la idea planteada por Rachman (1997) de que las personas con obsesiones creen que reflejan aspectos profundos e inaceptables de su identidad. Ferrier y Brewin (2005) hipotetizan que la teoría de Rachman se confirmaría si se observase una discrepancia entre el Yo real y temido. Los resultados sugieren que:

- el grupo con TOC realizó un número significativamente mayor de inferencias sobre si mismos a partir de sus pensamientos intrusos,
- el grupo control ansioso presentó las mayores discrepancias entre el Yo real y el Yo debido, tal y como la investigación previa avala (p. ej., Carver et ál., 1999; Strauman y Higgins, 1987)
- los dos grupos control no se diferenciaron en las discrepancias entre el Yo real y el Yo temido, siendo menores que en el grupo no clínico.

Estos autores también analizaron la descripción del Yo temido de los tres grupos. El grupo TOC se diferenció de ambos grupos en su descripción de su Yo temido, al que caracterizó con más rasgos peligrosos para ellos mismos o para los otros (p. ej., inmoral, malo, loco), resultado que apoyaría la idea planteada por Rachman (1997) de que los sujetos obsesivos se ven así mismos como malos, peligrosos, demoníacos o inmorales.

ESTRUCTURA DEL AUTOCONCEPTO

Entre los estudios que han trabajado la estructura del autoconcepto en el TOC, cabe mencionar, siguiendo la revisión de Bhar (2005), el realizado por **Ruegg** (1994) con un grupo de pacientes con TOC y un grupo de sujetos no clínicos a los que se pide valoren en qué medida (desde -5 ‘extremadamente diferente de mí’ hasta 5 ‘extremadamente como yo’) poseen una serie de características (p. ej., puntual, modesto, etc.). Ruegg (1994) observó que los sujetos con TOC eran más *indecisos* a la hora de definir sus características de personalidad, concluyendo que tienen un *autoesquema más ambiguo* que la

población no clínica. Sin embargo, tal y como señala Bhar (2005), este trabajo no permite determinar si la ambigüedad se centra en la autoimagen o se extiende a otras áreas de la vida.

Siguiendo el modelo teórico del TOC propuesto por Guidano y Liotti (1983), Bhar (2005; Bhar y Kyrios, 2007) ha estudiado a nivel empírico el papel que juega en el TOC la *ambivalencia del autoconcepto*. En un trabajo realizado con población TOC (73 sujetos), ansiosa (diferente del TOC, n=50) y no clínica (n=269) han observado que la ambivalencia sobre el Yo se relaciona de forma significativa con sintomatología (PI-WSUR) y creencias (OBQ-44) obsesivo-compulsivas, siendo el nivel de ambivalencia significativamente mayor en los dos grupos clínicos respecto al no clínico. Por tanto, la ambivalencia, aunque pueda estar relacionada con el TOC, no parece específica del mismo.

Como hemos señalado Doron y Kyrios (2005) proponen que el TOC se asocia a las percepciones de incompetencia en dominios del Yo considerados importantes por la persona. Estos autores han realizado diferentes trabajos empíricos para contrastar su modelo (Doron et ál., 2007a; Doron, Moulding, Kyrios y Nedeljkovic, 2007 b,c). En el primero de ellos (Doron et ál., 2007a) dividieron a una muestra no clínica en dos grupos en función de que fueran sensibles o no en los dominios de moralidad, competencia laboral y laboral, y aceptabilidad social (evaluadas con el “Perfil de Autopercepción/ importancia para estudiantes universitarios”, Neeman y Harter, 1986). Operacionalizaron la “sensibilidad” en cada dominio como aquel dominio que se consideraba importante (\leq del punto medio en los ítems de importancia) y a la vez el sujeto no se percibía como competente (\leq del punto medio en los ítems de competencia). Doron et ál. (2007a) observaron que los sujetos sensibles en los dominios evaluados presentaban mayores niveles de creencias disfuncionales (OBQ-44) y de síntomas obsesivo-compulsivos (PI-WSUR) (excepto para la competencia escolar, que no se relacionaba con síntomas OC, y para la aceptación social, que no se asoció ni con mayores niveles de creencias ni con síntomas relevantes en el TOC). Por tanto, la evidencia empírica con muestras no clínicas apoya parcialmente el modelo de Doron y Kyrios (2005), es decir, los sujetos que se sienten *incompetentes en dominios importantes para el yo, concretamente moralidad y competencia laboral y escolar, serán vulnerables a desarrollar cogniciones disfuncionales y síntomas obsesivo-compulsivos*. Estos autores han replicado estos resultados sobre una muestra clínica de 30 pacientes con TOC y dos grupos control (ansiosos no TOC y no clínicos) y han encontrado apoyo a la relación entre *sensibilidad en el dominio moral y mayores síntomas TOC y creencias OC*. La sensibilidad en el dominio de moralidad se mostró específica del grupo TOC (Doron et ál., 2007c) y, tras controlar depresión, relacionada especialmente con los síntomas de contaminación y las creencias de sobrestimación de la amenaza/ responsabilidad.

Recientemente estos autores han desarrollado un instrumento para apresar mayor número de dominios sensibles, aunque aún no disponemos de resultados sobre este instrumento: *The Obsessional Sensitivity of Self Inventory* (OSSSI; Doron, 2007). En el OSSSI se pide a los sujetos que indiquen el área

más importante en su vida y se ofrece un listado de siete (i.e., conducta moral, competencia laboral, competencia escolar, comportamiento adecuado a las normas de Dios, aceptación social, cuidado de los otros, tener relaciones sociales cercanas) y una pregunta abierta. A continuación los participantes deben valorar el área elegida en diferentes aspectos: (a) en medida se sienten competentes en comparación a cómo de competentes les gustaría ser, (b) en qué medida es importante respecto a otras áreas de su vida, (c) en qué medida les dan miedo las consecuencias negativas de no ser competente, (d) escribir dos de las consecuencias negativas, así como (e) valorar 42 ítems referidos a posibles motivos por los que considera que debería ser competente en el área más importante (p. ej., “debo ser capaz de actuar de forma competente en el dominio más importante para mí... porque me hace sentir bien/ porque así no tendré miedo a perder el control”).

CONTENIDO DEL AUTOCONCEPTO

Hay otros trabajos que han estudiado la relación entre el *contenido del autoconcepto* y un contenido concreto del TOC: la religiosidad (recordemos que Rachman y Hodgson (1980) ya hacen referencia a este aspecto). **Steketee et ál.** (1991) estudiaron la relación entre la *importancia de la religiosidad* (un aspecto del contenido de la autoimagen) y el contenido de las obsesiones. Steketee et ál. (1991), en un trabajo con 33 pacientes diagnosticados de TOC, estudiaron si aquellos que sufrían obsesiones de tipo religioso, agresivo y/o sexual (aspectos que en religiones estrictas resultan fuentes de culpa) presentaban un mayor nivel de religiosidad que quienes no presentan obsesiones de este tipo. Los autores encontraron apoyo parcial a su hipótesis al observar que aquellos sujetos con un TOC con obsesiones y rituales de tipo religioso (n=11 sujetos; media de religiosidad= 2,73) se describían significativamente más devotos que quienes no presentan este tipo de obsesiones (n= 22; media de religiosidad 1,29). Por tanto, este estudio parece apoyar la idea de que los valores personales religiosos, es decir, la importancia que la religión tiene para la persona, influirían en que determinados PIO se convirtieran en obsesiones. Sin embargo estas conclusiones no son apoyadas por el trabajo de **Tek y Ulug** (2001) que estudian en una muestra de pacientes con TOC turcos (N= 45) la relación entre las obsesiones de tipo religioso y sus prácticas religiosas (índice de prácticas religiosas, desde 1 ‘no actividad religiosa’ hasta 4 ‘muy religioso’). En este estudio, de los 45 sujetos con TOC, solo 19 manifestaron obsesiones de tipo religioso, y las diferencias en la escala de prácticas religiosas entre el grupo con obsesiones religiosas y los restantes 26 pacientes no fueron significativas. Las diferencias pueden deberse al modo en que cada uno de los estudios mide la religiosidad, mientras que Steketee et ál. (1991) emplean medidas de autoinforme sobre el grado de religiosidad, en el trabajo de Tek y Ulug (2001) el nivel de religiosidad se mide en función de las prácticas religiosas. Podría ser que lo importante no sea si la persona es o no practicante, sino *el grado en que se considera religiosa*.

Como una primera aproximación a la relación entre el TOC y el Yo, y de forma paralela a los trabajos de Doron y Rowa, diseñamos (García-Soriano, Morillo y Belloch, 2005) una tarea para evaluar el grado en que las personas se adscriben una serie de adjetivos que “hipotéticamente” podrían ser deseables para las personas con TOC, y la denominamos: **Tarea de autoadscripción de adjetivos**. En ella se pide a los participantes que indiquen en qué grado (donde 0 es ‘no me describe nada en absoluto’ y 6 ‘me describe totalmente’) se identifican con un listado de 22 adjetivos (p. ej., recatada, educada, devota, escrupulosa, lógica, impulsiva) relacionados con características socialmente deseables y relacionadas con la temática de las obsesiones. Las categorías de adjetivos incluidas en la tarea son ocho: agresión hacia uno mismo, agresión hacia los demás, inadecuación social, blasfemia, sexo, orden, contaminación y duda/comprobación. Nuestro interés se centró en estudiar en qué medida la autoadscripción predecía, en población no clínica (N=165), el contenido de los PIO de los participantes. Para ello realizamos una serie de análisis de regresión donde la VD fue la frecuencia de PIO (empleamos una modificación del ROII (Purdon y Clark, 1994) (García-Soriano et ál., 2006). Se observó:

- que la Tarea de Autoadscripción explicó entre un 7 y un 20% de la varianza de la frecuencia de los PIO en general

- una relación negativa entre la autoimagen y la frecuencia de los PIO relacionados con sexo, religión, moral y agresión. Concretamente, cuanto más se describían los sujetos como devotos, creyentes, religiosos, educados, etc. menor era la frecuencia de los PIO de contenido blasfemo, sexual, agresivo y sobre inadecuación social. Estas autoadscripciones explicaron hasta un 16% de la varianza de la frecuencia de los PIO sobre blasfemia, un 20% de los PIO sobre inadecuación social, un 11% de los PIO sexuales, un 10% de los PIO de agresión hacia uno mismo y un 20% de los PIO de agresión hacia otros (p. ej., describirse como una persona educada, correcta, respetuosa y honrada predecía un 8% de los PIO agresivos; describirse como pacífica y bonachona predecía un 3%).

- una relación positiva entre la autoimagen y los pensamientos de tipo contaminación y desorden, es decir, cuanto más se describían los sujetos como personas ordenadas, organizadas, escrupulosas y/o pulcras, mayor frecuencia de PIO de contaminación y desorden. Concretamente, las autoadscripciones como personas ordenadas y limpias explicaron un 9% de la varianza de los PIO de contaminación, y como personas escrupulosas, pulcras, recatadas, pudorosas y puritanas el 8% de los PIO de orden.

Por tanto, la autoimagen, en este caso la autoimagen percibida, parece que influye sobre el contenido de los PIO y puede que juegue un papel en el contenido de las obsesiones. Los problemas observados con este instrumento determinaron que no siguiéramos empleándolo, pero nos animaron a seguir con esta línea de investigación y nos orientaron sobre cómo hacerlo.

4.4 CONCLUSIONES

A pesar de que los trabajos son limitados, y han estudiado aspectos diferentes del autoconcepto, teniendo en cuenta todos los resultados comentados hasta el momento, podríamos señalar para concluir (aunque con mucha cautela) que las personas con TOC:

- presentan una ligera disminución de su autoestima (Fava et ál., 1996; Ehntholt et ál., 1999),
- su autoimagen se centra en la opinión de los otros y en el miedo a que los demás les vean de forma negativa que los grupos control (Ehntholt et ál., 1999),
- infieren más conclusiones negativas de sus PI que los grupos control (Ferrier y Brewin, 2005),
- presentan la misma discrepancia entre el Yo real y temido que otros pacientes ansiosos (Ferrier y Brewin, 2005),
- describen a su Yo temido con más rasgos peligrosos para ellos mismos o para los otros que los grupos control (Ferrier y Brewin, 2005),
- son más indecisos a la hora de definir sus características de personalidad (Ruegg, 1994),
- la estructura de su autoconcepto parece ser ambivalente, al igual que en otros trastornos (Bhar, 2005),
- los aspectos relativos a la moralidad parecen ser importantes y las personas con TOC parecen verse como poco competentes en estos aspectos (Doron et ál., 2007c),
- parece que considerarse religioso (más que ser o no practicante) está relacionado con un mayor número de obsesiones de este tipo (Tek y Ulug, 2001),
- los PIO y obsesiones más molestas contradicen en mayor medida aspectos importantes para el Sí mismo (Rowa, 2003),
- la obsesión más molesta se asocia a una mayor egodistonia referida a aspectos morales y desagrado del pensamiento (Rowa, 2003),
- el contenido de las obsesiones se explica mejor por la contradicción con aspectos valorados del Yo (i.e., por el significado que tiene para la persona), que por el tipo de contenido en sí mismo. No hay contenidos obsesivos más molestos para todo el mundo,
- la autoimagen (autoadscripción de adjetivos) predice parte de la frecuencia de los PIO (García-Soriano et ál., 2006),

Los resultados de estos trabajos tan dispares parecen indicar que el autoconcepto juega un papel en el desarrollo y mantenimiento del TOC, tal y como se ha hipotetizado desde las teorías cognitivas, pero todavía estamos lejos de determinar cuál es ese papel.

5 EL PAPEL DE LA CULTURA EN LA GÉNESIS DEL AUTOCONCEPTO Y SU RELACIÓN CON EL TOC

Hay un factor potencialmente importante en relación al autoconcepto que hemos pasado por alto: la cultura. Tal y como señalan Oyserman y Markus (1993) “los individuos del todo el mundo comparten el sentido de un Yo, sin embargo, su contenido, procesos y estructuras están sometidas a la influencia del contexto y por tanto pueden variar”. Byrne (2002) enfatiza también la influencia que la cultura puede tener sobre el autoconcepto y señala la necesidad no solo de traducir, sino de adaptar los instrumentos desarrollados para evaluar los diferentes aspectos del autoconcepto.

Dada la influencia que la cultura puede tener al perfilar los aspectos definitorios del autoconcepto de las personas, es muy probable que tenga un papel mediador en la relación entre éste y el TOC. Es decir, la cultura podría influir sobre los aspectos que son relevantes para definir el autoconcepto de las personas, y éstos el contenido de los PIO que recibirá más atención.

El papel de la cultura sobre el TOC ha recibido una atención escasa y desde diferentes perspectivas. Por un lado hay trabajos epidemiológicos, que aunque con resultados no siempre coincidentes ni comparables debido al empleo de diferentes métodos de cribado, informan de niveles similares de prevalencia del trastorno en diferentes culturas (Fontenelle, 2004; Horwath y Weissman, 2000), y tal vez algo menores en países asiáticos (Weissman et ál., 1994). Desde otras perspectivas se ha observado una consistencia en el contenido y formas de las obsesiones y compulsiones, si bien los factores socioculturales podrían “perfilar” las manifestaciones del TOC. A este respecto, los dos aspectos más estudiados han sido el papel de la religión y la superstición.

Millet, Leclaire, Bourdel, Loo, Tezcan y Kuloglu (2000) compararon 30 pacientes TOC franceses y 30 turcos, y encontraron que las obsesiones de limpieza y las compulsiones de limpieza eran las más frecuentes en ambos grupos de pacientes. Sin embargo, también observaron algunas diferencias: las obsesiones religiosas y las compulsiones de rezar eran más frecuentes en los pacientes turcos (26% de los pacientes turcos *versus* el 7,7% de franceses). Otros estudios han informado de porcentajes de obsesiones religiosas cercanos al 60% en países como Arabia Saudí o Egipto (Mahgoub y Abdel-Hafeiz, 1991; Okasha, Saad, Khalil, El Dawla y Yehia, 1994). Fontenelle, Mendlowicz, Marques y Versiani (2004) informan de una predominancia de obsesiones agresivas y religiosas en los pacientes con TOC brasileños y de Oriente Próximo respecto a pacientes procedentes de América, Europa y África. Estos resultados sugieren la influencia que la cultura podría tener sobre el contenido de obsesiones y compulsiones, aunque como ya hemos señalado, la forma y contenidos de las mismas parecen ser semejantes (Millet et ál., 2000). De hecho, sin conocer el contexto socio-cultural de la persona, es imposible definir qué es típico de la cultura y qué resulta patológico. La exageración de rituales religiosos “normales” puede convertirse en patológica si no es aceptada por el individuo y su grupo. Por ejemplo,

Vergote (1988) etiquetó como “neurosis religiosa de culpabilidad” a la conducta de un paciente que atormentado por la ansiedad de cometer “pecados mortales” se confesaba dos veces al día, en cambio, nadie se extrañó de las largas horas que pasaban Ignacio de Loyola o Lutero rumiando sobre transgresiones y volviéndolas a contar en detalle en la confesión.

El contenido de las obsesiones de contaminación y las compulsiones de limpieza, pueden estar también mediadas por la cultura. Greenberg y Witzum (1992) describen a mujeres judías muy religiosas que habían desarrollado un TOC con síntomas de lavado de manos y utensilios de cocina, y una comprobación compulsiva antes y durante la inmersión menstrual (ritual de baño). Y a hombres que a menudo se hacían lavados excesivos perianales antes de sus rezos.

Otro aspecto muy vinculado tanto al TOC como a la cultura es el de la superstición, de hecho, es una actitud totalmente aceptada en muchas culturas. Sica, Novara, Sanavio, Dorz y Coradeschi (2002) concluyen su revisión sobre la superstición en el TOC, señalando que es un factor predisponente general de psicopatología (más que específico para el TOC), y que los factores culturales podrían moderar la relación entre creencias supersticiosas y TOC.

Otro aspecto relacionado con el efecto de la cultura sobre las manifestaciones del TOC sería el caso del “was-wás” en los países islámicos, que se relaciona con rituales de limpieza y de duda sobre la validez de los rituales durante los rezos (Pfeiffer, 1982). Quien sufre un “was-wás” no consigue acabar la ablución porque tiene miedo de no estar suficientemente limpio para su oración, que empieza tras el ritual de ablución. Este síndrome no se considera como una enfermedad que requiere tratamiento, simplemente es una tentación del demonio que “distrae al fiel de hacer sus rutinas religiosas diarias”. Se hipotetiza por tanto, que la sintomatología obsesiva causará mucha menos molestia en aquellos grupos en los que se considere aceptable o congruente a nivel cultural.

Pero la cultura no solo se puede estudiar comparando diferentes países, sino también diferentes grupos dentro de un mismo país. Williams y Turkheimer (2007) informan de que las diferencias en actitudes respecto a la limpieza entre americanos africanos y caucásicos determinan las diferencias observadas en la prevalencia de síntomas obsesivos de contaminación (mayor en americanos africanos).

Desde los modelos cognitivos del TOC, que principalmente se han derivado del estudio de muestras de habla inglesa, se asume su estabilidad a través de diferentes poblaciones, sin embargo, pocos estudios han puesto a prueba esta hipótesis. Dos trabajos han examinado las relaciones entre las creencias vinculadas al TOC y la sintomatología OC a nivel transcultural (Kyrios, Sanavio, Bhar y Liguori, 2001; Sica, Taylor, Arrindell y Sanavio, 2006), sin embargo nos centraremos en el segundo porque son semejantes pero lo consideramos más fiable debido al uso de instrumentos estandarizados en los diferentes países. Sica et ál. (2006) estudian la relación entre las creencias evaluadas por el OBQ y los síntomas OC (Inventario de Padua) en población no clínica americana, italiana y griega, y no observan

diferencias significativas importantes entre los tres grupos a nivel de creencias. Sin embargo, encuentran que la asociación entre sintomatología y creencias OC es menor en la muestra griega que en las otras dos y especialmente que en la americana. Concluyen que las creencias tradicionalmente asociadas al TOC, podrían no tener la misma influencia, al menos en población no clínica, en función del contexto socio-cultural.

6 RESUMEN DE LAS IDEAS MÁS RELEVANTES DEL CAPÍTULO Y DIRECCIONES FUTURAS

Dado que hemos incluido unas conclusiones al acabar cada uno de los apartados principales de este capítulo, en este punto final nos centraremos únicamente en los aspectos más directamente relacionados con este trabajo. Como ya hemos planteado, uno de los motivos que ha guiado este trabajo, es constatar si los PIO que se convierten en obsesiones son aquellos que resultan personalmente significativos, esto es, que contradicen aspectos importantes para las personas o que son egodistónicos (Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998, 2003; Salkovskis, 1985). En definitiva, se trata de buscar respuestas a la pregunta de por qué para las mismas personas unos PIO se convierten en obsesiones y otros no. Para ello hemos recurrido a la literatura sobre el autoconcepto y a los trabajos que han estudiado la relación entre éste y el TOC.

Hasta el momento, son pocos los autores que se han aproximado al estudio del papel jugado por el “significado personal” en el TOC, y lo han hecho entendiendo el significado personal de formas diversas:

- Doron et ál. (2007) han trabajado con áreas generales (p. ej., competencia laboral, competencia escolar, aceptación social, cuidado de los otros, tener relaciones sociales cercanas) y han estudiado en qué medida las personas que se sienten *incompetentes* en dominios *importantes* para ellos, son más vulnerables a desarrollar un TOC, mientras que

- Rowa (2003) ha evaluado el grado en que las obsesiones *contradicen aspectos valorados* del yo (relacionados con el TOC), y

- Nosotras (García-Soriano et ál., 2006) hemos evaluado en qué grado las personas se *adscriben* a una serie de adjetivos relacionados con los contenidos de las obsesiones (p. ej., soy limpio, soy pulcro).

En la línea de Rowa (2003) y alejándonos del planteamiento de Doron et ál. (2007) pensamos que es más interesante, al menos como un primer acercamiento, evaluar áreas directamente relacionadas con el contenido de las obsesiones. Sin embargo, todos estos trabajos han sido tentativos, y los únicos instrumentos desarrollados con el objetivo de evaluar áreas teóricamente relevantes en el TOC o

relacionadas con el contenido de las obsesiones, son “Dimensions of Self-OC” de Rowa (2003) y la Tarea de Autoadcripción de Adjetivos (García-Soriano et ál., 2006). Ambos trabajos han proporcionado resultados interesantes y apoyan la necesidad de seguir estudiando las relaciones entre los PIO y los aspectos relevantes para el autoconcepto de las personas con TOC.

No obstante, estos instrumentos tienen importantes limitaciones. El de Rowa (2003) resulta un modo más directo que la Tarea de Autoadcripción para valorar si los dominios relacionados con el TOC son relevantes para la autoestima, o al menos si la contradicen, pero está muy limitado por su brevedad, y porque evalúa el grado de contradicción referido a un solo pensamiento intruso. Por su parte, el instrumento elaborado por nosotras no supera estas limitaciones, pues evaluado a posteriori, resulta un modo indirecto y complejo de llegar al fondo de nuestra pregunta: ¿juega algún papel el autoconcepto en la escalada de los PIO en obsesiones? ¿influye en el contenido de las mismas? La aproximación que más parece acercarse a la propuesta cognitiva es la tarea abierta de Rowa, que de forma directa pide a los participantes que indiquen qué áreas contradicen sus PIO. Sin embargo, la muestra es escasa y hay una sobrerrepresentación de temas agresivos, sexuales y de dudas en ausencia de otros frecuentes en el TOC como el orden o la contaminación.

Por todo ello nos parece necesario desarrollar un instrumento que nos permita estudiar con mayor rigurosidad si existe una relación entre las áreas importantes, significativas para las personas y los síntomas asociados al TOC. Y la propuesta de Crocker podría ayudarnos a apresar las áreas importantes o significativas de las personas con un TOC. Como ya hemos comentado, Crocker mantiene que los dominios en los que se basa la autoestima son un factor de vulnerabilidad psicológica. En este sentido, puede que sean un factor de vulnerabilidad al TOC, o al menos favorecer que determinados PIO se evalúen como relevantes.

A este respecto, otro aspecto importante que cabe señalar es que a raíz de la Tarea de Autoadcripción de Adjetivos (García-Soriano et ál., 2006) observamos que no siempre se produce una incongruencia entre los dominios relevantes y los PIO más molestos, tal y como hipotetizan otros autores (Rowa, 2003). De hecho, podemos hipotetizar que habría dos modalidades de interrelación PIO-importancia de áreas/ dominios para la persona:

(1) puede que el contenido de los PIO *contradiga* las áreas/ dominios relevantes para la persona. Por ejemplo, si una persona considerara que ser pacífica es fundamental para mantener alta su autoestima, el experimentar un PIO agresivo o de daño hacia otros resultaría amenazante. El estudio de Rowa (2003) parece apoyar esta idea, aunque como ya hemos señalado su trabajo no contempla contenidos como el orden, la contaminación o la acumulación. Ante la contradicción, la persona puede considerar irrelevantes los pensamientos en un intento de mantener elevada su autoestima, puede vivirlos como amenazantes para su autoestima y replantearse su visión de si misma, o puede intentar

controlarlos. Según los planteamientos de Bhar (2005), las personas con TOC se replantearían su visión de sí mismos ante PIO contradictorios porque su autoimagen es ambivalente.

(2) Pero también podría suceder que el contenido de los PIO fuera *congruente* con los dominios relevantes para la autoestima de la persona. Los PIO de contaminación podrían ser “congruentes” con la persona que basa su autoestima en ser muy limpia y ordenada. Los resultados de la Tarea de Autoadscripción de adjetivos (García-Soriano et ál., 2006) apoyarían esta idea: recordemos que se observó una relación positiva entre la autoimagen y los pensamientos de tipo contaminación y desorden, es decir, cuanto más se describían los sujetos como personas ordenadas, organizadas, escrupulosas y/o pulcras, mayor frecuencia de PIO de contaminación y desorden experimentaban.

En definitiva, en el primer caso, la intrusión de, por ejemplo, un pensamiento de daño, generaría dudas sobre la propia naturaleza (“¿significa que soy mala persona? ¿quiere decir que realmente soy agresivo?”), y esas dudas promoverían intentos activos de neutralización/control/supresión del pensamiento. En el segundo caso, la experimentación de un pensamiento de, por ejemplo, contaminación, provocaría dudas sobre la propia responsabilidad del individuo en las consecuencias que tendría no impedir la propagación de la misma, o al menos, de evitarlas y/o prevenirlas (“¿me habré limpiado bien las manos? ¿habré lavado bien la casa?”). Este estado de duda promovería comportamientos “congruentes” con el contenido de la intrusión (p. ej., lavar, comprobar). En consecuencia, puede que los distintos subtipos y/o modalidades de TOC estén vinculados con lo congruentes *versus* incongruentes que resultan los contenidos obsesivos con el autoconcepto.

Desde una perspectiva teórica hemos visto como Rachman (1997, 1998, 2003) plantea que las “obsesiones” (pensamientos de temática agresiva, sexual y blasfema que no suelen llevar compulsiones asociadas) surgen de la interpretación catastrofista de que los pensamientos indeseables, intrusos y repugnantes, tienen un importante significado personal y revelan que la persona está loca, es mala o es peligrosa. Por otro lado, Lee y Kwon (2003) señalan que las obsesiones autógenas son más egodistónicas, y por tanto inconsistentes con los valores, sentimientos y visión de sí mismos de los sujetos.

MARCO EMPÍRICO

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

INSTRUMENTOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

RESULTADOS

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la revisión teórica se han intentado delimitar algunos de los ámbitos más problemáticos en torno a los planteamientos cognitivos del TOC. En nuestra opinión, los dos grandes interrogantes a los que debe responder la investigación son:

1) ¿Es el TOC un trastorno unitario?

2) Los PIO son un fenómeno universal. Desde esta perspectiva, las personas con un TOC, tienen diferentes tipos de PIO, ¿por qué solo algunos de esos PIO llegan a convertirse en obsesiones?

La primera pregunta ha dado lugar, como ya vimos, a un importante volumen de investigación sobre la caracterización de distintos subtipos y/o modalidades de TOC. En la mayor parte de los casos, esa investigación se ha realizado con medidas de autoinforme, con resultados dispares debidos, sobre todo, a las limitaciones propias de los instrumentos utilizados. En este contexto, son varios los autores que insisten en la necesidad de contar con instrumentos de medida más sensibles y fiables (Clark, 2005; Julien et ál., 2007; Mataix-Cols et ál., 2005; Radomsky y Taylor, 2005). Por ejemplo, Mataix-Cols et ál. (2005, pg. 235) señala “está claro que hace falta un nuevo instrumento fiable que confirme la estructura dimensional de los síntomas obsesivo-compulsivos y evalúe las dimensiones resultantes de forma dimensional” (recordemos que la escala de medida del Y-BOCS-SC es dicotómica). Wu et ál. (2007, pg. 656) también insisten en la necesidad de crear medidas que permitan “valorar la dimensionalidad de los síntomas TOC”; McKay et ál. (2004, pg. 301) señala que gran parte de los hallazgos sobre la heterogeneidad del TOC se han visto limitados por las propiedades psicométricas del Y-BOCS-SC, por lo que “es necesaria una medida más comprensiva de síntomas”. Un problema no menor, asociado a la delimitación de los posibles subtipos de TOC, es el relativo a las **connotaciones** que tiene el experimentar un determinado contenido de obsesiones. Es decir, ¿los contenidos obsesivos son un mero epifenómeno o, por el contrario, tienen implicaciones en el curso del trastorno, esto es, generan las mismas reacciones emocionales, provocan la misma interferencia, se valoran del mismo modo, y se intentan controlar con igual intensidad y mediante estrategias similares? En este sentido, cabe recordar cómo finaliza Clark (2005, pg. 404) su discusión sobre los subtipos del TOC: “la mejor alternativa para el tratamiento e investigación del TOC será algún tipo de perfil basado en dimensiones de síntomas y variables cognitivas”.

Con respecto al segundo interrogante, cabe decir que hasta ahora la conceptualización cognitiva se ha centrado de manera especial en examinar el papel que tienen las valoraciones (disfuncionales) que las personas dan a sus PIO en el TOC. No obstante, en la mayor parte de los casos, la investigación se ha centrado en las creencias generales que (supuestamente) están en la base de esas valoraciones. Pero, en realidad, esto no deja de ser un mero supuesto. Y, lo que es más importante, los resultados son dispares y

poco consistentes, poniendo de hecho en entredicho la validez del supuesto. En nuestra opinión, la disparidad e inconsistencia de los resultados obtenidos en torno al (hipotético) rol que las creencias disfuncionales juegan en la etiopatogenia del TOC, no obedece solo a problemas con los instrumentos de medida (i.e., cuestionarios de creencias, como el OBQ o el ICO), sino a tres aspectos diferentes (aunque seguramente interrelacionados):

(a) la posibilidad de que no todos los contenidos obsesivos se asocien con el mismo tipo de creencias y/o de valoraciones, (b) la posibilidad de que las valoraciones disfuncionales (en tanto que disparadores últimos de la conversión de un PIO en una obsesión) se produzcan como consecuencia de que ciertos PIO tienen connotaciones personales, y por tanto, las creencias generales sobre los pensamientos tendrían un papel secundario (o incluso marginal) en la génesis del problema, y (c) la posibilidad de que las normas y valores culturales tengan un papel significativo en las connotaciones personales de los diferentes contenidos de PIO.

Este trabajo pretende aportar algunas respuestas, en forma de evidencias empíricas, a los dos grandes interrogantes antes planteados, según los objetivos que se comentan a continuación.

2 OBJETIVOS

Objetivo 1: Examinar si los distintos contenidos de PIO (en tanto que análogos normales de las obsesiones clínicas) se agrupan en conjuntos definidos (categorías), y si estos mismos conjuntos se encuentran en población clínica (pacientes con TOC).

Subobjetivos específicos:

1.1. Diseñar un instrumento que evalúe de forma representativa los contenidos de los PIO y obsesiones.

1.2. Formular un modelo que permita explicar empíricamente la agrupación de contenidos de los PIO y de las obsesiones.

1.3. Examinar la asociación entre los distintos contenidos de PIO y obsesiones, y medidas de sintomatología ansiosa no TOC, depresiva, y TOC.

Objetivo 2: Analizar las connotaciones diferenciales que se asocian a la experimentación de distintos tipos de PIO (y de obsesiones): respuesta emocional, interferencia, valoraciones, y estrategias de control.

Subobjetivos específicos:

2.1. Diseñar un instrumento que evalúe las valoraciones y estrategias específicas de control que se asocian a los PIO y a las obsesiones

2.2. Examinar el contenido de los PIO más molestos en diferentes contextos culturales, así como de las obsesiones experimentadas por la población con TOC.

2.3. Formular un modelo que permita explicar empíricamente la agrupación de respuestas emocionales, valoraciones y estrategias de control asociadas a los PIO y a las obsesiones.

2.4. Examinar la asociación entre las reacciones emocionales, interferencia ante los PIO, valoraciones disfuncionales y estrategias de control de los PIO con medidas de sintomatología ansiosa no TOC, depresiva, y TOC.

2.5. Examinar la asociación entre valoraciones y estrategias disfuncionales ante los PIO y obsesiones, con creencias disfuncionales generales sobre pensamientos y estrategias generales de control ante tales pensamientos.

2.6. Estudiar la relación entre contenidos específicos de PIO y de obsesiones y las reacciones emocionales e interferencia que producen, el modo en que se valoran y las estrategias que se emplean para controlarlos.

Objetivo 3: Averiguar en qué medida las valoraciones disfuncionales que se realizan sobre ciertos PIO (y obsesiones), están mediadas por el significado personal que tienen los contenidos de esos PIO, y el papel que el contexto cultural juega en ese significado.

Subobjetivos específicos:

3.1. Diseñar un instrumento que nos permita apresar los distintos significados personales relacionados con contenidos típicamente obsesivos. El significado personal se operacionalizará en los términos siguientes: relevancia para el bienestar y/o la autoestima.

3.2. Examinar la estructura de tales significados, de forma que sea posible formular un modelo sobre las áreas relacionadas con el TOC que son (o pudieran ser) relevantes para la autoestima.

3.3. Estudiar si la importancia que tienen para la autoestima las áreas relacionadas con el TOC distingue entre diferentes niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y obsesiva-compulsiva.

3.4. Examinar si importancia que las relacionadas con el TOC tienen para la autoestima se ve influidas por el contexto cultural, y varía en población con TOC.

3.5. Examinar si las áreas (relacionadas con el TOC) relevantes para la autoestima se relacionan con las creencias generales sobre los pensamientos.

3.6. Estudiar si las áreas (relacionadas con el TOC) relevantes para la autoestima se asocian a las valoraciones disfuncionales que se realizan sobre determinados PIO (y obsesiones).

PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO

A continuación se describen las características de los participantes de este trabajo. Dado que a lo largo del trabajo se emplean diferentes muestras, las identificaremos con un número (Muestra 1-Muestra 5). La mayor parte de los participantes pertenecen a la población normal y un pequeño grupo está formado con pacientes diagnosticados de TOC. Como hemos visto a lo largo de la introducción teórica, el empleo de muestras procedentes de la población general está justificado porque la evidencia indica que hay un continuo de severidad entre las obsesiones y compulsiones no clínicas y las clínicas, y que se encuentran los mismos tipos de obsesiones y compulsiones en poblaciones clínicas y no clínicas (Gibbs, 1996).

Debido a que a lo largo de este estudio trabajaremos con varias de las muestras de forma simultánea, comparándolas, resulta prioritario examinar en qué medida se trata de muestras comparables por lo que se refiere a sus respectivas características socio-demográficas.

1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

El criterio general de no inclusión en el estudio fue, para todos los participantes, tener una capacidad intelectual limítrofe o inferior y/o analfabetismo (para el lenguaje castellano), que dificultara o imposibilitara la cumplimentación adecuada de los protocolos de evaluación requeridos. Además, en el caso de los participantes de la población general, se consideraron como criterios de admisión los que siguen: ausencia de trastorno mental diagnosticado durante el año precedente y no haber recibido (o estar recibiendo) tratamiento psicológico o psicofarmacológico durante los dos últimos años. En cuanto a los participantes con TOC (muestra clínica), se consideraron criterios de no inclusión, los siguientes: historia de trastornos del espectro psicótico, incluyendo los trastornos de personalidad del Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico); trastorno límite de personalidad; historia actual de adicción a drogas o alcohol; y en caso de historia de patología afectiva, el TOC debía ser el diagnóstico principal en el momento de la entrevista.

2 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

2.1 PARTICIPANTES ESPAÑOLES (MUESTRA 1)

Formada por 168 sujetos (131 mujeres y 37 hombres) de nacionalidad española con una media de edad de 27,67 (DT= 10,44 años) y con un rango de edad comprendido entre los 16 y los 62 años (54% de los sujetos tenían entre 21 y 24 años). La mayor parte de los participantes estaban solteros (61,50%), tenían un nivel socio-económico medio (67,70%) y estaban cursando estudios universitarios o los habían realizado (71,95%).

Para reclutar la muestra se ofreció a un grupo de mañana de alumnos de Psicopatología General de la facultad de Psicología (curso 2005/2006; Universidad de Valencia) la asistencia de forma voluntaria y gratuita a un seminario sobre el TOC (impartido por la doctoranda y C. Morillo en la Facultad de Psicología, Universidad de Valencia) de una duración aproximada fue de 7 horas repartidas en tres sesiones. Participaron cincuenta y tres alumnos, dadas las limitaciones de espacio, se realizaron dos grupos, por tanto, las tres sesiones se repitieron en dos ocasiones. La primera tarea fue completar un instrumento, el INPIOs. A continuación se explicaron las características psicopatológicas del TOC, el modelo cognitivo y alternativas de tratamiento cognitivo-conductual, así mismo, se introdujo a los alumnos en los trabajos realizados por el equipo de investigación en el que se enmarca este trabajo. En la última sesión se entrenó a los participantes en el empleo de una batería de instrumentos, haciendo especial énfasis en el INPIOs. Se pidió a los estudiantes que pasaran los cuestionarios de forma individual a cinco familiares y/o amigos. A cambio de su participación, los estudiantes recibieron un certificado de participación.

Los 53 alumnos que participaron completaron únicamente el INPIOs. El resto de participantes completaron este instrumento junto con una batería de cuestionarios, sin embargo en este trabajo solo se presentarán los datos relativos al INPIOs.

2.2 PARTICIPANTES ESPAÑOLES (MUESTRA 2)

La Muestra 2 está formada por 570 sujetos de nacionalidad española (71 de ellos alumnos de Psicología). Se eliminaron 6 sujetos porque no habían completado de forma correcta los instrumentos y una persona porque informó de trastorno mental. Por tanto, finalmente la Muestra 2 contiene 563 sujetos con edades comprendidas entre los 16 y los 75 años (media de edad 29,47; DT= 12,27). La mayor parte de la muestra son mujeres (63,90%; 203 hombres), el estado civil de la mayoría es soltero (66,20%) y el nivel socioeconómico mayoritario es medio (74,40%). El nivel de estudios predominante es universitarios, que representan a un 60,70% de la muestra. En la Tabla 1 aparece esta información más detallada.

Todos los participantes lo hicieron de forma voluntaria. El modo de recoger la muestra fue, al igual que con la Muestra 1, siguiendo el método de bola de nieve. Se ofreció participar en una investigación a un grupo de mañana de 4º curso de Psicopatología General de la Universidad de Valencia (curso 2006/2007) a cambio de un punto sobre la nota de teoría de la asignatura. Los alumnos interesados completaron un protocolo de instrumentos en casa, y asistieron a dos sesiones de 1 hora cada una en las que se les introdujo en el TOC, haciendo especial énfasis en el modelo cognitivo, la importancia de los PIO en población normal y la relación entre el TOC y el autoconcepto. Por último se explicó cada uno de los instrumentos del protocolo. Se pidió que pasaran el protocolo de instrumentos a 4/5 familiares y/o amigos de forma individual y estando presentes mientras los participantes completaban los instrumentos.

Todos los participantes completaron la batería de cuestionarios presentada en el apartado de Instrumentos de esta Tesis Doctoral (excepto el YBOCS). Doscientos once de los sujetos volvieron a completar, entre 7 y 15 días después, dos de los instrumentos (INPIOs y OCSQ).

SUBGRUPO DE PARTICIPANTES DE LA MUESTRA 2 (MUESTRA 2.1)

La Muestra 2.1 está compuesta por 326 participantes extraídos de la muestra 2, éstos fueron seleccionados de modo que la representación en función de la edad, género y demás variables sociodemográficas fueran equiparables a las de la muestra 5 (pacientes con TOC) que describiremos más adelante. En la Tabla 1 aparecen descritos los datos demográficos.

2.3 PARTICIPANTES ARGENTINOS (MUESTRA 3)

Este grupo está formado por 146 participantes argentinos de Mar del Plata y Buenos Aires. El rango de edad oscila entre 18 y 66 años, siendo la media de 34,40 años (DT= 12,72). La mayor parte de los participantes son mujeres (71,90%), tienen estudios universitarios (70,50%) y un nivel económico medio (86,30%). En la Tabla 1 aparecen sus datos demográficos detallados.

Los participantes lo hicieron de forma voluntaria y sin recibir ninguna compensación a cambio, el procedimiento de recolección de datos se realizó también siguiendo el método de bola de nieve. Un grupo de estudiantes interesados en colaborar en el estudio recibieron un seminario de 1 hora de duración en el que se les explicó cada uno de los instrumentos del protocolo y se les pidió que pasaran el protocolo de instrumentos a familiares y/o amigos de forma individual y estando presentes mientras los participantes completaban los instrumentos.

Cincuenta y uno de los participantes completaron una batería con únicamente dos de los instrumentos (INPIOs y OCSQ) y la hoja de consentimiento y datos socio-demográficos. El resto completó exactamente el mismo protocolo que la Muestra 2.

2.4 PARTICIPANTES CANADIENSES (MUESTRA 4)

Está compuesta por 117 estudiantes canadienses de habla inglesa de la Universidad de New Brunswick (UNB, Fredericton, Canada). La mayor parte de la muestra son mujeres (n=94; 80%) y tienen una media de 19,23 años (DT=1,85). No se dispone de datos sociodemográficos aunque se estima que al menos un 90% están solteros.

Los estudiantes completaron los cuestionarios de forma individual en grupos de entre 10 y 20 personas sentados en cubículos individuales. El 95% eran estudiantes universitarios de primer curso alumnos de la asignatura de "Introducción a la Psicología", por tanto procedentes de diferentes escuelas universitarias. Recibieron un crédito por la participación en el estudio, todos ellos firmaron el consentimiento y completaron un protocolo formado por las versiones inglesas de parte del protocolo

descrito con anterioridad (OCSQ, INPIOs, BDI-II, CSW, BAI, PSWQ, CBOCI, RSE, PDQ-OC y MC). Además se incluyó una hoja final con información sobre el objetivo de los instrumentos y del estudio (ver en Anexos).

2.5 PARTICIPANTES CON TOC (MUESTRA 5)

Esta muestra está formada por 33 participantes españoles todos ellos con diagnóstico principal de TOC. La media de edad es de 34,78 años (DT= 11,98; rango 17-62 años). Un 39,4% son mujeres y la mayoría se describe como con un nivel socioeconómico medio. Un 35,30% de la muestra está casada y un 57,70% tiene estudios medios. La evolución media del TOC ha sido de 9,80 años (DT= 5,98; rango 1-20 años), y la gravedad media según el Y-BOCS de 26,12 (DT=6,57), distribuida como sigue: un 6,5% de los participantes tenían una gravedad leve, un 25,9% moderada, un 44,6% grave y un 23% muy grave.

La mayoría de los pacientes proceden de los Centros de Salud Mental de Burjassot (área 5), de Foios (área 4) y de Trinitat (área 6). Tres de ellos acudieron por medio de consulta a la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia). En todos los casos una Psicóloga clínica (A.B., C.C., E.C., C.M. y N.R.) o la doctoranda junto con una compañera del grupo (M.R.) realizaron una entrevista individual de entre una hora y media y dos horas de duración llevada a cabo en un centro de Salud Mental de procedencia o en la Universidad de Valencia (en el caso de las tres personas a las que se trató por este medio). En esta entrevista además de confirmar el diagnóstico por medio de una entrevista semiestructurada (Morillo, 2004) basada parcialmente en la entrevista ADIS-VI (Di-Nardo, Brown y Barlow, 1994), se administraba una parte del protocolo de evaluación que incluía el consentimiento informado, el Y-BOCS, el INPIOs y el OCSQ. Los instrumentos restantes (OCI-R, CBOCI, ICO, TCQ-R, WBSI, BDI-II, BAI, PSWQ) eran entregados al paciente para que los cumplimentara en su propia casa y los devolviera en su próxima visita o los enviara por correo a la Facultad de Psicología. Seis de los pacientes no tienen cumplimentado el OCI-R.

Tabla 1. Resumen de las características sociodemográficas de los participantes de este estudio.

		Muestra 1 (n=168)	Muestra 2 (n=563)	Muestra 2.1 (N=326)	Muestra 3 (N=146)	Muestra 4 (N=117)	Muestra 5 (N=33)
Diagnóstico		No trastorno	No trastorno	No trastorno	No trastorno	No trastorno	TOC
Procedencia		España	España	España	Argentina	Canadá	España
Edad	Media (DT) Rango	27,50 (10,35) 16-62	29,47 (12,27) 16-75	31,90 (11,45) 17-62	34,40 (12,72) 18-66	19,23 (1,85)	34,78 (11,98) 17-62
Sexo	hombre mujer	22,00% (37) 78,00% (131)	36,10% (203) 63,90% (360)	53,70% (175) 46,30% (151)	28,10% (41) 71,90% (105)	20% (23) 80% (94)	60,60% (20) 39,40% (13)
Nivel de estudios	primarios secundarios universitarios	9,10% (15) 18,20% (30) 72,70% (120)	6,40% (36) 32,90% (185) 60,70% (342)	9,50% (31) 37,40% (122) 53,10% (173)	3,40% (5) 26% (38) 70,50% (103)	0 0 100 %	20,70% (6) 44,80% (13) 34,50% (10)
Nivel socio-económico	bajo medio-bajo medio medio-alto alto	- - - - -	1,40% (8) 10,10% (57) 74,40% (418) 11,20% (63) 2,80%	2,20% (7) 12% (39) 78,50% (255) 6,80% (22) 0,6% (2)	- 8,20% (12) 86,30% (126) 5,50% (8) -	- - - - -	7,70% (2) 26,90% (7) 57,70% (15) 6,30% (2) -
Estado civil	soltero divorciado/ separado/ viudo casado vive en pareja	- - - - -	66,20% (372) 2,50% (14) 24,90% (140) 6,40% (36)	56,10% (183) 3,10% (10) 34,40% (112) 6,40% (21)	52,1% (76) 10,30% (15) 26,70% (39) 11,00% (16)	Aprox. 90% Aprox. 0% Aprox. 5% Aprox. 5%	50% (17) 2,90% (1) 35,30% (12) 5,90% (2)

Datos ofrecidos como porcentaje (número) de participantes

3 ANÁLISIS PRELIMINARES

3.1 MUESTRAS DE LA POBLACIÓN GENERAL

En primer lugar se exploró si existían diferencias sociodemográficas entre las muestras 2, 3 y 4, todas ellas procedentes de la población general, aunque debido a la ausencia de algunos datos demográficos (i.e., género, nivel socioeconómico y estado civil) de la Muestra canadiense, ésta no se incluye en todas las comparaciones. No se observan diferencias significativas en el género en función del país de procedencia ($\chi^2_{(g=1)} = 3,08$; $p=0,09$), pero sí en función del nivel de estudios ($\chi^2_{(g=4)} = 69,73$; $p \leq 0,001$; coeficiente contingencia=0,27), la edad (F de Welch $_{(g=2; 310,33)} = 303,61$; $p=0,001$; $\eta_p^2 = 0,12$), estado civil ($\chi^2_{(g=3)} = 24,22$; $p=0,001$; índice contingencia=0,18) y nivel socioeconómico ($\chi^2_{(g=4)} = 12,61$; $p \leq 0,05$; índice contingencia=0,13). La edad y el nivel de estudios mostraron una asociación moderada ($r = 0,33$). Además, se compararon los participantes en diferentes variables de psicopatología general (obsesivo-compulsiva: CBOCI y PDQ-OC; depresiva: BDI y ansiosa: BAI y PSWQ). Como se observa en la Tabla 2, los canadienses manifestaron una mayor sintomatología ansiosa, depresiva y obsesiva-compulsiva, y aunque estas diferencias tuvieron pequeños tamaños del efecto ($\eta_p^2 < 0,058$).

Tabla 2. Diferencias en variables psicopatológicas en función del país de procedencia.

	Muestra 2 (españoles)	Muestra 3 (argentinos)	Muestra 4 (canadienses)	F/*Welch	gl	η^2_p
Inventario depresión de Beck (BDI-II)	8,62 (7,64)a	7,96 (6,62)a	11,94 (9,07)b	+7,58***	2; 179,08	0,02
Inventario ansiedad de Beck (BAI)	10,02 (9,20)a	7,15 (6,45)b	12,86 (9,02)c	+14,37***	2; 294,96	0,02
Cuestionario de preocupación de Pensilvania (PSWQ)	50,23(11,46)	48,40 (12,42)	51,09(13,34)	1,38	2; 774	0,004
Escala de personalidad obsesivo-compulsiva del PDQ-4+ (PDQ-OC)	3,25 (1,68)	3,07 (1,77)	3,52(1,79)	1,90	2; 774	0,005
Inventario obsesivo compulsivo de Clark-Beck (CBOCI)	14,08 (9,26)a	12,61 (9,73)a	19,45 (9,60)b	19,65***	2; 822	0,036

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

¹ la muestra argentina es de 146 personas en los análisis con el CBOCI.PT

* aproximación a la F de Welch; a, b, c indican los resultados de las comparaciones a posteriori de Tukey o Games-Howell.

*** $p \leq 0,001$

3.2 MUESTRA CLÍNICA Y DE LA POBLACIÓN GENERAL

No se observaron diferencias significativas entre la muestra 5 y la muestra 2.1 en función de la edad ($t_{(gl=355)} = -1,39$; $p > 0,05$), el sexo ($\chi^2_{(gl=1)} = 0,661$; $p > 0,05$), el nivel de estudios ($\chi^2_{(gl=2)} = 4,79$; $p > 0,05$), el estado civil ($\chi^2_{(gl=3)} = 0,089$; $p > 0,05$) ni el nivel socio-económico ($\chi^2_{(gl=4)} = 5,42$; $p > 0,05$). En cambio, tal y como era de esperar (Tabla 3), se han encontrado diferencias significativas en todas las variables psicopatológicas evaluadas: sintomatología OC, depresiva y ansiosa.

Tabla 3. Diferencias en variables psicopatológicas en función del país de procedencia (ANOVA).

	Muestra 2.1	Muestra 5	$t_{(gl=356)}$	d de Cohen
Inventario depresión de Beck (BDI-II)	8,27 (7,13)	24,00 (12,72)	-10,49***	-1,11
Inventario ansiedad de Beck (BAI)	9,38 (8,76)	17,00 (9,45)	-4,39***	-0,46
Cuestionario de preocupación de Pensilvania (PSWQ)	49,44 (11,27)	64,27 (11,40)	-6,78***	-0,72
Inventario obsesivo compulsivo de Clark-Beck (CBOCI)	13,88 (8,65)	46,90 (11,13)	-19,75***	-2,09

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

*** $p \leq 0,001$

INSTRUMENTOS

En este apartado describiremos los instrumentos empleados en este trabajo, aunque algunos de ellos se describirán de forma más detenida en el apartado de resultados, dado que han sido desarrollados como parte de este trabajo. En los Anexos finales se incluyen (por orden alfabético) todos los instrumentos descritos en este apartado.

1 DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todos los participantes completaron un registro de datos personales y variables socio-demográficas en las que se pidió que se indicara la edad, el sexo (varón o mujer), el estado civil (soltero, divorciado/ separado o viudo, casado o viviendo en pareja), el nivel socioeconómico¹ (bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto) y el nivel de estudios alcanzados (primarios/elementales, medios o superiores/universitarios). Así mismo se recogió información relativa a la posible existencia de algún problema de salud mental que hubiera requerido atención especializada en el momento de completar el protocolo.

Todos los participantes firmaron un consentimiento antes de participar en el estudio.

2 AUTOINFORMES ESTANDARIZADOS SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO-COMPULSIVA

2.1 INVENTARIO OBSESIVO COMPULSIVO DE CLARK-BECK (CBOCI)

El CBOCI (Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory, CBOCI; Clark y Beck, 2002; Clark et ál., 2005) es un instrumento de auto-informe de 25 ítems que evalúa la frecuencia y gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos siguiendo la estructura del BDI y del BAI. Ha sido diseñado como un instrumento de criba siguiendo los criterios del DSM-IV para el TOC y las formulaciones cognitivas sobre el trastorno. Cada ítem del CBOCI tiene 4 opciones de respuesta redactadas como afirmaciones referidas a uno mismo, y el sujeto debe elegir la que encuentra más aplicable a su caso teniendo en cuenta las dos últimas semanas. Los ítems se valoran en una escala de 4 puntos (0-3). Los autores proponen emplear una puntuación de obsesiones, otra de compulsiones y otra total. La primera estaría formada por 14 ítems que evalúan características clínicas y de contenido de las obsesiones (evalúan frecuencia de obsesiones de suciedad/contaminación, agresión/daño y religiosas/morales/sexuales; así como incontrolabilidad,

¹ Respecto al nivel socioeconómico, cabe resaltar que es un nivel subjetivo, se le pregunta a la persona como lo definiría.

sapiencia, responsabilidad excesiva, duda, resistencia, perfeccionismo, indecisión, interferencia diaria, “*insight*”, evitación cognitiva). Y la segunda por 11 ítems que valoran las características de las compulsiones (frecuencia de compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y simetría/precisión, y neutralización mental, lentitud, malestar provocado por la prevención de la compulsión, interferencia en las actividades diarias, evitación, incontrolabilidad de la compulsión y malestar).

El CBOCI ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas tanto en la versión original inglesa (Clark et ál., 2005) como en la validación española, realizada por nuestro grupo (Reina, 2007). La consistencia interna informada por los autores fue mayor de 0,87 de todas las escalas y la fiabilidad test-retest (3 meses) osciló entre 0,69 y 0,79. En la validación española (Reina, 2007) la consistencia interna y estabilidad temporal (CCI; intervalo entre 7 y 14 días) de la puntuación total ($\alpha=0,89$; CCI=0,88) y de las escalas ha sido satisfactoria (escala de obsesiones: $\alpha=0,84$, CCI=0,84 y de compulsiones: $\alpha=0,81$, CCI=0,80). Sin embargo la estructura de dos factores (obsesiones y compulsiones) propuesta por los autores no queda confirmada en la adaptación al castellano (Reina, 2007). En la muestra de población clínica descrita en este trabajo como Muestra 5, se ha observado una excelente consistencia interna para la puntuación total del CBOCI ($\alpha=0,82$), pero no tan buena para las escalas de compulsiones, y especialmente para la de obsesiones ($\alpha_{obsesiones}=0,61$; $\alpha_{compulsiones}=0,77$).

Se ha empleado este instrumento porque soluciona algunas de las deficiencias de los instrumentos empleados con anterioridad para evaluar sintomatología OC (p. ej., MOCI, PI-WSUR). Sin embargo, debido a que es un instrumento nuevo, hemos considerado relevante emplear también otro instrumento de sintomatología obsesivo-compulsiva: el OCI-R.

2.2 INVENTARIO OBSESIVO COMPULSIVO, VERSIÓN BREVE (OCI-R)

El OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory-short version, OCI-R; Foa et ál., 2002) es un auto-informe de 18 ítems que consta de 6 escalas de síntomas obsesivo compulsivos: (1) Limpieza (ítems 5, 11, 17), (2) Obsesividad (ítems 6, 12, 18), (3) Acumulación (ítems 1, 7, 13), (4) Orden (ítems 3, 9, 15), (5) Comprobación (ítems 2, 8, 14) y (6) Neutralización (ítems 4, 10, 16). Los ítems miden el malestar que provocan los síntomas de 0 (nada) a 4 (muchísimo). El rango de puntuaciones oscila de 0 a 72 puntos.

En nuestro contexto, el OCI-R ha demostrado buenas propiedades psicométricas (α puntuación total=0,86; r test-retest (1 mes)=0,67) y su estructura de 6 factores ha sido confirmada en una muestra no clínica (Fullana, Tortella-Feliu, Caseras, Andión, Torrubia y Mataix-Cols, 2005).

2.3 ESCALA OBSESIVO-COMPULSIVA YALE-BROWN (Y-BOCS)

El Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman et ál., 1989; versión en castellano: Cruzado, 1993), consta de 10 ítems 5 para obsesiones y 5 para compulsiones, relativos en

ambos casos a las siguientes dimensiones: tiempo empleado, interferencia, malestar, resistencia y grado de control. Cada uno de los ítems se contesta en una escala desde 0 “ninguno o ausente” hasta 4 “extremo”, y se obtienen tres puntuaciones: subtotal de obsesiones (rango 0-20), subtotal de compulsiones (rango 0-20) y puntuación total (suma de las dos puntuaciones anteriores, rango 0-40). Este instrumento es la medida más empleada como criterio de gravedad del TOC, por lo que solo será completado por los pacientes con TOC. Tanto en el contexto de la investigación como de la práctica clínica, se considera que una persona cumple criterios diagnósticos para un TOC si la puntuación total que obtiene es de 8 o superior. En cuanto a los rangos de gravedad, se sitúan entre las puntuaciones siguientes: leve: 8-15; moderado: 16-23; grave: 24-31; muy grave: 31-40.

2.4 INVENTARIO DE CREENCIAS OBSESIVAS (ICO)

El ICO es un cuestionario autoinformado de 50 ítems diseñado y validado por nuestro grupo de investigación en población española (ICO; Belloch et ál, 2003; Cabedo et ál., 2004; Giménez et ál., 2004; Luciano et ál., 2006) para evaluar las creencias disfuncionales hipotéticamente implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del TOC. Este cuestionario fue desarrollado siguiendo el trabajo preliminar del Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997, 2001) y también sobre la base de otros instrumentos de creencias relevantes del TOC como la Escala de Fusión Pensamiento Acción (Thought-Action Fusion Scale; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996) y la Escala de Actitudes disfuncionales de Responsabilidad (Responsibility Attitude Scale; Salkovskis et ál., 2000). El sujeto debe contestar si está de acuerdo o en desacuerdo con diferentes afirmaciones a través de una escala Likert de 7 puntos (desde 1 “completamente en desacuerdo” hasta 7 “completamente de acuerdo”). Como ya hemos señalado, contiene ocho subescalas cuya correspondencia con los ítems del instrumento es la siguiente:

- (1) responsabilidad (ítems 8, 10, 14, 17, 20, 36, 44)
- (2) sobreestimación de la importancia de los pensamientos (ítems 4, 9, 15, 21, 26)
- (3) fusión pensamiento-acción tipo probabilidad (ítems 6, 11, 16, 23, 28)
- (4) fusión pensamiento-acción tipo moral (ítems 2, 13, 19, 25, 31, 35, 37)
- (5) importancia de controlar los pensamientos (ítems 3, 38, 41, 46, 48)
- (6) sobreestimación de la amenaza (ítems 1, 12, 18, 24, 30, 34, 40, 43)
- (7) intolerancia a la incertidumbre (ítems 29, 33, 39, 45, 47, 49)
- (8) perfeccionismo (ítems 5, 7, 22, 27, 32, 42, 50)

Una serie de análisis factoriales confirmatorios que hemos realizado recientemente (Luciano et ál., 2006) apoyaron la idoneidad de la estructura de ocho factores frente a los modelos de 3 y 6 factores propuestos por el OCCGW (2001, 2003). Tanto la puntuación total del ICO como los ocho factores han

mostrado una consistencia interna adecuada (α puntuación total= 0,94; valores de α entre 0,70 (importancia de los pensamientos) y 0,87 (FPA-moral)).

Dado que el número de ítems por escala es diferente y para una mayor claridad a la hora de interpretar los resultados, emplearemos la media de las escalas (suma de los ítems de la escala/número de ítems de la escala). Por tanto, las puntuaciones estarán comprendidas entre 1 y 7.

2.5 INVENTARIO DE SUPRESIÓN DEL “OSO BLANCO” (WBSI)

El WBSI (White Bear Suppression Inventory, WBSI; Wegner y Zanakos, 1994) es un cuestionario autoinformado de 15 ítems que mide la tendencia crónica general del sujeto a suprimir pensamientos negativos y/o indeseados. Es importante resaltar que evalúa la tendencia a suprimir independientemente del contenido del pensamiento o de las situaciones desencadenantes. Los ítems se valoran siguiendo una escala Likert de 5 puntos (desde 1 “completamente en desacuerdo” hasta 5 “completamente de acuerdo”). El rango posible de puntuaciones varía entre 15 y 75.

Se empleó la versión española que ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas (Lucero, 2002; α =0,92 y CCI= 0,74).

2.6 CUESTIONARIO DE CONTROL DEL PENSAMIENTO-VERSIÓN REDUCIDA (TCQ-R)

El TCQ (Thought Control Questionnaire, TCQ; Wells y Davies, 1994) es un instrumento de autoinforme formado por 30 ítems que identifica la frecuencia de uso de cinco estrategias de control de pensamientos desagradables e indeseados en general (distracción, castigo, revaloración, control social y preocupación). Al igual que el WBSI, no hace referencia específica a contenidos concretos de posibles pensamientos, y por ello puede ser contestado en relación a diferentes tipos de intrusiones, no específicamente obsesivas. Los ítems se valoran a través de escalas tipo Likert de 4 puntos (desde 1 “nunca” hasta 4 “casi siempre”). La versión española empleada fue sometida a un proceso de validación y reducción y está formada por 16 ítems del instrumento original (Lucero, 2002; Luciano et al., 2005) que evalúan las mismas estrategias:

- (1) distracción: ítems 1, 7, 10, 12
- (2) castigo: ítems 2, 4, 5
- (3) revaloración: ítems 6, 11, 14
- (4) control social: ítems 8, 9, 15, 16 (el ítem 9 está invertido)
- (5) preocupación: ítems 3, 13

El rango posible de puntuaciones del TCQ-R varía entre 16 y 64 y los valores de la consistencia interna son altos (entre 0,70-0,81) para todas las escalas excepto la de preocupaciones ($\alpha=0,42$) (Luciano et ál., 2006).

2.7 PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVA (PDQ-OC)

Se ha empleado la escala de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad del Cuestionario Diagnóstico de Personalidad (Obsessive Compulsive Personality Disorder subscale of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+; OCPD-PDQ-4; Hyler, 1994). En adelante PDQ-OC.

El Personality Diagnostic Questionnaire -4+ es un cuestionario de auto-informe para evaluar trastornos de personalidad según los criterios del DSM-IV que se complementa con una escala de significación clínica que se emplea para corroborar el diagnóstico realizado con el autoinforme. Consta de 12 escalas de trastornos de personalidad, diez de ellas dirigidas a evaluar los que aparecen en el DSM-IV y otras dos para evaluar los trastornos de personalidad que aparecen en el apéndice de trastornos en estudio en el DSM-IV. Así mismo incluye dos escalas de control de respuesta.

Nosotras hemos empleado únicamente la escala de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TPOC), que consta de 8 afirmaciones que los sujetos deben decidir si se aplican a ellos (verdaderas) o no (falsas). Cada ítem puntúa en un criterio diagnóstico propuesto por el DSM-IV para el TPOC. Aunque la consistencia interna de la escala de trastornos de personalidad obsesivo compulsivo ha demostrado ser baja a través de diferentes muestras poblacionales (p.ej., españoles $\alpha=0,34$; italianos ($\alpha=0,46$; en Calvo, Caseras, Gutierrez y Torrubia, 2002) se decidió emplear este instrumento por su brevedad y por considerarse el más adecuado de entre los existentes. En la muestra 2 de este estudio el α es también de 0,46.

Con la muestra de participantes hispano hablantes se ha empleado la adaptación española de Calvo, Caseras, Gutierrez y Torrubia (2002).

3 AUTOINFORMES ESTANDARIZADOS SOBRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y PREOCUPACIÓN

3.1 INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

El BDI-II (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996) es un cuestionario de auto-informe ampliamente validado que evalúa la presencia de sintomatología depresiva mayor y permite medir su gravedad a través de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad de los síntomas (0-3). Se pide que se indique la expresión que mejor describe cómo se han sentido durante las últimas dos semanas. El rango de puntuaciones es de 0 a 63 puntos y se considera

que una puntuación comprendida entre 0-13 indica un grado de depresión mínimo, entre 14-19 leve, entre 20 y 28 moderado y entre 29 y 63 grave.

Con las muestras argentina y española se ha empleado la adaptación de Sanz, Navarro y Vázquez (2003) que ha mostrado buenas propiedades psicométricas.

3.2 INVENTARIO ANSIEDAD DE BECK (BAI)

El BAI (Beck Anxiety Inventory; Beck y Steer, 1993) es un cuestionario de auto-informe que resulta una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como instrumento de criba en población general. Consta de 21 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0 "en absoluto" y 3 "severamente, casi no podría soportarlo", cuya finalidad es medir el grado de molestia que cada síntoma de ansiedad descrito en el ítem, siendo estos síntomas los referenciados en el DSM-IV para los trastornos de pánico. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual, y se considera la puntuación total del instrumento como la gravedad de la ansiedad (rango de 0 a 63). No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad, aunque en general se consideran que la puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DT= 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DT= 11,8) (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Y Somoza, Steer, Beck y Clark (1994) han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Para las muestras hispano hablantes se ha utilizado la traducción de Comeche, Díaz y Vallejo (1995).

Se ha elegido el BAI para controlar los niveles de ansiedad porque es un buen instrumento de criba del trastorno de pánico (Leyfer, Ruberg, Woodruff-Borden, 2006), que es uno de los trastornos de ansiedad más lejanos al TOC. Además, también empleados el PSWQ que como veremos en la siguiente descripción evalúa tendencia a preocuparse, asociada a otro trastorno de ansiedad, la ansiedad generalizada.

3.3 CUESTIONARIO DE PREOCUPACIÓN DE PENNSILVANIA (PSWQ)

El PSWQ (Penn State Worry Questionnaire; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) es un cuestionario de autoinforme de 16 ítems que mide preocupación excesiva e incontrolable relacionada con el trastorno de ansiedad generalizada. Los ítems se centran en el nivel de preocupación según una escala de 1 (nada típico en mí) a 5 (muy típico en mí). Se emplea la puntuación total (rango 16-80) y tiene 5 ítems en sentido inverso (ítems número 1, 3, 8, 10 y 11).

Se ha utilizado la adaptación española de Sandín y Chorot (1991).

4 AUTOINFORMES ESTANDARIZADOS RELACIONADOS CON LA AUTOESTIMA

4.1 ESCALA DE CONTINGENCIAS DE LA AUTOESTIMA (CSW)

Como ya hemos mencionado en la Introducción teórica, la CSW (Contingencies of the Self-Worth Scale, CSW; Crocker et ál., 2003; Crocker, 2003) es un instrumento de autoinforme que surge en el marco de la teoría de contingencias del Yo y evalúa en qué grado una serie de dominios son contingentes a la autoestima. Los participantes valoran en una escala de siete puntos (de 1 “totalmente en desacuerdo” a 7 “totalmente de acuerdo”) en qué medida están de acuerdo con afirmaciones del tipo: “Saber que mis familiares me quieren hace que me sienta bien conmigo mismo” (ítem 7). Al no existir acuerdo sobre los dominios o áreas que afectan a la autoestima, la CSW incluye siete de los dominios que se han planteado en la literatura como importantes fuentes internas y externas de autoestima: (1) aprobación de los demás (ítems: 6, 9, 15, 23 y 35), (2) apariencia física (ítems 1, 4, 17, 21 y 30), (3) comparación con otros (ítems 3, 12, 20, 25, y 32), (4) competencia académica (ítems 13, 19, 22, 27 y 33), (5) amor y apoyo de la familiar (ítems 7, 10, 16, 24 y 29), (6) ser una persona virtuosa o con altos estándares morales (ítems 5, 11, 14, 28 y 34) y (7) el amor de Dios o fe (ítems 2, 8, 18, 26 y 31).

Para obtener la puntuación en cada subescala se invierten los ítems 4, 6, 10, 13, 15, 23 y 30, se suman los ítems de cada subescala, y se divide cada una entre cinco (que es el número de ítems de cada escala), por tanto el rango de respuesta de cada escala está comprendido entre 1 y 7. Esta medida cuenta con unas buenas propiedades psicométricas (α entre 0,82 y 0,96; Crocker et ál., 2003).

Con el fin de poder emplear el CSW en este trabajo, se ha realizado la traducción al castellano con el permiso de su autora. Además, se han modificado tres de los ítems del instrumento original por no ajustarse a la población que iba a ser nuestro objeto de estudio (adultos, en su mayoría estudiantes universitarios): en los ítems número 13, 19, 22, 27 y 33, las referencias al rendimiento escolar se sustituyeron por rendimiento académico/laboral (i.e., el ítem 19 del CSW "*Doing well in school gives me a sense of self-respect*" se tradujo por "Tener un buen rendimiento académico/laboral hace que me respete a mí mismo"). Estos cambios también se han realizado en la versión inglesa del instrumento que se emplea en este trabajo. Dado que el CSW es un instrumento que hemos traducido, hemos aceptado la estructura de siete factores que las autoras proponen (Crocker et ál., 2003). Sin embargo, también hemos realizado un AFC aplicando el modelo de Máxima Verosimilitud con la corrección robusta (coeficiente normalizado Mardia 73,13) y con correlaciones entre factores, comparando el modelo unifactorial con el de siete factores propuesto por Crocker et ál. (2003). El modelo de 7 factores ha obtenido un buen ajuste (CFI=0,908; AGFI=0,814; SRMR=0,07; RMSEA=0,049 (intervalo confianza 90% 0,046-0,053); $\chi^2_{(g=539)} = 1272,90$; $p < 0,05$) siguiendo los criterios establecidos por Hu y Bentler (1999), mejor al del modelo unifactorial y similar al informado por Crocker et ál. (2003). Los índices de consistencia interna han sido

buenos (α entre 0,70 y 0,97) y, en general, equivalentes a los obtenidos por Crocker et ál. (2003), si bien las escalas de Aprobación de los demás ($\alpha=0,70$), Apariencia física ($\alpha=0,72$) y Amor y apoyo de la familia ($\alpha=0,75$) han obtenido niveles de consistencia interna algo inferiores, aunque aceptables.

4.2 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)

La RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1989) ha sido empleada para evaluar el nivel de autoestima rasgo. Fue desarrollada originalmente para valorar la autoestima de adolescentes, concebida según el planteamiento de Rosenberg (1965, 1979, 1989) como una organización de componentes organizados de forma jerárquica. Diferenciándose por tanto de aquellas conceptualizaciones que consideran el autoconcepto global/general como la suma de aspectos específicos del funcionamiento diario, o la suma de múltiples autoconceptos.

Pretende evaluar el sentimiento general de satisfacción y aprecio que una persona tiene hacia sí misma, el modo en que se valora y cómo se juzga. La versión empleada consta de 10 ítems estructurados en una escala tipo Likert con 4 categorías de respuesta de 0 "Muy en desacuerdo" a 3 "Muy de acuerdo". Una puntuación alta es indicativa de alta autoestima (0-30). Para obtener la puntuación total se suman las puntuaciones directas invirtiendo los ítems 3, 5, 8, 9 y 10. Este instrumento ha mostrado también unas buenas propiedades psicométricas en su validación al castellano (Baños y Guillén, 2000).

5 ESCALA DE DESEABILIDAD SOCIAL DE MARLOWE-CROWNE (MC)

La escala de deseabilidad social MC (Marlowe-Crowne Social desirability scale 2 (10); Strahan y Gerbasi, 1972) incluye 10 frases relacionadas con actitudes personales o formas de ser y el sujeto debe indicar para cada una de ellas si son verdaderas o falsas en la mayoría de las ocasiones.

Hemos decidido emplear la escala de Marlowe Crowne para evaluar la deseabilidad social pese a las críticas recibidas (p. ej., McCrae y Costa, 1983) por varias razones: (1) las autoras de la CSW la emplearon para controlar la posible influencia de deseabilidad social en su escala, (2) es el instrumento más popular y utilizado desde hace más de 30 años y no existe una alternativa mejor y menos aún en castellano y finalmente (3) por un aspecto práctico, es una escala breve que ha sido validada recientemente en contexto español (Ferrando y Chico, 2000).

En español se empleó la traducción de la escala de 33 ítems de Ferrando y Chico (2000; $\alpha=0,78$), pero siguiendo las recomendaciones de algunos autores (Fraboni y Cooper, 1989; Rudmin, 1999; Strahan y Gerbasi, 1972) empleamos la versión de 10 ítems desarrollada por Strahan y Gerbasi (1972), que cuenta con una adecuada consistencia interna y fiabilidad, se ve menos afectada por la edad y estatus socioeconómico que las versiones más largas y se recomienda en situaciones donde la consistencia interna de la escala es menos importante que problemas prácticos como el sesgo de respuesta. La

consistencia interna de esta escala en la muestra de población no clínica española (Muestra 2) no fue buena ($\alpha = 0,50$).

6 NUEVOS INSTRUMENTOS

Por último describiremos brevemente dos instrumentos que han sido desarrollados y validados como parte de este trabajo. Dado que el proceso de elaboración y validación de estos instrumentos constituye parte del apartado de resultados, en este punto se recoge únicamente una breve descripción.

6.1 INVENTARIO PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS (INPIOS)

El INPIOS es un instrumento que parte de la experiencia por parte del grupo de trabajo al que pertenece la autora de este trabajo con un instrumento existente: el ROII (Purdon y Clark, 1993, 1994). El INPIOS mantiene la estructura del ROII, y al igual que éste, consta de dos partes: una primera formada por un listado de hasta 62 ítems cerrados (1ª versión) en los que se evalúa la frecuencia (desde 0 'nunca' hasta 6 'siempre') con que se experimentan pensamientos intrusos de contenido análogo a las obsesiones clínicas (PIO). Y una segunda parte en la que se valora a través de hasta 16 ítems (desde 0 'nada' hasta 4 'extremadamente') el PIO más molesto y se indica la frecuencia (desde 0 'nunca' hasta 4 'siempre') con que se emplea un listado de hasta 17 estrategias para controlarlo. La elaboración y validación de este instrumento forma parte de este trabajo y es objeto de un análisis detallado en los dos primeros capítulos del apartado de resultados.

6.2 CUESTIONARIO SOBRE OBSESIVIDAD Y AUTOCONCEPTO (OCSQ)

El OCSQ (Obsessional Concerns and Self Questionnaire; Clark, García-Soriano y Belloch, 2006) es un instrumento de autoinforme que consta en su primera versión de 80 ítems. Está basado en la estructura del CSW y evalúa en qué medida basamos la autoestima en dominios relacionados con el TOC. Se pide a los sujetos que indiquen en qué medida están de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los ítems (desde 0 'completamente en desacuerdo' hasta 7 'completamente de acuerdo').

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

A continuación se enumeran los análisis de datos realizados a lo largo de este trabajo. Todos ellos se han realizado a través del paquete estadístico de SPSS 12.0 para Windows, del programa EQS 6.1 para Windows (Bentler, 2006) y de la aplicación de Becker (1999) para calcular el tamaño del efecto “*d*” propuesto por Cohen (Cohen, 1988).

1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Se han analizado las frecuencias de cada uno de los ítems, los percentiles, estadísticos de tendencia central (media), dispersión (desviación típica), de la forma (asimetría y curtosis) y los valores atípicos. Se ha explorado el cumplimiento de la normalidad mediante la prueba de significación estadística Kolmogorov-Sminov. Y la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba Levene.

2 ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Se ha calculado la consistencia interna a través del alfa de Cronbach. Se consideran aceptables valores de 0,70 o mayores (Garson, 2000).

La estabilidad temporal entre el test y el retest se ha calculado por medio del coeficiente de correlación intraclass (CCI) que indica la proporción de variabilidad total que se debe a los sujetos. Se consideran valores de CCI menores de 0,30 como indicativos de una consistencia mala o nula, entre 0,31 y 0,50 mediocre, entre 0,51 y 0,70 moderada, entre 0,71 y 0,90 buena y valores mayores de 0,90 como indicativos de una consistencia muy buena (Pita, Pértega y Rodríguez, 2003). El intervalo temporal empleado ha sido de entre 7 y 15 días.

3 ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

3.1 CORRELACIÓN

Se ha empleado el coeficiente de correlación de Pearson para estudiar la relación lineal entre dos variables. Como criterio para la estimación del tamaño de *r* se ha tomado el indicado por Cohen (1988), por lo que se han considerado correlaciones bajas las comprendidas entre 0,10 y 0,29, medias entre 0,30 y 0,49 y altas las correlaciones mayores de 0,50. También se han calculado correlaciones parciales para controlar de forma estadística la influencia que determinadas variables puede tener en la relación entre otras dos variables.

Es importante tener en cuenta que debido a la amplitud de la muestra no clínica, la mayoría de las correlaciones son significativas. Por esta razón, además del nivel de significación estadística, utilizaremos los criterios de Cohen.

3.2 ANÁLISIS DE REGRESIÓN

Se han empleado análisis de regresión lineal simple, con el ajuste de mínimos cuadrados y en todos ellos se ha utilizado el método de selección de pasos sucesivos porque eliminan aquellos predictores que dejan de ser significativos cuando entra uno nuevo en la regresión. Como medida de ajuste empleamos el coeficiente de correlación corregido al cuadrado o coeficiente de determinación. El cambio en R cuadrado significativo nos indicará que las variables deben ser incluidas en el modelo.

En todos los casos los análisis de regresión son adecuados en cuanto al número de participantes (mínimo de 5-10 sujetos por predictor). Además se ha evaluado, y corregido en caso necesario, el grado de cumplimiento de los supuestos en los que se basa la regresión (linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y no-colinealidad) por medio del análisis del gráfico de residuales, estudio de los valores atípicos (ausencia de valores atípicos si: los residuales estudentizado y estudentizado eliminado tienen valores menores de 2 y la distancia de Cook es menor de 1) y de la multicolinealidad (ausencia de problemas de colinealidad si la 'tolerancia' mayor de 0,10 y el 'factor de inflación de la varianza' menor de 10).

4 COMPARACIÓN DE MEDIAS

4.1 NOMINALES

Para comparar pares de medias se ha empleado el estadístico de Chi-cuadrado (χ^2) y como método de cálculo de los niveles de significación se ha empleado el método asintótico o de Monte Carlo en caso necesario (cuando alguna de las casillas valor de 0). Dado que χ^2 no indica la magnitud de la relación entre las variables comparadas, en caso de que haber diferencias significativas, se ha empleado el coeficiente de contingencia (tablas J x K), que nos permiten interpretar la magnitud de las diferencias (valores comprendidos donde 0 independencia y 1 relación perfecta entre las variables).

4.2 INTERVALO

Para comparar las medias de diferentes grupos se ha empleado la prueba t de Student (2 grupos) y la prueba F del análisis de varianza (3 o más grupos).

Se han llevado a cabo pruebas t de Student para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes (p. ej., hombres vs. mujeres; altos vs. bajos en un instrumento determinado) concediéndose una especial importancia al estudio de la homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). En las Tablas aparece el valor de t correspondiente teniendo en cuenta si las varianzas eran o no homogéneas. Para cada una de las comparaciones se ha calculado la magnitud de los efectos con la prueba del tamaño del efecto de la "d de Cohen". Se consideran un efecto bajo si los valores de $d = 0,20$, un efecto medio si están entorno a 0,5 y grande si $d = 0,8$ (Cohen, 1988).

En los casos en los que se han querido comparar las medias de 3 o más grupos independientes, se ha empleado la prueba F del análisis de varianza (ANOVA) unifactorial entre-sujetos. Se ha examinado la homogeneidad de las varianzas por medio del estadístico de Levene y en los casos en que no se ha podido mantener el supuesto de igualdad de varianzas, se ha empleado la aproximación a la F por el estadístico de Welch. Las comparaciones a posteriori se han realizado con la prueba de Tukey si las varianzas eran iguales y con la prueba de Games-Howell en caso contrario. Se han examinado los tamaños del efecto ofrecidos por el paquete estadístico SPSS: η_p^2 . Según Cohen (1973) se consideran valores de eta cuadrado parcial: $\eta_p^2 = 0,009$ como efectos pequeños, valores entre 0,058 y 0,13 como indicadores de efectos medianos y valores de 0,14 o superiores como grandes. Nos hemos centrado en los efectos medianos y grandes. En los casos en que hemos querido controlar la influencia de alguna variable (i.e., edad), hemos realizado análisis de la covarianza (ANCOVA).

5 ANÁLISIS FACTORIALES EXPLORATORIOS (AFE)

Para estudiar la estructura subyacente a los instrumentos analizados, se han realizado AFE. Antes de realizar la extracción factorial, se comprobó que las características de los datos eran adecuadas para los AFE a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (deseable $KMO > 0,70$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (BTS) (deseable $p \leq 0,05$).

Se ha empleado el método de extracción de componentes principales, con rotación oblicua Promax debido a la falta de independencia entre las variables.

Para determinar el número de factores más apropiado, se han seguido varios criterios. En primer lugar se han tomado únicamente el número de factores cuyo autovalor inicial ha sido mayor de 1. Se considera que valores inferiores a 1 no aportan más información que la que un solo ítem podría proporcionar. También se han estudiado el número de factores sugerido por el gráfico de sedimentación, así como el porcentaje de varianza explicado por cada nuevo valor, de forma que el incremento en la complejidad de la estructura se viera compensado por un incremento en la varianza explicada. Por último, se han tenido en cuenta las saturaciones factoriales de cada ítem sobre el factor en que mayor es su saturación tras la rotación, considerando relevantes únicamente aquellos ítems con saturaciones mayores de 0,30 o 0,35.

6 ANÁLISIS FACTORIALES CONFIRMATORIOS (AFC)

Los AFC se han realizado a través del programa EQS para Windows (Bentler, 2006).

En primer lugar se ha comprobado si la distribución de los datos se ajustaba a las exigencias del método de estimación de Máxima Verosimilitud (Maximum Likelihood, ML) por medio del Coeficiente normalizado de Mardia que indica si la distribución es normal a nivel global. En caso de que no lo fuera, se ha aplicado la corrección robusta, que corrige los problemas distribucionales de los datos.

Se han empleado modelos oblicuos para los análisis debido a las correlaciones entre los factores. Sin embargo, también se realizaron los mismos análisis sin establecer las relaciones entre factores y el ajuste fue peor, por lo que en aras de una mayor claridad expositiva en este trabajo nos centraremos en los modelos oblicuos.

La representación de los modelos se realiza mediante un diagrama causal ("path diagram"; p. ej., Figuras 3 y 4), donde los círculos representan los factores, los cuadrados los ítems, las flechas unidireccionales representan la relación/ orden entre los factores, y las líneas las correlaciones entre factores.

En los AFC, los modelos se pueden contrastar a nivel de ítem o a nivel de agrupaciones o paquetes de ítems. En este trabajo, debido a las ventajas de ambos modos de operar, cuando se ha considerado oportuno, se han repetido los análisis de las dos formas.

Para comparar los modelos puestos a prueba a través del AFC, tanto a nivel de ítem como de paquete de ítems, los AFC ofrecen dos vías. Por un lado, comparar diferentes índices de ajuste que nos aportan sobre cada uno de los modelos contrastados, y por otro lado, estudiar el ajuste analítico por medio de la solución factorial y las cargas de cada ítem en el factor al que se le asigna.

Respecto a los índices de bondad de ajuste, debido a sus limitaciones, es recomendable emplear diferentes índices y buscar la consistencia entre los mismos (Cliff, 1983). Además, cada índice aporta información relevante y diferente sobre el ajuste de los modelos. A lo largo de este trabajo emplearemos los siguientes índices: a) el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index; CFI), b) el índice de bondad de ajuste corregido (Adjusted Goodness of Fit index, AGFI), c) Promedio del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) y su intervalo de confianza (90% CI), d) el Promedio de los residuales estandarizados (Standardized Root-Mean Squared Residuals, SRMR) y e) Chi-cuadrado. A pesar de que los índices de bondad de ajuste tienen un valor máximo de uno, es difícil decidir cuándo un modelo presenta un ajuste adecuado. Para poder interpretarlos, hemos seguido las recomendaciones de Hu & Bentler (1999). Por un lado, estos autores consideran índices de ajuste adecuados valores de AGFI y CFI de 0,90 o mayores y valores de RMSEA de 0,06 o menores. Y por otro lado, establecen una regla que combina los puntos de corte de SRMR <0.08 y RMSEA <0.06 como criterios para considerar un modelo como aceptable. Un Chi-cuadrado estadísticamente significativo indica que el modelo deja sin explicar una proporción significativa de la varianza de los datos, por lo que es deseable que no sea significativo; sin embargo, diferentes autores han señalado los problemas de este estadístico para la evaluación con muestras grandes y poca variabilidad en los datos, ya que lleva a rechazar los modelos aunque los residuos sean bastante pequeños (Bentler y Bonnet, 1980; Hu y Bentler, 1995). Por tanto, en este trabajo usaremos χ^2 para comparar los modelos, siendo deseable el valor más bajo de Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Capítulo 1: Pensamientos intrusos obsesivos y
obsesiones: su agrupación

Capítulo 2: Cómo se experimentan los pensamientos intrusos
obsesivos y las obsesiones

Capítulo 3: El significado personal de los pensamientos
intrusos obsesivos y de las obsesiones

CAPÍTULO 1

PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS Y OBSESIONES: SU AGRUPACIÓN

En este capítulo abordaremos el primero de los objetivos que han guiado este trabajo: examinar si los distintos contenidos de PIO se agrupan en conjuntos definidos en función de su contenido, y si estas agrupaciones se encuentran también en la población con TOC. La organización del capítulo seguirá cada uno de los subobjetivos que hemos marcado, en primer lugar expondremos el desarrollo del instrumento que hemos desarrollado para evaluar PIO y describiremos los primeros resultados obtenidos con el mismo; a continuación, a través de diversos análisis factoriales, estudiaremos la estructura del instrumento diseñado y ofreceremos tanto los datos descriptivos que se derivan de la misma, como los de fiabilidad y estabilidad del modelo; y por último, estudiaremos cómo se relacionan los factores de PIO con otras medidas ya validadas de sintomatología depresiva y ansiosa (TOC y no TOC). La mayor parte de este trabajo se ha realizado con las muestras de participantes no clínicos españoles, sin embargo, estudiaremos también si el modelo y los resultados observados se replican en muestras no clínicas de otros países (Argentina y Canadá), y en una muestra con TOC.

1 CREACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS: EL INPIOS

Ante la necesidad de crear un instrumento que apesara los diferentes contenidos de los PIO y obsesiones (objetivo 1), así como las valoraciones y estrategias de control asociadas a los mismos (objetivo 2), decidimos basarnos en el ROII (Purdon y Clark, 1993, 1994) por diferentes motivos. Como grupo contamos con experiencia con este instrumento (p. ej., Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004; Morillo et ál., 2003), que ha demostrado ser útil para apesara los PIO y evaluar las variables cognitivas y estrategias asociadas a los mismos (Morillo, 2004), cuenta con buenas propiedades psicométricas (Purdon y Clark, 1993, 1994) que se han mantenido en su adaptación al castellano, y ha mostrado ser un instrumento útil para la investigación de PIO tanto en población general como en población clínica TOC (Morillo, 2004; Morillo et ál., 2007a). En apoyo a nuestra decisión, una revisión reciente sobre los PIO concluye que el ROII es el mejor instrumento de los que han estudiado PIO, el que cuenta con un menor número de limitaciones (Julien et ál., 2007).

Recordemos, tal y como hemos señalado en la introducción teórica, que el ROII cuenta con dos partes diferenciadas, una primera que evalúa la frecuencia de un listado de PIO y una segunda en la que los respondientes tienen que escoger el PIO (de entre el listado de la Parte 1) que les resulte más molesto

y valorarlo en una serie de dimensiones (p. ej., desagrado, culpa, importancia) y 10 posibles comportamientos y estrategias de control asociadas (p. ej., distracción, evitación, supresión activa). A pesar de las buenas propiedades psicométricas del ROII, la experiencia con este instrumento (Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007; Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004; García-Soriano, Morillo y Belloch, 2005; Morillo, 2004; Morillo, García-Soriano y Belloch, 2005; Morillo, García-Soriano y Belloch, 2006; Morillo et ál., 2007a), tanto en población general como en pacientes con TOC, nos ha permitido detectar limitaciones importantes en ambas partes del ROII. En este primer capítulo nos centraremos en las limitaciones de la primera parte, la dirigida a evaluar la frecuencia de PIO, donde hemos detectado: a) una sobre-representación de las obsesiones referidas a temas agresivos, sexuales y conductas socialmente inadecuadas (obsesiones puras, en su acepción clásica), con escaso contenido de obsesiones típicamente asociadas a compulsiones manifiestas; b) ausencia de contenidos obsesivos de indudable relevancia clínica para el TOC (p. ej., obsesiones religiosas, de superstición, de orden y simetría y de acumulación); c) la redacción de los ítems confunde en algunos casos el contenido de las obsesiones con las conductas asociadas (p. ej., “necesito comprobar si hay polvo en sitios que no se ven”); d) la mayoría de los ítems están formulados de forma demasiado específica (p. ej., “entretener al que trabaja en un banco mientras hace su trabajo”), y la práctica clínica ha demostrado que dejan sin apresar muchos cuadros obsesivos y por último, e) el ROII no permite codificar las obsesiones de contenido altamente idiosincrásico, es decir, las que presentan algunos pacientes con TOC.

Dado que la estructura del ROII se aproximaba a nuestros objetivos (la 1ª parte respondería a las necesidades de evaluación del objetivo 1, mientras que la 2ª lo haría a las de nuestro segundo objetivo), decidimos mantener su estructura inicial introduciendo las modificaciones necesarias para superar sus limitaciones. A este nuevo instrumento le hemos denominado: **Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs)**. En este primer capítulo nos centraremos en la 1ª parte del INPIOs, y en el próximo capítulo abordaremos el desarrollo y validación de su 2ª parte.

1.1 FASES DE DESARROLLO DE LA 1ª PARTE DEL INPIOS

El desarrollo del INPIOs se llevó a cabo en una serie de fases (este proceso se realizó de forma conjunta para la 1ª y 2ª parte del INPIOs, por lo que no lo repetiremos en el próximo capítulo). En la primera fase, previamente al desarrollo de los nuevos ítems y tras el estudio de las limitaciones del ROII, se procedió a revisar la literatura científica sobre aspectos relevantes al TOC y contemplados en el ROII (i.e., PIO, valoraciones, estrategias de control), así como sobre los instrumentos empleados para la evaluación de estos aspectos. Entre los instrumentos revisados cabe mencionar aquellos centrados en la evaluación y diagnóstico de TOC (Inventario de Padua revisado (PI-WSUR; Burns et ál., 1996); Inventario Obsesivo Compulsivo, versión breve (OCI-R; Foa et ál., 2002); Escala Obsesiva Compulsiva de Yale y el listado de síntomas (Y-BOCS e Y-BOCS-SC; Goodman et ál., 1989); Inventario Obsesivo Compulsivo de

Maudsley (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977; Rachman y Hodgson, 1980)), en las valoraciones asociadas a las obsesiones (III; OCCWG, 2001, 2003, 2005); en las creencias disfuncionales hipotéticamente relacionadas con el TOC (Inventario de Creencias Obsesivas (ICO; Belloch et ál., 2003; Cabedo et ál., 2004; Giménez et ál., 2004); Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ; OCCWG, 2001, 2003, 2005)) e instrumentos centrados en la evaluación de las estrategias de control o neutralización asociadas al mismo (Inventario de supresión del “oso blanco” (WBSI; Wegner y Zanakos, 1994), el Cuestionario de Control del Pensamiento (TCQ; Wells y Davies, 1994) y el listado de estrategias adaptado por Clark que aparece en Clark (2004, pg. 183)). Además, se tuvieron en cuenta los contenidos de las obsesiones de los pacientes vistos por nuestro grupo en sesiones de evaluación diagnóstica y/o de tratamiento.

Como resultado del trabajo individual y de la puesta en común a través de diversas reuniones de trabajo del grupo de investigación del que la doctoranda participa, se elaboró una primera propuesta de modificación del ROII, de la que surgió una versión preliminar del INPIOs.

Los cambios realizados sobre la primera parte del ROII fueron los siguientes (los cambios realizados sobre la segunda parte serán objeto de atención en el siguiente capítulo): (1) reformulación de las instrucciones y sustitución de la palabra “pensamiento intruso” por “intrusión”; (2) eliminación de ítems que en trabajos anteriores con el instrumento habían mostrado tasas de respuesta extraordinariamente bajas (Morillo, 2004); (3) diseño de nuevos ítems para apresar los diferentes contenidos obsesivos descritos en la literatura y presentes en los distintos instrumentos de evaluación analizados; (4) modificación del número de categorías de contenidos obsesivos a evaluar; (5) distribución del número de ítems de modo que rastreen adecuadamente y de manera equilibrada los diferentes contenidos obsesivos; (6) reformulación de ítems demasiado específicos de modo que permitan apresar un mayor número de ideas obsesivas; (7) reformulación de algunos ítems que confundían los temas obsesivos con la compulsiones asociadas; y finalmente (8) inclusión de dos ítems de respuesta abierta para que los sujetos puedan anotar obsesiones o PIO idiosincrásicos no recogidos por el cuestionario.

El resultado de estos cambios es una versión preliminar de la primera parte del INPIOs, que se amplía de los 52 ítems iniciales a 64 que evalúan la frecuencia de ocurrencia de distintos pensamientos intrusos obsesivos (pensamientos, imágenes e impulsos) y dos ítems de respuesta abierta en los que el participante puede describir sus PIO idiosincrásicos. Respecto a las categorías de contenido y a la distribución de los ítems, se incluyen ítems referidos a nuevas categorías (orden, superstición, acumulación, existenciales/repugnantes), se reduce el número de ítems referidos a temática sexual y agresiva y se aumenta el número de ítems referidos a contaminación y comprobación. La distribución de ítems a través de las escalas teóricas es la siguiente: agresividad hacia uno mismo (5 ítems); agresividad hacia otros (7 ítems); sexuales (6 ítems); blasfemos/religiosos (3 ítems); inadecuación social (7 ítems); orden (4 ítems); contaminación (10 ítems); duda/comprobación (14 ítems); magia/superstición (4 ítems);

acumulación (2 ítems) y existenciales/repugnantes (4 ítems). Finalmente, la forma de presentación de los ítems (escenarios) y la escala de medida (Likert de 7 pasos), son coincidentes con las del ROII.

En una segunda fase, esta versión preliminar del INPIOs que se acaba de comentar fue cumplimentada por 30 personas extraídas de la población general en calidad de evaluadores externos, con edades comprendidas entre los 20 y 50 años (media de edad= 24; DT= 6,58). Ninguno de los participantes refirió historia previa de trastornos mentales. La colaboración en el estudio fue voluntaria y gratuita. Estos evaluadores externos no expertos en salud mental cumplimentaron el cuestionario de forma individual en grupos de 6 personas y posteriormente valoraron la claridad y grado de comprensión de las instrucciones y de la redacción de los ítems (escala 0-10), así como su adecuación para ser respondidos con escalas tipo Likert.

En la tercera y última fase, se analizaron los comentarios de los evaluadores externos, se modificaron las instrucciones para hacerlas más comprensibles y se eliminaron dos ítems de la primera parte debido a que se consideró que no apresaban correctamente pensamientos de tipo obsesivo (uno de los ítems correspondía a la categoría de duda y el otro a la categoría de PIO existenciales). Por tanto, se modificó la versión previa del INPIOs cuya primera parte quedó reducida a 62 ítems más dos de respuesta abierta.

Por último, con el objetivo de que pudiera ser empleado con muestras de habla inglesa, A. Belloch, C. Morillo y la autora de este trabajo, tradujeron el cuestionario al inglés. El profesor D. A. Clark lo revisó y una traductora nativa hizo la retro-traducción al castellano que fue coincidente con la versión original castellana.

Surge así la primera versión del INPIOs (1ª parte), la distribución de los ítems a través de las escalas aparece en el Cuadro 26.

Cuadro 26. Distribución de los 62 ítems de la primera parte del INPIOs -versión 1- a través de las 11 escalas teóricas.

Intrusiones sobre auto-agresión: 1, 3, 4, 7, 9	Intrusiones repugnantes o existenciales: 31,32
Intrusiones sobre hetero-agresión: 2, 5, 6, 8, 10-12.	Intrusiones sobre simetría y orden: 33-36
Intrusiones sobre conductas socialmente inadecuadas: 15-21.	Intrusiones sobre dudas (comprobación): 39-49, 52.
Intrusiones sexuales: 22-27	Intrusiones sobre contaminación: 13, 14, 37, 38, 53-58.
Intrusiones religiosas: 28-30	Intrusiones sobre acumulación: 50-51
	Intrusiones sobre superstición: 59-62

Datos ofrecidos como categoría teórica: número de los ítems que agrupa.

1.2 DEPURACIÓN DEL INPIOS 1ª PARTE -VERSIÓN 1-

El siguiente paso fue la depuración de esta primera versión del INPIOs. Para ello se empleó la muestra descrita como Muestra 1. Todos los sujetos completaron el INPIOs-Versión 1 (instrumento que acabamos de describir) de forma individual junto con una batería con otros instrumentos.

Para la depuración y reducción de esta 1ª parte, se siguieron una serie de criterios (Rapee, Craske, Brown y Barlow, 1996) consistentes en eliminar aquellos ítems en los que: (1) el 80% de los sujetos coincidiera en un punto de la escala, (2) algunos de los valores de la escala no hubieran sido señalados por nadie, (3) aumentaba la consistencia interna de la escala al eliminarlos, (4) la correlación ítem-puntuación total fuera menor de 0,30 y (5) se observaba redundancia, es decir, cuya correlación entre ellos fuera mayor de 0,60 y el contenido o descripción de los ítems fuera muy similar. Sobre la base de estos criterios se eliminaron los siguientes ítems: 1, 10, 13, 14, 17, 18, 23, 30, 38, 42, 50, 52, 55 y 57. Se comprobó que ninguno de ellos fuera muy característico de la población clínica sobre la base de los resultados obtenidos en muestras anteriores con el ROII y se eliminaron los ítems, renumerando los 48 ítems restantes.

A partir de estos criterios, se elaboró la segunda versión de la primera parte del INPIOs que contiene 48 ítems (más dos ítems de respuesta abierta) distribuidos a lo largo de las 11 escalas teóricas que guiaron la construcción de este instrumento (Cuadro 27 INPIOs-*versión definitiva*). Esta versión definitiva de la primera parte del INPIOs fue posteriormente revisada por D. A. Clark que introdujo pequeños cambios en la formulación de algunos ítems (*versión definitiva*).

Cuadro 27. Distribución de los 48 ítems cerrados de la primera parte del INPIOs -*versión definitiva*- a lo largo de las 11 escalas teóricas.

Intrusiones sobre auto-agresión: 3, 4, 7, 9	Intrusiones repugnantes o existenciales: 31,32
Intrusiones sobre hetero-agresión: 2, 5, 6, 8, 11, 12	Intrusiones sobre simetría y orden: 33-36
Intrusiones sobre conductas socialmente inadecuadas: 15, 16, 19-21	Intrusiones sobre dudas (comprobación): 39-41, 43-49, 52.
Intrusiones sexuales: 22, 24-27	Intrusiones sobre contaminación: 37, 53, 54, 56, 58.
Intrusiones religiosas: 28-30	Intrusiones sobre acumulación: 51.
	Intrusiones sobre superstición: 59-62

Datos ofrecidos como categoría teórica: número de los ítems que agrupa según numeración INPIOs -versión 1-.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL INPIOS 1ª PARTE -VERSIÓN DEFINITIVA-

Por tanto, el instrumento final con el que trabajaremos podemos definirlo como un instrumento autoinformado que evalúa pensamientos, imágenes o impulsos intrusos indeseados y egodistónicos, similares en contenido a las obsesiones clínicas. Consta de dos partes bien diferenciadas. En la primera se valora la frecuencia (escala de respuesta tipo Likert de 0: "Nunca he tenido esta intrusión mental" a 6: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día") con la que se experimentan cada una de las 48 intrusiones enunciadas con contenido análogo a las obsesiones clínicas. Además, se incluyen dos ítems abiertos con la finalidad de que la persona anote cualquier otro PIO que experimente y no se encuentre reflejado en el listado previo. Los ítems se agrupan en situaciones o escenarios para ejercer un efecto activador y contextualizador de su posible aparición. En el próximo apartado estudiaremos su estructura. Y en el próximo capítulo examinaremos la 2ª parte del INPIOs.

En los Anexos aparece la versión definitiva del instrumento que a partir de este momento denominaremos **INPIOs**.

1.4 DATOS DESCRIPTIVOS DEL INPIOs 1ª PARTE A NIVEL DE ÍTEM

La Muestra 2 completó la versión definitiva del INPIOs, y al examinar *ítem a ítem* las puntuaciones máximas y mínimas, se observa que prácticamente todos los ítems fueron respondidos por alguna persona a lo largo de los 7 valores de la escala (de 0 a 6). Los ítems 3, 4, 10, 18, 37 y 38 fueron los únicos que nadie indicó haber experimentado muy frecuentemente (valor 6: “*Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día*”). Los ítems menos frecuentes fueron el 4 (media= 0,37; DT= 0,77; “*Herir o hacer daño a alguien desconocido*”), 5 (media= 0,36; DT= 0,83; “*Herir o hacer daño a una persona cercana*”) y 17 (media= 0,37; DT= 0,81; “*Participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales*”). Y los más frecuentes fueron los ítems 24 (media= 2,15; DT= 1,53; “*Dudas existenciales sin sentido*”), 30 (media= 2,59; DT= 1,49; “*¿Me habré dejado encendido algo en casa? p. ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.*”) y 35 (media= 2,04; DT= 1,35; “*¿Habré olvidado algo importante?*”).

Comoquiera que la escala de respuestas de la Parte 1 del INPIOs refiere a la frecuencia con que se experimenta cada pensamiento (desde 0= ‘nunca’ hasta 6= ‘siempre/durante todo el día’), es necesario tener claro el tipo de puntuaciones generales que se pueden obtener. En este sentido, y a lo largo de este trabajo, tendremos en cuenta las siguientes posibilidades de puntuación:

- PT= Puntuación Total directa: Σ de las puntuaciones en cada ítem
- PMT= Puntuación Media Total: Σ de las puntuaciones en cada ítem / n° ítems
- FMT= Frecuencia Media real Total: Σ de las puntuaciones en cada ítem / n° de ítems con frecuencia ≥ 1

De estas tres posibilidades, la que más revela la realidad es la tercera, puesto que nos indica en qué medida la persona experimenta PIO en realidad, ya que únicamente se incluyen aquellos que ha experimentado alguna vez.

Teniendo en cuenta estos tres parámetros, respecto a la PT se observó una amplia variabilidad entre los participantes, con valores entre 0 y 170 (media= 52,95; DT= 29,73), siendo la puntuación máxima posible 288. La PMT fue de 1,10 (DT=0,62), mientras que la FMT, que nos da una aproximación más exacta de la frecuencia con la que tienen los PIO que realmente experimentan, fue de 2,04 (DT=0,64). Otro dato interesante es examinar el número de PIO que las personas evaluadas han tenido al menos alguna vez en su vida (frecuencia ≥ 1), los participantes manifestaron haber experimentado un promedio de 25,36 (DT=10,33) pensamientos. Únicamente una persona señaló no haber tenido ninguno y otra indicó

haber tenido solo uno. En el polo opuesto, 15 personas señalaron haber tenido entre 46 y 48 pensamientos.

La distribución de los ítems del INPIOs, así como la puntuación total (PT), mostró una asimetría positiva ($A=1,25$), pero se aproximó a la normalidad en el caso de los hombres ($n=201$; $A= 0,96$). En conjunto, este dato revela que hay una mayor variabilidad en las puntuaciones altas. Los ítems más asimétricos fueron el 7 ($A=3,35$), el 5 ($A=3,26$), el 17 ($A=2,57$) y el 4 ($A=2,49$) y los menos asimétricos fueron los ítems 35 ($A=0,19$), 33 ($A=0,24$), 30 ($A=0,27$), 36 ($A=0,35$) y 24 ($A=0,39$).

Respecto a los ítems 49 y 50, en los que se daba la posibilidad de anotar un pensamiento idiosincrásico, 59 personas indicaron uno, y 32 indicaron dos. Dado que las descripciones de los pensamientos no son demasiado detalladas, no podemos estar seguras de que se trate realmente de PIO. Los contenidos más frecuentes fueron de agresión y accidentes (37 pensamientos), seguidos por los de duda (10), sexo (6) y contaminación (5).

2 FORMULACIÓN DE UN MODELO DE PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS

Para llevar a cabo el segundo subobjetivo se emplearon los datos obtenidos a partir de la Muestra 2 ($N=563$) que completó el INPIOs junto con la batería de instrumentos descrita con anterioridad.

2.1 LA ESTRUCTURA DEL INPIOS 1ª PARTE

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO (AFE)

Se han llevado a cabo una serie de AFE con rotación oblicua para estudiar la estructura subyacente a los 48 ítems de la primera parte del INPIOs. El análisis de KMO dio un valor de 0,92, y junto con un BTS significativo ($\chi^2_{(gl=1128)} = 13454,03$; $p < 0,0001$), confirmaron que la distribución de los datos satisfacía los criterios psicométricos para realizar los AFE. Diez factores obtuvieron autovalores iniciales mayores de 1 explicando un 60,61% de la varianza. Sin embargo, los autovalores de los factores 8, 9 y 10 fueron de 1,15; 1,11 y 1,06 respectivamente, y el gráfico de sedimentación sugería entre 2 y 6 factores. Se forzaron las soluciones factoriales de 2 a 10 factores.

Tras las diferentes extracciones se examinaron las soluciones factoriales (se empleó un criterio liberal para identificar los marcadores de factores, considerando únicamente las variables con cargas a partir de 0,35) y se observó que las dos estructuras más sencillas e interpretables fueron las de dos y seis factores. La solución de 6 factores explicó un 52,90 % de la varianza común, el primer factor (27,31 % de la varianza explicada) comprendía los ítems referidos a contenidos sexuales, religiosos, repugnantes, existenciales y conductas socialmente inadecuadas; el segundo explicó el 10,65 % de la varianza e incluyó 9 ítems referidos a dudas y necesidad de comprobar y un ítem de acumulación; el tercer factor comprendió

10 ítems de contenido agresivo y explicó un 4,20 % de la varianza; el cuarto factor abarcó 6 ítems sobre PIO de limpieza y contaminación (4,01 % varianza); el factor 5 incluyó 4 ítems referidos a superstición (3,55 %) y el factor 6 explicó un 3,19 % e incluyó los cuatro ítems de orden.

El modelo de 2 factores explicó un 37,96 % de la varianza y dividió los 48 ítems en dos factores. El primer factor de 24 ítems (27,32 % de la varianza explicada) incluía los PIO referidos a contenidos agresivos, sexuales, religiosos, inmorales, existenciales y repugnantes, y el segundo factor (10,65 % de la varianza) contenía los restantes 24 ítems del INPIOs.

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO (AFC)

Para determinar los modelos a comparar partimos de los 11 factores teóricos que guiaron el desarrollo de los ítems iniciales del INPIOs y de los resultados del AFE. Dado que el factor acumulación había quedado reducido a un solo ítem, y que a lo largo de las diferentes soluciones factoriales, saturaba (saturaciones mayores 0,50) en el mismo factor que los ítems de dudas y comprobación, los consideramos como un solo factor en todos los modelos contrastados. Del mismo modo, de forma consistente los ítems de temática repugnante y existencial se unieron con los factores que contenían los PIO sobre contenidos blasfemos, conductas socialmente inadecuadas, y sexualmente inaceptables, por lo que también los consideramos como un solo factor en todos los modelos. Y por último, los PIO sobre auto y hetero agresiones también aparecían como un solo factor. Por todo ello, la estructura teórica inicial de 11 factores quedó reducida a otra de seis que es la que se maneja a lo largo de los 8 modelos explorados a través de AFC:

- PIO agresivos (AGR)
- PIO limpieza/contaminación (CONT)
- PIO duda/comprobación y acumulación (DUD)
- PIO orden/precisión (ORD)
- PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas (REL/SEX)
- PIO superstición (SUP)

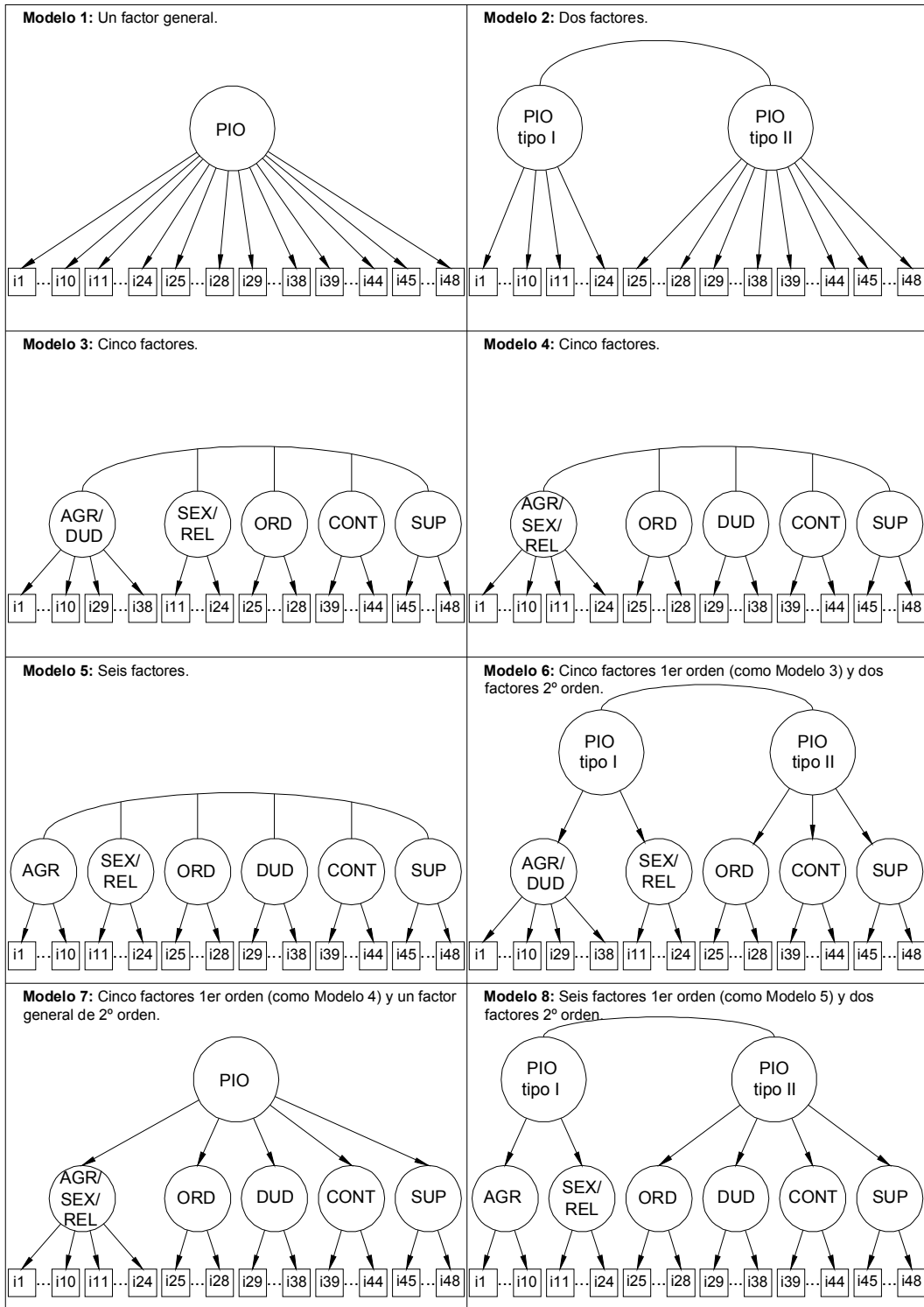
En la Figura 3 aparecen estas agrupaciones de ítems representadas por círculos, y bajo ellas, los ítems aparecen representados por cuadrados pequeños. Debido a que no todos los ítems de cada una de las agrupaciones señaladas se podían representar por un intervalo entre dos ítems (p. ej., entre i1 y i10), los números de ítem que aparecen en la Figura no se corresponden con los números de los ítems del INPIOs, aunque sí se corresponde el número de ítems que contiene cada categoría.

El *Modelo 1* tiene un solo factor o dimensión de PIO/obsesiones que engloba a todos los contenidos obsesivos del INPIOs. Este modelo se usa como línea base y asume que todos los ítems son manifestaciones de una dimensión única y homogénea de PIO. El *Modelo 2* tiene dos factores y está basado en la idea planteada por algunos autores de que los PIO/obsesiones se pueden categorizar en dos grandes grupos: autógenas y reactivas (Lee y Kwon, 2003). Como ya hemos señalado a lo largo de la introducción teórica, este modelo surge de una serie de análisis con el instrumento que precede al INPIOs, el ROII (p. ej., Belloch et ál., 2004; Lee y Kwon, 2003; Moulding, Kyrios, Doron y Nedeljkovic, 2006), y en cierto modo representa la distinción clásica entre obsesiones puras y obsesiones con compulsiones. Dado que la distinción entre obsesiones autógenas y reactivas implica más aspectos que el mero contenido de las obsesiones, preferimos denominar, al menos de momento, a estos dos factores planteados en el Modelo 2 y que se basan en el contenido de los PIO, como PIO Tipo I y Tipo II. La distribución de los ítems que se propone es la derivada del AFE del INPIOs forzando la solución de dos factores, solución que es congruente con los estudios realizados sobre el ROII. El *Tipo I* comprendería los ítems del INPIOs referidos a contenidos agresivos, blasfemos, sexuales, repugnantes, existenciales y sobre conductas socialmente inadecuadas, mientras que en el *Tipo II* se incluirían el resto de contenidos evaluados por el INPIOs.

Los *Modelos 3 y 4* se basan en los resultados obtenidos en los AFE y AFC del Y-BOCS (ver Marco Teórico, capítulo 2) pero se han adaptado a las restricciones que impone el INPIOs (p. ej., al tener un solo ítem de acumulación no se ha podido contrastar la acumulación como factor independiente; además, ninguno de los modelos revisados propone un factor de superstición debido a que ni el Y-BOCS-SC ni las diferentes versiones del PI lo tienen en consideración).

El Modelo 3 propone cinco factores donde los PIO de agresión y dudas, seguridad, comprobación forman un solo factor tal y como propone Mataix-Cols et ál. (1999). El Modelo 4 propone un primer factor en el que los PIO agresivos, sexuales y religiosos forman un solo factor al igual que obtienen Denys et ál. (2004). También propone un factor de PIO de orden, otro factor de PIO de duda y comprobación, otro de contaminación y finalmente el factor de PIO sobre superstición. Coincide con el modelo de Denys en la ausencia de un factor de acumulación, sin embargo, en el trabajo de Denys et ál. (2004) la acumulación se incluía en el factor de orden y simetría, mientras que como ya hemos señalado, en los modelos que vamos a contrastar el ítem de acumulación se asocia a duda y comprobación al igual que en el trabajo de Tek y Ulug (2001). Y el *Modelo 5* propone seis factores que se corresponden con la solución factorial extraída del AFE realizado con el INPIOs.

Figura 3. Representación gráfica de los modelos puestos a prueba a través del análisis factorial confirmatorio.



Nota: con el objetivo de hacer más sencilla la Figura, no todos los números de los ítems se corresponden con los del INPIOS.
 i: ítem; PIO: pensamiento intruso obsesivo; AGR: PIO agresivos; CONT: PIO limpieza/contaminación; DUD: PIO duda/comprobación/errores y acumulación; ORD: PIO orden/precisión; REL: PIO religión; SEX: PIO sexuales; SUP: PIO superstición. En todos los modelos se asume que los factores latentes están intercorrelacionados.

Los Modelos 6, 7 y 8 imponen una estructura de segundo orden sobre los Modelos 3, 4 y 5 respectivamente. Estos modelos han sido diseñados como un modo de integrar las dos aproximaciones a la heterogeneidad del TOC: la propuesta bifactorial de Lee y Kwon (2003) que surge de los análisis de contenidos obsesivos y PIO (empleando el ROII) y que está representada por nuestro Modelo 2 y las propuestas de otros autores (p. ej., Baer, 1994; Mataix-Cols et ál., 1999) que se derivan del análisis de síntomas obsesivo-compulsivos (p. ej., Y-BOCS-SC, PI-WSUR) y que están representadas por nuestros Modelos 3, 4 y 5. Debido a que la estructura del Modelo 4 no permite imponer una estructura de segundo orden de dos factores (porque el factor de segundo orden Tipo I estaría representado por un único factor de primer orden) se planteó una estructura superior con un factor general que englobaría los cinco factores de primer orden (Modelo 7).

AFC A NIVEL DE ÍTEMS

Para poner a prueba los modelos se llevaron a cabo diferentes análisis factoriales confirmatorios sobre la 1ª parte del INPIOs empleando el método de estimación de Máxima Verosimilitud con corrección robusta (coeficiente normalizado de Mardia 176.8059). En primer lugar se llevaron a cabo los diferentes AFC sobre la matriz correlacional de los 48 ítems del INPIOs a nivel de ítems. Se planificó comparar los 8 modelos que aparecen en la Figura 3, y que se derivan de la revisión de la literatura y de los AFE realizados sobre el INPIOs.

En la Tabla 4 aparecen los índices de ajuste de los ocho modelos puestos a prueba. El modelo que mejor ajusta es el 8, que impone una estructura de segundo orden sobre el Modelo 5. Tanto el Modelo 5 como el 8 se aproximan a los índices de ajuste establecidos como deseables, mostrando un ajuste aceptable. Los índices de ajuste de ambos modelos cumplen la regla combinatoria (SRMR <0.08 y RMSEA <0.06), y se aproximan al criterio de AGFI y CFI de 0,90 o mayores y SRMR y RMSEA de un valor de 0,06 o menor. Por tanto, los modelos 5 y 8 son los que mejor representan la estructura del INPIOs. Dado que los índices de ajuste de ambos modelos son más o menos equivalentes, decidimos elegir el 8 porque es más parsimonioso y tiene un mayor sentido teórico. Además, los patrones de intercorrelaciones mostraron mayores coeficientes entre los PIO agresivos, sexuales/religiosos/inmorales ($r=0,80$), y entre los otros tres factores (p. ej., correlación entre PIO contaminación y dudas/errores/necesidad comprobar = 0,65) que entre los dos grupos de factores (p. ej., correlación entre PIO agresivos y PIO duda/errores/necesidad comprobar = 0,32). Estas asociaciones también apoyan la estructura de segundo orden que impone el Modelo 8.

Tabla 4. Índices de ajuste para los modelos de análisis factorial confirmatorio a nivel de ítem de la 1ª parte del INPIOs.

	DESCRIPCIÓN DEL MODELO	CFI	AGFI	SRMR	RMSEA (90% intervalo confianza)	χ^2 (gl)
Modelo 1	Un factor	0,541	0,438	0,110	0,083 (0,081- 0,085)	6562,8374* (1080)
Modelo 2	Dos factores	0,643	0,684	0,063	0,067(0,065-0,069)	4642,224* (1079)
Modelo 3	Cinco factores	0,650	0,630	0,173	0,067 (0,065-0,069)	4561,0724* (1070)
Modelo 4	Cinco factores	0,783	0,776	0,065	0,053(0,050-0,055)	3234,7793* (1070)
Modelo 5	Seis factores	0,808	0,796	0,062	0,050 (0,047-0,052)	2986,4830* (1065)
Modelo 6	Cinco factores 1º orden (Modelo 3) y dos factores 2º orden	0,827	0,593	0,103	0,047(0,045-0,049)	2797,4154* (1074)
Modelo 7	Cinco factores 1º orden (Modelo 4) y un factor general 2º orden	0,783	0,754	0,065	0,052 (0,050-0,054)	3240,1070* (1075)
Modelo 8	Seis factores 1º orden (Modelo 5) y dos factores 2º orden	0,808	0,795	0,063	0,049 (0,047-0,051)	2994,1655* (1073)

Todos los modelos multifactoriales de 1º orden (2, 3, 4 y 5) son oblicuos. También fueron calculados con estructuras ortogonales, pero mostraban un peor ajuste.

CFI: Índice de Ajuste Comparativo; AGFI: Índice de Bondad de Ajuste Corregido; SRMR: Promedio de los residuales estandarizados; RMSEA: Promedio del error de aproximación.

* $p \leq 0,001$.

Las saturaciones factoriales de cada ítem sobre su factor, así como las cargas de los factores de segundo orden, aparecen en la Tabla 5. Las saturaciones de los ítems en los factores de primer orden fueron estadísticamente significativas y altas (rango= 0,48-0,89; media= 0,66). Las saturaciones para la estructura de segundo orden impuesta sobre la de primer orden también fueron estadísticamente significativas y elevadas, entre 0,64 y 0,98, y con unas saturaciones promedio de 0,61 (PIO Tipo I) y 0,71 (PIO Tipo II).

Tabla 5. Solución factorial estandarizada del Modelo 8 a nivel de ítem.

Factores 2º orden	λ	Factores 1º orden	Número de ítem y descripción	λ
PIO Tipo I	0,807	F1: PIO agresivos	1. Conduciendo...atropellar a alguien	0,580
			2. Conduciendo... estrellarme contra algo	0,534
			3. Herirme o hacerme daño	0,651
			4. Herir o hacer daño desconocido	0,640
			5. Herir o hacer daño a una persona cercana	0,658
			6. Saltar al vacío	0,693
			7. Empujar a alguien al vacío	0,677
			8. Tirarme delante del tren ...	0,630
			9. Agredir personas desconocidas o animales.	0,627
			10. Agredir personas conocidas	0,647
PIO Tipo II	0,977	F2: PIO sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas	11. Decir algo inadecuado....alguien desconocido	0,643
			12. Decir una grosería ... conocido	0,600
			13. Llevo bragueta desabrochada/blusa abierta	0,478
			14. Robar o coger dinero	0,641
			15. Romper o estropear a propósito	0,660
			16. Relaciones sexuales persona nunca se me ocurriría	0,687
			17. Actividad sexual contra de preferencias sexuales	0,515
			18. Actividad sexual inapropiada o repugnante.	0,596
			19. Relaciones sexuales lugar público	0,578
			20. Desnudar a....gente desconocida	0,670
			21. Decir obscenidad o una blasfemia	0,586
			22. Insultar a una autoridad religiosa	0,564
			23. Imágenes repugnantes	0,615
			24. Dudas existenciales sin sentido	0,538

PIO Tipo II	0,637	F3: PIO simetría y orden	25. Desordenados o fuera de su lugar	0,782
			26. No están correctamente ordenados	0,886
	0,832	F4: PIO dudas, necesidad comprobar, acumulación	27. Cosas deben estar en "su" sitio	0,805
			28. Orden realizar actividades	0,529
			30. ¿Encendido algo en casa?	0,735
			31. ¿Puerta o las ventanas de la casa sin cerrar?	0,780
			32. ¿Grifo abierto?	0,675
			33. ¿Error en el trabajo o en la escuela?	0,690
			34. ¿Algo peligroso lugar acceso niños?	0,633
			35. ¿Habré olvidado algo importante?	0,729
			36. Hecho o no alguna tarea	0,569
			38. ¿Provocado desgracia involuntariamente?	0,598
			39. Ofendido a alguien sin darme cuenta	0,622
			40. Necesitaré algo iba a tirar	0,614
	0,785	F5: PIO contaminación	41. Contaminado sin tocar nada sucio	0,658
			42. Contaminado por contacto con cosas desagradables.	0,802
			43. Contaminado por contacto secreciones corporales	0,774
			44. Contaminado contacto sustancia tóxica o venenosa	0,739
			29. Contaminado tocar algo que han tocado desconocidos	0,655
			37. Hecho daño, o contraído alguna enfermedad	0,670
	0,700	F6: PIO superstición	45. Acciones/ situaciones ocasionar futuras desgracias o mala suerte	0,825
			46. Pensamientos/ imágenes ocasionar desgracias o mala suerte	0,823
			47. No tocar ocasionar desgracias o mala suerte en general	0,845
			48. No seguir orden o rutinas ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0,636

Los números de ítems se corresponden con los del INPIOs (Anexos).

AFC A NIVEL DE PAQUETE DE ÍTEMS

Debido a las ventajas psicométricas que tiene en el AFC el empleo de agrupaciones de ítems como indicadores de constructos latentes (Nasser-Abu Alhija y Wisenbaker, 2006), también pusimos a prueba los ocho modelos propuestos (Figura 3) a través de la técnica de empaquetamiento de ítems. Siguiendo las recomendaciones de Nasser, Takahashi y Benson (1997) se desarrollaron los paquetes de ítems sobre la base del contenido similar de los ítems y su estructura factorial observada en los AFE previos. Se agruparon los 48 ítems en paquetes de 2 o 3 ítems en función del número de ítems de cada subescala. En total se construyeron 23 paquetes (21 pares de ítems y dos tríos; la Tabla 8 incluye información sobre los ítems que forman cada paquete). Una vez realizadas las agrupaciones de ítems, se crearon nuevas variables en el paquete estadístico de SPSS 12, se calculó la puntuación media de cada sujeto en cada paquete de ítems, y con el programa EQS se pusieron a prueba los ocho modelos teóricos (Figura 3) contrastados a nivel de ítem. Debido a problemas de distribución de los datos, se empleó el método de estimación de Máxima Verosimilitud con corrección robusta (coeficiente normalizado de Mardia 100,2588). Los índices de ajuste de los ocho modelos aparecen en la Tabla 6.

Tabla 6. Índices de ajuste de los modelos puestos a prueba para la 1ª parte del INPIOs -versión definitiva- a nivel de paquetes de ítems.

	CFI	AGFI	SRMR	RMSEA (90% intervalo confianza)	χ^2 (gl)
Modelo 1	0,509	0,443	0,128	0,121 (0,117-0,125)	2701,4996* (230)
Modelo 2	0,739	0,729	0,072	0,088 (0,084-0,093)	1543,5063* (229)
Modelo 3	0,686	0,576	0,113	0,099 (0,095-0,103)	1802,0067* (220)
Modelo 4	0,870	0,825	0,059	0,064 (0,059-0,068)	875,5694* (220)
Modelo 5	0,901	0,860	0,054	0,056 (0,052-0,061)	715,2914* (215)
Modelo 6	0,800	0,577	0,116	0,078 (0,074-0,083)	1232,7304* (224)
Modelo 7	0,870	0,827	0,060	0,063 (0,059-0,067)	881,2456* (225)
Modelo 8	0,901	0,863	0,055	0,055 (0,051-0,060)	723,8798 (223)

CFI: Índice de Ajuste Comparativo; AGFI: Índice de Bondad de Ajuste Corregido; SRMR: Promedio de los residuales estandarizados; RMSEA: Promedio del error de aproximación.

* $p \leq 0,001$

Tal y como sucedió a nivel de ítem, los modelos 5 y 8 mostraron un mejor ajuste. Sin embargo, la estructura del Modelo 8 (seis factores de primer orden y dos de segundo orden) mostró una estructura más parsimoniosa, por lo que se decidió seleccionar este modelo como el que mejor representa a los datos. En la Tabla 7 se puede observar que hay una ganancia estadística importante en cuanto a índices de ajuste entre el análisis a nivel de ítem y de paquete de ítems. Las saturaciones factoriales a nivel de paquetes de ítems también son mayores (media= 0,75; media PIO Tipo I= 0,71; media PIO Tipo II= 0,80).

Tabla 7. Solución factorial estandarizada del Modelo 8 a nivel de paquetes de ítems.

Factores 2º orden	λ	Factores 1º orden	Número del paquete de ítems (ítems que incluye)	λ	
PIO Tipo I	0,799	F1: PIO agresivos	1 (2, 8)	0,728	
			2 (3, 6)	0,785	
			3 (4, 5)	0,718	
			4 (9, 10)	0,679	
			5 (1, 7)	0,776	
			F2: PIO sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas	6 (11, 12, 13)	0,712
				7 (14, 15)	0,715
				8 (16, 20)	0,764
				9 (17, 18, 19)	0,723
				10 (21, 22)	0,569
				11 (23, 24)	0,666
PIO Tipo II	0,682	F3: PIO simetría y orden	12 (25, 27)	0,817	
			13 (26, 28)	0,888	
			F4: PIO dudas y necesidad comprobar	14 (30, 34)	0,812
				15 (31, 32)	0,777
				16 (33, 36)	0,749
				17 (35, 40)	0,821
			F5: PIO limpieza y contaminación	18 (38, 39)	0,695
				19 (41, 42)	0,803
				20 (43, 44)	0,798
			F6: PIO superstición	21 (29, 37)	0,791
22 (45, 46)	0,847				
23 (47, 48)	0,831				

Diferentes indicadores, como las correlaciones similares entre los factores calculados a nivel de ítem y de paquete de ítems, corroboran que los paquetes están bien elaborados y que no han modificado las relaciones entre los ítems (p. ej., las correlaciones entre los factores de segundo orden -Tipo I y Tipo II- a nivel de ítem es de 0,548 y a nivel de paquetes de ítems de 0,541).

Por tanto, podemos concluir que el Modelo 8 es el que mejor se ajusta teniendo en cuenta todos los parámetros estudiados. En el Cuadro 28 se recuerda la distribución de los ítems a lo largo de los factores propuestos.

Cuadro 28. Factores de la 1ª parte del INPIOs.

Agrupaciones 2º orden	Subescalas 1º orden	Ítems número	Número de ítems
PIO Tipo I	F1: PIO agresivos (AGR)	1-10	10
	F2: PIO sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas (REL/SEX)	11-24	14
PIO Tipo II	F3: PIO simetría y orden (ORD)	25-28	4
	F4: PIO dudas y necesidad comprobar (DUD)	30-36, 38-40	10
	F5: PIO limpieza y contaminación (CONT)	29, 37, 41-44	6
	F6: PIO superstición (SUP)	45-48	4

INPIOs: Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos; PIO: Pensamiento/s Intruso/s Obsesivo/s.

Estos factores se calcularán siguiendo la fórmula descrita anteriormente como FMT. Por tanto, para definir la puntuación en cada escala se empleará la siguiente fórmula, que definiremos como Frecuencia Media (FM):

$$\Sigma \text{ puntuación en cada ítem de la escala} / \text{n}^\circ \text{ de ítems de la escala con frecuencia} \geq 1$$

2.2 DATOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DEL INPIOS 1ª PARTE

DESCRIPTIVOS

En la Tabla 9 aparecen los estadísticos descriptivos de cada uno de los factores de la primera parte del INPIOs. Las frecuencias medias de cada una de las escalas o factores son bajas (entre una vez en la vida -puntuación de 1- y una o dos veces al mes -puntuación de 3-), algo que refleja la baja frecuencia real de los PIO en la población objeto de estudio. Las puntuaciones máximas y mínimas indican que en prácticamente todas las escalas, algún sujeto tuvo la puntuación máxima y mínima posible (de 0-6). El factor 1 (agresión) fue el menos frecuente, mientras que el factor 4 (duda, necesidad de comprobar y acumulación) fue el más frecuentemente experimentado. De hecho, como media los sujetos habían experimentado al menos alguna vez en su vida casi el 80% de los ítems de duda incluidos en este factor, y únicamente 4 personas (0,70%) señalaron que nunca habían experimentado ninguna de estas intrusiones. Tanto la puntuación total del INPIOs como cada una de sus escalas mostraron una asimetría positiva (ver Tabla 8).

Tabla 8. Estadísticos descriptivos, consistencia interna, estabilidad temporal y deseabilidad social de cada uno de los factores del INPIOs 1ª parte.

	Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte						Tipo I	Tipo II	Total
	F1 AGR	F2 SEX/REL	F3 ORD	F4 DUD	F5 CONT	F6 SUP			
FM (DT)	1,16 (0,89)	1,83 (0,86)	1,84 (1,41)	2,32 (0,87)	1,39 (0,98)	1,32 (1,16)	1,74 (0,74)	2,12 (0,75)	2,04 (0,64)
Mínimo-máximo número PIO	0-5 3,00	0-6 6,90	0-6 2,29	0-6 7,96	0-5,83 3,24	0-6 1,94	0-6 9,91	0-5,50 15,44	0-5,50 25,36
experimentados % PIO	(2,77) 30%	(3,90) 49,28%	(1,52) 57,25%	(2,12) 79,60%	(2,18) 54%	(1,52) 48,50%	(6,11) 41%	(5,94) 63%	(10,33) 52,8%
Número (%) personas no tienen ningún PIO	141 (25%)	29 (5,20%)	104 (18,50%)	4 (0,70%)	93 (16,50%)	147 (26,10%)	27 (4,80%)	4 (0,70%)	1 (0,2%)
Percentil 75	1,67	2,25	2,75	2,80	1,83	2,00	2,11	2,50	2,34
Asimetría	0,68	0,80	0,68	0,87	0,99	1,07	0,60	1,04	1,24
α	0,85	0,88	0,80	0,88	0,87	0,85	0,91	0,93	0,94
CCI ² (n=211)	0,91	0,93	0,90	0,94	0,92	0,90	0,95	0,96	0,97
α argentinos	0,83	0,85	0,84	0,91	0,90	0,89	0,90	0,95	0,95
α canadienses	0,83	0,88	0,80	0,90	0,89	0,86	0,91	0,93	0,94
α grupo con TOC	0,79	0,82	0,81	0,87	0,91	0,85	0,85	0,88	0,86

Todos los datos están calculados sobre la Muestra 2, excepto las tres últimas filas de la tabla que hacen referencia al nivel de consistencia del INPIOs en las muestras 3 (argentinos), 4 (canadienses) y 5 (grupo clínico con TOC).

PIO: pensamientos intrusos obsesivos; FM: frecuencia media; F1 AGR: PIO agresivos, F2 SEX/REL: PIO sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas, F3 ORD: PIO simetría y orden, F4 DUD: PIO dudas, necesidad comprobar y acumulación, F5 CONT: PIO limpieza y contaminación, F6 SUP: PIO superstición.

¹ porcentaje de PIO experimentados respecto al número de ítems de cada escala

² intervalo 7-15 días

FIABILIDAD

La consistencia interna y estabilidad temporal de la puntuación (intervalo de 7-14 días) total de la primera parte del INPIOs fueron excelentes ($\alpha = 0,94$; CCI_{entre 7 y 14 días después} = 0,97, rango= 0,96-0,97). Así mismo, se obtuvieron índices de fiabilidad excelentes para cada una de las escalas (véase Tabla 8). La fiabilidad de las escalas empeoraba si se eliminaba uno de los elementos, excepto en el caso de los ítems 48 y 28, que al eliminarlos, el alfa de la escala de superstición mejoraba ligeramente ($\alpha = 0,87$ y 0,83 respectivamente). Sin embargo, se decidió no eliminar ninguno de los ítems porque la mejora que suponía su eliminación era mínima, no afectaba al alfa total del instrumento y además ambos ítems se consideraban relevantes. Los índices de consistencia interna de la puntuación total y de cada uno de los factores también fueron excelentes en las muestras argentina, canadiense y en el grupo de pacientes con TOC.

DESEABILIDAD SOCIAL

Una vez estudiadas las propiedades psicométricas de la primera parte del INPIOs, nos interesó estudiar si este instrumento se veía influido por la deseabilidad social. Para ello, estudiamos las correlaciones entre las subescalas del INPIOs y la puntuación total de la escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne (MC-10). Se observó un patrón de bajas correlaciones negativas (rango entre: -0,06 y -0,20). Las correlaciones entre el MC y los PIO agresivos ($r = -0,20$; $p = 0,0001$), PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales ($r = -0,12$; $p = 0,002$), PIO contaminación ($r = -0,11$; $p = 0,005$), PIO superstición ($r =$

0,11; $p=0,007$) fueron significativas (Tabla 8). Estos resultados parecen indicar que a medida que aumenta la deseabilidad social se informa de una menor frecuencia de PIO. Sin embargo, los coeficientes de correlación son tan bajos que podemos concluir que el INPIOs está poco o nada influido por la deseabilidad social.

ASOCIACIONES

Se observaron correlaciones altas y significativas entre cada uno de los ítems y la puntuación total su escala y correlaciones bajas y significativas entre cada ítem y las otras escalas (Cohen, 1988). Esta información no se incluye por no considerarse demasiado relevante.

El patrón de correlaciones (Tabla 9) entre los factores de la primera parte del INPIOs muestra dos aspectos interesantes. En primer lugar, se observan correlaciones significativas y en general moderadas entre todos factores, hecho que indica que efectivamente estamos midiendo un mismo constructo: frecuencia de PIO. En segundo lugar, apoya la necesidad de mantener las agrupaciones de Tipo I y Tipo II. Se observan coeficientes de correlación moderados tanto entre las dos escalas que forman la agrupación PIO Tipo I, es decir, entre la frecuencia de PIO de contenido agresivo y de PIO sexuales/religiosos; como entre los cuatro factores que forman la agrupación PIO Tipo II (factores 3, 4, 5 y 6). Además se observan coeficientes de correlación bajos entre los factores 1 y 2 y el resto de los factores (Cohen, 1988). La única excepción es la frecuencia de los PIO de superstición, que mantiene correlaciones similares y bajas tanto con el factor de PIO religiosos, sexuales, repugnantes y existenciales ($r=0,27$) como con el factor de PIO de simetría y orden ($r=0,28$). Por otra parte, se observan altas correlaciones ($r \geq 0,90$) entre el factor de PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales y el de PIO Tipo I, y entre el factor 5 (PIO duda, necesidad comprobar, acumulación) y el de Tipo II. Estas altas correlaciones parecen ser debidas a que los PIO de religión/sexo y dudas son los dos factores de primer orden que tienen una mayor frecuencia, y por tanto, una mayor representatividad e importancia dentro de los factores de 2º orden.

La puntuación total del INPIOs (frecuencia media real) mantiene correlaciones altas con todas las escalas excepto con los PIO agresivos. Tal vez debido a su baja frecuencia (media= 1,22; DT= 0,88) y por tanto, poca representatividad al calcular la frecuencia media del instrumento.

Tabla 9. Coeficientes de correlación entre las escalas y puntuación total del INPIOs 1ª parte.

Inventario Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) (Frecuencia media)	F2 SEX/REL	F3 ORD	F4 DUD	F5 CONT	F6 SUP	Tipo I	Tipo II	Total
F1 PIO agresivos	0,37***	0,08*	0,21***	0,13***	0,22***	0,47***	0,16***	0,21***
F2 PIO religiosos, sexual...	1	0,20***	0,36***	0,26***	0,26***	0,93***	0,33***	0,49***
F3 PIO simetría y orden		1	0,40***	0,39***	0,29***	0,22***	0,54***	0,48***
F4 PIO dudas, acumulación			1	0,48***	0,44***	0,37***	0,90***	0,82***
F5 PIO contaminación				1	0,38***	0,29***	0,56***	0,54***
F6 PIO superstición					1	0,28***	0,48***	0,45***
PIO Tipo I (F1y F2)						1	0,35***	0,52***
PIO Tipo II (F3, F4, F5 y F6)							1	0,90***

F1 AGR: PIO agresivos, F2 SEX/REL: PIO sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas, F3 ORD: PIO simetría y orden, F4 DUD: PIO dudas, necesidad comprobar y acumulación, F5 CONT: PIO limpieza y contaminación, F6 SUP: PIO superstición.
*p≤0,05; ***p≤0,001

2.3 ESTABILIDAD DEL MODELO

El siguiente paso fue estudiar la estabilidad de las diferentes subescalas del INPIOs a lo largo de una serie de variables socio-demográficas.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

En la Tabla 10 se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en algunas de las escalas del INPIOs. Los hombres informaron de una mayor frecuencia de PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales; mientras que las mujeres informaron de una mayor frecuencia de PIO supersticiosos y PIO de duda, necesidad comprobar, acumulación. Sin embargo cabe señalar que las diferencias, aunque significativas, son muy pequeñas y los tamaños del efecto son también pequeños. De hecho, si se examina el significado de las puntuaciones medias observamos que en ninguno de los casos cambia la frecuencia real de respuesta. Por ejemplo, las mujeres indican como media mayor número de PIO supersticiosos, sin embargo, la diferencia es muy sutil: 1,40 de frecuencia para los hombres y 1,17 para las mujeres; estando ambas medias entre una frecuencia de 1 ('rara vez, una o dos veces en toda mi vida') y de 2 ('algunas veces al año').

Tabla 10. Diferencias en el INPIOs en función del género.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	Hombre (n=201)	Mujer (n=360)	t (gl=559)	d de Cohen
F1 PIO agresivos	1,24 (0,87)	1,11 (0,91)	1,62	0,14
F2 PIO religiosos, sexuales, repugnantes...	1,95 (0,89)	1,76 (0,83)	2,54**	0,20
F3 PIO simetría y orden	1,76 (1,35)	1,89 (1,44)	-1,04	-0,09
F4 PIO duda, necesidad comprobar, acumulación	2,22 (0,76)	2,37 (0,93)	-2,07*	-0,16
F5 PIO contaminación	1,36 (0,85)	1,41 (1,04)	-0,64	-0,05
F6 PIO superstición	1,17 (0,98)	1,40 (1,23)	-2,47*	-0,20

Datos ofrecidos como media (desviación típica).

PIO: pensamiento/s intruso/s obsesivo/s; FM: frecuencia media.

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Para explorar si las diferencias en función de la edad eran relevantes, se realizaron correlaciones de Pearson entre cada una de las escalas del INPIOs y su puntuación total y la edad. Las correlaciones fueron bajas y en sentido negativo, siendo significativas en los factores de AGR (r=-0,22), SEX/REL (r=-

0,15; $p=0,001$), ORD ($r=0,18$; $p=0,001$) y CONT ($r=0,08$). Debido a las bajas asociaciones y a que la edad no estaba distribuida de forma uniforme a lo largo de la muestra (446 personas menores de 40 años frente a 117 mayores de 40 años), decidimos no introducir la edad como covariable en sucesivos análisis.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO

Se observa una menor frecuencia de PIO entre los participantes con estudios superiores que entre quienes han alcanzado un nivel de estudios medio (ver Tabla 11). Estas diferencias se dan en las dimensiones de simetría y orden, duda, necesidad de comprobar y acumulación y contaminación. Sin embargo, tal y como ocurría en los casos anteriores, las diferencias son muy pequeñas y el tamaño del efecto es mínimo (η_p^2 entre 0,01 y 0,02).

Tabla 11. Diferencias en INPIOs en función del nivel de estudios.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	Primarios (n=36)	Medios (n=185)	Superiores (n=342)	F (gl=2; 560)	η_p^2
F1 PIO agresivos	0,94 (1,03)	1,10 (0,89)	1,21 (0,87)	2,01	0,007
F2 PIO religiosos, sexuales...	1,85 (1,07)	1,81 (0,82)	1,84 (0,85)	0,05	0,0001
F3 PIO simetría y orden	2,07 (1,41) _{a,b}	2,15 (1,44) _a	1,65 (1,37) _b	8,14 ^{***}	0,02
F4 PIO duda, nec. comprobar, acumulación	2,33 (0,87) _{a,b}	2,45 (0,89) _a	2,25 (0,86) _b	3,12*	0,01
F5 PIO contaminación	1,58 (1,19) _{a,b}	1,57 (0,94) _a	1,28 (0,94) _b	6,08 ^{**}	0,02
F6 PIO superstición	1,09 (1,19)	1,43 (1,11)	1,29 (1,17)	1,71	0,006

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

PIO: pensamiento/s intruso/s obsesivo/s.

Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey o Games-Howell.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Se observan diferencias significativas en función del nivel económico (Tabla 12) únicamente en las dimensiones de PIO religiosos, sexuales, repugnantes y existenciales ($\eta_p^2=0,01$). A menor nivel socioeconómico se observa una mayor frecuencia de PIO de este tipo, aunque las diferencias vuelven a ser muy pequeñas.

Tabla 12. Diferencias en el INPIOs en función del nivel de estudios.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	Bajo (n=8)	Medio-bajo (n=57)	Medio (n=418)	Medio-alto (n=63)	Alto (n=16)	F (4; 557)
F1 PIO agresivos	1,43 (0,83)	1,40 (0,94)	1,11 (0,85)	1,26 (1,03)	1,05 (1,08)	1,82
F2 PIO religiosos, sexuales...	2,12 (0,85) _{a,b}	2,16 (0,93) _a	1,79 (0,86) _b	1,74 (0,75) _b	1,88 (0,74) _{a,b}	2,73*
F3 PIO simetría y orden	1,26 (1,19)	2,13 (1,46)	1,80 (1,40)	1,92 (1,38)	1,89 (1,23)	1,06
F4 PIO duda, acumulación	1,96 (0,82)	2,54 (0,92)	2,31 (0,88)	2,21 (0,80)	2,38 (0,75)	1,55
F5 PIO contaminación	1,17 (0,88)	1,58 (1,01)	1,39 (0,93)	1,30 (1,20)	1,40 (1,06)	0,76
F6 PIO superstición	0,85 (0,77)	1,54 (0,98)	1,33 (1,17)	1,16 (1,23)	1,31 (1,18)	1,14

Datos ofrecidos como media (desviación típica).

PIO: pensamiento/s intruso/s obsesivo/s

* $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,001$. Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

En función del estado civil se observan diferencias en la frecuencia de PIO de contenido agresivo, religioso/ sexual (mayor entre quienes viven en pareja) y de simetría/ orden (mayor en los divorciados/ separados/ viudos), aunque el tamaño del efecto de estas diferencias es muy pequeño (Tabla 13).

Tabla 13. Diferencias en el INPIOs en función del estado civil.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	Soltero (n=372)	Divorciado/ separado/ viudo (n=14)	Casado (n=140)	Vive en pareja (n=36)	F/ *Welch	gl	η_p^2
F1 PIO agresivos	1,26 (0,83) a	0,82 (0,60) a,b	0,84 (0,92) b	1,46 (1,06) a,b	10,16***	3; 558	0,052
F2 PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales	1,88 (0,77) a	1,83 (1,36) a,b,c	1,60 (1,01) b	2,24 (0,66) c	+4,57***	3; 47,99	0,03
F3 PIO simetría y orden	1,63 (1,28) a	2,55 (1,70) a,b	2,25 (1,58) b	2,18 (1,49) a,b	+7,06***	3; 47,58	0,04
F4 PIO duda, necesidad comprobar, acumulación	2,28 (0,83)	2,25 (1,30)	2,36 (0,97)	2,53 (0,75)	1,04	3; 558	0,006
F5 PIO contaminación	1,34 (0,91)	1,72 (1,50)	1,51 (1,07)	1,36 (1,03)	1,53	3; 558	0,003
F6 PIO superstición	1,36 (1,15)	1,25 (1,24)	1,22 (1,15)	1,33 (1,27)	0,54	3; 558	0,003

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

PIO: pensamiento/s intruso/s obsesivo/s

Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey o Games-Howell

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA PROCEDENCIA Y CONTEXTO CULTURAL

A continuación hemos comparado las puntuaciones de los participantes procedentes de la población general descritos como Muestra 2 (participantes españoles), con las muestras 3 (participantes argentinos) y 4 (participantes canadienses), controlando las diferencias en edad entre los tres grupos ANCOVA). En la Tabla 14 se observan diferencias significativas en la frecuencia de los diferentes contenidos de PIO en función del país de procedencia, sin embargo las únicas diferencias con una magnitud moderada o grande son las que se observan en la frecuencia de PIO de contenido supersticioso que son mayores en la población canadiense, y en los PIO de duda, más frecuentes entre argentinos y españoles.

Tabla 14. Diferencias transculturales en la frecuencia de los pensamientos intrusos obsesivos (PIO) en función de su contenido (controlando la edad).

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	españoles (n=563)	argentinos (n=145)	canadienses (n=117)	F (g=2; 822)	η_p^2
F1 PIO agresivos	1,16 (0,89) a	1,11 (0,83) a	1,80 (1,03) b	11,68***	0,02
F2 PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales	1,83 (0,86) a	1,62 (0,70) b	1,99 (0,84) a	2,29	0,02
F3 PIO simetría y orden	1,84 (1,41)	1,69 (1,25)	1,65 (1,37)	1,72	0,003
F4 PIO duda, necesidad comprobar, acumulación	2,32 (0,87) a	2,13 (0,86) a	1,49 (1,26) b	35,24***	0,08
F5 PIO contaminación	1,39 (0,98) a	1,35 (0,95) a	1,68 (1,16) b	4,93**	0,01
F6 PIO superstición	1,32 (1,16) a	1,25 (1,11) a	2,66 (1,06) b	54,96***	0,11

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey

*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

DIFERENCIAS EN EL NÚMERO Y FRECUENCIA DE LOS PIO

A continuación se compararon el número de PIO experimentados por la muestra extraída de la población general (muestra 2.1) y la muestra clínica con TOC (muestra 5) (Tabla 15). No se observan diferencias en el número total de PIO experimentados por los participantes clínicos y no clínicos, sin embargo, la población general señaló experimentar como media más PIO de contenido de duda, necesidad de comprobar; mientras que la población clínica indicó experimentar más PIO de contenido agresivo y de contaminación.

Tabla 15. Diferencias en el número de PIO experimentados por la población general y clínica con TOC.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (número de PIO experimentados)	No clínicos (n=326)	Clínicos (n=32)	t (gl=356)	d de Cohen
F1 PIO agresivos	2,95 (2,78)	4,15 (3,16)	-2,30*	-0,40
F2 PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales	6,87 (3,91)	5,62 (4,15)	1,71	0,18
F3 PIO simetría y orden	2,29 (1,52)	2,25 (1,58)	0,16	0,01
F4 PIO duda, necesidad comprobar, acumulación	7,95 (1,13)	3,68 (2,34)	10,27***	1,09
F5 PIO contaminación	3,34 (2,12)	7,15 (2,84)	-9,35***	0,99
F6 PIO superstición	1,96 (1,53)	2,43 (1,48)	-1,67	-0,17
Total	25,38 (10,27)	25,31 (11,10)	0,04	0,00

Datos ofrecidos como media (desviación típica).

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Por último se comparó la frecuencia de experimentación de los PIO en la población general (Muestra 2.1) y en la muestra clínica con TOC (Muestra 5). En la Tabla 16 se observan diferencias significativas con tamaños del efecto entre moderados y grandes en la frecuencia de todas las variables excepto en la de los PIO de orden. Observamos por tanto un continuo en la frecuencia de los contenidos obsesivos entre la muestra no clínica y la muestra con TOC.

Tabla 16. Diferencias en la frecuencia de los pensamiento/s intruso/s obsesivos (PIO) y obsesiones entre la población general y clínica con TOC.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	No clínicos (n=326)	Clínicos (n=32)	t	gl	d de Cohen
F1 PIO agresivos	1,13 (0,86)	2,09 (1,43)	-3,71***	33,27	-0,58
F2 PIO religiosos, sexuales, repugnantes, existenciales	1,87 (0,92)	2,68 (1,05)	-4,56**	356	-0,48
F3 PIO simetría y orden	1,89 (1,38)	2,52 (1,10)	-2,07*	356	-0,21
F4 PIO duda, necesidad comprobar, acumulación	2,34 (0,94)	3,18 (1,30)	-3,47**	32,59	-0,48
F5 PIO contaminación	1,40 (0,94)	2,94 (1,85)	-4,66***	32,59	-0,84
F6 PIO superstición	1,32 (1,15)	3,14 (2,01)	-5,04***	33,02	-0,83
Total	2,08 (0,69)	3,35 (0,97)	-7,19***	34,10	-1,01

Datos ofrecidos como media (desviación típica).

* $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Podemos finalizar este apartado señalando que a nivel global, el modelo presentado es estable independientemente del sexo de los respondientes, de su edad, estado civil, económico y nivel de estudios. Las diferencias encontradas son particularmente pequeñas en todos los casos teniendo en cuenta los tamaños del efecto. Estos resultados pueden deberse a las características de la propia muestra, que es bastante homogénea, pero en todo caso consideramos que avalan el hecho de que no controlemos el posible peso confundente de estas variables en los sucesivos análisis. Sin embargo, el contexto cultural sí parece estar influyendo sobre la frecuencia de algunos contenidos de PIO (i.e., agresivos, de duda y

supersticiosos). Además, hemos comprobado que aunque la población clínica no siempre experimenta un mayor número de PIO, si los experimenta con una mayor frecuencia que la población general.

3 ASOCIACIONES ENTRE EL MODELO DE PIO Y SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA, ANSIOSA Y DEPRESIVA

Como se observa en la Tabla 17, en la población general (muestra 2), la frecuencia media total de la 1ª parte del INPIOs se asoció de manera clara con los dos cuestionarios de síntomas obsesivos (CBOCI y OCI-R). Sin embargo, los coeficientes de correlación con la personalidad OC, preocupaciones y sintomatología ansiosa y depresiva fueron menores. Estos mismos resultados se replicaron en la muestra clínica, donde las asociaciones con sintomatología ansiosa no TOC y depresiva disminuyen. Por último, cabe destacar que en la población clínica la gravedad del YBOCS (puntuación total) se asoció de forma moderada a la frecuencia media del INPIOs ($r_{\text{INPIOs-YBOCSobsesiones}}=0,27$; $r_{\text{INPIOs-YBOCScompulsiones}}=0,35^*$), pero la asociación con la frecuencia de los PIO Tipo I fue muy baja. Sin embargo, la escala del YBOCS de obsesiones mantuvo mayores asociaciones con la frecuencia de PIO Tipo I ($r=0,25$) que Tipo II ($r=0,14$), mientras que la de compulsiones mantuvo mayores asociaciones con la frecuencia de los PIO Tipo II ($r=0,32$) que Tipo I ($r=-0,06$) en la muestra de pacientes con TOC.

Tanto en la muestra clínica como en la no clínica, la frecuencia de los PIO Tipo I (vs Tipo II o Total) mantiene menores correlaciones con todas las variables, y esto es especialmente cierto en el caso de la muestra clínica, donde estas asociaciones son, en algunos casos (i.e., con YBOCS, PSWQ o BDI), cercanas a cero. Las asociaciones con la frecuencia de los PIO Tipo II son semejantes a las del total del INPIOs.

Tabla 17. Coeficientes de correlación entre la frecuencia media total del INPIOs e instrumentos que miden sintomatología obsesiva, depresiva y ansiosa.

Inventario Pensamientos Intrusos Obsesivos 1ª parte (Frecuencia Media)	YBOCS	OCI-R	CBOCI	PDQ	PSWQ	BAI	BDI-II
Total	- <i>0,34</i>	0,41*** <i>0,44*</i>	0,44 *** <i>0,42*</i>	0,28*** -	0,34 *** <i>0,14</i>	0,32*** <i>0,16</i>	0,33*** <i>0,03</i>
PIO Tipo I	- <i>0,04</i>	0,23*** <i>0,13</i>	0,33*** <i>-0,13</i>	0,21*** -	0,18*** <i>-0,01</i>	0,31*** <i>-0,15</i>	0,22*** <i>-0,04</i>
PIO Tipo II	- <i>0,27</i>	0,42*** <i>0,35</i>	0,47*** <i>0,59**</i>	0,25*** -	0,36*** <i>0,17</i>	0,31*** <i>0,21</i>	0,31*** <i>0,07</i>

En *cursiva* los (fila inferior) coeficientes de correlación calculados con la muestra clínica (muestra 5).

YBOCS: Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones; CBOCI: Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck; OCI-R: Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido; PDQ: escala de personalidad obsesivo-compulsiva del Cuestionario de diagnóstico de personalidad (PDQ-4+); BDI-II: Inventario depresión de Beck-II; BAI: Inventario ansiedad de Beck; PSWQ: Cuestionario de preocupación de Pensilvania.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

La Tabla 18 incluye el patrón de asociaciones entre la frecuencia de las diferentes escalas de la 1ª parte del INPIOs y los factores de los instrumentos que evalúan sintomatología OC. En la población general se observan correlaciones entre moderadas y bajas con sintomatología OC (CBOCI y OCI-R) (baja en el caso de los PIO agresivos y el OCI-R) y bajas con personalidad obsesivo-compulsiva. Las

asociaciones entre las dimensiones del INPIOs y del OCI-R van en el sentido esperado, observándose coeficientes de correlación bajos entre las escalas que miden diferentes contenidos (p. ej., INPIOs religión/sexo y OCI-R contaminación) y moderados entre las escalas que evalúan el mismo tipo de contenidos (p. ej., INPIOs contaminación y OCI-R contaminación). Las asociaciones entre las dimensiones del INPIOs y el CBOCI son moderadas en el caso de los PIO Tipo II y bajas respecto a los contenidos Tipo I.

En la población clínica se reproduce este patrón, en primer lugar, se observan bajas correlaciones entre la frecuencia de los PIO agresivos y las dimensiones del OCI-R y el resto de factores mantienen las mayores correlaciones con la escala del OCI-R que mide un contenido semejante (p. ej., en el caso de la contaminación), aunque también mantienen correlaciones moderadas con otros factores del INPIOs.

Tabla 18. Coeficientes de correlación entre los factores y puntuación total del INPIOs y de otros instrumentos que miden síntomas obsesivo-compulsivos (Muestra 2).

INPIOs: Inventario Pensamientos Intrusos Obsesivos (FM)	CBOCI Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido (OCI-R) PDQ-OC								
	T	T	CONT	OBS	ACU	ORD	COMPR	NEUTR	T
PIO agresivos	0,30** <i>0,18</i>	0,18** <i>0,28</i>	0,12* <i>-0,08</i>	0,17** <i>0,17</i>	0,15** <i>0,34</i>	0,09** <i>0,10</i>	0,14** <i>0,42</i>	0,07 <i>0,11</i>	0,18** -
PIO sexuales, religiosos	0,29** <i>-0,21</i>	0,20** <i>0,03</i>	0,12* <i>-0,25</i>	0,23** <i>0,43</i>	0,07 <i>0,30</i>	0,15** <i>-0,09</i>	0,12** <i>0,02</i>	0,18** <i>-0,08</i>	0,18** -
PIO simetría y orden	0,40** <i>0,19</i>	0,39** <i>0,17</i>	0,23** <i>0,04</i>	0,27** <i>-0,09</i>	0,26** <i>0,01</i>	0,45** <i>0,36</i>	0,21** <i>0,03</i>	0,21** <i>0,42</i>	0,26** -
PIO dudas, nec. comprobar	0,46** <i>0,67***</i>	0,40** <i>0,64***</i>	0,22** <i>0,21</i>	0,25** <i>0,02</i>	0,25** <i>0,41</i>	0,35** <i>0,48**</i>	0,38** <i>0,68***</i>	0,21** <i>0,23</i>	0,23** -
PIO limpieza y contaminación	0,42** <i>0,30</i>	0,37** <i>0,26</i>	0,37** <i>0,84***</i>	0,23** <i>-0,46*</i>	0,23** <i>-0,01</i>	0,29** <i>0,19</i>	0,26** <i>0,11</i>	0,24** <i>-0,08</i>	0,25** -
PIO superstición	0,42** <i>0,45*</i>	0,28** <i>-0,01</i>	0,16** <i>-0,09</i>	0,22** <i>0,18</i>	0,16** <i>-0,12</i>	0,23** <i>-0,01</i>	0,16** <i>-0,08</i>	0,24** <i>0,36</i>	0,22** -
PIO total	0,44** <i>0,36*</i>	0,41** <i>0,39</i>	0,26** <i>0,09</i>	0,29** <i>0,14</i>	0,24** <i>0,28</i>	0,38** <i>0,28</i>	0,29** <i>0,38</i>	0,26** <i>0,13</i>	0,28** -

En *cursiva* los coeficientes de correlación calculados con la muestra clínica (muestra 5).

FM: frecuencia media; T: puntuación total; CONT: contaminación; OBS: obsesiones; ACU: acumulación; ORD: orden; COMPR: comprobación; NEUTR: neutralización; PDQ-OC: escala de personalidad obsesivo-compulsiva del Cuestionario de diagnóstico de personalidad (PDQ-4+);

CBOCI: Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

4 CONCLUSIONES

La primera parte de este trabajo ha sido desarrollar un instrumento, el INPIOs que evalúa la frecuencia de 6 tipos diferentes de contenidos de PIO, que han demostrado una buena consistencia interna y estabilidad a lo largo del tiempo y de diferentes condiciones sociodemográficas. Además, se ha observado que la población general experimenta PIO con un contenido muy variado pero con una baja frecuencia, y que el contexto sociocultural podría estar influyendo en la frecuencia de unos y otros contenidos. La frecuencia con que experimentan las obsesiones los participantes con TOC es significativamente mayor que la frecuencia de los PIO, sin embargo, experimentan un número total de PIO

semejante. Finalmente cabe señalar que como era de esperar, la frecuencia de los PIO y de las obsesiones está más asociada a la sintomatología obsesivo-compulsiva que a sintomatología ansiosa no TOC y depresiva, y que los diferentes factores de frecuencia del INPIOs se asocian más a unas escalas OC que a otras de forma congruente con su contenido.

CAPÍTULO 2

CÓMO SE EXPERIMENTAN LOS PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS Y LAS OBSESIONES

En este capítulo responderemos al objetivo 2, es decir analizaremos las connotaciones que se asocian a la experimentación de diferentes PIO. Para ello, expondremos el desarrollo y validación de la 2ª parte del INPIOs, así como su estructura y asociaciones con otras medidas ya validadas de sintomatología ansioso-depresiva, creencias generales y estrategias de control de los pensamientos. Prestaremos también una especial atención al contenido de los PIO más molestos en diferentes contextos culturales, así como de las obsesiones (en población clínica con TOC). Por último, cerraremos el capítulo poniendo en relación los factores de la primera y segunda parte del INPIOs, formulando un modelo en el que los PIO se asocien a reacciones emocionales, nivel de interferencia, valoraciones disfuncionales y estrategias que se emplean para controlarlos.

1 REACCIONES EMOCIONALES, VALORACIONES DISFUNCIONALES Y ESTRATEGIAS DE CONTROL ASOCIADAS A LOS PIO/OBSESIONES: LA 2ª PARTE DEL INPIOS

Con el objetivo de diseñar un instrumento que evaluara las reacciones emocionales, valoraciones y estrategias de control empleadas ante un PIO concreto, también nos basamos en el ROII, concretamente en su segunda parte, y creamos la 2ª parte del INPIOs. El primer paso fue estudiar con detenimiento las limitaciones de la 2ª parte del ROII, que podríamos enumerar del siguiente modo: a) dificultades con las instrucciones que se les da a los respondientes para que seleccionen su PIO más molesto (el que tendrán que valorar a lo largo de la 2ª parte). Al no tenerse en cuenta la frecuencia con la que se experimenta el PIO a seleccionar, en muchos casos los sujetos escogen un PIO que les resulta molesto pero que han tenido una vez en su vida, e incluso que no han experimentado nunca; b) que las 10 dimensiones valorativas mezclan reacciones emocionales (p. ej., culpa, desagrado) con creencias más generales (p. ej., sobreimportancia del pensamiento, fusión pensamiento acción), e incluso con dimensiones o aspectos vinculados con variables de personalidad (p. ej., perfeccionismo) y c) que los comportamientos o estrategias asociadas al PIO escogido como el más molesto no incluyen aspectos clínicamente relevantes (p. ej., compulsiones) y varían mucho en cuanto a su nivel de generalidad/especificidad (p. ej., rezar, distracción conductual, no hacer nada).

El INPIOs pretende subsanar las limitaciones del ROII, y evaluar las creencias, estrategias, molestia y otras consecuencias emocionales con referencia explícita a un PIO personalmente relevante,

que sea molesto y que además se produzca con cierta frecuencia. Y ello porque son precisamente este tipo de PIO (y la molestia y frecuencia asociadas) y no cualquier tipo de pensamiento, los que pueden considerarse análogos a las obsesiones clínicas.

1.1 FASES DE DESARROLLO DE LA 2ª PARTE DEL INPIOS

El desarrollo de la 2ª parte del INPIOs siguió las mismas fases que el de la 1ª parte, enumeradas en el capítulo anterior, por ello únicamente nos centraremos en las particularidades de esta segunda parte. Tras el estudio de las limitaciones del ROII y de la literatura científica, así como de los instrumentos de evaluación existentes sobre valoraciones, creencias y estrategias asociadas al TOC, se elaboró una primera propuesta de modificación del ROII, de la que surgió una *versión preliminar de la 2ª parte del INPIOs*. Los cambios incluidos fueron los siguientes: (1) las instrucciones se hicieron más claras enfatizando que se escogiera el PIO más molesto de los experimentados; (2) se duplicaron las instrucciones pidiendo que se eligiera por un lado el PIO más frecuente y por otro, el más molesto, de modo que los sujetos en los que no coincidan ambos aspectos, pueden valorar dos PIO principales, uno debido a la molestia, y otro a la frecuencia; (3) organización de los ítems de la segunda parte en distintos apartados: reacciones emocionales que suscita el PIO, nivel de interferencia, valoraciones disfuncionales (*2ª parte A*) y estrategias de control/neutralización utilizadas (*2ª parte B*); (4) reformulación de algunos ítems originalmente incluidos en el ROII para hacerlos más equiparables en cuanto a su generalizabilidad y (5) diseño de nuevos ítems en todos los apartados de la segunda parte.

Como consecuencia de estos cambios, la segunda parte se duplicó respecto al ROII, pues en el caso del INPIOs se puede responder a su 2ª parte (A y B) respecto al PIO más molesto y al más frecuente de forma independiente. Las modificaciones de las partes A y B resultaron en 4 ítems que evalúan reacciones emocionales (malestar, miedo, culpa, asco); 2 que evalúan interferencia (nivel de interferencia y dificultad para eliminar); 9 ítems referidos a las valoraciones disfuncionales referidas al PIO (FPA tipo probabilidad, sobreestimación de la importancia, FPA tipo moral, responsabilidad asociada al PIO, importancia de controlar, sobreestimación de amenaza, catastrofismo, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo) y 16 ítems sobre estrategias de control/neutralización utilizadas en respuesta al PIO seleccionado (p. ej., distracción cognitiva, conductual, revaloración o compulsiones manifiestas).

Esta versión preliminar también fue evaluada por 30 personas (las mismas descritas en el capítulo 1), y del análisis de sus observaciones se realizaron algunos cambios menores. Al igual que con la 1ª parte del INPIOs, también se tradujo esta 2ª parte al inglés.

1.2 DEPURACIÓN DEL INPIOS 2ª PARTE -VERSIÓN 1-

El siguiente paso fue la depuración de esta primera versión del INPIOs 2ª parte. Para ello se empleó la muestra descrita como Muestra 1.

En primer lugar se evaluaron las ventajas de uno de los cambios más importantes que se habían introducido respecto al ROI: pedir a los sujetos que evaluaran tanto su intrusión más desagradable e incómoda como la más frecuente (en caso de que no coincidieran). Esto supuso, como era de esperar, un incremento del tiempo necesario para completar el instrumento, lo que se tradujo en una queja generalizada de los sujetos referida al cansancio sobre todo, pues se pide que respondan a las 30 preguntas de la segunda parte respecto a los dos PIO (i.e., el más desagradable y el más frecuente).

Por otro lado, observamos que en la muestra analizada, el PIO más desagradable y el más frecuente, únicamente coincidió en un 22,6% de los sujetos, lo que avalaba la idea inicial de distinguir entre molestia y frecuencia. La frecuencia de aparición media del PIO elegido como el más molesto (media= 2,79; DT= 1,43) y el más frecuente (media= 4,33; DT= 1,15) también fueron significativamente diferentes ($t_{(g=121)}=-13,41$, $p=0,001$). Respecto a la temática, los ítems escogidos como su PIO más molesto fueron de tipo agresivo y de duda, y los ítems elegidos por más sujetos como su PIO más frecuente estuvieron en su mayoría relacionados con la duda. Respecto a las evaluaciones dadas a los PIO más desagradables y más frecuentes, en general, se obtuvieron muy bajas puntuaciones medias en todas las valoraciones que los sujetos daban tanto sobre su PIO más molesto como sobre el más frecuente, y no se encontraron diferencias entre el modo de evaluar ambos PIO, lo que indicaba que independientemente de si el PIO era molesto o frecuente, las valoraciones asociadas eran similares. Respecto a las estrategias de control, tampoco se encontraron diferencias entre las empleadas para hacer frente al PIO más molesto y al más frecuente. Tras examinar estos resultados y el tiempo requerido para completar esta parte del cuestionario, se decidió modificarla, y pedir a los sujetos que evaluaran su PIO más molesto y desagradable, pues el dato sobre si este es o no el más frecuente (si coinciden) se recoge en la primera parte del instrumento.

Respecto a las reacciones emocionales, interferencia y valoraciones, se reformularon, añadieron y eliminaron ítems tras el trabajo de revisión con el profesor D. A. Clark (París, septiembre 2006). En lo referente a las reacciones emocionales se añadieron ítems para evaluar ansiedad, tristeza y vergüenza y se eliminaron los referidos al asco y el miedo; respecto a la evaluación de la interferencia, se añadió un ítem referido al éxito en el control/supresión y finalmente, en lo referente a las valoraciones disfuncionales, se eliminaron el catastrofismo y el perfeccionismo, y se añadió la valoración sobre el significado personal, que en la versión anterior estaba incluida en la importancia del pensamiento. Por último, respecto a las estrategias de control (INPIOs 2ª parte B), se incluyó la estrategia de ocultamiento y un ítem abierto por si la persona quisiera añadir alguna estrategia de control no recogida en las 17 estrategias enumeradas.

Por último se añadió una puntualización en las instrucciones: el PIO seleccionado debía haberse experimentado durante los últimos tres meses. Con ello se pretendía incrementar el efecto de recencia,

eliminando los PIO que hace mucho tiempo que no se experimentan, y cuya valoración y reacciones asociadas quedan lejanas en la memoria de la persona.

Surge así una nueva y definitiva versión de la 2ª parte del INPIOs. Los aspectos evaluados aparecen resumidos a continuación en la descripción del instrumento.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL INPIOS 2ª PARTE -VERSIÓN DEFINITIVA-

En primer lugar se pide a la persona que escoja, de entre los ítems de la 1ª parte, la intrusión más molesta y desagradable entre las experimentadas en los tres últimos meses, y que sobre la base de esa intrusión valore en escalas de 0 (nada/no) a 4 (extremadamente/completamente) los siguientes aspectos:

- a) el grado de reacción emocional que le suscita el PIO según los 5 siguientes aspectos: malestar, ansiedad, tristeza, culpa y vergüenza (ítems 1-5)
- b) la dificultad para controlar la intrusión, el éxito percibido en su control y la interferencia que le provoca su intrusión principal (ítems 6-8)
- c) las valoraciones disfuncionales asociadas a la intrusión. Concretamente se valoran:

Ítem 9. la importancia del pensamiento
ítem 10. la FPA tipo moral
ítem 11. el significado personal
ítem 12. la FPA tipo probabilidad

Ítem 13. la responsabilidad
Ítem 14. la importancia de controlar/suprimir
Ítem 15. la sobreestimación de amenaza
Ítem 16. la intolerancia a la incertidumbre

Nos referiremos a estos tres aspectos evaluados como *INPIOs 2ª parte A*.

- d) Por último se valora la frecuencia de uso de un listado de 17 estrategias de control (en una escala de 0 'nunca uso esta estrategia' a 4 'siempre uso esta estrategia') que se pueden haber empleado para hacer frente a la intrusión principal. Nos referiremos a esta parte como *INPIOs 2ª parte B*.

ítem 1. distracción cognitiva
ítem 2. distracción conductual
ítem 3. compulsiones mentales
ítem 4. compulsiones manifiestas
 4.1. de limpieza
 4.2. de comprobación
 4.3. de repetición
 4.4. de orden
ítem 5. reestructuración cognitiva
ítem 6. revaloración
ítem 7. búsqueda de reaseguración
ítem 8. autotranquilización

ítem 9. parada de pensamiento
ítem 10. no hacer nada
ítem 11. relajación
ítem 12. autocastigo
ítem 13. evitación
ítem 14. esfuerzo de supresión
ítem 15. preocupación
ítem 16. esfuerzo de control
ítem 17. ocultación
ítem 18. *pregunta abierta* para que la persona indique la frecuencia de uso de alguna estrategia no recogida en el listado anterior

En los Anexos aparece la versión definitiva del **INPIOS**.

1.4 DATOS DESCRIPTIVOS DEL INPIOS 2ª PARTE A NIVEL DE ÍTEM

Comenzaremos este apartado estudiando las características de los PIO elegidos como los más molestos. En primer lugar estudiaremos con qué frecuencia se experimentan estos PIO, a continuación comentaremos qué ítems y qué contenidos de PIO son los más y los menos frecuentes, y si se observan diferencias en la frecuencia de estos PIO en función de su contenido (teniendo en cuenta el modelo propuesto en el capítulo anterior). Por último examinaremos si estos resultados varían cuando se comparan las muestras de participantes de diferentes países y cuando se estudian las diferencias entre la población general y la que tiene un TOC. En el siguiente punto nos centraremos en los datos descriptivos de las valoraciones y estrategias de afrontamiento empleadas ante el PIO/obsesión elegido como el más molesto. Por tanto, a lo largo de este apartado nos referiremos a los resultados obtenidos especialmente a partir de la muestra 2, pero también de las muestras argentina (muestra 3), canadiense (muestra 4) y del grupo clínico (muestra 5).

EL PIO U OBSESIÓN MÁS MOLESTA: SU CONTENIDO Y FRECUENCIA

La frecuencia media de los ítems seleccionados como el más molesto fue de 3,37 (DT= 1,35), y un 21% de los sujetos seleccionó frecuencias de entre “muy a menudo” (6 ‘a diario’) y “siempre” (7 ‘durante todo el día’). Cuando el PIO más molesto es PIO Tipo I es algo menos frecuente que si es Tipo II, sin embargo el tamaño del efecto de la diferencia es pequeño ($t_{(g=512)}=-2,52$, $p\leq 0,05$, d de Cohen= $-0,22$). Respecto a la clasificación de 6 factores, los más frecuentes fueron los de orden (media=4,13; DT=1,42) y los que presentaban una menor frecuencia de aparición los de agresión (media=2,87; DT=1,42), religión/sexo (media=3,21; DT=1,14) y superstición (media=2,97; DT=1,55) ($F_{(g=5; 508)}=4,23$; $p=0,001$; $\eta_p^2=0,04$).

Cuarenta y seis de los 48 ítems de la primera parte fueron elegidos como el más molesto (de los experimentados durante los últimos 3 meses) al menos por alguna persona. Un 3,90% de los participantes (22 personas) seleccionaron como el más molesto uno de los ítems idiosincrásicos que habían elegido. Los ítems que ninguna persona señaló como los más molestos fueron el 18 (“participar en una actividad sexual que me parezca inapropiada o repugnante”) y el 22 (“insultar a una autoridad religiosa (un sacerdote, un rabino, una monja, etc.”). Los ítems menos elegidos (entre un 0,2-0,4% de la muestra) son de contenido agresivo y sexual y de superstición, y se corresponden con los número: 4 (“herir o hacer daño a alguien desconocido”), 7 (“empujar a alguien al vacío”), 9 (“agredir a personas desconocidas, o a animales”), 10 (“agredir a personas conocidas”), 21 (“decir en voz alta una obscenidad o una blasfemia”), 17 (“participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales”) y 48 (“no seguir cierto orden o rutinas en mi vida cotidiana ocasionar futuras desgracias o mala suerte”). Los ítems más frecuentemente elegidos aparecen en la Tabla 19 junto con el número y porcentaje de participantes que

los seleccionaron, como puede observarse, todos ellos están relacionados con la duda, si bien el ítem 24 pertenece al factor de PIO religiosos y sexuales.

Si clasificamos los PIO más molestos en función de los factores de contenido derivados de la primera parte del INPIOs, observamos que un 26,6% de los participantes eligieron como más molesto un PIO con contenido Tipo I y un 73,4% seleccionó como más molesto un PIO de contenido Tipo II. Respecto a la clasificación de primer orden, se observa que la mayoría de los participantes seleccionaron como más molesto un PIO de contenido de duda, necesidad de controlar y acumulación (53,6% de los participantes), seguidos por los que eligieron un PIO de contenido religioso/sexual (17,7%), de contenido agresivo (8,9%), de contaminación (7,5%), superstición (7,3%), y de los de contenido de simetría y orden, que fueron los menos elegidos (4,7%) como los más molestos.

Tabla 19. Ítems elegidos por más sujetos como los más molestos de la 1ª parte del INPIOs

Ítem número	Descripción del ítem	Número (%) de sujetos que seleccionan cada PIO como el más molesto
30	¿Me habré dejado encendido algo en casa? (p. ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.	66 (11,70%)
35	¿Habré olvidado algo importante?	61 (10,80%)
39	Si puedo haber ofendido a alguien sin darme cuenta	43 (7,60%)
33	¿Habré cometido algún error en el trabajo o en la escuela? (p. ej., no haber respondido bien al examen, no haber tomado bien las notas, no haber escrito bien las direcciones, no haber contado bien el dinero, no haber entendido o escrito bien un texto, etc.	43 (7,60%)
24	Dudas existenciales sin sentido (p. ej., sobre mí mismo, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.	38 (6,70%)
31	¿Me habré dejado la puerta o las ventanas de la casa sin cerrar y puede haber entrado alguien?	28 (5,00%)

Porcentajes calculados sobre los 552 sujetos de la Muestra 2 que completaron la segunda parte del INPIOs.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

Se observaron diferencias significativas en la frecuencia del PIO más molesto en función del sexo, aunque con un tamaño del efecto muy pequeño (mujeres media= 3,47; DT=1,39), hombres media= 3,20; DT=1,26; $t_{(g)=551}=2,24$; $p=0,02$; d de Cohen=0,19). Sin embargo, no se observaron diferencias entre los ítems más molestos en función del sexo, aunque sí se encontraron diferencias entre los no señalados como los más molestos. Ningún hombre señaló como más molesto los ítems 7, 17, 40 y 48, mientras que ninguna mujer escogió los ítems 9 y 21. La mayor parte de estos ítems hacen referencia a contenidos agresivos o sexuales, exceptuando los ítems 40 y 48 que hacen referencia a contenidos de acumulación y orden respectivamente.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA PROCEDENCIA Y CONTEXTO CULTURAL

No se observaron diferencias significativas en la frecuencia del PIO más molesto (españoles: media= 3,37 (DT=1,35); argentinos: media=3,27 (DT=1,37); canadienses: media=3,39 (DT=1,34); $F_{(g)=2; 762}=0,39$; $p=0,67$). En cambio, sí se observaron diferencias en los contenidos de los PIO seleccionados como los más molestos en función del país de procedencia (coeficiente de contingencia=0,44; $p\leq 0,0001$).

En la Tabla 20 reproducimos los PIO más seleccionados como el más molesto al menos en alguno de los países. Se observa que para los tres grupos son molestos los pensamientos de haber olvidado algo importante y las dudas existenciales, sin embargo no coinciden en el resto de PIO. Entre un 12 y un 5% del grupo español señalaron las dudas de haberse dejado algo encendido en casa o de no haber cerrado correctamente la puerta o ventanas, PIO que no parecen ser los más molestos para el grupo de canadienses. El PIO relacionado con la acumulación (número 40) únicamente parece molestar a los argentinos, y los PIO autoagresivos y supersticiosos parecen ser de los más molestos únicamente para los canadienses.

Tabla 20. Pensamientos intrusos obsesivos elegidos como los más molestos de la 1ª parte del INPIOs y porcentaje de participantes que los seleccionan.

Número y descripción del ítem	Muestra 2 (españoles)	Muestra 3 (argentinos)	Muestra 4 (canadienses)
30 ¿Me habré dejado encendido algo en casa? (p. ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.)	11,7%	9,8%	2,6%
35 ¿Habré olvidado algo importante?	10,8%	11,9%	7,7%
39 Si puedo haber ofendido a alguien sin darme cuenta	7,6%	4,9%	7,7%
33 ¿Habré cometido algún error en el trabajo o en la escuela? (p. ej., no haber respondido bien al examen, no haber tomado bien las notas, no haber escrito bien las direcciones, no haber contado bien el dinero, no haber entendido o escrito bien un texto, etc.)	7,6%	2,8%	6,4%
24 Dudas existenciales sin sentido (p. ej., sobre mí mismo, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.)	6,7%	7,7%	6,4%
31 ¿Me habré dejado la puerta o las ventanas de la casa sin cerrar y puede haber entrado alguien?	5%	2,1%	2,6%
40 Si necesitaré más adelante algo que iba a tirar porque hace tiempo que no utilizo (p. ej., ropa vieja, periódicos, bolsas, cajas vacías, etc.)	1,3%	6,3%	1,3%
46 Determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (p. ej., pensar en algo malo, recordar cierta canción, contar números, etc.)	2,5%	1,4%	5,1%
3 Herirme o hacerme daño (con un cuchillo, tijeras, etc.)	0,9%	0	9%

Porcentajes calculados el N de sujetos de cada una de las muestras que seleccionan un PIO como el más molesto. Españoles (muestra 2; n=552), argentinos (muestra 3; n=143); canadienses (muestra 4; n=78).

También se observan diferencias en los PIO que no son señalados como molestos en cada grupo. El único PIO que nadie indica como el más molesto es el 22 (“insultar a una autoridad religiosa”). Por otro lado, como hemos señalado, el ítem 18 (“participar en una actividad sexual que me parezca inapropiada o repugnante”) no fue señalado por ningún español, tampoco lo fue por los argentinos y únicamente por 2 canadienses. Por último, hay una serie de ítems que no fueron seleccionados ni por canadienses ni por argentinos como los más molestos: 7, 8, 9, 11, 15, 21, 25, 32, 41, 47, 48 y por muy pocos españoles (entre un 0,2 y un 1,4% de los participantes) como los más molestos.

En la Tabla 21 aparecen categorizados por contenido (clasificación de la 1ª parte INPIOs) los PIO más molestos indicados por los participantes de cada uno de los países. Teniendo en cuenta los contenidos por separado, todos los grupos coinciden en señalar como más molestos los PIO de dudas y en segundo lugar los sexuales y religiosos. En cuanto a las agrupaciones Tipo I y Tipo II, se observan diferencias significativas tanto a nivel de PIO Tipo I y Tipo II (coeficiente de contingencia=0,12; p=0,004)

como de la clasificación de 1º orden (coeficiente de contingencia=0,16; $p=0,02$). Españoles y argentinos informan de un mayor porcentaje de PIO de Tipo II que de Tipo I (españoles: $\chi^2_{(g=1)}=112,77$; $p=0,001$; argentinos: $\chi^2_{(g=1)}=29,29$; $p=0,001$), mientras que los canadienses seleccionan en porcentajes similares ambos tipos de PIO ($\chi^2_{(g=1)}=0,38$; $p=0,53$).

Tabla 21. Contenido del PIO elegido como el más molesto en cada una de los grupos.

Pensamiento intruso obsesivo (PIO) más molesto	Muestra 2 (españoles)	Muestra 3 (argentinos)	Muestra 4 (canadienses)	Muestra 5 (pacientes TOC)
PIO agresivos	8,9%	7,1%	18,5%	9,1%
PIO sexuales, religiosos	17,7%	18,9%	27,7%	15,2%
PIO simetría y orden	4,7%	7,1%	4,6%	0
PIO dudas	53,8%	50,4%	36,9%	33,3%
PIO limpieza y contaminación	7,6%	12,6%	4,6%	12,1%
PIO superstición	7,4%	3,9%	7,7%	30,3%
Tipo I	26,6%	26,0%	46,2%	29,4%
Tipo II	73,4%	74,0%	53,8%	70,6%

% (respecto a cada grupo) de personas que eligen un PIO de cada contenido como el más molesto.

DIFERENCIAS ENTRE LOS PIO Y LAS OBSESIONES MÁS MOLESTAS

En un 84,84% de los casos la obsesión más molesta seleccionada por la muestra clínica (muestra 5) en el INPIOs, ha estado correctamente representada por uno de los ítems del listado de PIO de la 1ª parte. Se observan diferencias significativas en la frecuencia de las obsesiones Tipo I (media=4,71; DT=1,38) *versus* Tipo II (media=5,80; DT=0,41) ($t_{(g=25)}=-2,61$; $p=0,01$; d de Cohen=-0,94). Así como en la frecuencia de los factores de primer orden ($F_{(g=4; 27)}=4,38$; $p=0,007$; $\eta^2_p=0,39$), donde la agresión es el contenido obsesivo menos frecuente.

Respecto al PIO más molesto de la población general (muestra 2.1: media=3,30; DT=1,38), la muestra clínica experimentó con mayor frecuencia su obsesión principal (muestra 5: media=5,62; DT=0,56); ($t_{(g=65,21)}=-17,92$, $p=0,0001$; d de Cohen=-0,96).

Tres de las obsesiones más molestas seleccionadas por los sujetos clínicos coinciden con los PIO molestos más frecuentes en la muestra normal: ítems 24 (6,5% de los participantes clínicos), 30 (16,1% de los participantes clínicos) y 46 (12,9%; este último era frecuente únicamente en canadienses). Los ítems 34, 38 y 42 también fueron de los más seleccionados (6,5% de los participantes). El resto de PIO molestos más seleccionados por las muestras normales no fue seleccionado por ninguno de los participantes con TOC, y el ítem 22 (“insultar a una autoridad religiosa”) tampoco fue seleccionado por ninguno de los participantes clínicos como el más molesto. La población clínica escoge como obsesión principal 17 pensamientos diferentes del listado del INPIOs, de éstos, únicamente 1 no fue experimentado por ningún participante no clínico (el ítem 18), el resto fueron experimentados por un 36% de la muestra 2 (entre un 0,2% para los pensamientos número 7 y 17 y un 11,7% (66 personas) para el PIO número 30).

En la Tabla 21 se observa que al igual que la población general, la mayor parte de los pacientes escogen como más molesto una obsesión relacionada con la duda, aunque en segundo lugar (y sin diferencias con el primero) escogen una obsesión de contenido supersticioso. Por lo que se refiere a la clasificación Tipo I vs Tipo II, al igual que los argentinos y españoles, la mayor parte escoge un PIO Tipo II.

LA EXPERIMENTACIÓN DEL PIO U OBSESIÓN MÁS MOLESTO A NIVEL DE ÍTEM

Como se observa en la Tabla 22, las reacciones emocionales más experimentadas por la población general ante el PIO más molesto fueron las de malestar (2: “molesta”) y ansiedad (entre 1: “algo ansioso” y 2: “ansioso”) y la menos experimentada la vergüenza (entre 0: “nada avergonzado” y 1: “algo avergonzado”), aunque ninguna de las reacciones fue demasiado intensa. Respecto a la interferencia del PIO, también fue baja (1: “interrumpe un poco mi concentración”), y se percibió un mayor éxito (2: “consigo controlarla”) que dificultad (1: “algo difícil controlarla”) para controlarlo. Por último, ninguna de las valoraciones disfuncionales evaluadas fue importante para los sujetos, las medias oscilaron entre 0,43 para la FPA-probabilidad (0: “no creo...” y 1: “a veces creo que por tener la intrusión es más fácil que sucedan cosas negativas”) y 1,46 para la Importancia de controlar/suprimir (entre 1: “algo importante” y 2: “es importante para mi controlarla”). Se observaron diferencias significativas con la muestra clínica (muestra 5) en todas las variables, obteniendo la población con TOC respuestas más disfuncionales en todos los casos excepto en el éxito en el control del PIO/obsesión (la única diferencia con un tamaño del efecto pequeño fue la de la valoración de significado personal).

Cabe señalar que para las comparaciones se ha empleado la Muestra 2.1. Sin embargo, con el objetivo de no ser repetitivos, no ofrecemos los descriptivos básicos de toda la muestra (muestra 2), que se ha comprobado no difieren en ningún caso (no más de 0,001 puntos en la media o DT) de los de la muestra 2.1.

Tabla 22. Descriptivos de los ítems de la 2ª parte-A del INPIOs referidos al PIO más molesto.

INPIOs 2ª parte A: reacciones emocionales, interferencia, valoraciones	No clínicos (muestra 2.1)	Clínicos (muestra 5)	t	gl	d de Cohen
Malestar	2,01 (0,98)	3,84 (0,37)	-21,23***	78,76	-1,11
Ansiedad	1,35 (0,95)	3,45 (0,72)	-12,16***	351	-1,29
Tristeza	0,89 (1,08)	2,42 (1,28)	-8,13***	351	-0,86
Culpa	1,10 (1,03)	2,35 (1,38)	-5,09***	33,25	-0,69
Vergüenza	0,56 (0,84)	2,16 (1,46)	-6,10***	31,7	-1,05
Dificultad para controlar/ suprimir	1,11 (1,02)	3,26 (0,85)	-12,12***	351	-1,29
Éxito en el control/supresión ¹	2,08 (1,15)	0,81 (0,60)	10,38***	52,48	0,68
Interferencia	1,22 (0,94)	2,87 (1,08)	-9,49***	351	-1,01
Importancia del pensamiento	1,35 (0,96)	3,16 (1,06)	-10,57***	351	-1,12
Fusión pensamiento-acción tipo moral	0,75 (0,99)	2,23 (1,74)	-4,64***	31,75	-0,80
Significado personal	1,19 (1,08)	1,84 (1,53)	-3,18**	351	-0,34
Fusión pensamiento-acción probabilidad	0,43 (0,72)	1,68 (1,51)	-8,33***	351	-0,89
Responsabilidad	1,14 (1,07)	3,00 (1,15)	-9,40***	351	-1,00
Importancia de controlar	1,46 (1,06)	3,58 (0,56)	-18,11***	53,507	-1,17
Sobreestimación de amenaza	0,92 (1,01)	2,71 (1,48)	-9,29***	351	-0,99
Intolerancia a la incertidumbre	1,11 (1,07)	3,32 (0,94)	-11,78***	351	-1,26

Datos ofrecidos como media (DT); INPIOs: Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos.

¹ este ítem puntúa en sentido inverso al resto de las variables, aquí se ofrece la puntuación directa (ítem invertido: media= 1,91; DT=1,15).

Los estadísticos descriptivos de las estrategias de control empleadas como respuesta al PIO/obsesión más molesta aparecen en la Tabla 23. Las estrategias más empleadas por la población general (frecuencia alrededor de 2: “a veces uso esta estrategia”) fueron la distracción cognitiva, la reestructuración cognitiva, la autotranquilización, la relajación, la parada de pensamiento y la distracción conductual, siendo las estrategias menos empleadas (entre 0: “nunca uso” y 1: “raramente uso esta estrategia”) las compulsiones de limpieza, de orden y de repetición y la estrategia de no hacer nada. Las estrategias más empleadas por los participantes con TOC (frecuencia cercana a 3: “a menudo uso esta estrategia”) fueron también (aunque con más frecuencia) la reestructuración cognitiva y la autotranquilización, además de la evitación y el esfuerzo de control (mucho menos empleada por la población sin patología).

Entre ambas muestras se observan diferencias significativas en la frecuencia de uso de alrededor de la mitad de las estrategias de control, siendo las mayores diferencias las observadas en el empleo de las compulsiones de comprobación, de la autotranquilización, el autocastigo, la evitación y del esfuerzo de control y de supresión. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en estrategias “típicamente” TOC como las compulsiones de limpieza o de orden.

Tabla 23. Descriptivos de las estrategias de control empleadas para hacer frente al PIO/obsesión más molesta.

INPIOs 2ª parte B: Estrategias de control	No clínicos (muestra 2.1)	Clínicos (muestra 5)	t	gl	d de Cohen
Distracción cognitiva	1,97 (1,21)	1,26 (1,18)	3,08**	350	0,32
Distracción conductual	1,75 (1,26)	1,81 (1,37)	-0,24	350	-0,02
Compulsiones mentales	1,54 (1,32)	1,97 (1,65)	-1,31	32,546	-0,14
Compulsiones de limpieza	0,58(0,99)	1,07 (1,57)	-1,48	31,356	-0,15
Compulsiones comprobación	1,16 (1,30)	2,00 (1,73)	-2,73**	33,287	-0,37
Compulsiones de repetición	0,83 (1,09)	2,47 (1,59)	-5,28***	31,817	-0,56
Compulsiones de orden	0,76 (1,06)	0,50 (1,01)	1,46	350	0,15
Reestructuración cognitiva	2,08 (1,21)	2,61 (1,35)	-2,26*	350	-0,24
Revaloración	1,49 (1,29)	1,97 (1,45)	-2,00*	350	-0,22
Búsqueda de reaseguración	1,37 (1,28)	2,26 (1,61)	-2,96**	33,775	-0,38
Autotranquilización	1,79 (1,26)	2,74 (1,31)	-4,01***	350	-0,43
Parada de pensamiento	1,85 (1,31)	2,39 (1,41)	-2,30*	350	-0,25
No hacer nada	0,85 (1,07)	1,10 (1,42)	-0,82	350	-0,08
Relajación	1,89 (1,24)	2,00 (1,36)	-0,53	350	-0,05
Auto-castigo	1,04 (1,20)	2,23 (1,45)	-5,23***	350	0,56
Evitación	1,14 (1,22)	2,81 (1,35)	-6,81***	350	-0,73
Esfuerzo de supresión	1,54 (1,27)	2,61 (1,24)	-4,44***	350	0,47
Preocupación	1,63 (1,23)	1,45 (1,31)	0,82	350	0,08
Esfuerzo de control	1,63 (1,27)	2,84 (1,12)	-4,89***	350	-0,52
Ocultación	1,22 (1,40)	1,48 (1,73)	-0,55	33,974	-0,05

Datos ofrecidos como media (DT).

2 FORMULACIÓN DE UN MODELO QUE PERMITA EXPLICAR LA AGRUPACIÓN DE RESPUESTAS EMOCIONALES, VALORACIONES Y ESTRATEGIAS DE CONTROL ASOCIADAS A LOS PIO

Para llevar a cabo este segundo objetivo se emplearon también los datos obtenidos a partir de la Muestra 2, aunque también nos referiremos a las muestras 3-5. Conviene aclarar que no todos los análisis se realizarán con el mismo número de participantes debido a que algunas personas no completaron correctamente la 2ª parte del INPIOs. Un 10% de los participantes españoles no clínicos no completaron la 2ª parte del INPIOs, de la muestra argentina no lo hicieron correctamente un 3%, y de la canadiense un 33%.

2.1 ESTRUCTURA DEL INPIOS 2ª PARTE

REACCIONES EMOCIONALES, INTERFERENCIA Y ESTRATEGIAS (2ª PARTE A)

Se han llevado a cabo una serie de AFE para estudiar la estructura subyacente a los 33 ítems de la segunda parte del INPIOs. Respecto a los ítems referidos a las *Reacciones emocionales, interferencia y valoraciones*, el análisis de KMO dio un valor de 0,90 y un BTS significativo ($\chi^2_{(g)=120} = 2982,43$; $p < 0,001$) confirmando que la distribución de los datos satisfacía los criterios psicométricos para realizar los AFE. Tres factores obtuvieron autovalores iniciales mayores de 1 explicando un 54,98 % de la varianza común. El gráfico de sedimentación sugería entre 1 y 3 factores. La estructura de dos factores explicaba un 46,84% de la varianza y la de un solo factor un 38,02%.

Para estudiar cuál de los modelos se ajustaba mejor a los datos, se pusieron a prueba diferentes modelos a través de AFC a nivel de ítems, empleando el método de estimación de Máxima Verosimilitud con corrección robusta (coeficiente normalizado de Mardia 23,2367). Se probaron modelos de 1, 2 y 3 factores, la distribución de los ítems en cada uno de los factores aparece en el Cuadro 29. El primer modelo, unifactorial, agrupa como es lógico los 16 ítems. Sin embargo, el segundo (bifactorial), incluye en cada uno de los factores tanto valoraciones como reacciones emocionales ante el PIO más molesto. El resto de modelos puestos a prueba representan diferentes versiones o agrupaciones de los ítems en 3 factores. Como puede verse en el Cuadro 29, el *Modelo* número 3 surge del AFE que proponía la aparición de 3 ítems en dos factores (en cursiva los ítems compartidos). El *Modelo 4* es también fruto de los AFE pero con un criterio más estricto, donde solo se duplica el ítem que mantenía saturaciones factoriales más elevadas e iguales en dos factores ("*significado personal*"). El *Modelo 5* maximiza las diferencias entre factores, de tal modo que no hay duplicidades de ítems. Y finalmente, el *Modelo 6* se corresponde con el racional bajo el que se construyeron los ítems: un primer factor de reacciones emocionales, otro de interferencia del pensamiento y un último factor que agrupa las valoraciones sobre el PIO más molesto.

Cuadro 29. Modelos puestos a prueba en el AFC.

Modelo 1	Incluye todos los ítems (ítems 1-16)
Modelo 2	Factor 1: Tristeza, Culpa, Vergüenza, FPA-moral, FPA-probabilidad, Responsabilidad, Importancia de controlar y Sobreestimación de la amenaza (3, 4, 5, 10, 12, 13, 14, 15) Factor 2: Malestar, Ansiedad, Dificultad controlar, Éxito en controlar, Interferencia, Importancia del pensamiento, Significado personal e Intolerancia a la Incertidumbre (1, 2, 6, 7 ¹ , 8, 9, 11, 16)
Modelo 3	Factor 1: <i>Ansiedad</i> , Dificultad controlar, Éxito en controlar, Interferencia, Importancia del pensamiento, <i>Significado personal</i> e Intolerancia a la Incertidumbre (2, 6, 7, 8, 9, 11, 16) Factor 2: Malestar, <i>Ansiedad</i> , Tristeza, Culpa, Vergüenza, FPA-moral e <i>Importancia de controlar</i> (1, 2, 3, 4, 5, 10, 14) Factor 3: <i>Significado personal</i> , FPA-probabilidad, Responsabilidad, <i>Importancia de controlar</i> y Sobreestimación de la amenaza (11, 12, 13, 14, 15)
Modelo 4	Factor 1: Dificultad controlar, Éxito en controlar, Interferencia, Importancia del pensamiento, <i>Significado personal</i> e Intolerancia a la Incertidumbre (6, 7, 8, 9, 11, 16) Factor 2: Malestar, Ansiedad, Tristeza, Culpa, Vergüenza, FPA-moral (1, 2, 3, 4, 5, 10) Vergüenza Factor 3: <i>Significado personal</i> , FPA-probabilidad, Responsabilidad, Importancia de controlar y Sobreestimación de la amenaza (11, 12, 13, 14, 15)
Modelo 5	Factor 1: Ansiedad, Dificultad controlar, Éxito en controlar, Interferencia, Importancia del pensamiento, Significado personal e Intolerancia a la Incertidumbre (2, 6, 7, 8, 9, 11, 16) Factor 2: Malestar, Tristeza, Culpa, Vergüenza, FPA-moral e Importancia de controlar (1, 3, 4, 5, 10, 14) Factor 3: FPA-probabilidad, Responsabilidad y Sobreestimación de la amenaza (12, 13, 15)
Modelo 6	Factor 1: Malestar, Ansiedad, Tristeza, Culpa y Vergüenza (1-5) Factor 2: Dificultad controlar, Éxito en controlar, Interferencia (6-8) Factor 3: Importancia del pensamiento, FPA-moral, Significado personal, FPA-probabilidad, Responsabilidad, Importancia de controlar, Sobreestimación de la amenaza, Intolerancia a la Incertidumbre (9-16)

¹ El ítem 7 (éxito en controlar) aparece invertido en todos los análisis

En cursiva los ítems compartidos por dos o más factores; en paréntesis el número de los ítems.

En la Tabla 24 aparecen los índices de ajuste de estos seis modelos puestos a prueba. Teniendo en cuenta los índices de ajuste y las saturaciones factoriales, se decidió adoptar el modelo 6, es decir, el basado en nuestra propuesta teórica inicial, ya que no solo se aproxima a los índices de ajuste deseables sino que además no presenta duplicidades de ítems y es el que, a priori, resulta más interpretable desde el punto de vista teórico y de aplicación. De hecho, el primer factor agrupa las reacciones emocionales, el segundo la interferencia (entendida como esfuerzos de control) que provoca el PIO, y el tercero las valoraciones disfuncionales que la persona realiza cuando experimenta el pensamiento.

Tabla 24. Índices de ajuste de los modelos puestos a prueba para la 2ª parte A del INPIOs.

	CFI	AGFI	SRMR	RMSEA (90% intervalo confianza)	χ^2 (gl)
Modelo 1	0,795	0,793	0,071	0,092 (0,085-0,100)	559,651 (104)
Modelo 2	0,835	0,831	0,065	0,083 (0,076-0,091)	470,355 (103)
Modelo 3	0,883	0,868	0,056	0,072 (0,064-0,080)	358,926 (98)
Modelo 4	0,851	0,844	0,064	0,080 (0,072-0,088)	430,080 (100)
Modelo 5	0,869	0,860	0,059	0,075 (0,067-0,083)	391,342 (101)
Modelo 6	0,854	0,840	0,064	0,079 (0,071-0,087)	425,854 (101)

En la Tabla 25 aparecen las saturaciones de cada ítem en su correspondiente factor, que son elevadas en todos los casos (valores entre 0,53-vergüenza y 0,82-dificultad para controlar).

Tabla 25. Saturaciones factoriales de cada ítem en su factor siguiendo el Modelo 6.

Factor	Número de ítem y descripción	λ
F2	1. Malestar	0,608
F2	2. Ansiedad	0,696
F2	3. Tristeza	0,588
F2	4. Culpa	0,726
F2	5. Vergüenza	0,538
F1	6. Dificultad para controlar/ suprimir	0,823
F1	7. Éxito en el control/supresión (sentido inverso)	0,560
F1	8. Interferencia	0,684
F3	9. Importancia del pensamiento	0,641
F3	10. FPA tipo moral	0,545
F3	11. Significado personal	0,569
F3	12. FPA tipo probabilidad	0,557
F3	13. Responsabilidad	0,592
F3	14. Importancia de controlar/suprimir	0,674
F3	15. Sobreestimación de amenaza	0,593
F3	16. Intolerancia a la incertidumbre	0,711

A efectos prácticos, hay que tener en cuenta que para obtener una estimación adecuada de las puntuaciones en cada una de las subescalas o factores, es conveniente calcular el valor promedio, según la fórmula:

$$\frac{\sum \text{puntuaciones directas}}{\text{n}^\circ \text{ ítems de la subescala}}$$

Además, la puntuación del ítem 7 debe invertirse, dado que evalúa éxito en el control o en la supresión y se incluye en la subescala de interferencia y dificultad de control.

ESTRATEGIAS DE CONTROL (2ª PARTE B)

Con los ítems que valoran la frecuencia de uso de estrategias para controlar el PIO más molesto (INPIOs 2ª parte B), se procedió del mismo modo que con la parte A. Es importante señalar que el ítem 4 que evalúa la frecuencia de las compulsiones manifiestas está formado a su vez por cuatro ítems, que serán considerados como ítems independientes para estudiar la estructura de esta parte. Por tanto, a partir de este momento consideraremos que esta segunda parte del INPIOs consta de 20 ítems.

En primer lugar se constató la idoneidad de la distribución de los datos de las *Estrategias de control* para realizar los AFE (KMO: 0,89; BTS significativo $\chi^2_{(g)=190} = 3557,58$; $p < 0,001$). Cinco factores obtuvieron autovalores mayores de 1, y el gráfico de sedimentación sugería entre 1 y 5 factores. La distribución de los ítems a lo largo de estas soluciones aparece en el Cuadro 30. La solución de dos factores explicaba un 41,38% de la varianza, la de tres factores un 47,90%, la de cuatro un 54,80% y la de cinco factores un 59,12%. La diferencia básica entre las estructuras de 4 (Modelos 4, 4.1, 4.2, 5) y 5 factores (Modelo 6) es que la segunda sugería un quinto factor con un solo ítem (no hacer nada). A nivel racional las estructuras de 4 y 5 factores son las que tienen más sentido teórico y las que nos aportan

mayor información. Los Modelos 4-6 son semejantes, la única diferencia es el lugar que ocupa el ítem 10 (no hacer nada).

El contenido de estos modelos es el siguiente: en el primer factor se agruparían las estrategias generales para el control de la ansiedad (reestructuración cognitiva, revaloración, búsqueda de reaseguración, autotranquilización y relajación), y por tanto, poco específicas del TOC en particular. Sin embargo, el segundo factor agrupa estrategias que parecen más desadaptativas, y sobre todo, más específicas para el control de pensamientos intrusos no deseados y que son más empleadas “a priori” por los pacientes con TOC (compulsiones mentales, parada de pensamiento, autocastigo, evitación, esfuerzo de supresión, preocupación, esfuerzo de control y ocultación). Por otra parte, el tercer factor agrupa únicamente la distracción, tanto cognitiva como conductual, y el cuarto factor incluye las compulsiones manifiestas. Los modelos 4, 4.1 y 4.2 incluyen al ítem 10 (‘no hacer nada’ en sentido negativo, es decir ‘hacer algo’) en los factores 1, 2 y 4 respectivamente. El Modelo 5 elimina al ítem 10 y el Modelo 6 lo considera como un factor independiente.

Para estudiar cuál de los modelos se ajustaba mejor a los datos, se pusieron a prueba diferentes modelos a través de AFC a nivel de ítems empleando el método de estimación de Máxima Verosimilitud con corrección robusta (coeficiente normalizado de Mardia 24,4446). Los diferentes AFC se llevaron a cabo sobre la matriz correlacional de los 20 ítems de estrategias y todos los AFC se realizaron a nivel de ítems.

Cuadro 30. Modelos puestos a prueba a través de AFC.

Modelo 1	Un factor (ítems 1-17)
Modelo 2	Factor 1: Distracción cognitiva, Distracción conductual, Compulsiones mentales, Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización, Parada de pensamiento, Relajación, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Preocupación, Esfuerzo de control y Ocultación (ítems 1, 2, 3, 5-9, 11-17) Factor 2: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden y No hacer nada ¹ (ítems 4a-4d, 10(-))
Modelo 3	Factor 1: Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización, Parada de pensamiento, Relajación, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Esfuerzo de control y Ocultación (ítems 5-9, 11-14, 16, 17) Factor 2: Distracción cognitiva, Distracción conductual, Compulsiones mentales, Preocupación (ítems 1-3, 15) Factor 3: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden y No hacer nada (ítems 4a-4d, 10(-))
Modelo 4	Factor 1: Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización, Relajación y <i>No hacer nada</i> (ítems 5, 6, 7, 8, 11, 10 (-)) Factor 2: Compulsiones mentales, Parada de pensamiento, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Preocupación, Esfuerzo de control y Ocultación (ítems 3, 9, 12-17) Factor 3: Distracción cognitiva, Distracción conductual (ítems 1, 2) Factor 4: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden (ítems 4a-4d)
Modelo 4.1	Factor 1: Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización y Relajación (ítems 5, 6, 7, 8, 11) Factor 2: Compulsiones mentales, Parada de pensamiento, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Preocupación, Esfuerzo de control, Ocultación y <i>No hacer nada</i> (ítems 3, 9, 12-17, 10(-)) Factor 3: Distracción cognitiva, Distracción conductual (ítems 1,2) Factor 4: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden (ítems 4a-4d)
Modelo 4.2	Factor 1: Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización y Relajación (ítems 5, 6, 7, 8, 11) Factor 2: Compulsiones mentales, Parada de pensamiento, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión,

	Preocupación, Esfuerzo de control y Ocultación (ítems 3, 9, 12-17) Factor 3: Distracción cognitiva, Distracción conductual (ítems 1,2) Factor 4: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden y <i>No hacer nada</i> (ítems 4a-4d,10(-))
Modelo 5	Factor 1: Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización y Relajación (ítems 5, 6, 7, 8, 11) Factor 2: Compulsiones mentales, Parada de pensamiento, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Preocupación, Esfuerzo de control y Ocultación (ítems 3, 9, 12-17) Factor 3: Distracción cognitiva, Distracción conductual (ítems 1,2) Factor 4: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden (ítems 4a-4d)
Modelo 6	Factor 1: Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización y Relajación (ítems 5, 6, 7, 8, 11) Factor 2: Compulsiones mentales, Parada de pensamiento, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Preocupación, Esfuerzo de control y Ocultación (ítems 3, 9, 12-17) Factor 3: Distracción cognitiva, Distracción conductual (ítems 1,2) Factor 4: Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden (ítems 4a-4d) Factor 5: <i>No hacer nada</i> (ítem10+)

¹ el ítem 10, no hacer nada se invierte en los Modelos 1-5, y se emplea puntuación directa en el Modelo 6.

En la Tabla 26 aparecen los índices de ajuste de los modelos contrastados. Los Modelos 4, 5 y 6 cumplen los criterios que hemos estado teniendo en consideración. El ítem 10 presenta una baja saturación (entre 0,113 y 0,003) en todos los modelos que lo incluyen como parte de uno de sus factores (diferentes versiones del Modelo 4), en consecuencia, según estos datos la alternativa sería eliminar el ítem 10 (Modelo 5). Sin embargo, hay que tener en cuenta que lo que en realidad sucede con este ítem es que tiene un potente efecto suelo: la mayoría de las respuestas son calificadas como 0, porque prácticamente todos los respondientes dicen hacer algo para librarse de un pensamiento desagradable. Desde esta perspectiva, nos parece relevante a nivel teórico mantener el ítem, a pesar de que él solo forme un único factor, lo que nos lleva a optar por el Modelo 6, cuyas saturaciones factoriales se incluyen en la Tabla 27.

Tabla 26. Índices de ajuste de los modelos probados a través de AFC para la 2ª parte B del INPIOs.

	CFI	AGFI	SRMR	RMSEA (90% intervalo confianza)	χ^2 (gl)
Modelo 1	0,798	0,800	0,071	0,085 (0,079-0,091)	792,7177 (170)
Modelo 2	0,846	0,835	0,067	0,074 (0,068-0,080)	643,7122 (169)
Modelo 3	0,861	0,840	0,066	0,071 (0,065-0,077)	594,064 (167)
Modelo 4	0,906	0,878	0,058	0,059 (0,052-0,065)	454,7496 (164)
Modelo 4.1	0,906	0,878	0,058	0,059 (0,052-0,065)	454,7817 (164)
Modelo 4.2	0,907	0,880	0,059	0,059 (0,052-0,065)	450,8206 (164)
Modelo 5	0,912	0,881	0,058	0,060 (0,053-0,067)	414,6204 (146)
Modelo 6	0,909	0,878	0,057	0,058 (0,052-0,065)	439,1355 (160)

Tabla 27. Saturaciones factoriales del Modelo 6.

Número de ítem y descripción	Factor Modelo 6	λ modelo 6	Número de ítem y descripción	Factor Modelo 6	λ modelo 6
1. Distracción cognitiva	F4	0,718	8. Auto-tranquilización	F1	0,645
2. Distracción conductual	F4	0,856	9. Parada de pensamiento	F2	0,666
3. Compulsiones mentales	F2	0,581	10. No hacer nada	F5	0,738
4.1 Limpieza	F3	0,673	11. Relajación	F1	0,641
4.2. Comprobación	F3	0,395	12. Auto-castigo	F2	0,555
4.3. Repetición	F3	0,511	13. Evitación	F2	0,684
4.4. Orden	F3	0,801	14. Esfuerzo de supresión	F2	0,793
5. Reestructuración cognitiva	F1	0,624	15. Preocupación	F2	0,697
6. Revaloración	F1	0,572	16. Esfuerzo de control	F2	0,793
7. Búsqueda de reaseguración	F1	0,659	17. Ocultación	F2	0,376

En el Cuadro 31 aparece un resumen del modelo adoptado así como el nombre con que denominaremos cada uno de los factores.

Cuadro 31. Agrupación en factores de las estrategias de control evaluadas en la 2ª parte B del INPIOs.

	Denominación del factor	Estrategias incluidas	Ítems
Factor 1	Estrategias generales para el control de la ansiedad	Reestructuración cognitiva, Revaloración, Búsqueda de reaseguración, Auto-tranquilización y Relajación	5, 6, 7, 8, 11
Factor 2	Estrategias para controlar pensamientos	Compulsiones mentales, Parada de pensamiento, Auto-castigo, Evitación, Esfuerzo de supresión, Preocupación, Esfuerzo de control y Ocultación	3, 9, 12-17
Factor 3	Distracción	Distracción cognitiva, Distracción conductual	1 y 2
Factor 4	Necesidad de hacer algo (compulsiones)	Compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y orden	4a-4d
Factor 5	No hacer nada	No hacer nada	10 (directo)

Desde un punto de vista práctico, y dado que los ítems valoran frecuencia de uso de las distintas estrategias, consideramos que el cálculo de los factores o subescalas debe hacerse teniendo en cuenta la frecuencia real con que las personas dicen emplear las distintas estrategias de control. Por tanto, se debería aplicar la misma fórmula de corrección que sugerimos para valorar la 1ª parte del INPIOs:

$$\Sigma \text{ puntuación en cada ítem} / \text{n}^\circ \text{ de ítems con frecuencia} \geq 1$$

2.2 DATOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DEL INPIOs 2ª PARTE

DESCRIPTIVOS

En la Tabla 28 aparecen los descriptivos básicos de los factores de la segunda parte (A y B) del INPIOs. Se observa que todas las puntuaciones son bajas, y en general se sitúan entre 1 (“algo”) y 2 (escala Likert 0 a 4), lo que parece indicar que el PIO más molesto genera “algo” de malestar emocional, “algo” más de interferencia y se valora “un poco” de forma disfuncional. Como ya vimos a nivel de ítem, la estrategia empleada más frecuentemente es la distracción, que “usan a veces”, y la menos empleada el “no hacer nada”, que se emplea entre nunca y rara vez.

Los factores que evalúan reacciones emocionales, valoraciones, compulsiones manifiestas y la estrategia de “no hacer nada” muestran una asimetría positiva que indica una tendencia a las bajas puntuaciones y el factor de estrategias de distracción muestra una ligera asimetría negativa, de hecho, es la estrategia más empleada. La interferencia y el resto de estrategias de control se ajustan bastante bien a la normalidad.

Tabla 28. Estadísticos descriptivos, consistencia interna, estabilidad temporal y coeficientes de correlación con deseabilidad social y entre cada uno de los factores del INPIOs 2ª parte.

Inventario Pensamientos Intrusos Obsesivos	2ª parte A			2ª parte B				
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F4	F5
Media (DT)	1,18 (0,71)	1,41 (0,83)	1,04 (0,66)	2,17 (0,80)	1,96 (0,84)	2,06 (1,07)	1,42 (1,14)	0,84 (1,07)
Mínimo-máximo	0-3,60	0-3,67	0-3,38	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4
Percentil 75	1,60	2,00	1,50	2,75	2,50	3,00	2,00	1,00
Asimetría	0,77	0,22	0,76	-0,31	-0,29	-0,40	0,40	1,24
α	0,71	0,77	0,82	0,76	0,91	0,74	0,67	-
CCI ¹ (N=203)	0,87	0,83	0,89	0,85	0,85	0,78	0,79	0,53
MC	-0,12**	-0,11**	-0,11**	-0,08	-0,05	-0,03	-0,02	-0,07
α argentinos	0,76	0,77	0,87	0,83	0,86	0,81	0,70	-
α canadienses	0,77	0,73	0,77	0,79	0,76	0,70	0,86	-
α grupo con TOC	0,56	0,45	0,63	0,42	0,67	0,57	0,35	-
A F1 Emociones	1	0,50***	0,64***	0,30***	0,34***	0,27***	0,13***	-0,05
F2 Interferencia	-	1	0,57***	0,22***	0,22***	0,16***	0,30***	0,01
F3 Valoraciones	-	-	1	0,33***	0,36***	0,19***	0,21***	-0,03
B F1 Estr.gen.control ansiedad	-	-	-	1	0,53***	0,34***	0,25***	0,04
F2 Estr. controlar pensamientos	-	-	-	-	1	0,40***	0,26***	0,009
F3 Distracción	-	-	-	-	-	1	0,05*	-0,08
F4 Necesidad de hacer algo (compulsiones)	-	-	-	-	-	-	1	0,02

Todos los datos están referidos a la Muestra 2, excepto los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) calculados también para la muestras 3 (argentinos), 4 (canadienses) y 5 (clínicos con TOC).

CCI: coeficiente de correlación intraclase; MC: escala deseabilidad social de Marlowe-Crowne; F1 Estr.gen.control ansiedad: estrategias generales control ansiedad.

¹ intervalo de entre 7 y 15 días.

² el ítem "éxito en el control/supresión" se ha invertido también para calcular los índices de fiabilidad.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

FIABILIDAD

El PIO elegido como el más molesto mostró una buena estabilidad temporal (intervalo temporal 7-15 días), calculada sobre las 182 personas que señalaron como PIO principal uno de los del listado de la primera parte del INPIOs y teniendo en cuenta cada una de las dos clasificaciones propuestas para el INPIOs. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,81 (rango: 0,74-0,86) para la clasificación Tipo I *versus* Tipo II y de 0,82 (rango: 0,76-0,86) para la clasificación de PIO de 6 factores. La fiabilidad test-retest (CCI) de la frecuencia del PIO principal fue de 0,79 (rango: 0,72-0,84).

En la Tabla 28 se presentan los datos de consistencia interna y estabilidad temporal de los factores de la 2ª parte del INPIOs que fueron en general excelentes. No obstante, la escala de estrategias de control de Compulsiones muestra una consistencia baja, y el factor 5 presenta la estabilidad temporal es la más baja. Debido a que este factor está formado por un solo ítem, no se ha calculado su consistencia interna. La consistencia interna en las muestras argentina y canadiense también es buena y similar a la obtenida con la muestra española.

DESEABILIDAD SOCIAL

Como se observa en la Tabla 28 los coeficientes de correlación entre la deseabilidad social y el INPIOs-2ª parte son muy bajos, por lo que ésta no parece influir en las respuestas dadas a los diferentes factores del INPIOs.

ASOCIACIONES

En la Tabla 28 se observa que los coeficientes de correlación entre los tres factores del INPIOs-2ª parte A (i.e., reacciones emocionales, interferencia y valoraciones asociadas al PIO más molesto) son altos, mientras que los diferentes factores de estrategias de control (INPIOs-2ª parte B) mantienen correlaciones entre bajas y moderadas. Las mayores asociaciones se observan entre las reacciones emocionales y las valoraciones disfuncionales, y entre las estrategias para controlar pensamientos y para controlar la ansiedad en general. Estos dos factores junto con las compulsiones, mantienen asociaciones moderadas con la interferencia (ausencia de control) de los PIO, las reacciones emocionales negativas y valoraciones disfuncionales del PIO más molesto, mientras que las asociaciones son menores en el caso de la distracción. Por último comentar que el ítem de “no hacer nada” no correlaciona de forma significativa con ninguna de las variables evaluadas, tal vez debido al efecto suelo del que ya hemos hablado con anterioridad.

2.3 ESTABILIDAD DEL MODELO

El siguiente paso fue estudiar la estabilidad de las diferentes subescalas del INPIOs a lo largo de una serie de variables socio-demográficas.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

En la Tabla 29 se observa que se encontraron diferencias en función del sexo en las reacciones emocionales, valoraciones y frecuencia de empleo de compulsiones (mayores en las mujeres) pero el tamaño del efecto de estas diferencias fue pequeño ($d < 0,30$).

Tabla 29. Diferencias en el INPIOs en función del género.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte.	Hombre (n=200)	Mujer (n=353)	t (gl=551)	d de Cohen
F1 Reacciones emocionales	1,09 (0,66)	1,22 (0,73)	-2,09*	-0,18
F2 Interferencia	1,35 (0,73)	1,45 (0,88)	-1,48	-0,12
F3 Valoraciones disfuncionales	0,95 (0,61)	1,09 (0,69)	-2,27*	-0,21
F1 Estrategias generales para el control ansiedad	2,03 (0,87)	2,25 (0,81)	-3,04**	-0,26
F2 Estrategias para controlar pensamientos	1,84 (0,85)	2,03 (0,83)	-2,49*	-0,21
F3 Distracción	1,94 (1,07)	2,14 (1,12)	-2,02*	-0,17
F4 Necesidad de hacer algo (compulsiones)	1,21 (1,07)	1,54 (1,16)	-3,32**	-0,28
F5 No hacer nada	0,85 (1,10)	0,83 (1,04)	0,30	0,02

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Para explorar si las diferencias en función de la edad eran relevantes, se realizaron correlaciones de Pearson entre cada una de las escalas de la 2ª parte del INPIOs y la edad, los coeficientes de correlación fueron bajos (valores entre 0,008 y 0,10), por ello y debido a que la edad no estaba distribuida de forma uniforme a lo largo de la muestra (446 personas menores de 40 años frente a 117 mayores de 40 años), decidimos no introducir la edad como covariable en sucesivos análisis.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO

En la Tabla 30 se observa la ausencia de diferencias significativas en función del nivel educativo en la 2ª parte del INPIOs.

Tabla 30. Diferencias en INPIOs en función del nivel de estudios.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte	Primarios (n=36)	Medios (n=179)	Superiores (n=338)	F (g=2; 550)
F1 Reacciones emocionales	1,16 (0,71)	1,13 (0,67)	1,20 (0,73)	0,52
F2 Interferencia	1,55 (0,73)	1,43 (0,83)	1,39 (0,84)	0,65
F3 Valoraciones disfuncionales	0,98 (0,74)	0,98 (0,62)	1,08 (0,68)	1,28
F1 Estrategias generales control ansiedad	2,14 (0,76)	2,14 (0,83)	2,19 (0,82)	0,23
F2 Estr. controlar pensamientos	2,06 (0,80)	1,99 (0,86)	1,94 (0,83)	0,48
F3 Distracción	2,02 (1,08)	1,99 (1,14)	2,10 (1,09)	0,69
F4 Necesidad hacer (compulsiones)	1,62 (1,05)	1,41 (1,06)	1,40 (1,17)	0,61
F5 No hacer nada	1,00 (1,24)	0,75 (1,07)	0,87 (1,05)	1,15

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Se observan diferencias significativas en función del nivel económico (Tabla 31) en la reacciones emocionales ($\eta_p^2=0,02$) ante el PIO más molesto y en la interferencia que produce ($\eta_p^2=0,02$) si bien se trata una vez más de diferencias muy pequeñas.

Tabla 31. Diferencias en el INPIOs en función del nivel de estudios.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte	Bajo (n=8)	Medio-bajo (n=55)	Medio (n=410)	Medio-alto (n=62)	Alto (n=16)	F (g=4;546)
F1 Reacciones emocionales	0,67 (0,54)a	1,41 (0,86)b	1,18 (0,70)a,b	1,01 (0,62)a	1,23 (0,64)a,b	3,37**
F2 Interferencia	1,41 (0,93)a,b	1,74 (0,79)a	1,38 (0,83)b	1,25 (0,81)b	1,87 (0,69)a,b	4,21***
F3 Valoraciones disfuncionales	0,71 (0,72)	1,19 (0,67)	1,02 (0,66)	1,02 (0,71)	1,28 (0,58)	1,81
F1 Estr. generales control ansiedad	0,75 (1,20)	2,24 (0,87)	2,18 (0,91)	2,10 (0,91)	1,93 (0,55)	0,78
F2 Estr. controlar pensamientos	2,26 (0,65)	2,09 (0,82)	1,96 (0,88)	1,86 (0,96)	1,80 (0,83)	0,95
F3 Distracción	2,06 (1,12)	2,14 (0,97)	2,07 (1,13)	2,01 (1,08)	1,90 (0,89)	0,20
F4 Necesidad hacer (compulsiones)	1,70 (1,70)	1,56 (0,84)	1,43 (0,77)	1,08 (1,14)	1,86 (0,84)	2,34
F5 No hacer nada	0,37 (0,51)	0,65 (0,94)	0,89 (1,08)	0,61 (1,04)	1,18 (1,22)	2,25

Datos ofrecidos como media (desviación típica).

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

Parece que los solteros valoran “peor” su PIO más molesto ($\eta_p^2=0,02$) y quienes viven en pareja emplean con una mayor frecuencia la distracción ($\eta_p^2=0,03$) como estrategia de control del pensamiento, sin embargo, el tamaño del efecto de estas diferencias es muy pequeño (Tabla 29).

Tabla 32. Diferencias en el INPIOs en función del estado civil.

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte	Soltero (n=366)	Divorciado/ separado/ viudo (n=13)	Casado (n=137)	Vive en pareja (n=36)	F/ Welch	gl
F1 Reacciones emocionales	1,18 (0,72)	0,85 (0,51)	1,13 (0,66)	1,40 (0,73)	2,37	3; 547
F2 Interferencia	1,44 (0,84)	1,05 (0,57)	1,35 (0,85)	1,46 (0,75)	1,27	3; 547
F3 Valoraciones disfuncionales	1,09 (0,68)a	0,64 (0,56)a,b	0,91 (0,60)b	1,14 (0,65)a,b	4,06**	3; 547
F1 Estr. generales control ansiedad	2,19 (0,88)	2,43 (0,69)	2,09 (0,97)	2,24 (0,89)	1,61	3; 547

F2 Estr. controlar pensamientos	1,93 (0,82)	2,12 (0,93)	1,98 (0,95)	2,12 (0,92)	0,73	3; 547
F3 Distracción	2,13 (0,99) ^{a,b}	1,69 (1,21) ^{a,b}	1,82 (1,21) ^b	2,48 (1,06) ^a	*4,37**	3; 45,19
F4 Necesidad hacer (compulsiones)	1,38 (1,11)	1,23 (1,26)	1,50 (1,18)	1,64 (1,18)	0,92	3; 45,18
F5 No hacer nada	0,85 (1,01)	1,46 (1,26)	0,77 (1,13)	0,86 (1,29)	1,61	3; 547

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey o Games-Howell.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO CULTURAL

En la Tabla 33 se observa que, una vez controlada la edad, las diferencias entre españoles, argentinos y canadienses en la forma de reaccionar ante sus PIO y en el modo en que los valoran, son diferentes, pero con tamaños del efecto muy pequeños ($\eta^2_p = 0,04$ y $0,01$ respectivamente) por lo que parecen independientes del país de procedencia. Respecto a las estrategias de control, se encuentran diferencias en la frecuencia de uso de la distracción y de no hacer nada, pero de nuevo las diferencias son muy pequeñas ($\eta^2_p = 0,03$ y $0,01$ respectivamente).

Tabla 33. Diferencias en las variables INPIOs-2^a en función del contexto cultural (controlando edad).

Inventario Pensamientos Intrusos Obsesivos 2 ^a parte	españoles (n=553)	argentinos (n=143)	canadienses (n=78)	F (gl=2; 771)
F1 Reacciones emocionales	1,18 (0,71) ^a	1,14 (0,80) ^a	1,70 (0,84) ^b	16,04***
F2 Interferencia	1,41 (0,83)	1,38 (0,83)	1,39 (0,87)	0,23
F3 Valoraciones disfuncionales	1,04 (0,66) ^a	1,03 (0,73) ^a	1,28 (0,71) ^b	4,07**
F1 Estr. controlar ansiedad	2,17 (0,87)	2,11 (0,97)	2,23 (0,92)	0,58
F2 Estr. controlar pensamientos	1,96 (0,88)	1,90 (0,91)	1,97 (0,98)	0,62
F3 Distracción	2,02 (1,07) ^a	1,89 (1,20) ^a	2,50 (1,13) ^b	6,17**
F4 Nec. hacer (compulsiones)	1,47 (1,14)	1,45 (1,15)	1,21 (1,16)	1,56
F5 No hacer nada	0,84 (1,07) ^a	1,14 (1,38) ^b	1,24 (1,27) ^b	6,67***

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey.

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

DIFERENCIAS EN EL MODO DE VALORAR LOS PIO Y LAS OBSESIONES

A continuación nos interesó estudiar en qué medida la frecuencia de los PIO influye sobre el modo en que se valora y se responde a los mismos. Para ello, dividimos a la Muestra 2.1 en función de la frecuencia del PIO más molesto: aquellos que lo experimentaban menos de una o dos veces al mes, y aquellos que lo experimentaban al menos alguna vez al mes. Comparamos a estos dos grupos con el grupo de participantes con TOC (Muestra 5).

En la Tabla 34 se observa que tanto en las reacciones emocionales, como en la interferencia y en las valoraciones disfuncionales se observan diferencias entre los tres grupos. A mayor frecuencia del PIO peores reacciones emocionales, mayor interferencia, mayores valoraciones disfuncionales y un mayor uso de las compulsiones como estrategia de control. Estas diferencias no solo significativas sino que tienen grandes tamaños del efecto especialmente en el caso de las valoraciones disfuncionales. Los participantes procedentes de la población general no se diferencian entre ellos en el uso de las estrategias generales para el control de la ansiedad ni de las estrategias para controlar los pensamientos, pero si se diferencian del grupo clínico. Ninguno de los tres grupos se diferencia en el uso de la distracción ni del no hacer nada.

Estos resultados no solo apoyarían el continuo normalidad patología, sino que reforzarían la idea de que la distracción y el no hacer nada son estrategias “normales”, realizadas por la población general en la misma medida que por la clínica, mientras que las más patológicas son las otras dos, especialmente las compulsiones. Además sugieren que las diferencias entre la población no clínica y clínica en la recurrencia de los PIO podrían explicar cómo se experimentan, se valoran y se manejan estos pensamientos. Una alta recurrencia parece ser un factor determinante para intentar controlar el malestar que provoca.

Tabla 34. Diferencias en la 2ª parte del INPIOs entre participantes no clínicos, “subclínicos” y clínicos.

INPIOs: Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte	No clínicos			F (g=2, 350)	η^2_p
	PIO frecuencia < 3 (n=100)	PIO frecuencia \geq 3 (n=220)	Clínicos (n=33)		
F1 Reacciones emocionales	0,98 (0,67)a	1,20 (0,70)b	2,84 (0,66)c	86,44***	0,33
F2 Interferencia	1,05 (0,71)a	1,53 (0,77)b	2,66 (0,68)c	58,34***	0,25
F3 Valoraciones disfuncionales	0,81 (0,58)a	1,10 (0,65)b	3,04 (0,63) c	160,33***	0,47
F1 Estrategias controlar la ansiedad	2,07 (0,79)a	2,16 (0,83)a	2,75 (0,91)b	8,56***	0,05
F2 Estrategias controlar los pensamientos	1,87 (0,77)a	2,01 (0,89)a	2,76 (0,85)b	13,76***	0,07
F3 Distracción	1,97 (1,12)	1,99 (1,10)	1,83 (1,17)	0,30	0,002
F4 Necesidad de hacer (compulsiones)	1,18 (1,02)a	1,54 (1,18)b	2,58 (1,39)c	17,93***	0,09
F5 No hacer nada	0,86 (1,09)	0,94 (1,17)	1,03 (1,40)	0,30	0,002

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

*** $p \leq 0,001$

La mayoría de los participantes no señalaron ninguna estrategia idiosincrásica (94% de la muestra 2 y ninguno de los de la muestra clínica), y de los que lo hicieron la mayoría podía incluirse en una de las estrategias listadas, por ejemplo, algunas personas señalaron hacer deporte, que podría entenderse como una estrategia de distracción conductual. Únicamente 2 personas señalaron estrategias no contempladas: gritar, y agarrarse a algo seguro ante la intrusión de lanzarse al vacío.

Podemos finalizar este apartado señalando que a nivel global el modelo presentado es estable independientemente del sexo de los respondientes, de su edad, estado civil, económico y nivel de estudios. Las diferencias encontradas son particularmente pequeñas en todos los casos, teniendo en cuenta los tamaños del efecto. Estos resultados pueden deberse a las características de la propia muestra, que es bastante homogénea, pero en todo caso consideramos que avalan el hecho de que no controlemos el posible peso confundente de estas variables en los sucesivos análisis. Tampoco se observaron diferencias significativas en función del país de procedencia, pero sí entre la población con y sin TOC.

3 ASOCIACIONES ENTRE EL MODELO DERIVADO DE LA 2ª PARTE DEL INPIOS Y MEDIDAS PSICOPATOLÓGICAS

En la Tabla 35 se recogen los coeficientes de correlación entre la reacción emocional ante el PIO/obsesión seleccionada como la más molesta, la interferencia y valoraciones a las que se asocia y la sintomatología depresiva (BDI-II), ansiosa (BAI, PSWQ) y obsesiva (CBOCI, OCI-R, PDQ-OC). En la

muestra 2 procedente de la población general, la mayoría de las asociaciones son moderadas, siendo las mayores relaciones las que se observan con la puntuación del CBOCI (i.e., gravedad de la sintomatología obsesiva-compulsiva), aunque también con los síntomas de ansiedad (PSWQ y BAI). En la muestra clínica, tanto las reacciones emocionales como las valoraciones disfuncionales, mantienen asociaciones moderadas con la gravedad del TOC (CBOCI) y la sintomatología ansiosa y depresiva.

Respecto a las estrategias de control, se observa que tanto la distracción como el no hacer nada, no se asocian (o lo hacen en sentido negativo) a las variables psicopatológicas evaluadas. En segundo lugar, en la muestra procedente de la población general el resto de estrategias mantienen mayores asociaciones (moderadas) con la sintomatología OC que con el resto de variables psicopatológicas, algo que parece indicar que son las más empleadas por las personas con sintomatología OC y tal vez las más disfuncionales. Llama la atención que en el caso de la muestra clínica las estrategias para controlar los pensamientos mantengan bajas correlaciones con todas las variables evaluadas; mientras que el factor estrategias para controlar la ansiedad mantiene correlaciones moderadas con sintomatología ansiosa-no TOC (PSWQ y BAI) y bajas con sintomatología OC; y el referido a las compulsiones mantiene correlaciones moderadas con toda la sintomatología ansiosa (TOC y no TOC).

Tabla 35. Coeficientes de correlación entre las reacciones emocionales, dificultad de control/interferencia, valoraciones y estrategias de afrontamiento del PIO más molesto y sintomatología depresiva, ansiosa y obsesiva en población general (muestra 2) y clínica (en cursiva, muestra 5).

Inventario Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte	INPIOs 1ª parte	CBOCI	OCI-R	PDQ-OC	PSWQ	BAI	BDI-II
F1 Reacciones emocionales	0,27*** <i>0,12</i>	0,43*** <i>0,37*</i>	0,29*** <i>0,21</i>	0,26*** -	0,35*** <i>0,46**</i>	0,40*** <i>0,30</i>	0,37*** <i>0,46**</i>
F2 Interferencia	0,26*** <i>0,28</i>	0,42*** <i>0,16</i>	0,24*** <i>-0,01</i>	0,22*** -	0,31*** <i>0,23</i>	0,36*** <i>0,16</i>	0,35*** <i>0,18</i>
F3 Valoraciones disfuncionales	0,29*** <i>0,01</i>	0,55*** <i>0,46**</i>	0,34*** <i>0,03</i>	0,31*** -	0,39*** <i>0,47**</i>	0,45*** <i>0,53**</i>	0,41*** <i>0,39*</i>
F1 Estrategias controlar la ansiedad	0,14** <i>0,09</i>	0,27*** <i>0,06</i>	0,20*** <i>0,24</i>	0,16*** -	0,17*** <i>0,35</i>	0,19*** <i>0,41*</i>	0,10*** <i>0,01</i>
F2 Estrategias controlar los pensamientos	0,17*** <i>-0,01</i>	0,34*** <i>0,10</i>	0,26*** <i>-0,03</i>	0,18*** -	0,23*** <i>0,17</i>	0,26*** <i>0,28</i>	0,19*** <i>-0,01</i>
F3 Distracción	0,04 <i>-0,03</i>	0,12** <i>-0,21</i>	0,10* <i>-0,48*</i>	0,09* -	0,12*** <i>0,06</i>	0,17*** <i>0,05</i>	0,09* <i>-0,03</i>
F4 Necesidad de hacer (compulsiones)	0,26*** <i>0,28</i>	0,32*** <i>0,35</i>	0,29*** <i>0,28</i>	0,14*** -	0,18*** <i>0,30</i>	0,20*** <i>0,38*</i>	0,25*** <i>0,11</i>
F5 No hacer nada	0,03 <i>0,08</i>	0,003 <i>-0,15</i>	0,06 <i>0,17</i>	0,08 -	-0,01 <i>0,10</i>	0,01 <i>-0,05</i>	0,05 <i>0,10</i>

En *cursiva* (fila de debajo de cada variable) los coeficientes de correlación referidos a los pacientes con TOC (muestra 5).

CBOCI: Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck; OCI-R: Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido; PDQ-OC: escala de personalidad obsesivo-compulsiva del Cuestionario de diagnóstico de personalidad (PDQ-4+); PSWQ: Cuestionario de preocupación de Pensilvania; BAI: Inventario ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario depresión de Beck-II.

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; *** p≤ 0,001.

4 ASOCIACIONES ENTRE EL MODELO DERIVADO DE LA 2ª PARTE DEL INPIOS Y CREENCIAS Y ESTRATEGIAS GENERALES DE CONTROL DE LOS PENSAMIENTOS

En la Tabla 36 aparecen los coeficientes de correlación entre los factores de la 2ª parte del INPIOS-A (i.e., reacciones emocionales, interferencia y valoraciones disfuncionales) y las creencias evaluadas por el ICO. Se observan mayores asociaciones entre las creencias y las valoraciones (factor 3) que entre las creencias y las reacciones emocionales (factor 1) e interferencia (factor 2) que provocan tanto el PIO más molesto (muestra 2) como la obsesión más molesta (muestra 5). Tanto en la población general como en el grupo TOC se observa que las reacciones emocionales se asocian en mayor medida con la sobreestimación de la amenaza; la interferencia también mantiene asociaciones moderadas con la sobreestimación de la amenaza en la población no clínica pero no en la TOC; y finalmente, en ambas muestras las valoraciones mantienen asociaciones entre altas y moderadas con todas las creencias excepto con el perfeccionismo y la FPA-moral (en el caso de los no clínicos). La FPA es la creencia que muestra menores asociaciones con las variables del INPIOS en la población general, pero no es así en la muestra clínica.

Tabla 36. Coeficientes de correlación de Pearson entre INPIOS 2ª parte A y creencias generales (ICO-R).

Inv. pensamientos intrusos obsesivos INPIOS 2ª parte A	Inventario creencias obsesivas reducido (ICO-R)							
	Imp. psmt	FPA moral	FPA prob	Resp	Imp. control	Amenaza	Intol. Incert.	Perf.
F1 Reacciones emocionales	0,18*** -0,03	0,15*** 0,14	0,22*** 0,08	0,28*** 0,30	0,28*** 0,21	0,41*** 0,42*	0,25*** 0,21	0,20*** 0,29
F2 Interferencia	0,19*** -0,07	0,13*** 0,08	0,19*** -0,12	0,23*** -0,02	0,24*** -0,08	0,32*** 0,02	0,22*** -0,10	0,19*** 0,03
F3 Valoraciones disfuncionales	0,29*** 0,38*	0,19*** 0,33	0,31*** 0,65***	0,33*** 0,59***	0,36*** 0,43*	0,47*** 0,61***	0,32*** 0,30	0,25*** 0,19

En *cursiva* (fila de debajo de cada variable) los coeficientes de correlación referidos a la muestra clínica.

Imp. psmt: Importancia del Pensamiento; ICO FPA moral: Fusión pensamiento acción tipo moral; FPA-prob: Fusión pensamiento acción tipo probabilidad; Resp: Responsabilidad Excesiva; Imp. control: Importancia de controlar pensamientos; Amenaza: Sobreestimación de amenaza; Intol. Incert.: Intolerancia Incertidumbre; Perf: perfeccionismo.

*p≤ 0,05; *** p≤ 0,001.

En la Tabla 37 se observan los coeficientes de correlación entre las estrategias de control específicas ante el PIO escogido como el más molesto (INPIOS 2ª parte B) y las estrategias de control generales (TCQ y WBSI). En general, se observan relaciones significativas y moderadas entre:

-las estrategias generales de controlar la ansiedad y la revaloración del TCQ, tendencia que no se ve confirmada por la muestra clínica.

-las estrategias para controlar pensamientos y la tendencia a la supresión (WBSI) y el castigo (TCQ), la primera de las asociaciones se ve confirmada en la muestra clínica, mientras que no ocurre lo mismo en la segunda. Sin embargo, el ítem que evalúa la estrategia de autocastigo, y que se incluye en

las “estrategias para controlar los pensamientos”, mantiene correlaciones moderadas y significativas con la estrategia de autocastigo del TCQ (muestra 2: $r=0,46$; muestra 5 (clínica): $r=0,47$).

-la distracción y la distracción del TCQ, asociación que se observa también en la muestra clínica.

El resto de factores mantienen bajas correlaciones o no significativas. El factor de “no hacer nada” es el que no mantiene asociaciones con ninguna de las escalas del WBSI y del TCQ en la muestra no clínica, sin embargo, en la muestra clínica mantiene asociaciones algo más altas y en sentido negativo, aunque no significativas.

Tabla 37. Correlaciones entre estrategias de control referidas a un PIO (INPIOs 2ª parte-B) y estrategias de control generales (WBSI y TCQ).

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 2ª parte B	WBSI	Cuestionario de Control del Pensamiento-Versión reducida (TCQ-R)				
	PT	Distracción	Control Social	Preocupación	Castigo	Revaloración
F1 Estrategias controlar la ansiedad	0,28*** 0,20	0,24*** 0,26	0,11*** 0,21	0,16*** 0,11	0,21*** -0,23	0,33*** 0,23
F2 Estrategias controlar los pensamientos	0,36*** 0,54***	0,28*** 0,54**	-0,12 -0,12	0,29*** 0,29	0,30*** -0,05	0,15*** 0,15
F3 Distracción	0,22*** 0,30	0,35*** 0,45*	0,05 -0,47*	0,23*** 0,29	0,12*** -0,28	0,001 -0,12
F4 Necesidad de hacer (compulsiones)	0,23*** 0,26	0,13*** 0,22	0,06** -0,17	0,15*** 0,18	0,14*** -0,25	0,07*** -0,07
F5 No hacer nada	-0,03 -0,17	-0,04 -0,30	-0,01 0,21	0,03 -0,01	0,07 0,25	0,07 -0,17

En *cursiva* (fila de debajo de cada variable) los coeficientes de correlación referidos a la muestra clínica.

WBSI: Inventario de supresión del “oso blanco”

*** $p \leq 0,001$.

5 EL CONTENIDO DEL PIO MÁS MOLESTO Y DE LA OBSESIÓN PRINCIPAL Y LAS REACCIONES EMOCIONALES, NIVEL DE INTERFERENCIA, VALORACIONES Y ESTRATEGIAS DE CONTROL QUE GENERAN

En este último apartado pondremos en relación la 1ª y la 2ª parte del INPIOs con el objetivo de establecer, si es posible, un “perfil cognitivo” asociado a los contenidos de PIO. Para ello, y con el objetivo de seleccionar a aquellos PIO más análogos a las obsesiones, escogimos a aquellos sujetos que habían experimentado su PIO más molesto con una frecuencia de al menos 1 vez al mes (“a veces”) (muestra 2) y los agrupamos en función del contenido del PIO escogido. A continuación comparamos estos grupos de sujetos en las diferentes dimensiones evaluadas por la 2ª parte del INPIOs (i.e., reacciones emocionales ante el PIO, interferencia, valoraciones y estrategias empleadas para controlar su PIO más molesto). En la Tabla 38 aparecen los resultados del análisis de las diferencias de medias, se observa que los PIO de duda y superstición interfieren más que los de contaminación; que las personas con PIO religiosos/sexuales, agresivos y de duda emplean más la distracción para hacerles frente que quienes tienen PIO de contaminación; y por último, que quienes tienen PIO de duda (*versus* religiosos/sexuales)

emplean más las compulsiones para afrontarlos. Sin embargo, estas diferencias presentan pequeños tamaños del efecto, por lo que para confirmar las diferencias repetimos el mismo análisis en población clínica (muestra 5), aunque debido a que la muestra clínica es reducida, agrupamos a los sujetos en función de que su obsesión principal fuera Tipo I o Tipo II, y no en función de la clasificación en 6 factores. Para una mayor claridad, en la Tabla 39 vuelven a aparecer las puntuaciones en la segunda parte del INPIOs de la población normal, pero esta vez referidas a si se valora un PIO Tipo I o Tipo II (frecuencia PIO más molesto ≥ 1 vez al mes). Además, aparece, en la segunda fila de cada variable y en cursiva los mismos datos referidos a la valoración de la obsesión principal.

Tabla 38. Diferencias en la 2ª parte del INPIOs en función del contenido del PIO más molesto evaluado y seleccionando participantes que han experimentado PIO más molesto ≥ 1 vez al mes.

PIO más molesto 2ª parte	Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs)							gl	η_p^2
	AGR (n=26)	REL/ SEX (n=67)	ORD (n=21)	DUD (n=202)	CONT (n=25)	SUP (n=23)	F/ Welch+		
F1 Reacciones emocionales	1,44 (0,83)	1,27 (0,67)	0,95 (0,61)	1,22 (0,67)	1,08 (0,58)	1,26 (0,82)	1,46	5; 358	0,02
F2 Interferencia	1,30 (0,71)a,b	1,57 (0,76)a,b	1,46 (0,61)a,b	1,67 (0,79)a	1,06 (0,76)b	1,85 (0,85)a	4,13***	5; 358	0,055
F3 Valoraciones disfuncionales	1,27 (0,87)	1,07 (0,55)	0,92 (0,59)	1,11 (0,65)	0,83 (0,61)	1,46 (0,85)	+2,27	5; 69,48	0,03
F1 Estr. controlar ansiedad	2,22 (0,83)	2,06 (0,80)	1,93 (0,76)	2,21 (0,79)	2,26 (1,20)	2,22 (0,91)	0,76	5; 358	0,01
F2 Estr. controlar pensamientos	2,27 (0,95)	2,15 (0,84)	1,79 (0,86)	1,91 (0,87)	1,74 (1,22)	2,16 (0,80)	+2,03	5; 69,64	0,03
F3 Distracción	2,30 (1,17)a	2,35 (0,94)a	1,91 (1,23)a,b	1,98 (1,08)a	1,32 (1,26)b	2,02 (0,98)a,b	+3,60**	5; 69,54	0,054
F4 Necesidad hacer (compulsiones)	1,22 (1,19)a,b	1,20 (1,10)a	1,90 (1,10)a,b	1,68 (1,09)b	1,81 (1,36) a,b	1,19 (1,03)a,b	3,40**	5; 358	0,04
F5 No hacer nada	0,76 (1,03)	1,04 (1,19)	1,09 (1,22)	0,71 (0,97)	1,28 (1,56)	1,00 (1,04)	+1,68	5; 69,37	0,03

AGR: personas cuyo PIO principal es de contenido agresivo; REL/SEX: personas cuyo PIO principal es religioso, sexual, repugnante; ORD: personas cuyo PIO principal es de simetría y orden; DUD: personas cuyo PIO principal es de duda, necesidad comprobar, acumulación; CONT: personas cuyo PIO principal es de contaminación; SUP: personas cuyo PIO principal es supersticioso.

Las letras a, b, c indican diferencias significativas en las comparaciones a posteriori de Tukey o Games-Howell.

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

En la Tabla 39 se vuelve a observar que las valoraciones de las obsesiones son en general peores que las de los PIO. Y tanto en la población clínica (d de Cohen=-1,77) como en la general (d de Cohen=-0,35), se observan diferencias significativas en el empleo de las compulsiones en función del contenido, más asociadas a las obsesiones Tipo II. En la población general se observan también diferencias en el empleo de las estrategias para controlar los pensamientos (d de Cohen=0,28) y en la distracción (d de Cohen=0,34), mayores en el caso de los PIO Tipo I, sin embargo estas diferencias tienen tamaños del efecto pequeños y no se reproducen en la población clínica, donde se observan también diferencias en la frecuencia de uso de la estrategias de “no hacer nada” (d de Cohen=1,12), mayor en las obsesiones Tipo I.

Tabla 39. Diferencias en la 2ª parte del INPIOs en función de que el PIO/obsesión evaluada sea Tipo I o Tipo II (PIO: muestra 2 cuyo PIO más molesto ≥ 1 vez al mes, obsesión: muestra 5).

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos 2ª parte	PIO Tipo I (n=93) <i>Obsesión Tipo I (n=8)</i>	PIO Tipo II (n= 271) <i>Obsesión Tipo II (n=22)</i>	$t_{(gI=362)}$ $t_{(gI=28)}$
F1 Reacciones emocionales	1,32 (0,71) 2,55 (0,62)	1,19 (0,68) 2,80 (0,73)	1,47 -0,85
F2 Interferencia	1,49 (0,75) 2,79 (0,75)	1,62 (0,80) 3,11 (0,75)	-1,28 -0,87
F3 Valoraciones disfuncionales	1,13 (0,66) 2,42 (0,76)	1,10 (0,67) 2,67 (0,65)	0,32 -1,27
F1 Estr. controlar ansiedad	2,10 (0,81) 2,41 (0,83)	2,19 (0,84) 2,84 (0,96)	-0,88 -1,10
F2 Estr. controlar los pensamientos	2,34 (0,94) 2,56 (0,63)	1,92 (1,09) 2,74 (0,94)	2,71** -0,50
F3 Distracción	2,26 (0,99) 1,81 (1,03)	1,95 (1,10) 1,65 (1,17)	3,29*** 0,32
F4 Necesidad de hacer (compulsiones)	1,21 (1,12) 1,04 (1,45)	1,67 (1,12) 3,11 (0,97)	-3,38*** -4,52***
F5 No hacer nada	0,96 (1,15) 2,25 (1,28)	0,82 (1,07) 0,72 (1,27)	1,11 2,88**

En cursiva los datos referentes a la población clínica (muestra 5, de donde se han eliminado a las tres personas "definidas" como mixtas).

PIO Tipo I: personas cuyo PIO más molesto es Tipo I; PIO Tipo II: personas cuyo PIO más molesto es Tipo II.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

6 CONCLUSIONES

La primera parte de este trabajo ha sido desarrollar la 2ª parte del INPIOs, que evalúa el modo en que las personas reaccionan emocionalmente al PIO más molesto y lo valoran, así como el grado en que éste le interfiere y las estrategias que emplea para controlarlo. A continuación nos hemos detenido en describir el contenido de los PIO y obsesiones más molestas señaladas por los sujetos, que independientemente del género, país de procedencia o que sea un PIO o una obsesión, son los de duda. Todas las escalas de la 2ª parte del INPIOs han demostrado una buena consistencia interna y estabilidad a lo largo del tiempo y de diferentes condiciones sociodemográficas y culturales en la población general. Además, se ha observado que los PIO experimentados por la población general (de diferentes contextos culturales) no generan reacciones emocionales negativas, ni interfieren demasiado, ni se valoran de forma muy disfuncional, pero sin embargo se emplea una amplia variedad de estrategias para controlarlos, siendo las compulsiones las estrategias menos empleadas. La población clínica con TOC sí reacciona de forma negativa ante sus obsesiones, que les interfieren bastante y valoran de una forma bastante disfuncional. Las estrategias que más emplean son las de controlar la ansiedad y los pensamientos y las compulsiones. Las obsesiones de Tipo II se asocian a mayor empleo de las compulsiones, mientras que las de Tipo I a un mayor uso de la estrategia de "no hacer nada".

CAPÍTULO 3

EL SIGNIFICADO PERSONAL DE LOS PENSAMIENTOS INTRUSOS OBSESIVOS Y DE LAS OBSESIONES

1 CREACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR CONTINGENCIAS DE LA AUTOESTIMA

Para atender al tercer objetivo de este trabajo, averiguar en qué medida las valoraciones disfuncionales de los PIO se asocian con el significado personal de los contenidos de esos PIO, hemos diseñado un instrumento que nos permita apresar si los contenidos típicamente obsesivos tienen un significado personal. Los instrumentos existentes que más se aproximan a este objetivo son el “Dimensions of Self-OC” de Rowa (2003) y la Tarea de Autoadscripción de Adjetivos Reducida (García-Soriano et ál., 2006). Ambos trabajos han proporcionado resultados interesantes y apoyan la necesidad de seguir estudiando las relaciones entre los PIO y los aspectos relevantes para el autoconcepto de las personas con TOC. Dadas las limitaciones de estos trabajos y ante la ausencia de un instrumento mejor, decidimos tomar la Tarea de Autoadscripción como una primera tentativa al estudio del yo y el TOC y seguir trabajando en la misma línea, aprovechando la oportunidad de nuestra colaboración con el profesor David Clark de la Universidad de New Brunswick (Canadá). Como ya hemos señalado al plantear este trabajo, consideramos que la propuesta de Crocker se ajusta a nuestros objetivos, por lo que siguiendo la propuesta de su grupo (Crocker, 2003), que animan a investigadores de otras áreas a desarrollar instrumentos paralelos al suyo que evalúen contingencias del yo diferentes, hemos desarrollado un instrumento para evaluar las contingencias del Yo en el TOC que sigue la estructura del CSW (Crocker et ál., 2003).

1.1 FASES DE DESARROLLO DEL “CUESTIONARIO DE OBSESIVIDAD Y AUTOESTIMA” (OCSQ)

Dado que este instrumento se desarrolló junto con el profesor David Clark, la versión inicial fue en lengua inglesa, y no es hasta una fase posterior (versión tercera inglesa) cuando se tradujo al castellano.

Tras la revisión de la literatura científica sobre el autoconcepto y su relación con el TOC, determinamos el número de dominios o áreas relevantes para el TOC que íbamos a evaluar tomando en consideración los resultados obtenidos en la bibliografía, especialmente los trabajos realizados sobre el Y-BOCS-SC, así como la clasificación de las obsesiones de Kyrios (2006) y los resultados de los primeros AFE de la primera parte del INPIOs. Finalmente nos decantamos por evaluar 7 áreas: suciedad/

contaminación, dudas/ comprobación/ precisión, daño/agresión, religión/ moralidad, sexo, orden/simetría y acumulación.

Siguiendo la estructura del CSW (p. ej., ítem 1 “Cuando pienso que estoy atractivo, me siento bien conmigo mismo” o ítem 14 “No podría respetarme si no siguiera mis principios morales”), nos propusimos desarrollar los ítems como afirmaciones que evaluaran el grado en que la autoestima depende de, o se asocia con, los 7 dominios señalados (p. ej., suciedad/contaminación o religión/moralidad). Además se intentó incluir aquellos adjetivos que resultaron ser más relevantes en la Tarea de Autoadscripción de Adjetivos. Un ejemplo de ítem desarrollado dentro del área de contaminación sería: *“Me siento bien conmigo mismo cuando sé que he hecho todo lo posible para proteger la salud y seguridad de las personas que me rodean”*.

Se incluyeron tres tipos de ítems, indicando que la autoestima aumenta, disminuye, o depende de los dominios específicos. La mayoría de ítems se formularon de forma que una respuesta de “*acuerdo*” indicaba que los dominios evaluados eran más contingentes a la autoestima. No obstante, otros ítems se redactaron de forma negativa (ítems invertidos) con el fin de atenuar sesgos de respuesta. La escala de respuesta también fue semejante a la empleada en el CSW, donde 1 es “completamente en desacuerdo” y 7 “completamente de acuerdo”, con un punto medio “neutro”.

El listado de ítems propuesto por la doctoranda, fue revisado y reformulado por el profesor D. A. Clark, que generó una batería final de 80 ítems, surgiendo así la primera versión de un instrumento que se decidió denominar “**Obsessional Concerns and Self Questionnaire**” (**OCSQ**). Este instrumento fue revisado por la profesora A. Belloch y por la Dra. C. Morillo. Posteriormente, se adoptaron las modificaciones oportunas y se creó la segunda versión inglesa del OCSQ.

Esta segunda versión fue completada y evaluada por un grupo de 10 estudiantes de doctorado en el departamento de Psicología de la Universidad de New Brunswick. Estos estudiantes fueron invitados por correo electrónico y participaron de forma voluntaria. Se realizó una dinámica de grupo (dirigida por el profesor Clark y por la autora de este trabajo) en la que los estudiantes fueron examinando, de forma individual, cada uno de los ítems por áreas de contenido (p. ej. los 11 ítems que hacen referencia a cómo la autoestima puede estar influida por nuestras dudas y comprobaciones), y discutiendo en grupo sobre la comprensibilidad, legibilidad y contenido de cada uno de los ítems. La sesión duró aproximadamente 120 minutos. Fruto de esta reunión, surgió la tercera versión inglesa del OCSQ. A los ítems se les asignó una puntuación al azar para que se distribuyeran de forma aleatoria a lo largo del cuestionario.

Esta tercera versión es la que se dio por definitiva y se tradujo al castellano por la autora de este trabajo, la profesora A. Belloch y la Dra. C. Morillo. Una traductora nativa hizo la retro-traducción al inglés, que fue revisada y aceptada por el profesor D. A. Clark. Esta versión castellana piloto se administró a un grupo de sujetos españoles, tanto expertos en TOC (N= 5) como legos en la materia (N= 15), que evaluó

la facilidad de comprensión y la redacción (tanto de las instrucciones como de los ítems) y la adecuación de la escala de respuesta a los ítems. El cuestionario se modificó ligeramente siguiendo las sugerencias de este grupo. Surge así la traducción al castellano del OCSQ (OCSQ-Spanish version) que hemos traducido como “Cuestionario de Obsesividad y Autoestima”, aunque a lo largo de este trabajo le denominaremos por sus siglas inglesas (OCSQ-S). Cabe aclarar que en todo momento se mantuvo el número original de 80 ítems, modificándose únicamente aspectos de contenido y redacción.

La distribución teórica de los ítems a lo largo de cada una de las escalas, así como la descripción de las mismas aparece en el Cuadro 32.

Cuadro 32. Distribución de los ítems en las 7 áreas teóricas del OCSQ-S.

1. Importancia para la autoestima de la limpieza , aseo, protección de la salud y evitación del contagio (13 ítems): 1,3, 4, 7, 12, 18, 36, 37, 38, 41, 48, 61, 77
2. Importancia para la autoestima de la seguridad y precisión (11 ítems): 17, 23, 27, 39, 42, 46, 49, 58, 60, 67, 71
3. Importancia para la autoestima de evitar el daño, ofensa y agresión hacia uno mismo o los demás (11 ítems): 19, 22, 25, 31, 35, 45, 54, 70, 73, 75, 78
4. Importancia para la autoestima de seguir los principios religiosos y morales (12 ítems): 2, 13, 16, 21, 24, 40, 50, 51, 56, 59, 64, 66
5. Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual (12 ítems): 20, 28, 29, 32, 53, 55, 62, 63, 72, 74, 76, 79
6. Importancia para la autoestima de ser ordenado (10 ítems): 5, 8, 11, 14, 15, 34, 44, 47, 68, 69
7. Importancia para la autoestima de las pertenencias y acumulación (11 ítems): 6, 9, 10, 26, 30, 33, 43, 52, 57, 65, 80

1.2 DEPURACIÓN DEL OCSQ-S: ANÁLISIS DE LOS ÍTEMES

Se empleó la muestra descrita como Muestra 2. Los 563 sujetos que configuran esta muestra, completaron el OCSQ-S junto a una batería de cuestionarios.

Para la depuración y reducción del OCSQ-S se siguió un procedimiento similar al seguido en la depuración del INPIOs, aunque en este caso fue más extenso, pues en el INPIOs partíamos de un instrumento previo, el ROII (Belloch et ál., 2004; Purdon y Clark, 1993, 1994).

En una primera fase nos planteamos eliminar del cuestionario los ítems que se ajustaran a uno o más de los siguientes criterios: (1) coincidencia del 80% de los sujetos en un punto de la escala; (2) valores de la escala no señalados por nadie; (3) aumento significativo del valor de alfa de la escala al eliminarlos; (4) correlación ítem-puntuación total menor de 0,30 (5) ítems redundantes, es decir, con coeficientes de inter-correlación mayores de 0,60 y cuyo contenido o descripción fuera muy similar y (6) aplicación de análisis factoriales exploratorios de las escalas teóricas para estudiar la homogeneidad y solapamiento entre los ítems, así como los valores de asimetría (deseable menor de 1 para aproximarse a la normalidad).

Siguiendo estos criterios, y tras examinar cada uno de los ítems, se decidió eliminar 24, quedando así reducido el cuestionario a 56 ítems.

2. FORMULACIÓN DE UN MODELO DE ÁREAS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA (RELACIONADAS CON EL TOC)

2.1 ESTRUCTURA Y DEPURACIÓN DEL OCSQ-S

Para determinar la estructura factorial del instrumento, se llevaron a cabo una serie de AFE de componentes principales con rotación no ortogonal sobre los 56 ítems del OCSQ-S. La Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (0,929) y la Prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{(gl=1540)} = 12678,65$, $p < 0,0001$) confirmaron que la distribución de los datos satisfacía los criterios psicométricos para realizar estos análisis. Tras la rotación oblicua se identificaron 12 factores con autovalores mayores de 1 que explicaban un 58,29% de la varianza, aunque los autovalores de los factores 9, 10, 11 y 12 oscilaron entre 1,18 y 1,00. Además, el gráfico de sedimentación sugería entre 1 y 4/5 factores. Se forzaron las soluciones de 2 a 8 factores, y basándonos en la sencillez del modelo y su sentido teórico, consideramos que la solución de 4 factores (39,52% de la varianza explicada) recogía mejor la estructura del instrumento al ser más sencilla y fácilmente interpretable. Siguiendo a Rapee et ál. (1996) eliminamos aquellos ítems: (1) que no mostraban una carga suficiente en ninguno de los factores (saturaciones menores de 0,35) y (2) que saturaban de forma similar en dos o más factores (diferencia en la saturación factorial de más de 0,10). Analizamos los 9 ítems que cumplían estas condiciones (14, 16, 25, 39, 41, 42, 46, 49 y 67) así como su influencia sobre la consistencia interna total de la escala, y decidimos eliminarlos, reduciendo a 47 los ítems del OCSQ-S. Realizamos una nueva serie de AFE y aplicando los mismos criterios, eliminamos 8 ítems quedando así una versión de 39. En los Anexos aparece esta versión final del OCSQ-S tanto en castellano como en inglés.

Quisiera señalar que a través del proceso de reducción quedaron eliminados, por diferentes criterios y en diferentes fases, todos los ítems invertidos, es decir, aquellos ítems que mantenían correlaciones negativas con la puntuación total del instrumento y mostraban saturaciones negativas (ítems 1, 25, 26, 27, 28 y 37).

A continuación se realizó una nueva serie de AFE de componentes principales con rotación no ortogonal con los 39 ítems seleccionados. Se identificaron 8 factores con autovalores mayores de 1 (autovalores= 10,34; 2,99; 2,14; 1,74; 1,38; 1,27; 1,08; 1,01). Sin embargo, el gráfico de sedimentación volvía a sugerir entre 1 y 5 factores. Las soluciones de cuatro y cinco factores (Cuadro 33) volvieron a revelar factores más fácilmente interpretables que tras la rotación explicaban entre un 44,14% y un 47,71% de la varianza. En la Tabla 41 aparece el porcentaje de varianza explicado por cada factor.

Tabla 41. Porcentaje de varianza explicada de cada factor en los Modelos 4 y 5 (véase Cuadro 33 para conocer los ítems de cada factor).

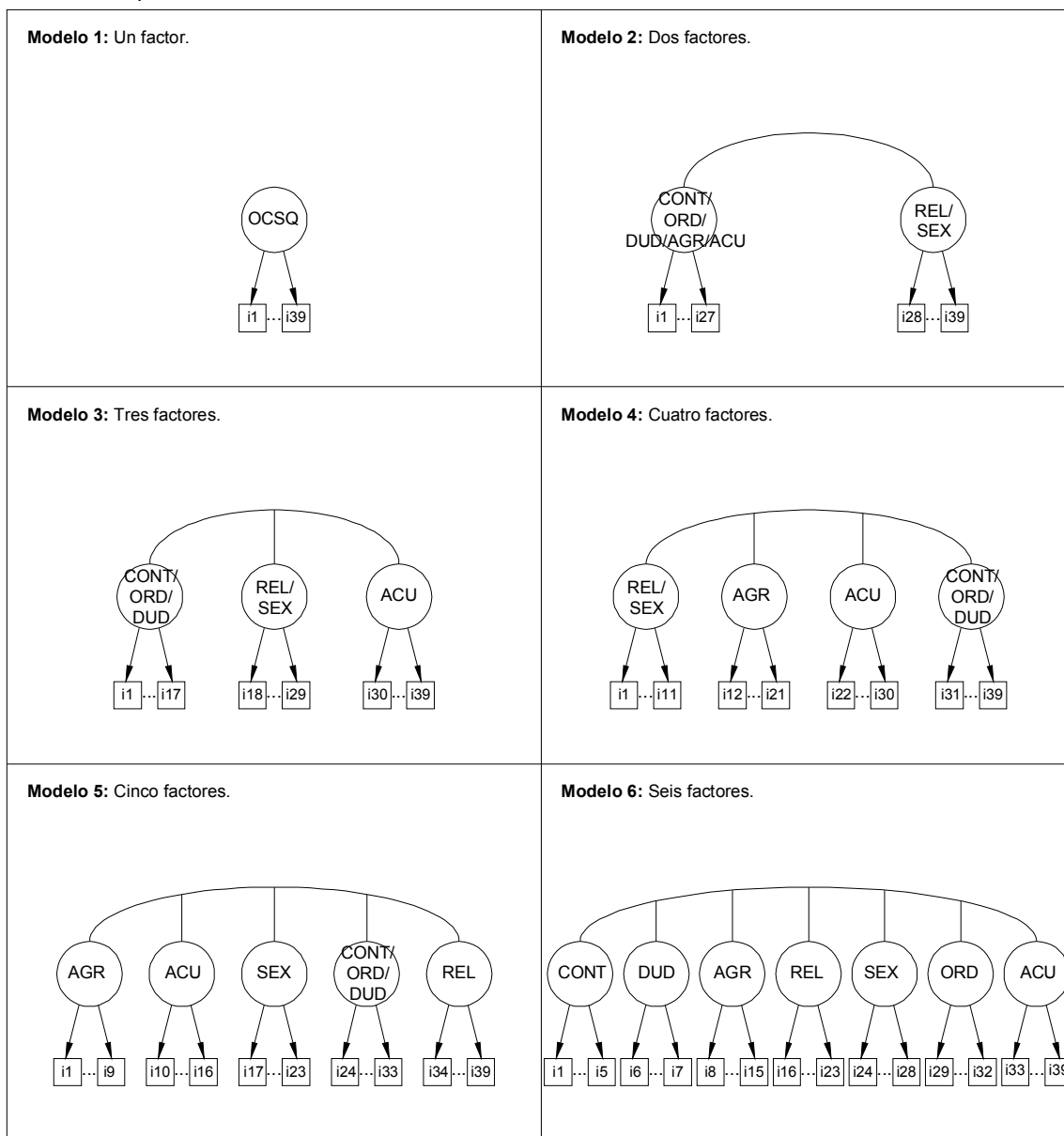
	F1	F2	F3	F4	F5
Modelo 4	26,52%	7,68%	5,48%	4,46%	-
Modelo 5	26,52%	7,68%	5,48%	4,46%	3,55%

El siguiente paso fue la realización de una serie de AFC a nivel de ítem a través de los que comparamos 6 modelos diferentes que quedan resumidos en el Cuadro 33 y Figura 4. Dado que en la literatura no existen antecedentes sobre instrumentos similares al OCSQ referidos a dominios relevantes para el TOC, los modelos que comparamos surgen en primer lugar de la estructura teórica de siete áreas que guió la construcción del OCSQ, así como de la distribución de las áreas de contenido relevantes en el TOC (p. ej., la estructura de seis factores del INPIOs: agresión, sexualidad/religión, contaminación, orden, dudas/comprobación y superstición), y de las series previas de AFE.

El modelo de estimación fue el de Máxima Verosimilitud con corrección robusta (Coeficiente normalizado de Mardia 46,3784). Debido a las correlaciones entre factores, se han empleado modelos oblicuos.

Los Modelos puestos a prueba aparecen en la Figura 4. El primer modelo fue el unidimensional en el que todos los ítems estarían en una misma dimensión de contingencias de la autoestima (*Modelo 1*). Los Modelos del 2 al 5 ponen a prueba la distribución de los ítems que sale de diferentes AFE forzando 2, 3, 4 y 5 factores respectivamente. El último modelo contrastado pone a prueba la estructura teórica de 7 áreas a partir de las que construimos el OCSQ (*Modelo 6*). El *Modelo 2* impone una estructura de dos factores a los siete dominios del OCSQ, donde un factor incluye la importancia para la autoestima de una conducta estricta a nivel moral, sexual y religiosa y el otro factor incluye el resto de dominios evaluados. El *Modelo 3* coincide al proponer un factor para el dominio religioso/moral, pero el resto de áreas las agrupa en dos factores: importancia de las pertenencias y acumulación y el resto de dominios. El *Modelo 4* coincide en los dos primeros factores con el anterior, pero propone un tercer dominio de agresión y ofensa a los demás y un último dominio que incluye los restantes. Por último, el *Modelo 5* propone separar el dominio de aspectos religiosos y sexuales en dos, y por lo demás es equivalente al *Modelo 4*.

Figura 4. Representación gráfica de los modelos puestos a prueba a través del análisis factorial confirmatorio para el OCSQ



ACU: Importancia para la autoestima de las pertenencias y acumulación; AGR: Importancia para la autoestima de evitar el daño, ofensa y agresión hacia uno mismo o los demás; CONT: Importancia para la autoestima de la limpieza, aseo, protección de la salud y evitación del contagio; DUD: Importancia para la autoestima de la seguridad y precisión; ORD: Importancia para la autoestima de ser ordenado; REL: Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual; SEX: Importancia para la autoestima de seguir los principios religiosos y morales.

En todos los modelos se asume que los factores latentes están intercorrelacionados.

El número de los ítems se ha puesto a modo simbólico, no hacen referencia a la numeración del cuestionario.

Cuadro 33. Modelos propuestos para poner a prueba a través de AFC.

	Factor: número de los ítems que incluye
Modelo 1: los 39 ítems forman un solo factor	F1: Importancia de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud + Importancia de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo + Importancia de las pertenencias y acumulación + Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social, sexual y moralmente "correcta" : 1-39
Modelo 2: distribución forzando 2 factores	F1 Importancia de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud + Importancia de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo + Importancia de las pertenencias y acumulación: 2, 3, 6,8,10,11,12 y 14, 18, 20,21,24, 34, 36, 38, 39, 4, 5, 7, 15, 17, 19, 22, 23, 27, 31, 25 F2 Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social, sexual y moralmente "correcta" 1, 9, 13, 16, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 37
Modelo 3: distribución forzando 3 factores	F1 Importancia de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud e Importancia de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12 y 14, 18, 20, 21, 24, 34, 36, 38, 39 F2 Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social, sexual y moralmente "correcta" 1, 9, 13, 16, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 29 F3 Importancia de las pertenencias y acumulación: 4, 7, 15, 17, 19, 22, 23, 27, 31, 25
Modelo 4: distribución forzando 4 factores	F1 Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social, sexual y moralmente "correcta": 1, 9, 13, 16, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 37 F2 Importancia de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo: 14, 18, 20, 21, 24, 29, 34, 36, 38, 39 F3 Importancia de las pertenencias y acumulación: 4, 7, 15, 17, 19, 22, 23, 27, 31 F4 Importancia de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 25
Modelo 5: distribución forzando 5 factores	F1: Importancia de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo: 14, 18, 20, 21, 24, 34, 36, 38, 39 F2 Importancia de las pertenencias y acumulación: 4, 7, 17, 19, 23, 27, 31 F3 Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual: 22, 29, 30, 32, 33, 35, 37 F4 Importancia de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud: 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 15, 25 F5 Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social y moralmente "correcta": 1, 9, 13, 16, 26, 28
Modelo 6: los 39 ítems se distribuyen en las siete escalas teóricas del OCSQ-S	1. Importancia para la autoestima de la limpieza, aseo, protección de la salud y evitación del contagio: 2, 3, 5, 21, 22 2. Importancia para la autoestima de la seguridad y precisión: 11, 15 3. Importancia para la autoestima de evitar el daño, ofensa y agresión hacia uno mismo o los demás: 12, 14, 18, 20, 24, 36, 38, 39 4. Importancia para la autoestima de seguir los principios religiosos y morales: 1, 9, 13, 16, 26, 30, 34, 35 5. Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual: 28, 29, 32, 33, 37 6. Importancia para la autoestima de ser ordenado: 6, 8, 10, 25 7. Importancia para la autoestima de las pertenencias y acumulación: 4, 7, 17, 19, 23, 27, 31

Los factores aparecen ordenados en función de mayor a menor varianza explicada.

La Tabla 42 muestra los índices de ajuste de los 6 modelos puestos a prueba. Aunque los Modelos 4, 5 y 6 cumplen la regla combinatoria sugerida por Hu y Bentler (1999) de SRMR <0,08 y

RMSEA <0,06, el Modelo 5 es el que presenta unos índices más ajustados y el que más se aproxima a los valores de 0,09 en el AGFI y CFI también sugeridos por Hu y Bentler (1999).

Tabla 42. Índices de ajuste para los modelos de AFC del OCSQ-S a nivel de ítem.

	Descripción del modelo	CFI	AGFI	SRMR	RMSEA (90% intervalo confianza)	χ^2 (gl)
Modelo 1	Un factor	0,629	0,634	0,084	0,078 (0,075-0,081)	3116,6722* (702)
Modelo 2	Dos factores	0,732	0,723	0,072	0,067 (0,064-0,069)	2442,8216* (701)
Modelo 3	Tres factores	0,766	0,759	0,069	0,062 (0,059-0,065)	2222,1542* (699)
Modelo 4	Cuatro factores	0,799	0,784	0,065	0,058 (0,055-0,061)	2006,8569* (696)
Modelo 5	Cinco factores	0,830	0,806	0,064	0,053 (0,050-0,056)	1800,5717* (692)
Modelo 6	Siete factores	0,810	0,783	0,070	0,057 (0,054-0,060)	2246,577* (681)

Los modelos del 2 al 5 son oblicuos. También fueron calculados con estructuras ortogonales, sin embargo, los datos se ajustaban peor.
CFI: Índice de Ajuste Comparativo; AGFI: Índice de Bondad de Ajuste Corregido; SRMR: Promedio de los residuales estandarizados; RMSEA: Promedio del error de aproximación
* $p \leq 0,001$.

Todos los ítems del Modelo 5 mostraron una carga factorial estandarizada significativa en el factor al que fueron adscritos, situándose entre 0,427 y 0,763 (Tabla 43). Por tanto, debido a sus mejores índices de bondad de ajuste, y a la adecuación de sus cargas factoriales, consideramos la estructura impuesta por el **Modelo 5** como la más apropiada para el OCSQ-S de 39 ítems, siendo esta configuración la que emplearemos a partir de este momento.

Tabla 43. Solución factorial estandarizada para el Modelo 5.

Número del factor. Descripción	Número de ítem. Descripción	λ
F1 Importancia de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	14. Hacer daño	0,498
	18. Grosería	0,619
	20. Cruel animales	0,483
	21. Si la gente... intolerancia demás piensen huelo mal	0,427
	24. Hacer daño	0,690
	34. Deshonestidad	0,611
	36. Pensamientos de hacer daño	0,578
	38. Tratar bien otros	0,674
	39. Amable y bondadoso: No hacer daño/ofender otros	0,548
F2 Importancia de las pertenencias y acumulación	4. Dificultad tirar	0,556
	7. Nuevas pertenencias	0,511
	17. Miedo a no encontrar	0,566
	19. No tirar	0,662
	23. Guardar/conservar	0,679
	27. Coleccionar	0,603
F3 Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual	31. Reutilizar	0,693
	22. Evitar contacto físico	0,357
	29. Intolerancia perversión sexual	0,636
	30. Intolerancia dudas religiosas	0,629
	32. Control sexo	0,687
	33. Alejar sexo	0,763
	35. Intolerancia pensar pecados	0,600

	37. Normas morales sexuales estrictas	0,671
F4 Importancia de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud	2. Evitación contagio	0,598
	3. Protección salud	0,474
	5. Limpieza de la ropa	0,583
	6. Como tiene que estar "exactamente así" (<i>just right</i>)	0,510
	8. Ordenado/organizado	0,487
	10. Seguir orden/secuencia	0,629
	11. Disminución riesgos	0,592
	12. Ser educado	0,617
	15. Ser más cuidadoso y meticulosos: perfeccionismo	0,537
	25. Intolerancia desorden	0,636
F5 Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social y moralmente "correcta"	1. Seguir valores religiosos	0,637
	9. Seguir prácticas religiosas	0,675
	13. Decidir en función creencias morales sexuales	0,732
	16. Salvación/perdón Dios	0,633
	26. Seguir principios morales	0,735
	28. Integridad moral sexual	0,522

2.2 DESCRIPCIÓN DEL OCSQ-S

Por lo tanto, el OCSQ-S final consta de 39 afirmaciones que versan sobre aspectos (comportamientos, características, o valores) cuyo logro o mantenimiento pueden ser fuentes de obtención de autoestima. En síntesis, el OCSQ-S valora el grado en que estos dominios son contingentes a, o influyen en, la autoestima de la persona (de 1 "completamente en desacuerdo" a 7 "completamente de acuerdo"). El contenido de los ítems hace referencia a 5 dominios que se relacionan con áreas de contenido de las obsesiones y compulsiones de las personas con TOC:

- 9 ítems hacen referencia a afirmaciones sobre preocupaciones relacionadas con el *daño* o *agresión* (Factor 1; p. ej., Sería difícil que me perdonara a mí mismo si, de forma accidental, le hiciera daño a alguien (aunque fuera un daño pequeño));

- 7 ítems están referidos al rol de la *acumulación* sobre el bienestar personal (Factor 2; p. ej., Me resulta muy difícil tirar cosas, incluso las poco importantes, porque quedarme sin ellas hace que me sienta mal conmigo mismo);

- 7 ítems se centran en la importancia que una conducta sexual "decorosa" tiene para la autoestima de la persona (Factor 3; p. ej., Es importante para mi autoestima que mi mente no tenga ningún pensamiento sexual impuro);

- 10 ítems abarcan la importancia que el orden, la limpieza, la seguridad, protección de la salud tienen para la persona (Factor 4; p. ej., Me encuentro mejor conmigo mismo si sé que he hecho todo lo posible para evitar que los demás se contagien con mis gérmenes);

■ 6 ítems aluden a la religión y moralidad, es decir, la importancia que seguir unos principios religiosos y morales estrictos tiene para la autoestima (Factor 5; p. ej., Si no hago caso a mis valores religiosos o morales, siento que pierdo el respeto hacia mí mismo).

Desde una perspectiva de su utilización en la práctica, las escalas se calculan como la media de la escala:

$$\frac{\Sigma \text{escala}}{\text{n}^\circ \text{ ítems de la escala}}$$

2.3 DATOS DESCRIPTIVOS Y ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL OCSQ-S

Los ítems con los cuales los participantes estuvieron más de acuerdo y en desacuerdo aparecen en la Tabla 44. Los ítems en los que mayor número de personas respondieron “neutro” fueron el ítem 9 “Las cosas que tengo, que me pertenecen, son importantes para mi autoestima” (un 30% de los sujetos señala la opción neutra, número 4 de la escala de respuesta), el 23 “Me hace sentir bien conmigo mismo ser más cuidadoso y meticuloso que el resto de la gente”(29%) y el 32 “Por lo que se refiere a mi conducta sexual, el simple hecho de pensar en violar mis principios morales hace que disminuya mi autoestima”(25%).

Tabla 44. Ítems en los que los participantes estuvieron más de acuerdo y en desacuerdo y porcentaje de personas que mantienen esa opinión.

Número y descripción del ítem	Bastante y completamente desacuerdo ¹	Número y descripción del ítem	Bastante y completamente de acuerdo ²
22 Sería difícil que me perdonara a mí mismo si, de forma accidental, le hiciera daño a alguien (aunque fuera un daño pequeño)	67,60%	6 Me resulta muy difícil tirar cosas, incluso las poco importantes, porque quedarme sin ellas hace que me sienta mal conmigo mismo	85,60%
16 El impulso de decir o “soltar” una obscenidad hace que ponga en duda mi integridad mora	60,40%	21 Para sentirme bien conmigo mismo mis actos o mis decisiones deben basarse en mis creencias y valores religiosos o morales	69,80%
33 Si me deshago de algún objeto, por insignificante que sea, y después lo necesito, me siento muy mal conmigo mismo	56,70%	8 Cuando siento que algo que he hecho está “bien”, o “exactamente como tiene que estar” me siento mucho mejor conmigo mismo	63%
27 Corregir mis errores tiene un importante efecto positivo sobre mi autoestima	54,50%	20. Me siento especialmente bien conmigo mismo cuando borro de mi mente todos los pensamientos, fantasías o impulsos sexuales “impuros”	61,60%
9 Las cosas que tengo, que me pertenecen, son importantes para mi autoestima	46,70%	12 Me avergonzaría de mí mismo si alguien pensara que he descuidado mi higiene personal después de usar el aseo (por ej., que no me he lavado bien las manos)	54%

¹ porcentaje personas que indica estar entre muy y bastante en desacuerdo con el enunciado (OCSQ puntuaciones entre 1 y 2)

² porcentaje personas que indica estar entre muy y bastante de acuerdo con el enunciado (OCSQ puntuaciones entre 5 y 6)

En la Tabla 45 se proporcionan los descriptivos básicos de cada una de las escalas, así como los coeficientes de correlación de Pearson entre ellas. La media de cada una de las escalas del OCSQ nos indica en qué grado la muestra evaluada, está, en general, *de acuerdo o en desacuerdo* con una serie de frases sobre la *importancia* que determinados aspectos relacionados con el TOC (i.e., agresión, acumulación, conducta sexual, orden, limpieza, religión) tienen para la autoestima de la persona. Teniendo en cuenta que la escala de respuesta va de 1 (completamente en desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo) pasando por un punto neutro (4).

Las medias parecen indicar que las personas de nuestras muestras tienen una opinión poco definida, especialmente en lo referido a la importancia para la autoestima de la acumulación (media= 3,73; DT= 1,12), seguir los principios religiosos y morales (media= 3,75; DT= 1,34) y evitar la agresión (media= 4,84; DT= 0,97). Estos aspectos parecen no ser importantes, ni en sentido positivo (muy importante) ni en sentido negativo (nada importantes) para nuestros sujetos. Mantener una conducta decorosa a nivel sexual parece ser el aspecto menos importante para la autoestima, mientras que ser ordenado, limpio, evitar el contagio y proteger la salud, parecen ser los dominios que más afectan a la autoestima, aunque, como puede observarse, en general, las posiciones no son extremas ni en un sentido ni en el otro.

Tanto la puntuación total como las escalas del OCSQ muestran una ligera asimetría negativa lo que indica que los participantes están más en desacuerdo que de acuerdo con las afirmaciones. El único dominio con asimetría positiva es el de Importancia para la autoestima de ser ordenado, limpio, seguridad, evitar contagio, proteger salud. Los dominios sobre la Importancia de las pertenencias y acumulación e Importancia de seguir principios religiosos y de una conducta social y moralmente “correcta” se ajustan bastante bien a la normalidad.

Se observan coeficientes de correlación moderados y altos entre todas las escalas del OCSQ, y altas entre la puntuación total del OCSQ y sus escalas. Estas asociaciones indican la alta relación entre todas las dimensiones evaluadas por el OCSQ. Las escalas menos relacionadas son las de Importancia para la autoestima de las pertenencias y acumulación, y la de seguir los principios religiosos/ morales ($r = 0,28$).

Se comprobó que cada uno de los ítems presentaba mayores correlaciones con la puntuación total de su escala que con el resto de las escalas, dato que apoya las escalas propuestas (esta información no se proporciona por no considerarse relevante).

Tabla 45. Estadísticos descriptivos, fiabilidad y correlaciones de Pearson entre la puntuación media total del OCSQ-S y de cada una de sus escalas y con la discapacidad social.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	F1	F2	F3	F4	F5	Total
Media (DT)	4,85 (0,97)	3,73 (1,13)	2,98 (1,17)	5,11 (0,91)	3,74 (1,34)	4,21 (0,83)
Mínimo-máximo	1,22-7	1-7	1-7	2,10-7	1,17-7	1,87-6,64
Percentil 75	5,55	4,46	3,71	5,80	4,66	4,79
Asimetría	-0,47	-0,07	0,34	-0,53	-0,01	-0,24
α	0,82	0,81	0,81	0,82	0,79	0,92
α argentinos	0,82	0,82	0,84	0,82	0,83	0,94
α canadienses	0,65	0,33	0,70	0,77	0,60	0,89
α grupo con TOC	0,86	0,83	0,75	0,74	0,73	0,88
Coefficiente Correlación Intraclass (7-14 días, n=211)	0,91	0,90	0,89	0,89	0,89	0,96
Coefficiente de correlación con escala de discapacidad social Marlowe-Crowne	0,11**	-0,09*	0,06	0,06	0,13**	0,07
F1 Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y <u>ofensa</u> hacia los demás y hacia uno mismo	1	0,49***	0,55***	0,59***	0,37***	0,79***
F2 Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	-	1	0,49***	0,59***	0,28***	0,74***
F3 Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa a nivel sexual</u>	-	-	1	0,46***	0,61***	0,81***
F4 Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	-	-	-	1	0,37***	0,80***
F5 Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y <u>moralmente "correcta"</u>	-	-	-	-	1	0,68***

Todos los datos están referidos a la Muestra 2, excepto la consistencia interna (alfa de Cronbach) calculada también para la muestra 3 (argentinos), 4 (canadienses) y 5 (clínicos con TOC).

*** $p \leq 0,001$

DISTRIBUCIÓN PARTICIPANTES A LO LARGO OCSQ-S

Teniendo en cuenta que la puntuación media de algunas de las escalas se sitúa en torno a 4 ('neutro'), decidimos que sería relevante estudiar qué porcentaje de participantes se sitúa en cada una de las posiciones las evaluadas por el OCSQ. Así, formamos un primer grupo para quien el área en cuestión no era importante para su autoestima); un segundo grupo con aquellos que tenían una puntuación indefinida, y un tercer grupo formado por aquellas personas que estaban de acuerdo con el enunciado (y por tanto consideraban esa área relevante para su autoestima). Cada uno de los grupos incluía las siguientes puntuaciones:

- en desacuerdo/no importante para mi autoestima: personas con puntuaciones entre 1 (completamente en desacuerdo) y 3 (algo en desacuerdo).
- "posición indefinida": puntuaciones entre 3,01 y 4,99, siendo 4 'neutro'
- de acuerdo/importante para la autoestima: puntuaciones entre 5 (algo de acuerdo) y 7 (completamente de acuerdo).

En la Tabla 46 se especifica el número (y el porcentaje) de sujetos que se sitúa en cada opción de respuesta en cada una de las áreas evaluadas por el OCSQ-S. Entre un 6,40% y un 58,60% de los participantes consideran importantes los aspectos evaluados. Se observa que para gran parte de los participantes es importante evitar la agresión y ser ordenado, limpio o proteger la salud, mientras que no lo es tanto mantener una conducta decorosa a nivel sexual. Por último, las dimensiones de acumular y mantener los principios religiosos, especialmente la primera, son las que presentan un mayor porcentaje de personas se sitúan entorno a una posición intermedia.

Tabla 46. Porcentaje (número) de personas que adoptan cada opción de respuesta en el OCSQ.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	Nada importante ¹	Indefinido ²	Muy importante ³
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	5% (n=28)	46% (n=259)	48,8% (n=275)
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	28,40% (n=160)	57% (n=321)	14,40% (n=81)
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa</u> a nivel sexual	53,50% (n=301)	40% (n=225)	6,40% (n=36)
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	2,70% (n=15)	38,50% (n=217)	58,60% (n=330)
Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y moralmente "correcta"	30,90% (n=174)	51,20% (n=288)	17,80% (n=100)

¹ puntuaciones en el OCSQ entre 1-3; ² puntuaciones en el OCSQ entre 5-7; ³ puntuaciones en el OCSQ entre 3,01-4,99.

FIABILIDAD DEL OCSQ-S

La consistencia interna del OCSQ-S fue excelente ($\alpha = 0,92$), siendo también buena la de cada una de las cinco subescalas (Tabla 45). Así mismo, el alfa de Cronbach no mejoraba al eliminar ninguno de los ítems, con la excepción de la consistencia interna del factor 3 (Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual), que aumentaba de 0,81 a 0,82 al eliminar el ítem 22; sin embargo consideramos que el incremento en la consistencia interna de la escala no era tan importante como para eliminar un ítem que sí resultaba relevante.

El instrumento también mostró una buena estabilidad temporal o fiabilidad test-retest calculada con un intervalo de entre 7 y 14 días (n=211). Como se observa en la Tabla 45, la estabilidad temporal del OCSQ (Total y escalas) fueron también excelentes.

La consistencia interna en la muestra argentina y en el grupo de clínicos (algo peor en los factores 3-5) fue buena, semejante a la observada en la población no clínica española. Sin embargo, aunque la consistencia interna del instrumento (puntuación total) fue buena en el caso de los canadienses, no lo fueron los factores de "Importancia para la autoestima de evitar la agresión (...)", "Importancia para la autoestima de ser ordenado, limpio (...)" y especialmente el factor relacionado con las pertenencias y la acumulación. Dado que el objetivo de este trabajo es la población española, no se ha realizado ninguna

modificación sobre el instrumento, sin embargo, los resultados en población canadiense referentes a estas escalas deberán tomarse con mucha cautela.

DESEABILIDAD SOCIAL

Las correlaciones entre las escalas y la puntuación total del OCSQ y la escala de Marlowe-Crowne de deseabilidad social (Tabla 45) son muy bajas indicando que los resultados no están influidos por la deseabilidad social. Los únicos coeficientes de correlación significativos se observan con los factores de Importancia para la autoestima de evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo e Importancia para la autoestima de seguir principios religiosos y de una conducta social y moralmente “correcta”.

2.4 ESTABILIDAD DEL MODELO

El siguiente paso fue estudiar la estabilidad de la estructura propuesta de dominios del Yo a través de las variables sociodemográficas recogidas. Dado que carecemos de algunos datos sociodemográficos de sujetos concretos, el número de individuos empleado en cada análisis varía entre 560 (comparaciones en función del género) y 562 (en función del nivel educativo) participantes.

Para interpretar los resultados que vienen a continuación, cabe recordar que la escala de respuesta del OCSQ va desde 1 ('completamente en desacuerdo') hasta 7 ('completamente de acuerdo') con una puntuación central de 4 ('neutra').

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

En la Tabla 47 se observa que únicamente hay diferencias significativas en función del género en la Importancia que tiene para la autoestima evitar la agresión y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo, siendo la puntuación ligeramente superior en las mujeres, si bien el tamaño del efecto es muy pequeño (d de Cohen = -0,18).

Tabla 47. Diferencias en el OCSQ en función del género.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)	Hombre (n=201)	Mujer (n=359)	t	gl
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	4,72 (0,96)	4,90 (0,97)	-2,12*	558; 416,65
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	3,77 (1,02)	3,71 (1,17)	0,63	558; 464,01
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa a nivel sexual</u>	3,05 (1,20)	2,95 (1,14)	1,00	558; 397,53
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	5,11 (0,87)	5,11 (0,93)	0,02	558; 437,43
Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y <u>moralmente “correcta”</u>	3,72 (1,41)	3,75 (1,30)	-0,32	558; 387,71

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

* $p \leq 0,05$

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Para explorar si las diferencias en función de la edad eran relevantes, se realizaron series de análisis de correlaciones de Pearson entre cada una de las escalas del OCSQ y su puntuación total y la edad (Tabla 48). Los coeficientes de correlación fueron bajos (entre 0,15 y 0,28) y positivos. En general se observa una tendencia a considerar más relevantes los dominios por las personas con mayor edad, pero debido a la baja magnitud de las correlaciones y a que la edad no está distribuida de forma uniforme a lo largo de la muestra, siendo mucho mayor el porcentaje de personas jóvenes (446 personas menores de 40 años frente a 117 mayores de 40 años), estas diferencias no son demasiado relevantes ni, seguramente, generalizables.

Tabla 48. Coeficientes de correlación entre las escalas del OCSQ y la edad de los participantes.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)	edad
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	0,15
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	0,15
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa a nivel sexual</u>	0,28
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	0,26
Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y <u>moralmente "correcta"</u>	0,26

Todas las correlaciones son significativas $p \leq 0,001$.

DIFERENCIAS EN EL NIVEL EDUCATIVO

En la Tabla 49 se observan diferencias significativas en las dimensiones del OCSQ de Importancia de las pertenencias, de tener una conducta decorosa a nivel sexual y de ser ordenado/limpio en función del nivel de estudios, siendo las personas con estudios superiores quienes conceden menos importancia a estas dimensiones. Sin embargo estas diferencias, que no variaron cuando la edad se introdujo como covariable (edad y nivel de estudios r Spearman= -0,25; $p \leq 0,001$), son muy pequeñas (tamaños efecto $< 0,058$).

Tabla 49. Diferencias en OCSQ en función del nivel de estudios.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)	Primarios (n=36)	Medios (n=184)	Superiores (n=342)	F _(2; 559)	η^2_p
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	5,13 (1,08)	4,94 (0,95)	4,75 (0,96)	3,97	0,01
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	4,19 (0,93)a	3,99 (1,07)a	3,55 (1,13)b	13,06***	0,04
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa a nivel sexual</u>	3,59 (1,20) a	3,23 (1,23) a	2,78 (1,07) b	14,77***	0,050
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	5,67 (0,75) a	5,32 (0,83) a	4,93 (0,92) b	19,15***	0,056
Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y <u>moralmente "correcta"</u>	4,18 (1,41)	3,79 (1,42)	3,68 (1,28)	2,33	0,008

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

*** $p \leq 0,001$

a, b, c indican las comparaciones a posteriori por medio de Tukey

DIFERENCIAS EN EL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Únicamente se encuentran diferencias significativas en función del nivel socio-económico en el factor de Importancia para la autoestima de las pertenencias y acumulación (Tabla 50), siendo más importante para quienes tienen un nivel socio-económico más bajo. Sin embargo estas diferencias tienen un tamaño del efecto muy pequeño ($\eta^2_p = 0,02$). Se descartó que las diferencias fueran debidas a la edad controlando esta variable a través de una serie de ANCOVA.

Tabla 50. Diferencias en OCSQ en función del nivel de estudios.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)	Bajo (n=8)	Medio-bajo (n=57)	Medio (n=417)	Medio-alto (n=63)	Alto (n=16)	F _(4; 556)
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	3,91 (1,62)	4,95 (1,03)	4,85 (0,94)	4,79 (1,04)	4,87 (0,81)	1,97
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	3,37 (1,54) _{a,b}	4,13 (1,05) _a	3,72 (1,11) _{a,b}	3,50 (1,17) _b	3,75 (1,17) _{a,b}	2,08*
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa a nivel sexual</u>	2,51 (2,51)	3,03 (1,15)	2,99 (1,14)	2,91 (1,27)	3,00 (1,53)	2,69
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	4,46 (1,34)	5,40 (0,80)	5,09 (0,91)	5,04 (0,94)	5,06 (0,68)	0,41
Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y <u>moralmente "correcta"</u>	3,29 (1,62)	3,80 (1,39)	3,75 (1,32)	3,72 (1,47)	3,72 (1,24)	2,55

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

* $p \leq 0,05$; a, b, c indican las comparaciones a posteriori por medio de Tukey

DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

Se observaron diferencias significativas en la escalas del OCSQ en función del estado civil de los participantes (ver Tabla 51), en la mayoría de los casos, los solteros (*versus* los casados) conceden menor importancia a los dominios evaluados. Atendiendo a los tamaños del efecto, las únicas diferencias moderadas son las que se dan en el dominio de Importancia del orden y la limpieza. De nuevo se descartó que las diferencias fueran debidas a la edad controlando esta variable en una serie de ANCOVA.

Tabla 51. Diferencias en el OCSQ en función del estado civil.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)	Soltero (n=371)	Divorciado/ separado/ viudo (n=14)	Casado (n=140)	Vive en pareja (n=36)	F _(3; 557) *Welch (3; 49,09)	η^2_p
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	4,74 (0,93) _a	4,76 (0,70) _{a,b}	5,07 (1,02) _b	4,96 (1,07) _{a,b}	4,11**	0,02
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	3,59 (1,08) _a	3,81 (1,38) _{a,b}	3,96 (1,10) _b	4,17 (1,16) _b	5,88***	0,03
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa a nivel sexual</u>	2,79 (1,04) _a	3,32 (1,22) _{a,b}	3,45 (1,31) _b	2,97 (1,28) _{a,b}	11,72***	0,05
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	4,91 (0,85) _a	5,53 (0,62) _b	5,54 (0,87) _b	5,25 (1,05) _{a,b}	18,94***	0,09
Importancia para la autoestima de seguir principios <u>religiosos</u> y de una conducta social y <u>moralmente "correcta"</u>	3,60 (1,23) _a	4,61 (1,03) _b	4,10 (1,50) _b	3,45 (1,49) _a	+7,70***	0,03

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

+ debido a la falta de homogeneidad del F5, se emplea el estadístico de Welch en lugar de la F y la prueba a posteriori de Games-Howell. En el resto de casos se emplean las pruebas a posteriori de Tukey; a, b, c indican diferencias significativas en las pruebas a posteriori.

Podemos concluir este apartado señalando que las diferencias en las dimensiones del OCSQ-S en función de las diferentes variables observadas son tan pequeñas que podemos considerar que el modelo es consistente e invariable a lo largo de estas dimensiones.

2.5 ASOCIACIONES ENTRE EL MODELO DE ÁREAS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA EVALUADAS POR EL OCSQ-S Y OTRAS MEDIDAS DE AUTOESTIMA

La Tabla 52 recoge los coeficientes de correlación entre el OCSQ, el CSW y la autoestima general (RSE). Se observan mayores asociaciones (entre moderados y altos) entre las escalas del OCSQ y del CSW que evalúan aspectos semejantes (p. ej., $r=0,61$ OCSQ-Importancia para la autoestima de seguir los principios religiosos y morales y CSW-Importancia para la autoestima de ser una persona virtuosa o con altos estándares morales), que entre las escalas que evalúan aspectos diferentes (p. ej., $r=0,13$ entre OCSQ-Importancia para la autoestima de tener una conducta decorosa a nivel sexual y CSW-Importancia para la autoestima de la competencia académica). Sin embargo, las diferentes dimensiones del OCSQ y el nivel de autoestima general (RSE) mantienen correlaciones muy bajas, como era de esperar, pues ambos instrumentos no evalúan aspectos relacionados.

Tabla 52. Correlaciones entre el OCSQ-S y otras medidas de autoestima.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	Cuestionario de contingencias de la autoestima (CSW)							RSE
	Apoyo familiar	Comparación con otros	Apariencia física	Religión	Competencia académica	Ser virtuosa/moral	Aprobación demás	
Imp. evitar agresión y ofensa	0,37***	0,22***	0,16***	0,20***	0,32***	0,52***	0,35***	-0,10*
Imp. pertenencia y acumulación	0,26***	0,37***	0,22***	0,24***	0,27***	0,28***	0,20***	-0,12**
Imp. cda sexual decorosa	0,18***	0,19***	0,07	0,56***	0,13**	0,43***	0,19***	-0,078
Imp. ordenado, limpio, seguridad	0,32***	0,23***	0,09*	0,26***	0,26***	0,36***	0,12**	-0,047
Imp. ppios religiosos y morales	0,21***	0,12**	0,01	0,66***	0,20***	0,61***	0,08*	-0,10*

RSE: Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

3 ASOCIACIONES ENTRE EL MODELO DE DOMINIOS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA, LA FRECUENCIA DE LOS PIO, SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA

En la Tabla 53 se observan asociaciones moderadas entre la Importancia para la autoestima de evitar la agresión y de acumular y la frecuencia de los PIO de orden, de duda, de contaminación y de superstición. La importancia de mantener una conducta sexual decorosa mantiene asociaciones moderadas con la frecuencia de los PIO de contaminación, y la Importancia de la limpieza, la seguridad y el orden mantiene altas correlaciones con la frecuencia de los PIO de orden. El resto de asociaciones son bajas. Cabe resaltar que la frecuencia de los PIO agresivos y sexuales/religiosos no mantiene correlaciones moderadas o altas con ninguna de las variables del OCSQ-S. Al controlar la influencia de la

obsesividad en las asociaciones entre la frecuencia de los PIO y la importancia de los dominios del OCSQ-S para la autoestima, éstas bajan para todas las asociaciones excepto para la relación entre la frecuencia de los PIO agresivos y sexuales/religiosos y las dimensiones del OCSQ-S.

Tabla 53. Coeficientes de correlación (*en cursiva parciales controlando CBOCI*) entre los factores INPIOs 1ª parte y el OCSQ-S.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs)						Total
	F1 AGR	F2 SEX/REL	F3 ORD	F4 DUD	F5 CONT	F6 SUP	
Imp. evitar agresión y ofensa	-0,07 <i>-0,19***</i>	0,03 <i>-0,06</i>	0,30*** <i>0,20***</i>	0,28*** <i>0,16***</i>	0,33*** <i>0,23***</i>	0,10* <i>-0,03</i>	0,25*** <i>0,14***</i>
Imp. pertenenc y acum	0,12** <i>0,01</i>	0,11** <i>-0,01</i>	0,35*** <i>0,22***</i>	0,34*** <i>0,19***</i>	0,37*** <i>0,24***</i>	0,24*** <i>0,09*</i>	0,32*** <i>0,17***</i>
Imp. cdta sexual decorosa	-0,08* <i>-0,20***</i>	-0,05 <i>-0,15***</i>	0,25*** <i>0,17***</i>	0,15*** <i>0,02</i>	0,30*** <i>0,22***</i>	0,12** <i>0,01</i>	0,18*** <i>0,06</i>
Imp. ordenado, limpio, seguridad	-0,03 <i>-0,12**</i>	0,02 <i>-0,06</i>	0,41*** <i>0,35***</i>	0,22*** <i>0,12**</i>	0,26*** <i>0,17***</i>	0,10* <i>-0,01</i>	0,26*** <i>0,16***</i>
Imp. ppios religiosos y morales	-0,03 <i>-0,08*</i>	-0,02 <i>-0,06</i>	0,18*** <i>0,16***</i>	0,10* <i>0,05</i>	0,17*** <i>0,13***</i>	0,10* <i>0,05</i>	0,10* <i>0,05</i>
Total	-0,02 <i>-0,16***</i>	0,02 <i>-0,10*</i>	0,40*** <i>0,30***</i>	0,29*** <i>0,14***</i>	0,37*** <i>0,27***</i>	0,17*** <i>0,02</i>	0,29*** <i>0,16***</i>

En *cursiva* en la segunda fila de cada variable, controlando el Inventario obsesivo-compulsivo Clark-Beck (CBOCI)

En la Tabla 54 se observa el patrón de coeficientes de correlación entre el OCSQ-S y medidas de sintomatología obsesivo-compulsiva, ansiosa (PSWQ y BAI) y depresiva (BDI). El tamaño de los coeficientes obtenido es, en general, entre moderado y bajo. No obstante, hay que resaltar que las escalas del OCSQ-S se asocian más con las medidas de obsesividad, que con las de ansiedad y depresión, aun cuando se controla el peso de éstas últimas. Esto es especialmente claro en el caso de las escalas de Acumulación y Conducta sexual decorosa, puesto que las correlaciones que mantienen con los cuestionarios de obsesividad se atenúan poco cuando se controla el peso de las medidas de ansiedad y depresión. Por lo que se refiere a las subescalas de Importancia de evitar la agresión y de la limpieza, protección de la salud y el orden, las asociaciones con obsesividad son similares a las obtenidas con la medida general de preocupación ansiosa (PSWQ). Este dato puede estar indicando que, en realidad, los aspectos que evalúan estas dos escalas se refieren a temas que no son solo característicos de obsesividad, sino que se presentan asimismo en el caso de la preocupación ansiosa, especialmente cuando estos aspectos se evalúan en población general. Finalmente, los índices de asociación menos importantes se obtuvieron en la escala de Importancia para la autoestima de seguir principios religiosos y morales, si bien hay que indicar que fueron mayores que los obtenidos para depresión y ansiedad (BAI). Es posible que el hecho de tratarse de una muestra formada en su mayoría por adultos jóvenes con formación universitaria, explique en parte este dato.

Tabla 54. Coeficientes de correlación (*parciales en cursiva*) entre el OCSQ-S e instrumentos que miden sintomatología obsesiva, depresiva y ansiosa.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	OCI-R	CBOCI	PDQ-OC	PSWQ	BAI	BDI-II
<i>En cursiva (2ª fila)</i>	<i>controlando BDI-II, BAI, PSWQ</i>			<i>controlando CBOCI, OCI-R</i>		
Imp. evitar agresión y ofensa	0,28*** <i>0,19***</i>	0,31*** <i>0,16***</i>	0,26*** <i>0,15***</i>	0,31*** <i>0,17***</i>	0,20*** <i>0,01</i>	0,23*** <i>0,06</i>
Imp. pertenencias y acumulación	0,37*** <i>0,25***</i>	0,40*** <i>0,21***</i>	0,41*** <i>0,31***</i>	0,28*** <i>0,09*</i>	0,31*** <i>0,10*</i>	0,33*** <i>0,14***</i>
Imp. cdta sexual decorosa	0,31*** <i>0,25***</i>	0,28*** <i>0,18***</i>	0,24*** <i>0,16***</i>	0,21*** <i>0,07</i>	0,14*** <i>-0,05</i>	0,20*** <i>0,05</i>
Imp. ordenado, limpio, seguridad	0,34*** <i>0,28***</i>	0,27*** <i>0,14***</i>	0,28*** <i>0,19***</i>	0,27*** <i>0,15***</i>	0,14*** <i>-0,04</i>	0,19*** <i>0,04</i>
Imp. principios religiosos y morales	0,16*** <i>0,14***</i>	0,13** <i>0,06</i>	0,17*** <i>0,13**</i>	0,17*** <i>0,12</i>	0,053 <i>-0,04</i>	0,11** <i>0,03</i>

OCI-R: Inventario Obsesivo Compulsivo-Reducido; CBOCI: Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark-Beck; PDQ: escala de personalidad obsesivo-compulsiva del PDQ-4+; PSWQ: Cuestionario de preocupación de Pensilvania; BAI: Inventario ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario depresión de Beck-II
 ** p≤0,01; ***p≤0,001

4 DIFERENCIAS EN LAS ÁREAS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA (RELACIONADAS CON EL TOC) EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO CULTURAL

Respondiendo al cuarto subobjetivo propuesto, hemos estudiado en qué medida la relevancia de las áreas evaluadas por el OCSQ-S varía a lo largo de diferentes contextos culturales. Para ello hemos comparado las puntuaciones de los participantes procedentes de la población general, y descritos como Muestras 2 (participantes españoles), 3 (participantes argentinos) y 4 (participantes canadienses).

En primer lugar nos interesó estudiar qué porcentaje de personas mantenía cada una de las posiciones en el OCSQ-S. En la Tabla 55 se observa que evitar la agresión es más importante para la autoestima de los españoles; la acumulación es relevante para la autoestima de un pequeño porcentaje de personas de los tres países (menor al 25%), sin embargo los canadienses son los que menos expresan estar en desacuerdo con la afirmación, seguidos por los españoles y en último lugar por los argentinos. Es decir, aunque para nadie es importante, los argentinos lo tienen más claro. El orden y la limpieza son importantes en general para todos, pero lo es más para los españoles, y por último, parece que los canadienses consideran que es más importante para su autoestima mantener una conducta decorosa a nivel sexual y mantener los principios religiosos y morales que españoles y argentinos. Sin embargo, recordemos que estas dos escalas, junto con la relacionada con la acumulación, no presentan una buena consistencia interna en la muestra canadiense, por lo que estos resultados deben de ser tomados con cautela.

Tabla 55. Porcentaje y número de personas que mantienen cada una de las posiciones del OCSQ-S en función del contexto de procedencia.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)				
	grupo	Nada importante ¹	Indefinido ²	Muy importante ³
Importancia para la autoestima de <u>evitar la agresión</u> y ofensa hacia los demás y hacia uno mismo	España	5% (n=28)	46% (n=259)	48,8% (n=275)
	Argentina	14,68% (n=21)	48,95% (n=70)	36,36% (n=52)
	Canadá	4,27% (n=5)	73,54% (n=86)	22,22% (n=26)
	$\chi^2_{(gl=4)} = 48,83, p \leq 0,001$; Coeficiente contingencia= 0,236; $p \leq 0,001$			
Importancia para la autoestima de las pertenencias y <u>acumulación</u>	España	28,40% (n=160)	57% (n=321)	14,40% (n=81)
	Argentina	40,56% (n=58)	45,45% (n=65)	13,98% (n=20)
	Canadá	8,54% (n=10)	74,35% (n=87)	17,09% (n=20)
	$\chi^2_{(gl=4)} = 34,71, p \leq 0,001$; Coeficiente contingencia=0,201; $p \leq 0,001$			
Importancia para la autoestima de tener una conducta <u>decorosa</u> a nivel <u>sexual</u>	España	53,50% (n=301)	40% (n=225)	6,40% (n=36)
	Argentina	59,44% (n=85)	33,56% (n=48)	6,99% (n=10)
	Canadá	18,80% (n=22)	59,82% (n=70)	21,36% (n=25)
	$\chi^2_{(gl=4)} = 65,16, p \leq 0,001$; Coeficiente contingencia=0,271; $p \leq 0,001$			
Importancia para la autoestima de ser <u>ordenado, limpio, seguridad</u> , evitar contagio, proteger salud	España	2,70% (n=15)	38,50% (n=217)	58,60% (n=330)
	Argentina	6,29% (n=9)	51,74% (n=74)	41,95% (n=60)
	Canadá	2,56% (n=3)	67,52% (n=79)	29,91% (n=35)
	$\chi^2_{(gl=4)} = 43,04, p \leq 0,001$; Coeficiente contingencia=0,223; $p \leq 0,001$			
Importancia para la autoestima de seguir <u>principios religiosos</u> y de una conducta social y moralmente "correcta"	España	30,90% (n=174)	51,20% (n=288)	17,80% (n=100)
	Argentina	36,36% (n=52)	41,95% (n=60)	21,67% (n=31)
	Canadá	0,85% (n=1)	45,30% (n=53)	53,85% (n=63)
	$\chi^2_{(gl=4)} = 92,51, p \leq 0,001$; Coeficiente contingencia=0,318; $p \leq 0,001$			

¹ puntuaciones en el OCSQ entre 1-3; ² puntuaciones en el OCSQ entre 3,01-4,99; ³ puntuaciones en el OCSQ entre 5-7.

En la Tabla 56 se vuelven a comparar los tres grupos de participantes en cada una de las variables del OCSQ-S pero desde un enfoque dimensional y controlando el posible efecto de la edad. Como se puede observar, las mayores diferencias (tamaños del efecto mayores) se dan en las dimensiones referidas a mantener una conducta sexual decorosa, seguir los principios religiosos y al orden, limpieza y seguridad. Mientras que la autoestima de los españoles parece basarse más el orden, la limpieza y la seguridad, la de los canadienses parece hacerlo más en seguir unos principios religiosos y sexuales y en mantener conductas sexualmente decorosas. Sin embargo, recordemos que estas dos últimas escalas presentan una mala consistencia interna en el caso de la muestra canadiense. Estos resultados, a grandes rasgos confirman lo observado en la Tabla 55.

Tabla 56. Diferencias transculturales en la importancia que tienen los dominios del OCSQ-S para la autoestima controlando la posible influencia de la edad.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	españoles (n=562)	argentinos (n=146)	canadienses (n=117)	F (gl=2; 821)	η^2_p
Imp. evitar agresión y ofensa	4,84 (0,97) a	4,38 (1,18) b	4,36 (0,79) b	19,19***	0,04
Imp. pertenenc y acum	3,73 (1,12) a	3,46 (1,29) b	4,10 (0,76) c	16,81***	0,04
Imp. cda sexual decorosa	2,98 (1,16) a	2,73 (1,27) b	4,05 (1,01) c	70,62***	0,15
Imp. ordenado, limpieza, seguridad	5,11 (0,91) a	4,61 (1,15) b	4,51 (0,82) b	28,21***	0,06
Imp. ppios religiosos y morales	3,75 (1,34) a	3,65 (1,46) a	4,98 (0,80) b	65,94***	0,14

Datos ofrecidos como media (desviación típica)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

a, b, c indican diferencias significativas en las pruebas a posteriori de Tukey.

5 DIFERENCIAS EN LAS ÁREAS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA (RELACIONADAS CON EL TOC) EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA *VERSUS* AUSENCIA DE PATOLOGÍA

Al igual que hemos hecho para comparar los diferentes grupos dentro de la población general, en la Tabla 57 aparecen los porcentajes de participantes que se sitúan en cada una de las opciones de respuesta del OCSQ-S, tratándolo como un instrumento categorial. Esta vez comparamos a la población general española (muestra 2.1) con el grupo clínico (muestra 5). Se observan diferencias significativas en todas las variables excepto en la importancia de la acumulación y de la limpieza y el orden, mientras que la primera parece ser poco importante para ambos grupos, la segunda parece ser relevante. Respecto a los otros dominios, un mayor porcentaje de sujetos con TOC consideran importante para su autoestima evitar la agresión y ofensa, mantener una conducta sexual decorosa, y seguir los principios religiosos y morales.

Tabla 57. Diferencias en el porcentaje (número) de personas que mantienen cada una de las posiciones respecto a las dimensiones del OCSQ. Diferencias entre la muestra española no clínica (muestra 2.1), y el grupo con TOC.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)				
	grupo	Nada importante ¹	Indefinido ²	Muy importante ³
Imp. evitar agresión y ofensa	No clínicos	6,13% (n=20)	45,39% (n=148)	48,46% (n=158)
	Clínicos	12,9% (n=4)	16,1% (n=5)	71% (n=22)
$\chi^2_{(g=2)}=10,43, p\leq 0,01$; <i>Coefficiente de contingencia=0,17, p\leq 0,01</i>				
Imp. pertenencias y acumulación	No clínicos	25,46% (n=83)	59,81 n=195)	14,72% (n=48)
	Clínicos	41,90% (n=13)	48,40% (n=15)	9,70% (n=3)
$\chi^2_{(g=2)}=3,99 p\geq 0,05$; <i>Coefficiente de contingencia=0,10, p\geq 0,05</i>				
Imp. cda sexual decorosa	No clínicos	50,92%(n=166)	42,33% (n=138)	6,74% (n=22)
	Clínicos	29% (n=9)	41,9% (n=13)	29% (n=9)
$\chi^2_{(g=2)}=18,95, p\leq 0,001$; <i>Coefficiente de contingencia=0,22; p=0,006</i>				
Imp. ordenado, limpio, seguridad	No clínicos	2,76% (n=9)	34,96% (n=114)	62,26% (n=203)
	Clínicos	6,50% (n=2)	38,70% (n=12)	54,80% (n=17)
$\chi^2_{(g=2)}=1,61, p\geq 0,05$; <i>Coefficiente de contingencia=0,06, p\geq 0,05</i>				
Imp. principios religiosos y morales	No clínicos	30,37% (n=99)	50,30%(n=164)	19,32% (n=63)
	Clínicos	10 % (n=3)	46,70% (n=14)	43,30% (n=13)
$\chi^2_{(g=2)}=11,46, p\leq 0,01$; <i>Coefficiente de contingencia=0,17, p\leq 0,01</i>				

¹ puntuaciones en el OCSQ entre 1-3; ² puntuaciones en el OCSQ entre 5-7; ³ puntuaciones en el OCSQ entre 3,01-4,99.

Nota: los porcentajes y número de sujetos que aparecen esta tabla referidos a la población no clínica, no coinciden con exactitud con los de las

En la Tabla 58 aparecen las diferencias entre las medias de clínicos y no clínicos (muestra 2.1) en el OCSQ. Se observa que entre el grupo con TOC y el grupo no clínico únicamente se dan diferencias significativas en la Importancia que tiene para su autoestima mantener una conducta sexual decorosa (*d* de Cohen=-0,48) y seguir los principios religiosos y morales (*d* de Cohen=-0,29), que es algo superior en la muestra con TOC, especialmente en la primera variable. Las diferencias en la segunda variable tienen un tamaño del efecto pequeño. Estos resultados confirman lo observado en la Tabla anterior, aunque en este caso no se observan diferencias significativas en el factor de evitar la agresión y ofensa.

Tabla 58. Diferencias en las dimensiones del OCSQ entre la muestra española no clínica (muestra 2.1), y el grupo con TOC.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	No clínicos (n=326)	Clínicos (n=31)	t (g=355)
Imp. evitar agresión y ofensa	4,83 (1,00)	5,14 (1,27)	-1,56
Imp. pertenencias y acumulación	3,77 (1,08)	3,38 (1,39)	1,85
Imp. conducta sexual decorosa	3,05 (1,15)	4,05 (1,40)	-4,52***
Imp. ordenado, limpio, seguridad	5,21 (0,92)	5,00 (1,04)	1,18
Imp. seguir principios religiosos y morales	3,80 (1,38)	4,54 (1,33)	-2,78**

6 ASOCIACIONES ENTRE EL MODELO DE DOMINIOS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA (RELACIONADOS CON EL TOC) Y LAS CREENCIAS SOBRE LOS PENSAMIENTOS

En la Tabla 59 se observan coeficientes de correlación entre moderados y altos y positivos entre todas las dimensiones del OCSQ-S y las creencias generales relacionadas con el TOC, por tanto, parece que cuanto mayor es la importancia que se concede a estos dominios, mayores son las creencias disfuncionales sobre los pensamientos. De los diferentes dominios del OCSQ-S la Importancia de la religión es el que mantiene menores asociaciones con todas las creencias. Y desde el punto de vista de las creencias, la menos relacionada con los dominios del OCSQ-S es la fusión pensamiento-acción tipo probabilidad seguida por la importancia de los pensamientos. Estos datos se ven confirmados en la muestra clínica, donde las asociaciones son también entre altas y moderadas, donde la importancia de seguir los principios religiosos es la dimensión menos vinculada con las creencias del ICO, y donde las creencias menos relacionadas con el OCSQ-S son también la Importancia de los pensamientos y el FPA-probabilidad (ver Tabla 59).

Tabla 59. Asociaciones entre las dimensiones del OCSQ-S y las creencias disfuncionales generales asociadas al TOC.

Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)	Inventario de Creencias Obsesivas Reducido (ICO-R)							
	Resp	Imp. Psmto	FPA-prob	FPA-moral	Imp. control	Sobr. amenaza	Intol. Incert.	Perf.
Imp. evitar agresión y ofensa	0,51*** <i>0,50**</i>	0,17*** <i>-0,03</i>	0,15*** <i>0,19</i>	0,44*** <i>0,51**</i>	0,38*** <i>0,46*</i>	0,29*** <i>0,49**</i>	0,42*** <i>0,37*</i>	0,31*** <i>0,39*</i>
Imp. pertenencias y acumulación	0,41*** <i>0,45*</i>	0,27*** <i>0,001</i>	0,20*** <i>0,14</i>	0,28*** <i>0,03</i>	0,39*** <i>0,42*</i>	0,38*** <i>0,48**</i>	0,41*** <i>0,44*</i>	0,33*** <i>0,39*</i>
Imp. conducta sexual decorosa	0,43*** <i>0,17</i>	0,34*** <i>0,38*</i>	0,20*** <i>0,40*</i>	0,44*** <i>0,51**</i>	0,38*** <i>0,12</i>	0,30*** <i>0,44*</i>	0,35*** <i>0,24</i>	0,30*** <i>0,35</i>
Imp. ordenado, limpio, seguridad	0,49*** <i>0,68***</i>	0,22*** <i>-0,03</i>	0,13*** <i>0,24</i>	0,35*** <i>0,29</i>	0,39*** <i>0,56***</i>	0,29*** <i>0,60***</i>	0,45*** <i>0,68***</i>	0,38*** <i>0,53**</i>
Imp. seguir principios religiosos y morales	0,34*** <i>0,21</i>	0,18*** <i>0,28</i>	0,10* <i>0,33</i>	0,29*** <i>0,30</i>	0,27*** <i>0,13</i>	0,18*** <i>0,004</i>	0,23*** <i>0,06</i>	0,19*** <i>0,07</i>

En *cursiva* y en la segunda línea de cada variable los datos referidos a la muestra clínica.

Resp: Responsabilidad Excesiva; Imp. psmt: Importancia del Pensamiento; FPA moral: Fusión pensamiento acción tipo moral; FPA-prob: Fusión pensamiento acción tipo probabilidad; Imp. control: Importancia de controlar pensamientos; Sobr. amenaza: Sobreestimación de amenaza; Intol. Incert: Intolerancia Incertidumbre; Perf: perfeccionismo.

*p ≤ 0,05; *** p ≤ 0,001.

7 ASOCIACIÓN ENTRE LAS ÁREAS RELEVANTES PARA LA AUTOESTIMA (RELACIONADAS CON EL TOC) Y LAS VALORACIONES DISFUNCIONALES

Para responder al último de los subobjetivos, dividimos a la muestra general española (muestra 2) en función del contenido de su PIO más molesto y estudiamos el patrón de correlaciones entre las valoraciones realizadas sobre el mismo y el grado de acuerdo con cada una de las dimensiones del OCSQ-S. En la Tabla 60 aparecen los resultados. Se observa que las valoraciones realizadas sobre los PIO de contaminación son las menos asociadas a las dimensiones del OCSQ seguidas por las valoraciones de los PIO de superstición. La importancia de evitar la agresión mantiene relaciones moderadas/altas con el modo de valorar los PIO agresivos, sexuales y religiosos; la importancia de las pertenencias y la acumulación mantiene asociaciones moderadas/altas con estos dos factores, con las valoraciones de PIO relacionados con la simetría y el orden, y con las realizadas sobre los PIO relacionados con las dudas; la importancia de mantener una conducta sexual decorosa mantiene relaciones moderadas con los PIO agresivos, sexuales y religiosos; la importancia del orden y la limpieza mantiene asociaciones moderadas con los PIO religiosos y sexuales y no aparece asociada a las valoraciones realizada sobre los PIO de orden ni de limpieza; y por último, la importancia de seguir los principios religiosos y morales mantiene relaciones moderadas con las valoraciones de los PIO agresivos.

Tabla 60. Coeficientes de correlación entre la valoración realizada sobre cada uno de los contenido de PIO y los dominios del OCSQ-S en la muestra no clínica (muestra 2).

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte A. Factor 3: Valoraciones disfuncionales realizadas sobre un:	Cuestionario de Obsesividad y Autoestima- <i>Versión española</i> (OCSQ-S)				
	Imp. evitar agresión y ofensa	Imp. perten. y acumulación	Imp. cda sexual decorosa	Imp. orden, limpio, seguridad	Imp. ppios religiosos/ morales
PIO agresivo (n=46)	0,32*	0,44**	0,36*	0,28	0,36*
PIO sexual, religioso (n=90)	0,51***	0,45***	0,34***	0,41***	0,25*
PIO simetría y orden (n=24)	0,28	0,55**	0,23	0,08	-0,23
PIO dudas, nec. comprobar (n=276)	0,29***	0,33***	0,16**	0,20***	0,14*
PIO limpieza y contaminación (n=39)	-0,08	0,26	0,06	-0,09	-0,02
PIO superstición (n=38)	0,16	0,25	0,003	0,24	-0,12

PIO: pensamiento intruso obsesivo

A continuación con el objetivo de estudiar qué ocurría en la población clínica, y dado que no teníamos un número suficiente como para dividirlos en función de la clasificación de 6 factores del INPIOs (1ª parte), los dividimos en función de que su obsesión principal fuera Tipo I o Tipo II, eliminando a los tres pacientes descritos por sus respectivos clínicos como “mixtos” (es decir, con obsesiones clínicamente significativas de ambos tipos o con alguna obsesión con características de más de un tipo), y estudiamos las asociaciones entre las valoraciones de estos PIO/obsesiones y las dimensiones del OCSQ-S. Hicimos lo mismo con la muestra no clínica (muestra 2). Respecto a ésta, en la Tabla 61 se observan asociaciones moderadas entre las valoraciones disfuncionales de los PIO Tipo I y los factores del OCSQ-S y

asociaciones bajas con las valoraciones de los PIO Tipo II (excepto para la Importancia de la acumulación). Este patrón se repite en población clínica, donde los coeficientes de correlación son entre moderados y altos (Cohen, 1988) aunque debido al bajo número de participantes no son estadísticamente significativos.

Tabla 61. Patrón de coeficientes de correlación entre las dimensiones del OCSQ y el factor valoraciones disfuncionales del INPIOs 2ª parte-A en población clínica (muestra 5) y no clínica (muestra 2).

Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (INPIOs) 2ª parte A, Factor 3: Valoraciones disfuncionales	Cuestionario de Obsesividad y Autoestima-Versión española (OCSQ-S)				
	Imp. evitar agresión y ofensa	Importancia pertenencias y acumulación	Imp. cda sexual decorosa	Imp. ordenado, limpio	Imp. principios religiosos y morales
Realizadas sobre PIO más molesto cuando es Tipo I (n=137)	0,43***	0,44***	0,34***	0,36***	0,29***
<i>Realizadas sobre la obsesión más molesta cuando es Tipo I (n=8)</i>	<i>0,70</i>	<i>0,82*</i>	<i>0,45</i>	<i>0,79*</i>	<i>0,28</i>
Realizadas sobre PIO más molesto cuando es Tipo II (n=377)	0,21***	0,30***	0,13*	0,16***	0,07
<i>Realizadas sobre la obsesión más molesta cuando es Tipo II (n=21)</i>	<i>0,37</i>	<i>-0,027</i>	<i>0,24</i>	<i>-0,19</i>	<i>0,08</i>

En cursiva y en la segunda fila de cada variable resultados con el grupo clínico (muestra 5).

*p≤0,05; ***p≤ 0,001

Por último, hemos analizado qué dominios del OCSQ-S predicen las valoraciones de los PIO teniendo en cuenta el contenido de los mismos (muestra 2). Para ello hemos realizado dos análisis de regresión separados: uno para aquellas personas que habían elegido como más molesto un PIO Tipo I, por tanto, que valoraron un PIO de este tipo (n=137) y otro para aquellas que habían valorado un PIO Tipo II (n=378). La VD ha sido la puntuación de valoraciones disfuncionales (INPIOs 2ª parte A) y las VI cuatro de las escalas del OCSQ-S. Hemos excluido la Importancia de la acumulación debido a que en el INPIOs únicamente hay un ítem que evalúe este tipo de PIO, y únicamente fue valorado por 7 personas.

La importancia para la autoestima de evitar la agresión y ofensa predice un 18,4% de las valoraciones disfuncionales que se hacen de los PIO Tipo I ($F_{(g=1; 134)} = 30,21; p \leq 0,001$); mientras que esta misma variable únicamente predice un 4,6% de la varianza de las valoraciones disfuncionales de los PIO Tipo II ($F_{(g=1; 375)} = 18,14; p \leq 0,001$). El resto de variables no entraron en la ecuación final de regresión. En la Tabla 62 aparecen los estadísticos de cada una de las ecuaciones finales de regresión.

Tabla 62. Estadísticos de la ecuación final de regresión con las puntuaciones en valoraciones disfuncionales de los PIO Tipo I (primera fila) y Tipo II (segunda fila) como VD (muestra 2).

Variable dependiente	Variable Independiente	β	t	Significatividad de la t
valoraciones PIO Tipo I	OCSQ Imp. evitar agresión y ofensa	0,42	-5,49	0,001
valoraciones PIO Tipo II	OCSQ Imp. evitar agresión y ofensa	0,21	4,25	0,001

8 CONCLUSIONES

En este capítulo hemos desarrollado un instrumento para apresar el significado personal de los PIO y de las obsesiones. Este instrumento consta de 5 factores extraídos de forma empírica cuyos contenidos están relacionados con los contenidos típicamente obsesivos (i.e., evitar la agresión y ofensa; pertenencias y acumulación; conducta sexual decorosa; orden, limpieza, seguridad; y seguir principios religiosos y morales). Se evalúa en qué medida estos dominios son relevantes para la autoestima de los participantes. Los cinco factores han mostrado una buena consistencia interna (excepto para los canadienses) y estabilidad temporal. Se observan diferencias en función del contexto cultural, pero en general no de las diferentes variables demográficas. Las diferencias en función del contexto cultural (canadienses más relevancia a seguir principios religiosos y morales y a mantener una conducta sexual decorosa) afectan a más dominios que entre población general y clínica española (para los pacientes con TOC mantener conducta sexual decorosa es más relevante para su autoestima). Las dimensiones del OCSQ se relacionan con sintomatología obsesiva, pero especialmente con creencias obsesivas y con las valoraciones disfuncionales de los PIO y de las obsesiones (en especial cuando estas son Tipo I).

DISCUSIÓN

Capítulo 1: Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones ¿cómo se agrupan los PIO?

Capítulo 2: Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones ¿cómo se experimentan?

Capítulo 3: Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones ¿qué papel juega el significado personal?

CAPÍTULO 1

PIO Y OBSESIONES: ¿CÓMO SE AGRUPAN LOS PIO?

El primer gran objetivo de este trabajo ha sido examinar en qué medida los diferentes PIO se agrupan en función de su contenido, y si estas agrupaciones se replican en población clínica. Para alcanzar este objetivo, hemos tenido que diseñar un instrumento que evaluara contenidos de pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones. Este objetivo surge de la necesidad, cada vez más patente en la literatura sobre el TOC, de contar con un instrumento que de forma representativa y con buenas propiedades psicométricas, evalúe los contenidos de los PIO y de las obsesiones. A este respecto, diferentes autores (p. ej., Julien et ál., 2007) han señalado la necesidad de elaborar un nuevo instrumento no solo porque los existentes tienen importantes deficiencias, sino porque es trascendental para la “supervivencia” del modelo cognitivo que se “demuestre” (o no) que los PIO son un fenómeno universal, supuesto que ha recibido recientes críticas (Rassin y Muris, 2007; Rassin, Cogle y Muris, 2007).

Este nuevo instrumento al que hemos denominado Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos, está basado en el ROII (Purdon y Clark, 1993), que es el instrumento para evaluar pensamientos intrusos análogos a las obsesiones que tiene unas mejores propiedades psicométricas y que está más centrado en los PI análogos a las obsesiones (Julien et ál., 2007). El INPIOs consta de dos grandes partes y sigue la estructura del ROII y del CIQ. En primer lugar se explica qué es un PIO, señalando que se experimentan por la mayor parte de la población general y se ofrece un listado de PIO en el que se pide que se indique la frecuencia con que se han experimentado a lo largo de la vida. La segunda parte de estos instrumentos la abordaremos más adelante.

Con la primera parte del INPIOs hemos conseguido suplir varias de las deficiencias de los instrumentos anteriores de PIO. Entre ellas:

- incluye las imágenes entre la formas que pueden adoptar los PIO, tanto en las instrucciones como a lo largo del instrumento, mientras que los instrumentos anteriores se centraban exclusivamente en la forma de pensamiento e impulso (Julien et ál., 2007);

- además, hemos empleado únicamente el término “intrusiones mentales”, eliminando las referencias a “pensamientos intrusos” del ROII. Consideramos que, si bien a nivel de investigación se emplea el término pensamiento intruso (PI) para referirse a las diferentes formas de aparición de los mismos, a nivel de población lega es más descriptivo o aclaratorio emplear el término “intrusión mental” para englobar las que aparecen bajo la forma de impulso, de pensamiento (incluyendo la duda) y de imagen.

- El INPIOs también es más representativo de los contenidos de PIO que los instrumentos anteriores, por ejemplo, en los trabajos de Rachman y de Silva (1978) y Salkovskis y Harrison (1984) hay una sobre representación de contenidos de agresividad y sexualidad, en el de Purdon y Clark (1993, ROII) de agresividad, sexualidad y contaminación/enfermedad y en el de Yao, Cottraux y Martin (1999) de agresividad, sexualidad, perfeccionismo y miedo a perder algo (objeto, salud). Por tanto, las conclusiones extraídas de estos trabajos están sesgadas, al igual que lo están los estudios realizados con instrumentos que evalúan sintomatología OC. Por ejemplo, el MOCI no incluye ítems de obsesiones. Como hemos comentado, los ítems de la 1ª parte del INPIOs se diseñaron para cubrir 11 áreas temáticas que se consideraron fundamentales: la auto- y hetero-agresión, las conductas socialmente inadecuadas, el sexo, la religión, imágenes repugnantes y existenciales, pensamientos de simetría y orden, de dudas, de contaminación, de acumulación y de superstición. El INPIOs no incluye ningún ítem referido a PIO/obsesiones somáticas por considerar que el límite con otros trastornos diferentes del TOC sería confuso (i.e., hipocondría o dismórfico corporal), de hecho estos trastornos forman parte del posible espectro TOC que el grupo de trabajo para el DSM-V está estudiando (First, 2006). Aunque el papel de la acumulación también está siendo objeto de debate, en un principio se decidió introducir algún ítem referido a este contenido (más adelante volveremos sobre esta cuestión).

- También hemos intentado no incluir pensamientos intrusos que se dan en la población general, sino recoger aquellos PI lo más análogos posible a las obsesiones clínicamente significativas. Para ello, los nuevos ítems los hemos “obtenido” de los relatos de los propios pacientes, y no a partir de la población general como se ha hecho en otros instrumentos que evalúan PI (Julien et ál., 2007). Ello ha sido así porque nuestro objetivo ha sido, precisamente, desarrollar un instrumento que evaluara realmente PI análogos a las obsesiones, con el fin de estudiar si la población general realmente experimenta PIO de contenido similar al de las obsesiones clínicas, y como ya hicimos con el ROII (Morillo et ál., 2007a) validar el instrumento en población clínica. Así podremos emplear el INPIOs con muestras con TOC como cribado de contenidos obsesivos, aspecto que también ha sido recomendado por Julien et ál. (2007) en su revisión. Esto es necesario porque tampoco hay instrumentos clínicos que nos permitan apresar de forma representativa todos los contenidos de obsesiones que se conocen o con los que se trabaja en la actualidad. Ya hemos comentado las deficiencias del Y-BOCS-SC a este respecto.

- Otra de las aportaciones del INPIOs respecto a los instrumentos de obsesiones y compulsiones, es que da un papel muy importante al *contenido* de los pensamientos (PIO, obsesiones). Desde los trabajos más recientes sobre el TOC, tanto desde la psicología (p. ej., Summerfeldt et ál., 1999) como desde la psiquiatría (p. ej., Denys et ál., 2004) se está enfatizando la heterogeneidad del trastorno, y esto se hace especialmente desde el estudio del contenido de obsesiones y compulsiones. A nivel de PIO, el único estudio que se ha realizado proponiendo una estructura factorial del mismo en

función del contenido es el modelo de autógenas y reactivas (Lee y Kwon, 2003), sin embargo este se realiza sobre el ROII, que al igual que el resto de instrumentos de PIO no recoge de forma representativa los contenidos obsesivos. Es importante señalar que en el INPIOs asumimos la idea de los modelos cognitivos de que la parte más importante de la sintomatología OC son las obsesiones, y es de éstas, que previamente adoptan la forma de PIO, de donde surge y se desarrolla el TOC. Por tanto, un elemento fundamental serán los PIO y obsesiones, a quienes se dedica la primera parte del instrumento.

- Así mismo, el INPIOs, al igual que el ROII, nos permite apresar la frecuencia de los PIO frente a instrumentos como el YBOCS-SC que hasta muy recientemente (Rosario-Campos et ál., 2007) únicamente incluía una escala dicotómica.

- Además este trabajo incluye una muestra mucho más amplia que los estudios anteriores con el ROII (p. ej., 336 sujetos en el trabajo de Belloch et ál. (2004); 370 participantes en el de Lee y Kwon (2003); 160 participantes en el de Purdon y Clark, 1994) que nos permite explorar con más “fiabilidad” cómo se comportan los PIO en la población no clínica, así como estudiar la distribución de los ítems a lo largo de factores.

A nivel de ítem, las 48 intrusiones que incluye la versión final del INPIOs han sido experimentadas por alguno de los participantes, esto es lógico dado que uno de los criterios de reducción del instrumento fue eliminar aquellos PIO no experimentados al menos por el 80% de la muestra. Y únicamente una persona indicó no haber experimentado ningún PIO, por lo que un 99,82% manifestó haber experimentado al menos un PIO en su vida, siendo estos datos consistentes con los obtenidos con el ROII (p. ej., un 99,40% en Belloch et ál., 2004; un 97% en Purdon y Clark, 1993, 1994a) y con otros instrumentos, que informan que entre un 72% y un 100% de la población no clínica experimenta PI (p. ej., Clark y de Silva, 1985; Edwards y Dickerson, 1987; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991, 1992, 1993; Niler y Beck, 1989; Parkinson y Rachman, 1981; Reynolds y Salkovskis, 1991; Salkovskis y Harrison, 1984). Estos resultados apoyarían el interés de incluir, al menos de momento, todos los ítems que forman esta versión del INPIOs. Como media, los sujetos señalaron haber experimentado a lo largo de su vida 25 de los 48 PIO del listado del INPIOs, resultado similar a los datos informados por Belloch et ál. (2004) y algo superiores a los encontrados por Purdon y Clark (1993) con muestras canadienses (cabe recordar que ellos emplean el ROII que incluye 4 ítems más que el INPIOs). Es importante señalar que la población clínica no se diferencia del grupo no clínico en el número total de PIO experimentados, por tanto, el hecho de que los PIO se conviertan en obsesiones no radica en que se experimenten un mayor número de los mismos. Este resultado apoya el modelo cognitivo y el supuesto de que lo importante no es experimentar PIO sino cómo se experimentan.

El segundo subobjetivo fue proponer un modelo empírico de PIO respondiendo a una necesidad que, ante las evidencias empíricas de que el TOC es un trastorno heterogéneo con diversidad de

contenidos, cada vez es más patente en la literatura científica. Nos planteamos estudiar la estructura del INPIOs prestando una especial atención no solo a los modelos derivados del estudio de los PIO en población normal que básicamente se reduce a la estructura bifactorial propuesta por Lee y Kwon (2003), sino también de las obsesiones clínicas, que como hemos visto en el capítulo 2 de la introducción teórica, cuenta con una mayor tradición y con un gran número de trabajos empíricos, especialmente realizados a partir del Y-BOCS-SC.

La estructura o agrupación de los PIO la hemos analizado tanto a nivel exploratorio como confirmatorio, con una amplia muestra de participantes no clínicos españoles, empleando los datos procedentes de la 1ª parte del INPIOs y adoptando una perspectiva dimensional, que consideramos se ajusta más a las exigencias de un instrumento desarrollado para trabajar con población tanto clínica como no clínica. De hecho, desde un enfoque categorial no tendría sentido trabajar con muestras no clínicas. Los AFC suelen emplearse en los instrumentos de medición psicológica tras el estudio de su estructura latente a través de los AFE y nos permiten poner a prueba hipótesis sobre la relación entre los factores. Los AFC de la 1ª parte del INPIOs nos han permitido poner a prueba diferentes propuestas factoriales estudiadas en la literatura tanto sobre PIO como sobre obsesiones. Tal y como han anotado Julien et ál. (2007) los instrumentos de PIO anteriores carecen en general de estudios confirmatorios y los análisis exploratorios únicamente explican entre 30-70% varianza. Los únicos AFC realizados a nivel de PIO son los llevados a cabo por Lee y Kwon (2003) y Moulding et ál. (2007) con el ROII, sin embargo, como ya hemos indicado, el ROII no incluye ítems representativos de todos los contenidos obsesivos. Además, ambos estudios se realizaron a nivel de paquetes de ítems adoptando 6 (Lee y Kwon, 2003) o 10 conglomerados (Moulding et ál., 2007), que en el segundo caso se corresponden con los contextos que genera la estructura del ROII (p. ej., el primer contexto del ROII contiene 5 ítems: “Cuando conduzco, he tenido pensamientos intrusos de: ítem 1 ‘chocar contra el escaparate de una tienda’; ítem 2 ‘dar un volantazo y salirme de la carretera’; ítem 3: ‘atropellar a peatones’; ítem 4: ‘dar un volantazo y meterme en el carril contrario’ e ítem 5 ‘chocar a propósito contra un poste o un árbol’”) y que contienen un número variable de ítems (entre 2 y 6); sin embargo, diferentes autores han recomendado que se empleen como conglomerados unidades menores y similares en tamaño (p. ej., Nasser et ál., 1997). Además, en los trabajos anteriores únicamente se pusieron a prueba dos modelos (el modelo unifactorial y el bifactorial), no contrastando por tanto, todos los modelos derivados de la investigación con obsesiones (i.e., Y-BOCS-SC).

Por tanto, el desarrollo del INPIOs, con PIO representativos de los diferentes contenidos obsesivos, nos ha permitido contrastar a nivel empírico los diferentes modelos propuestos en la literatura sobre el TOC. Así, hemos comparado una serie de modelos, tanto a nivel de ítem como de paquetes, siendo una estructura con 6 factores de primer orden y dos de segundo orden la que mejor se ajustaba teniendo en cuenta todos los parámetros estudiados. Esta estructura no aparece en la literatura, pero nos

permite integrar la aproximación bifactorial (Lee y Kwon, 2003) con las multifactoriales (p. ej., Leckman et ál., 1997, Summerfelt et ál., 1999). Los factores de 2º orden agrupan en 2 dimensiones a los de primer orden, que de forma provisional hemos denominado Tipo I y Tipo II. Estos dos factores nos recuerdan, por su contenido, al modelo de obsesiones autógenas y reactivas (Lee y Kwon, 2003), así como a la clasificación clásica de obsesiones puras y con compulsiones, sin embargo, como ya hemos señalado, ninguna de estas denominaciones nos parece adecuada porque acarrea una serie de asunciones y modelos que no podemos poner a prueba estudiando únicamente la agrupación de los contenidos de los PIO evaluados. El hecho de que los factores de contenido agresivo y religioso/sexual mantengan mayores asociaciones entre ellos que con el resto de dimensiones, y viceversa, apoya la idea de mantener esta estructura de segundo orden.

Respecto a la estructura de primer orden, en la literatura sobre PIO no se ha trabajado con estructuras multidimensionales, por lo que se aproxima más a las propuestas que surgen de los trabajos con población clínica. Aunque el INPIOs no es comparable al Y-BOCS-SC por diferentes aspectos (i.e., únicamente incluye PIO (y no obsesiones y compulsiones), la escala de respuesta es tipo Likert y no dicotómica como la mayoría de estudios con el Y-BOCS-SC); debido a que los contenidos de los PIO y de las obsesiones son semejantes y que hemos empleado la misma metodología de estudio (i.e., AFE y AFC), compararemos la estructura de 6 factores del INPIOs con las propuestas que se han realizado a partir de los análisis factoriales de la lista de síntomas del Y-BOCS.

La estructura de primer orden no se corresponde con ninguna de las encontradas en la literatura, aunque tiene en común con la mayoría de las derivadas de los análisis factoriales del Y-BOCS-SC la existencia de un factor de contaminación y uno de simetría y orden (p. ej., Cavanilli et ál., 2002; Leckman et ál., 1997; Mataix-Cols et ál., 1999). Nuestro modelo presenta también una dimensión para los PIO de contenido agresivo y otra para los sexuales, religiosos y sobre conductas socialmente inadecuadas (que incluye también un ítem de temática repugnante y otro existencial). Ninguna de las propuestas derivadas del Y-BOCS-SC recoge estos dos factores, pues en los modelos en los que las obsesiones agresivas y sexuales/religiosas constituyen factores separados, las agresivas aparecen junto con las compulsiones de comprobación (p. ej., Feinstein et ál., 2003; Mataix-Cols et ál., 1999; Matsunaga et ál., 2008). En otras estructuras factoriales, la temática agresiva y sexual/religiosa forman un solo factor que incluye (p. ej., Cavanilli et ál., 2002; Leckman et ál., 1997) o no (p. ej., Baer, 1994; Cullen et ál., 2007; Denys et ál., 2004; Wu et ál., 2007) a las compulsiones de comprobación. En nuestro trabajo hemos puesto a prueba las diferentes propuestas de la literatura. En los modelos 3 y 6 hemos incluido un único factor para los PIO agresivos y de duda y otro independiente con contenidos sexuales y religiosos, y en los modelos 4 y 7 los PIO agresivos, sexuales y religiosos forman una única dimensión. Sin embargo, como ya se ha señalado, la propuesta de los modelos 6 y 8 (i.e., una dimensión de PIO agresivos y otra de PIO sexuales/religiosos) ha mostrado un mejor ajuste a los datos.

En nuestro modelo, el aspecto más próximo a las compulsiones de comprobación del Y-BOCS-SC son los PIO de duda. Y al igual que en el modelo de Denys et ál (2004), y especialmente como en la propuesta de Tek y Ulug (2001) (que contiene una dimensión que incluye la comprobación y la acumulación) los PIO de duda aparecen como un factor independiente que incluye también el único ítem de acumulación del INPIOs. Recordemos que en el resto de propuestas factoriales derivadas del Y-BOCS-SC, la comprobación se encontraba asociada a las obsesiones agresivas, y la acumulación o bien asociada a la simetría y al orden (Baer, 1994) o formando un factor independiente (p. ej., Feinstein et ál., 2003; Leckman et ál., 1997; Mataix-Cols et ál., 1999; Matsunaga et ál., 2008). En los modelos que hemos puesto a prueba, no hemos estudiado el papel de la acumulación con otro factor, o como un factor separado debido a dos motivos, en primer lugar, en la versión final del INPIOs quedó reducido a un ítem (en la versión preliminar estaba compuesto por dos ítems), y en segundo lugar, en nuestros AFE se asociaba de forma consistente a los PIO de duda. El hecho de no contar con un factor referido a los PIO relacionados con la acumulación no hace más que reflejar la controversia que hay en torno al papel de éste en el TOC (p. ej., Saxena, 2007; van Grootheest y Cath, 2007). A este respecto, Clark (2004) ha señalado que a pesar de que las altas correlaciones entre los síntomas obsesivo-compulsivo y los de acumulación (p. ej., Frost y Gross, 1993) apoyan la inclusión de la acumulación como parte del TOC, hay otros factores que sugieren que la acumulación no es una variante de este trastorno: (1) la acumulación y comprobación de las posesiones es egosintónica mientras que la sintomatología OC normalmente tiene un carácter egodistónico; (2) hay una baja conciencia de enfermedad y de la gravedad de la conducta (p. ej., algunos pacientes consideran su conducta como razonable e incluso socialmente deseable; Frost y Gross, 1993); (3) raramente es la presentación clínica primaria en el TOC (p. ej., en el trabajo de campo del DSM-IV para el TOC, solo un 3,50% de una muestra de 425 pacientes con TOC señalan acumulación como su compulsión principal, frente a un 26,50% que señala la limpieza y un 28,80% la comprobación; Foa y Kozak, 1995); (4) los acumuladores no responden ante tratamientos farmacológicos y psicológicos que funcionan en el TOC (p. ej., Black, Monahan, Gable, Blue, Clancy y Baker, 1998; Mataix-Cols et ál., 1999); y (5) la acumulación se da en una amplia variedad de condiciones clínicas diferentes al TOC, como la anorexia nerviosa (Frankenburg, 1984), la depresión (Shafran y Tallis, 1996), los trastornos de personalidad (Frost, Steketee, Williams y Warren, 2000) y trastornos mentales orgánicos, geriátricos y psicóticos (Frost, Krause y Steketee, 1996). Algunos autores han planteado que podría haber dos “tipos” de acumulación: como síntoma del TOC y como trastorno puro, Grisham et ál. (2004) han establecido una distinción entre los mismos. Y otros autores han señalado que un aspecto relevante para distinguirlos es que cuando la acumulación forma parte del TOC se acumulan cosas con un valor aparente, mientras que cuando estas cosas acumuladas carecen de valor, no estaríamos hablando de una variante del TOC (National Clinical Practice Guideline (NICE), 2005). Saxena (2006) tras su revisión para el grupo de trabajo del DSM-V ha recomendado su inclusión como un trastorno del espectro TOC pero con entidad

propia. Debido a que la controversia en relación a la acumulación como un síntoma del TOC o como un trastorno independiente parece apoyar más la segunda postura, y de la experiencia clínica de nuestro grupo de investigación, que no ha encontrado ningún paciente TOC con sintomatología primaria de acumulación (aproximadamente 100 pacientes diagnosticados), nos lleva a poner en cuestión la acumulación como un subtipo o modalidad primaria de TOC, con la misma entidad que, por ejemplo, las obsesiones de contaminación, o las compulsiones de comprobación.

Por último, el INPIOs incluye una dimensión de superstición, que ninguno de los estudios revisados en la literatura incluye. Esto es debido en parte a que como ya hemos señalado, los trabajos con el Y-BOCS-SC han excluido los ítems misceláneos que incluían ítems relacionados con el pensamiento mágico y la superstición (p. ej., números de mala suerte, colores con significado, miedos supersticiosos), siendo el estudio de Summerfeldt et ál. (2004) el único que ha incluido estos ítems, que se distribuyeron entre los factores de obsesiones y de simetría y orden. Otra aproximación de la literatura a los PIO supersticiosos, o más concretamente a las obsesiones de tipo supersticioso, ha sido a partir del OCI-R, cuya dimensión de “neutralización” está formada por 3 ítems referidos a números: sentir que existen números buenos y malos, necesidad de contar o repetir ciertos números. Esta escala del OCI-R es muy heterogénea, de hecho es la que ha demostrado una menor consistencia interna a través de todos los estudios (Huppert et ál., 2007). Su primer ítem es el que está más asociado con el factor de superstición incluido en el INPIOs, cuyos ítems hacen referencia a contenidos de PIO relacionados con que nuestras acciones, pensamientos, recuerdos pueden traer mala suerte o generar catástrofes (p. ej., determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general). Estos ítems incluyen creencias supersticiosas de la población general, pero especialmente obsesiones típicas de la población con TOC como por ejemplo la de una paciente que ante mujeres embarazadas tenía el pensamiento de que le pasara algo malo al futuro bebé y sentía la necesidad de neutralizar el pensamiento para evitar la catástrofe temida. Por último, diferentes trabajos han estudiado el papel de la superstición como creencia asociada al pensamiento mágico (p. ej., Bocci y Gordon, 2007; Frost et ál., 1993; Tolin et ál., 2004) y a las conductas de repetición, que en los AF del Y-BOCS-SC frecuentemente se encuentran asociadas a la simetría y al orden (p. ej., Leckman et ál., 1997; Matsunaga et ál., 2008), siendo el modelo de Cavanilli et ál. (2002) el único que propone un factor separado para la repetición.

Realmente es difícil determinar si la superstición es una creencia, un tipo de intrusión obsesiva, o ambas cosas. Sin embargo, dado que resulta útil para “caracterizar” la obsesión principal de los pacientes, creemos que dentro del INPIOs es un factor imprescindible. Nuestros datos apoyan la idea de mantener un factor de superstición separado no solo porque en los análisis factoriales sus ítems saturaban en un factor independiente, sino porque se observan correlaciones moderadas entre el factor de superstición y el de duda y necesidad de comprobar, y no altas como cabría esperar si se tratara de un mismo factor.

Otro aspecto interesante es hasta qué punto la superstición forma parte del factor de 2º orden Tipo I o Tipo II, de hecho, en el trabajo de Summerfeldt et ál. (2004) se distribuye entre las obsesiones “puras” (que en nuestro modelo estarían incluidas en las de Tipo I) y las de simetría/orden (dentro del Tipo II). Nosotras hemos incluido la superstición en el Tipo II porque en los análisis factoriales exploratorios aparecía asociada a estos factores, aunque la temática de las obsesiones supersticiosas a menudo hace dudar sobre su inclusión en uno u otro factor, pues los PIO que generan mala suerte pueden ser de contenido agresivo o religioso (más cercano a los contenidos Tipo I) o neutros como números (más cercano a los contenidos Tipo II). En apoyo a nuestra decisión, las asociaciones que mantiene este factor con los de Tipo I son bajas y moderadas con los factores de Tipo II, aunque algo menores con el factor de simetría y orden (Tipo II), al que curiosamente vinculan la mayoría de trabajos del Y-BOCS-SC las compulsiones de repetición.

Como ya hemos señalado, la estructura del INPIOs nos permite conciliar los trabajos que desde el estudio de los PIO proponían la existencia de dos factores (Lee y Kwon, 2003; Belloch et ál., 2004; Moulding et ál., 2007) con los enfoques multifactoriales que surgen de los trabajos con población clínica (p. ej., Mataix-Cols et ál., 2005a). Además, la división bifactorial es también consistente con la división clásica entre obsesiones puras y obsesiones con compulsiones, aunque desde nuestra propuesta, las compulsiones no serían un elemento definitorio del factor, sino que lo sería el contenido de unas y otras obsesiones. Por tanto, no hablaremos de pacientes “comprobadores” sino de pacientes con obsesiones de duda que para aliviar el malestar que éstas provocan, realizan conductas de comprobación. Por otro lado, la división de 6 factores nos permite estudiar con más detenimiento las características de los pacientes y afinar más en el diagnóstico.

Las propiedades psicométricas de esta primera parte del INPIOs han sido excelentes. La consistencia interna se ha calculado tanto para tres muestras procedentes de la población general (muestras española, argentina y canadiense) como en un grupo de pacientes con TOC, siendo similar (puntuación total de la 1ª parte del INPIOs) a la del ROII en muestras españolas ($\alpha=0,93$; Belloch et ál., 2004), y obteniendo una estabilidad temporal mucho mejor (CCI=0,88; Belloch et ál., 2004). Cada uno de los factores del INPIOs presenta también buenos niveles de consistencia interna y una excelente estabilidad temporal, además constituyen los primeros datos que tenemos a nivel de dimensiones de contenido de PIO, exceptuando los trabajos con el ROII que se centran en la clasificación autógena *versus* reactiva (p. ej., $\alpha_{\text{PIO autógenos}}=0,93$ y $\alpha_{\text{PIO reactivos}}=0,82$; Moulding et ál., 2007). El INPIOs mejora la consistencia de la dimensión de PIO Tipo II respecto a los PIO reactivos del ROII, esto es debido, como ya hemos señalado, a que incorpora nuevos ítems de contenido “reactivo” o Tipo II, permitiendo una mayor representación de los contenidos obsesivos y ampliando considerablemente el número de ítems (de 9 ítems en la escala reactiva del ROII de Moulding et ál. (2007) a 24 ítems en la dimensión de PIO Tipo II del INPIOs). Además, parece que las respuestas dadas al INPIOs no están influidas por la

deseabilidad social aunque no podemos olvidar que la consistencia de la escala de deseabilidad social empleada, no es buena. Sin embargo, es importante señalar que este es el primer trabajo, de los que han estudiado la presencia de PI, que incluye una medida de deseabilidad social (Julien et ál., 2007). Esto parece relevante por dos motivos, en primer lugar porque el INPIOs evalúa la presencia de pensamientos no deseables socialmente (p. ej., de agredir a personas o animales, empujar a alguien a las vías del tren o tener relaciones sexuales repugnantes), y en segundo lugar porque en las instrucciones del INPIOs, al igual que sucede en las del ROII o del CIQ, se dice a los participantes que los PIO son un fenómeno universal, de lo que se deduce que es esperable que ellos también los tengan.

Es importante resaltar la fórmula empleada para calcular la puntuación media en las escalas de frecuencia del INPIOs (1ª parte y 2ª parte B) que hemos adoptado en este trabajo, donde hemos tenido en consideración el número de pensamientos (o en su caso estrategias de control) que se tienen de un factor para calcular la media del mismo. De este modo, personas que tienen muchos PIO pero con una frecuencia muy baja obtendrán frecuencias medias menores que aquellos que tengan un solo PIO pero con una alta frecuencia (y por tanto, más cercana a la patología obsesiva). Pensemos en una persona X que ha tenido alguna vez en su vida (puntuación de 1) 8 de los 10 ítems de contenido agresivo del INPIOs, y en otra persona, Y, que solo tiene uno de esos pensamientos pero lo tiene durante todo el día (puntuación de 6). Si calculáramos la puntuación media, la persona X tendría una media de 0,8 mientras que la persona Y tendría una media de 0,6. No tiene sentido que la elevada frecuencia con que la persona Y experimenta un único PIO, y que es similar a la frecuencia con que se experimentan las obsesiones clínicas, se traduzca en una puntuación de 0,6 (menos de alguna vez al año). En otros términos: calcular la puntuación en una escala como un mero recuento de apariciones (i.e., suma simple), cuando en realidad se pregunta por la frecuencia de aparición de los PIO que se experimentan, no reflejaría la realidad de manera adecuada. En el ejemplo que se acaba de poner, la persona Y (un paciente TOC) podría obtener una puntuación menor que un no-paciente. Sin embargo, con el criterio de corrección utilizado, la FM del no-paciente X sería de 1, exactamente la frecuencia que tiene en sus PIO, mientras que la FM del paciente Y sería de 6, que es también la frecuencia con que experimenta su obsesión. En el caso en que se tengan PIO con diferente frecuencia, la FM nos da una aproximación de la frecuencia media real de experimentación (p. ej., si de la escala de PIO agresivos la persona Z tiene un PIO con una frecuencia de 6 y otro con una frecuencia de 4, la FM será de 5; mientras que la puntuación media sería de 0,9). Otro apoyo al empleo de esta fórmula es que a nivel global, la población general y la clínica con TOC no difieren en el número de PIO que experimentan, sino en la frecuencia de los mismos.

A este respecto, recientemente Grabill, Merlo, Kuke, Harford, Keeley et ál. (2008) en un trabajo de revisión sobre los instrumentos de evaluación del TOC, concluyen señalando la necesidad de tener en cuenta no solo la cantidad sino también la gravedad de los síntomas específicos o idiosincrásicos, porque las puntuaciones de pacientes con un solo síntoma pero muy incapacitante pueden verse enmascaradas

en instrumentos como el OCI-R. Desde nuestro punto de vista, el INPIOs es capaz de recoger esta doble característica: la *cantidad* porque consta de varias dimensiones que abarcan la heterogeneidad del TOC y la *gravedad* entendida como frecuencia por el cálculo de frecuencia descrito anteriormente. Además, la 2ª parte del INPIOs, recoge la gravedad desde otras dimensiones: nivel de interferencia que provoca, reacciones emocionales, grado en que se valora de forma disfuncional y frecuencia de empleo de estrategias para controlarlo. En estos últimos aspectos nos centraremos en el capítulo siguiente.

Al igual que en otros trabajos, se observa una baja frecuencia de experimentación de los PIO, situándose en torno a “algunas veces al año”. Esta frecuencia es semejante a la informada por Purdon y Clark (1994a) y algo mayor a la encontrada en otros trabajos, en los que se observan frecuencias en torno a “alguna vez en la vida” (Belloch et ál., 2004; Lee y Kwon, 2004). Sin embargo, debido a que empleamos un cómputo diferente en este trabajo, la frecuencia media, los resultados no son del todo comparables. Este es el primer trabajo que incorpora esta forma de calcular la frecuencia de PIO, si bien realizamos una primera aproximación a este cómputo en Morillo et ál. (2007a). Los PIO más frecuentes son los de *duda* (i.e., mayores frecuencias a nivel de ítem y de dimensión, mayor porcentaje de ítems de la escala experimentados, menor porcentaje de participantes que no informaron de ningún PIO de duda). Estos resultados coinciden con los de otros autores (mayor frecuencia a nivel de ítem de los PIO de duda; p. ej., Belloch et ál., 2004; Lee y Kwon, 2003; Moulding et ál., 2007). Los PIO menos frecuentes, también de forma consistente con los trabajos con el ROII (p. ej., Belloch et ál., 2004; Lee y Kwon, 2003; Moulding et ál., 2007) fueron los PIO agresivos (i.e., menor frecuencia a nivel de ítem, a nivel de dimensión, menor porcentaje de ítems de la escala experimentados por la muestra).

Los PIO más frecuentes en la población clínica son los de duda y los de superstición, y no los de contaminación como se ha encontrado en otros trabajos con población clínica (p.ej., Khanna y Channabasavanna, 1988; Foa et ál., 1995; Millet et ál., 2000). Aunque en el trabajo de Foa et ál. (1995) las compulsiones más frecuentes son las de comprobación (que van asociadas a los PIO de duda). Sin embargo, debemos tomar estos resultados con precaución, en primer lugar porque en gran parte de los casos se tratará de PIO experimentados por la población clínica (y no de obsesiones), y en segundo lugar porque la muestra es reducida. Un reflejo más adecuado del contenido de las obsesiones más frecuentes en la muestra evaluada será la obsesión principal que elige cada uno de ellos, pero sobre este asunto volveremos más adelante.

El modelo propuesto de PIO ha demostrado no variar (o variar muy poco) en función del género, de la edad, del nivel educativo, socio-económico y del estado civil, resultados que son consistentes con trabajos anteriores que han encontrado que las características demográficas no influyen sobre los niveles de TOC en la población general (Lee et ál., 2005a; Samuels y Nestadt, 1997), aunque Purdon y Clark (1993) encuentran que los PI de duda son más frecuentes en las mujeres. En nuestro trabajo se

encuentra que las mujeres puntúan algo más en la escala de dudas, sin embargo la diferencia es mínima. Donde se encuentran diferencias más relevantes es en la frecuencia con que experimentan los PIO los participantes procedentes de diferentes contextos culturales. Los participantes canadienses se distinguieron de los españoles y argentinos en la frecuencia media de dos de los factores PIO: los canadienses presentaron una mayor frecuencia de PIO supersticiosos, mientras que los españoles y argentinos informaron de una mayor frecuencia de PIO de duda (que incluye el ítem de acumulación). Además, estos fueron los PIO más frecuentes en cada uno de los países. La cultura podría tener un efecto “perfilador” sobre el tipo de contenidos más frecuentes, al menos en población no clínica. Estos resultados han sido informados también por otros autores, por ejemplo en los trabajos que han observado un mayor número de pacientes con obsesiones religiosas en países muy religiosos (Pallanti, 2008; Seedat y Matsunaga, 2006).

Por último, estudiamos en qué medida la población no clínica (análoga en cuanto a características socio-demográficas a la muestra de pacientes TOC), se diferenciaba de la clínica en el número y frecuencia de los PIO. Tal y como predice el modelo cognitivo, y apoyando la idea de que el INPIOs evalúa PIO que se dan también en la población clínica, se observaron diferencias significativas en la *frecuencia* de todos los contenidos de PIO excepto en los de orden (sin embargo, aunque la diferencia no es significativa, es cercana a 1 punto en una escala de 0 a 6). Sin embargo, únicamente se observaron diferencias significativas en el *número* de PIO experimentados de contenido agresivo, de contaminación y de orden. En el último caso, el grupo sin patología informó de un mayor número de PIO. Estos últimos datos apoyarían de nuevo el supuesto del modelo cognitivo de que lo importante en el TOC no es el número de PIO. El hecho de que pacientes y población general no se diferencien en la frecuencia de los PIO de orden, y que la población no clínica experimente más PIO de orden, podría deberse a que las diferencias entre pacientes TOC y personas sin patología no residan en el hecho de tener intrusiones de orden, sino en la interferencia que provocan, manifestada especialmente en las estrategias (de neutralización) que generan.

El tercer objetivo del primer capítulo ha sido estudiar la relación entre el modelo de PIO y la sintomatología OC, ansiosa y depresiva. Los resultados indican que la frecuencia de pensamientos intrusos se relaciona, como era de esperar, en mayor grado con la sintomatología obsesiva-compulsiva, que con otras variables psicopatológicas. Estos resultados, que apoyarían la validez convergente y divergente de esta 1ª parte del INPIOs, aunque esperables, a menudo no se han encontrado en otros trabajos, que han informado de mayores relaciones con sintomatología ansiosa-depresiva que OC (p. ej., Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1992) o de asociaciones similares (p. ej., Yao, Cottraux, Martin y Bouvard, 1996). En cuanto a las asociaciones con la sintomatología depresiva y ansiosa, aunque menores que con sintomatología OC, son también moderadas. Estos resultados son similares a los observados por otros autores (p. ej., $r_{ROI-BDI}=0,30$; Purdon y Clark, 1994a), y coinciden con el hecho,

ampliamente constatado, de la elevada y frecuente comorbilidad entre el TOC y la depresión. No obstante, hemos de señalar también que, cuando se emplea la muestra clínica, las asociaciones con sintomatología ansiosa no TOC y depresiva disminuyen considerablemente en comparación con las constatadas en población general, mientras que se mantienen las halladas con sintomatología OC. Este efecto puede explicarse atendiendo al hecho de que el diagnóstico principal de los pacientes era precisamente el TOC, y la presencia de sintomatología depresiva se mantenía, en general, a nivel subclínico. En el caso de la muestra no clínica, es posible que la asociación entre frecuencia de PIO y sintomatología depresiva y ansiosa no TOC, aunque moderada (y, como se ha dicho, menor en todo caso que con las medidas de OC), responda más bien a la presencia de malestar emocional en general, y no tanto a comorbilidad en términos estrictos.

También se observa que el trastorno de personalidad OC mantiene mayores asociaciones con la frecuencia de PIO que con la sintomatología OC. Así mismo se constata una mayor asociación con la frecuencia de los PIO Tipo II que con la de los contenidos Tipo I. Esta asociación es lógica si tenemos en cuenta que la incapacidad para tirar objetos y la preocupación por el orden son criterios diagnósticos para el TPOC y además constituyen el contenido de algunos de los PIO Tipo II (i.e., PIO de orden y de acumulación que está dentro de la escala de duda). Sin embargo no hemos detectado que se mantengan mayores asociaciones con los PIO de duda que con los de limpieza como han señalado algunos autores (p. ej., Gibbs y Ottamanns, 1995; Tallis, Rosen y Shafran, 1996).

Respecto a las asociaciones entre la frecuencia de PIO y la tendencia a preocuparse (PSWQ), se obtienen también asociaciones moderadas en la población general, mayores a las informadas con el ROII ($r=0,11$; Purdon y Clark, 1994a), y bajas con la población clínica y menores a las informadas por Morillo et ál. (2007a; $r=0,28$) empleando el ROII en muestras clínicas. Este dato apoya la idea de que el INPIOs discrimina mejor que el ROII, al menos en población clínica, entre PIO y preocupaciones. Se observa también que las asociaciones son mayores con la frecuencia de los PIO Tipo II (vs Tipo I). Estos resultados son congruentes con el continuo entre las obsesiones y las preocupaciones propuesto por algunos autores como Langlois et ál. (2000 a, b) y especialmente Lee et ál. (2005). Ambos grupos de investigadores proponen que hay PIO totalmente distinguibles de las preocupaciones, mientras que otros estarían más próximos. Además, el grupo de Lee va más allá, y señala que habría un continuo donde en un extremo estarían los PIO/obsesiones autógenas (i.e. contenidos Tipo I), en el otro extremo las preocupaciones y en el centro los PI/obsesiones reactivos (i.e., contenidos Tipo II). Es sencillo ver la mayor similitud entre PIO Tipo II y preocupaciones que entre estas y los Tipo I. Pensemos en un contenido Tipo I como participar en una actividad sexual inapropiada o contraria a lo que habitualmente hace la persona: este tipo de contenidos de pensamiento es seguramente más egodistónico y menos basado en la realidad que un PIO Tipo II como la duda sobre haber dejado el gas abierto; a su vez, éste último es más egodistónico y menos basado en la realidad que la preocupación sobre si se llegará a fin

de mes cuando suben las hipotecas. Este patrón se observa tanto en la población general como en la clínica. Sin embargo, las asociaciones son mayores en el caso de la población no clínica, tal vez debido a que estos son menos capaces de distinguir entre un PIO Tipo II y una preocupación, o a que quienes tienen más PIO también tienen más preocupaciones. Esta última consideración puede explicar asimismo la asociación observada entre preocupaciones (evaluadas con el PSWQ) y los PIO Tipo II, a pesar de que se trata de instrumentos bien diferentes. Es posible que, a nivel no clínico, la tendencia a preocuparse más de lo habitual (“worry”) sea difícil de distinguir de la experimentación de intrusiones (en especial las de Tipo II), porque responde a un mismo patrón de funcionamiento cognitivo: prestar excesiva atención a los propios pensamientos y preocuparse por sus contenidos tanto como por su presencia. De hecho, tanto en la clínica como en la población general, a menudo es difícil diferenciar entre preocupaciones “tipo worry” de intrusiones “tipo obsesivo”, ya que en muchas ocasiones la temática es similar, así como el formato de presentación (casi siempre verbal).

La puntuación total del INPIOs se relaciona de forma moderada pero no significativa con la gravedad del YBOCS, estos resultados son consistentes con los observados con el ROII con muestras clínicas, tanto para las asociaciones con la puntuación total del YBOCS (Morillo et ál., 2007a; $r_{ROII-YBOCS\ total}=0,33$) como con cada de sus escalas (Morillo et ál., 2007a; $r_{ROII-YBOCS\ obsesiones}=0,22$; $r_{ROII-YBOCS\ compulsiones}=0,37$). La escala de obsesiones del YBOCS mantiene mayores asociaciones con la frecuencia de los PIO Tipo I (vs Tipo II) y al revés sucede con el YBOCS-compulsiones. Y aunque evaluar la gravedad del TOC no es el objetivo del INPIOs, este dato apoyaría la división entre obsesiones Tipo I y Tipo II, así como la idea de que la molestia e interferencia que producen las obsesiones Tipo I viene dada por la presencia de las obsesiones en sí mismas (YBOCS obsesiones) mientras que las Tipo II interfieren en mayor medida por las compulsiones y estrategias que llevan asociadas (escala de compulsiones del YBOCS).

En general, tanto en la muestra clínica como en la no clínica, la frecuencia de los PIO Tipo I (vs Tipo II o Total) mantiene menores correlaciones con todas las variables, y esto es especialmente cierto en el caso de la muestra clínica, donde estas asociaciones son, en algunos casos (i.e., con YBOCS, PSWQ o BDI), cercanas a cero. Sin embargo, las asociaciones con la frecuencia de los PIO Tipo II son semejantes a las del total del INPIOs. Este resultado es de difícil interpretación, teniendo en cuenta el diseño del estudio (transversal), las limitaciones muestrales (en especial el reducido tamaño de la muestra clínica), y la baja frecuencia con que los participantes no clínicos experimentan, en general, PIO. No obstante, y aun a sabiendas de que podemos pecar de excesiva especulación, pensamos que, por lo que se refiere a la muestra clínica, la baja asociación entre gravedad del trastorno (YBOCS) y la frecuencia de PIO Tipo I, puede deberse a que en realidad el YBOCS no es capaz de registrar adecuadamente las obsesiones “puras” (que son las más vinculadas con los PIO Tipo I), o más bien las estrategias asociadas a las mismas. También es posible que la gravedad del TOC asociada a la

presencia de PIO Tipo I sea menor que la relacionada con los Tipo II. Este hecho lo hemos podido constatar en algunos trabajos previos de nuestro equipo: por ejemplo, hemos observado que los pacientes TOC que presentan obsesiones Tipo I tardan mucho menos tiempo en solicitar ayuda profesional que los que tienen obsesiones Tipo II, lo que impide la cronificación del trastorno, aminora el impacto del mismo en la vida del paciente (lo que se traduce además en una menor gravedad, evaluada con el YBOCS), y facilita su recuperación (Del Valle, Carrió y Carrasco, 2005). Por último, debemos recordar cuál es la finalidad del INPIOs: registrar la presencia real, en términos de frecuencia y variedad, de pensamientos intrusos análogos a obsesiones (tanto en contenido como en formato), pero en ningún caso, la gravedad del TOC.

Los factores de primer orden del INPIOs mantienen mayores asociaciones con las escalas del OCI-R que evalúan contenidos similares. Como hemos señalado con anterioridad, el OCI-R incorpora pocos ítems referidos a las obsesiones de contenidos agresivo, religioso y sexual, las bajas asociaciones entre los PIO agresivos y sexuales/religiosos y la escala de obsesiones del OCI es muestra de ello. De hecho, de los 3 síntomas que incluye la escala de obsesiones del OCI-R (no poder controlar sus propios pensamientos; tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad; tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos), el primero hace más referencia a dificultades de control de los pensamientos en general que a obsesiones Tipo I (obsesiones puras), mientras que el segundo es muy genérico y podría referirse también a PIO/ obsesiones Tipo II (p. ej., de duda). Las escalas del INPIOs que parecen estar mejor representadas por las del OCI-R son las de orden, contaminación y dudas, esta última se corresponde con el factor de comprobación del OCI-R. El hecho de que las asociaciones entre la frecuencia de los PIO y la sintomatología OC en población clínica sean entre moderadas y altas apoya el interés que tiene el empleo del INPIOs también con la población clínica.

La frecuencia de los PIO de tipo supersticioso mantiene una asociación moderada (tanto en la población normal como en la clínica) con el CBOCI y baja con el OCI-R; excepto con su escala de neutralización, que está formada por un ítem de temática supersticiosa (i.e., sentir que existen números buenos y malos) y dos de repetición (i.e., sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas; tener necesidad de repetir ciertos números). Como ya hemos señalado, las compulsiones de repetición se han asociado al pensamiento mágico y supersticioso (p. ej., Bucci y Gordon, 2007). Estos resultados apoyan también el interés de mantener los PIO/obsesiones supersticiosas como una escala separada, que aunque el contenido a veces se asemeja a los contenidos de otros PIO (p. ej., personas con PIO supersticiosos pero relacionados con religión), tiene suficiente entidad como para constituir un factor independiente (bajas asociaciones con el resto de escalas).

CAPÍTULO 2

PIO Y OBSESIONES: ¿CÓMO SE EXPERIMENTAN?

Una vez agrupados los PIO en factores, nuestro segundo objetivo ha sido estudiar cómo se experimentan esos PIO y obsesiones y si esa experiencia varía en función del contenido de los mismos. Para ello hemos seguido también la guía de dos de los instrumentos que evalúan PI: el ROII y el CIQ, centrándonos en el segundo. En ambos instrumentos se pide que se seleccione el PIO más molesto o perturbador de los experimentados (en el CIQ durante el último mes) y que se valore e indique la frecuencia con la que han empleado una serie de estrategias de control para detener y/o neutralizar la intrusión seleccionada. Nos pareció interesante recoger la información sobre dos aspectos relacionados con la experiencia misma de los PIO, que a su vez podían recaer, o no, en el mismo contenido de intrusión: el PIO más molesto y el más frecuente. Esperábamos que, en el caso de que los contenidos de PIO fueran diferentes según el criterio de selección (i.e., molestia o frecuencia), también lo serían las consecuencias, es decir, las valoraciones a que podrían dar lugar, y las estrategias de control. En otros trabajos de nuestro grupo (p. ej., Morillo, 2004; Morillo et ál., 2004) hemos planteado, de hecho, que quizá los PIO Tipo I son molestos por su contenido, mientras que los Tipo II por su frecuencia, estando esta propuesta en la línea de los planteamientos sobre obsesiones autógenas y reactivas del grupo de Lee y Kwon (2003).

Así pues, con el objetivo de explorar empíricamente este supuesto decidimos pedir a los participantes que seleccionaran tanto el PIO más molesto como el más frecuente. Los resultados reflejaron que efectivamente el PIO más molesto y el más frecuente no coincidían en cuanto a contenido. Sin embargo, se valoraban de la misma forma y se empleaban, en general, las mismas estrategias para controlarlos. Sobre la base de este resultado, decidimos eliminar la parte en la que se pedía que se valorara el PIO más frecuente porque no nos aportaba información adicional sobre las valoraciones. Y para saber si coincidían o no, disponíamos de la primera parte del INPIOs que nos permitía conocer la frecuencia de los PIO. Para incrementar la recencia o el recuerdo, solicitamos que el PIO más molesto seleccionado se hubiera experimentado durante los últimos tres meses. En la versión definitiva pedimos a los pacientes que seleccionaran la intrusión “más MOLESTA, la más DESAGRADABLE, o la que más te afecta CUANDO LA TIENES” (mayúsculas en el original). Enfatizamos tres veces a lo largo de unas instrucciones de menos de 5 líneas que se trataba de una intrusión que hubieran experimentado (i.e., “hayas experimentado en los últimos tres meses”; “cuando la tienes”, “experimentado en los últimos tres meses”) y esto lo hicimos porque uno de los problemas del ROII era que los participantes parecían no entender las instrucciones, y en algunos casos observamos que escogían valorar un PIO que nunca habían experimentado. A pesar de la insistencia en las instrucciones del INPIOs, y el énfasis en que fuera

un PIO experimentado durante los tres últimos meses, los datos de un 10% de los participantes españoles (3% argentinos y 33% de los canadienses) fueron eliminados de la 2ª parte del INPIOs porque seleccionaron PIO que nunca habían experimentado.

Para apresar las valoraciones y las estrategias de control, nos basamos en la 2ª parte del ROII que es el instrumento con el que tenemos más experiencia como grupo, y la modificamos de tal forma que consideramos que los resultados obtenidos con la misma no son comparables con los del ROII, ni con los de otros instrumentos. De hecho, hasta donde llega nuestro conocimiento, ningún instrumento en la actualidad apresa las valoraciones disfuncionales que se han asociado al TOC (OCCWG, 2001) y las estrategias de control ante un PIO determinado, además de recoger cuál es ese pensamiento. Este cambio respecto a instrumentos como el III, que apresan valoraciones pero en los que no se anota la obsesión a la que hacen referencia, amplía las posibilidades y utilidad del INPIOs, dado que permite estudiar si contenidos intrusos específicos se asocian a reacciones, valoraciones o estrategias concretas. La 2ª parte del INPIOs evalúa un mayor número de reacciones emocionales (que puede generar el PIO seleccionado como el más molesto) en comparación con los instrumentos de referencia, y lo mismo cabe decir por lo que se refiere a los aspectos relacionados con la interferencia que produce y el modo en que se valora (2ª parte A), así como en relación con las estrategias para controlarlo, que son más generales en nuestro instrumento que las del ROII (p. ej., se elimina el ítem que hacía referencia a rezar, que se puede incluir en otros de los ítems, y se incluyen entre otras estrategias las compulsiones) (2ª parte B). Es importante volver a señalar la diferencia principal entre el INPIOs y los instrumentos que evalúan sintomatología obsesiva-compulsiva o el listado de síntomas del Y-BOCS. Todos estos instrumentos evalúan las obsesiones y las compulsiones del mismo modo, mientras que la estructura del INPIOs refleja con claridad cada uno de los elementos del modelo cognitivo (PIO -1ª parte-, valoraciones -2ª parte A- y estrategias de control -2ª parte B-). Y, dado que lo principal son los PIO, se les dedica una mayor atención (48 ítems) que a las estrategias de control (20 ítems) y a las compulsiones (4 ítems). Las valoraciones se amplían respecto al ROII y se tratan de asemejar a las que se han venido estudiando en la literatura para que sean equiparables, aunque como ya hemos señalado, el instrumento más empleado para evaluar las valoraciones de las obsesiones, el III, emplea una puntuación total.

Por tanto, esta 2ª parte está formada por tres grandes apartados. En primer lugar nos centramos en examinar el contenido y frecuencia del PIO más molesto experimentado por los participantes a través de las diferentes muestras con las que hemos trabajado, y a continuación pasaremos a examinar la estructura y resultados observados en las partes A y B del INPIOs.

La primera de las partes es muy relevante porque en el caso de la población general resalta el PIO que podría convertirse en obsesión, o al menos el PIO más semejante a las obsesiones clínicamente significativas, el más molesto. Y en el caso de la población clínica está referido a su obsesión principal.

Por ello, hemos analizado con detalle qué PIO se seleccionan en cada una de las muestras bajo estudio y con qué frecuencia. La frecuencia del PIO más molesto fue superior a la obtenida en estudios anteriores con el ROII empleando muestras españolas (Belloch et ál., 2004; media=2,47; DT=1,48) y canadienses (Purdon y Clark, 1993; media=2,21, DT=1,40) e indica que como media estos PIO se experimentan algo más de una o dos veces al mes. Este hecho puede ser debido a que el ROII incluye más PIO Tipo I que Tipo II, que en general se experimentan con una menor frecuencia, reduciendo así la media general. En otro trabajo de nuestro grupo (Belloch et ál., 2007c) hemos observamos que la frecuencia de los PIO más molestos Tipo I (media=2,3; DT=1,3) era significativamente menor que la de los Tipo II (media=3,1; DT=1,7). Estos resultados se ven apoyados por los observados aquí, donde a pesar de emplear un cómputo diferente para calcular la media de los PIO, la frecuencia tanto de los PIO como de las obsesiones Tipo II es mayor. Por otro lado, la frecuencia media total de argentinos y canadienses fue similar a la de la muestra española, y como era de esperar, fue menor a la de la muestra clínica.

Los contenidos más molestos, al igual que los PIO más frecuentes, son de duda en los tres países (i.e., haberse dejado algo encendido, haber olvidado algo importante, haber ofendido sin darse cuenta, haber cometido algún error en el trabajo), y las únicas dos intrusiones (ítems 18 “participar en una actividad sexual que me parezca inapropiada o repugnante” y 22 “insultar a una autoridad religiosa”) no experimentadas por la población española, fueron de religión/sexo. Estos dos PIO tampoco fueron experimentados por los participantes argentinos y solo por uno de los canadienses. Sin embargo un paciente escogió el ítem 18 como su obsesión principal, y en otros trabajos con población clínica se ha encontrado que estos contenidos son relevantes, lo que apoya el mantenimiento de ambos ítems. Dos de los ítems más seleccionados como el más molesto por la muestra española coinciden con dos de las obsesiones más señaladas por la muestra clínica, hecho que avalaría el modelo cognitivo del TOC, y específicamente la idea de que los PIO tienen el mismo contenido que las obsesiones, y se diferencian en otras variables como la frecuencia (aspecto que también se ve confirmado). Este resultado iría en contra de la idea postulada recientemente por Rassin y Muris (2007; Rassin et ál., 2007) de que el contenido de las obsesiones es categorialmente diferente al de los PIO. No obstante, el hecho de que el resto de PIO más seleccionados por los sujetos no clínicos, no hayan sido seleccionados por la muestra normal, indica a su vez que la mencionada propuesta del grupo de Rassin es, en parte, adecuada. En nuestro trabajo, un 94% (16 de 17) de las obsesiones escogidas por los pacientes del listado del INPIOs, fueron seleccionadas también por la población general (muestra 2) como sus PIO más molestos. Este resultado contrasta con el informado por Rassin et ál. (2007) que señalan que la población general (n=133) únicamente había experimentado (a lo largo de su vida) un 12% de un listado de 23 obsesiones clínicas mientras que había experimentado un 29% de un listado 47 PI. Aunque ambos trabajos son diferentes resultan, a nuestro modo de ver, también comparables en algunos aspectos: nosotras estamos informando de que los contenidos de los PIO más molestos son semejantes a los de las obsesiones más

molestas mientras que Rassin et ál. (2007) hacen referencia a que la población general no ha experimentado nunca contenidos de obsesiones clínicas en forma de PI. De todos modos, dada la escasa representación de pacientes en nuestro estudio (solo 33), las posibilidades de refutar o avalar el planteamiento de estos autores sobre la base de nuestros datos, son escasas. En todo caso, nuestros resultados apuntan a una idea diferente: los PIO que resultan más molestos en unos y otros países son diferentes en su contenido, mientras que las diferencias entre la muestra clínica y no clínica estaría más en la frecuencia con la que se experimentan los PIO/obsesiones que en el contenido de los que molestan más. De hecho, el listado de 48 ítems de la primera parte del INPIOs recogió casi un 90% de las obsesiones experimentadas por la muestra clínica, resultados que son mejores que los observados con el ROII, donde quedaban recogidas un 77,5% de las obsesiones (Morillo et ál., 2007a).

Otro PIO frecuentemente elegido como el más molesto por todos los grupos de participantes ha sido el que hace referencia a “dudas existenciales sin sentido” (entre un 7,7% y un 6,4% de los participantes lo escoge como el más molesto). Una cuestión que surge aquí es si la población general ha confundido este pensamiento (ítem número 24) con reflexiones filosóficas. Este ítem lo incluimos porque se da entre la población clínica, que experimenta como realmente molestos este tipo de PIO: de hecho 2 de los pacientes informaron tener una obsesión de este tipo. El hecho de que la población no clínica lo elija como el más molesto, puede que apoye la idea de que efectivamente han comprendido que es algo intruso y no una reflexión filosófica que no sería molesta.

La mayoría de los participantes de la población general española seleccionaron como su PIO más molesto uno de Tipo II (73,4%), estos resultados se observan también en la muestra argentina (74%), y son contrarios a los obtenidos con el ROII. Lee y Kwon (2003) informan de que un 68% de los participantes seleccionan como PIO más molesto uno de tipo autógeno (Tipo I) y nosotras en un trabajo anterior con el ROII encontramos niveles similares también en población no clínica (70,9%; Belloch et ál., 2007). Esta incoherencia entre unos y otros resultados podría ser debida de nuevo a que la mayoría de los 52 ítems del ROII son de temática autógena o Tipo I, mientras que el INPIOs consta de 24 ítems de cada tipo, por lo que consideramos que la proporción registrada con el INPIOs se aproxima más a la realidad observada en el TOC. De hecho, en un trabajo en el que categorizamos a 73 pacientes con TOC en función de su obsesión principal, 47 eran reactivas o Tipo II (Morillo et ál., 2007b). Estos resultados son también consistentes con los observados en este trabajo en la muestra clínica, empleando la clasificación de contenidos del INPIOs el 70,60% de los pacientes seleccionaron como más molesta una obsesión Tipo II. Este porcentaje es similar al informado por los estudios epidemiológicos más recientes, que señalan que dos tercios de los pacientes presentan obsesiones con compulsiones manifiestas (Welkowitz et ál., 2000), cuyo contenido suele corresponderse con el de nuestras obsesiones Tipo II. Sin embargo, la muestra canadiense parece experimentar como PIO más molestos los PIO Tipo I y Tipo II en la misma medida.

Respecto a la clasificación de primer orden, algo más del 50% de la población no clínica española seleccionó como PIO más molesto uno que entraba dentro de la dimensión de “dudas, necesidad de comprobar y acumulación”. Cabe puntualizar, que de estas personas sólo siete escogieron como más molesto el PIO relacionado con la acumulación, por lo que al señalar que los PIO más escogidos fueron los de duda hacemos referencia básicamente a las dudas sobre si se ha dejado algo encendido en casa o se si ha cometido algún error en el trabajo.

El contenido de los PIO indicados como los más molestos ha demostrado verse influido por el contexto cultural, aunque independientemente del mismo, los PIO señalados como los más molestos son los de duda, seguidos por los religiosos y sexuales. Estos resultados son parcialmente consistentes con los observados en la muestra clínica, donde un 33,30% de las obsesiones principales fueron de duda, seguidas por las supersticiosas. Sin embargo, los tres grupos de participantes no clínicos difieren en los PIO que seleccionan en tercer lugar como los más molestos: mientras que para canadienses y españoles son los PIO agresivos, para los argentinos son los de contaminación. En este sentido, la cultura podría estar “perfilando” el contenido de los PIO que resultan más molestos, aunque independientemente de la misma, los PIO más molestos son los de duda y los religiosos/sexuales. Que determinados contenidos de PIO sean los más molestos tiene dos posibles interpretaciones: (a) que sean los PIO que más molestan porque su significado resulta más molesto en un determinado contexto (p. ej., la contaminación resulta más molesta en Argentina), o (b) que molesten más porque se experimentan con una mayor frecuencia en un contexto que el otro (p. ej., los argentinos experimentan una mayor frecuencia de PIO de contaminación).

En el caso de los PIO de duda, que fueron los más molestos para un mayor porcentaje de sujetos de los tres países, resultaron ser los más frecuentes para españoles y argentinos, quienes como media los experimentan algo más de “algunas veces al año”. En cambio, los PIO más frecuentes de los canadienses fueron los de superstición (entre algunas veces al año y al mes), pero no son los más molestos. También resulta curioso el hecho de que estos PIO sean igual de frecuentes para españoles y argentinos, pero que un mayor porcentaje de españoles que de argentinos (7,4% frente a 3,9%) los señalen como los más molestos, lo que podría estar indicando que la superstición estuviera más aceptada o normalizada en Argentina. Respecto a los PIO religiosos y sexuales no se observan diferencias entre los tres países: son elegidos como más molestos en segundo lugar, y también son de los más frecuentes.

Los PIO de contenido agresivo, son señalados en tercer lugar como los más molestos por canadienses (18,5%) y españoles (8,9%). Sin embargo, como media no son de los más frecuentes, de hecho, en el caso de los españoles son los menos frecuentes. Por tanto, en este caso, parece que son más molestos por su contenido y no porque se experimenten con mucha frecuencia en dicho país.

Respecto a estos pensamientos, en un trabajo de nuestro grupo en el que comparamos a pacientes depresivos, ansiosos y TOC en sus PIO del ROII, los primeros presentaban un mayor número de PIO autoagresivos (Morillo et ál., 2007a), dato que sería congruente con la mayor sintomatología depresiva que presentan los participantes canadienses, a pesar de que las diferencias entre los tres grupos eran muy pequeñas. A nivel más cultural, en los “campus” universitarios canadienses y americanos frecuentemente tienen problemas de agresiones (especialmente sexuales), tal vez es un tema que preocupa a los jóvenes entrevistados. Por ejemplo, en la universidad de donde proviene la muestra canadiense (New Brunswick), al igual que en muchas otras, de forma periódica se ofrecen cursos gratuitos de defensa personal contra violadores (i.e. *The Rape Aggression Defense System*). Respecto a los PIO de contaminación, los terceros más molestos en Argentina, tampoco son de los que se experimentan con una mayor frecuencia (ni se experimentan con más frecuencia en este país que en el resto). Por tanto, a nivel global, parece que las diferencias entre unos países y otros se deben más a que se experimentan como “molestos” que a que son los PIO más experimentados. Sin embargo, esto es solo una posible interpretación.

También se observan otras diferencias entre los PIO más molestos para cada país a nivel de ítem. En primer lugar, los canadienses consideran muy molesto (un 9% de los participantes canadienses lo seleccionan como el más molesto), y experimentan con más frecuencia el PIO de hacerse daño con un instrumento cortante. En segundo lugar, el PIO de hacerse dejado algo encendido en casa, el más frecuente de los españoles y uno de las más frecuentes en los argentinos, apenas lo es para los canadienses. Esto tal vez se deba a que la muestra es más joven y menos preocupada por la seguridad en el hogar, aunque la mayoría de los mismos tengan este tipo de responsabilidades al vivir fuera de su hogar paterno; además, la muestra argentina, siendo mayor en edad que la española, no experimenta con más frecuencia estos pensamientos. En tercer lugar, se observa que un PIO (i.e., la duda de si se ha dejado algo abierto en la casa) muy relacionado con el anterior (de hecho a menudo se observa unido al anterior en la población clínica) también es molesto para los españoles (para el 5% de la muestra) mientras que lo es mucho menos para argentinos y canadienses. En cuarto lugar, se observa que la duda de si se ha cometido un error en el trabajo o escuela, es seleccionada con más frecuencia por los españoles y canadienses que por los argentinos, que parecen menos preocupados por cometer errores, y lo mismo ocurre con la duda de si puedo haber ofendido a alguien sin darme cuenta. En quinto lugar, se observan diferencias respecto al PIO relacionado con la acumulación, que es señalado por un mayor porcentaje de argentinos como el más molesto, a pesar de que se experimenta con la misma frecuencia por los tres grupos, tal vez para los argentinos, cuya situación económica es más inestable, el “miedo” a tirar cosas que pueden ser reutilizadas es mucho mayor. Finalmente, los canadienses indican con más frecuencia el PIO supersticioso de que determinados pensamientos pueden ocasionar desgracias futuras

que los otros dos grupos, aunque sin embargo, como media no experimentan los PIO supersticiosos con mayor frecuencia.

La caracterización de las obsesiones según la clasificación de contenidos de primer y segundo orden, nos ha permitido “etiquetar” a los pacientes como pertenecientes a un grupo u otro, teniendo siempre claro que no son subtipos cerrados de pacientes, sino pacientes que presentan más obsesiones de un tipo que de otro, o a los que unas les resultan mucho más molestas que las demás. En apoyo al empleo de la aproximación dimensional desde la que hemos trabajado a lo largo de este trabajo, y a la complejidad que la propuesta de una “clasificación” conlleva, cabe señalar que tres de los pacientes no pudieron ser incluidos de manera dicotómica como Tipo I *versus* Tipo II: en dos casos, porque tenían dos obsesiones igualmente relevantes a nivel clínico (p. ej., pensamientos blasfemos y supersticiosos) y un tercero porque tenía pensamientos de duda-agresión sexual (i.e., la duda de si le habrán puesto alguna droga en la comida para abusar sexualmente de la paciente). Además, algunos pacientes tenían varias obsesiones de Tipo II que eran relevantes (p. ej., dudas y contaminación). Los tres pacientes “mixtos” respecto a la clasificación Tipo I vs Tipo II los eliminamos de los análisis que implicaban la división entre estos dos tipos. Y para calcular el porcentaje de obsesiones más molestas de cada contenido respecto a la clasificación de primer orden, tomamos la obsesión elegida como la más molesta en la 2ª parte del INPIOs.

Respecto a la 2ª parte A, los resultados derivados de la valoración del PIO más molesto en la muestra española no clínica son un reflejo de que no estamos trabajando con población clínica: el PIO más molesto no genera fuertes reacciones emocionales negativas, es “únicamente” algo difícil controlarlo, pero se consigue, interrumpe poco la concentración y no se valora de forma claramente disfuncional, seguramente porque se puede controlar y no interfiere, siendo las valoraciones “más” disfuncionales (entre “algo” e “importante”) las relacionadas con la Importancia del pensamiento y de su control. Estos resultados son parcialmente consistentes con los observados en trabajos previos con el ROII en muestras españolas (Belloch et ál., 2004) donde el malestar (media=2,13; DT=1,15) y la Importancia de controlar (media=1,46; DT=1,30) eran las valoraciones más importantes junto con la inaceptabilidad del pensamiento (media=1,83; DT=1,31). La Importancia de controlar los pensamientos es uno de los elementos esenciales del modelo de Clark y Purdon (1993). Respecto a la inaceptabilidad del pensamiento (ROII) es uno de los ítems que hemos modificado respecto al ROII, aunque sería semejante al ítem de FPA-moral, que en nuestro trabajo no parece ser relevante, hecho que tal vez se deba a que hay una menor proporción de PIO de Tipo I que en el ROII, que suelen ser los más inaceptables, en el sentido que indican estas valoraciones en la propuesta original de Rachman. Respecto a la población clínica, las reacciones y valoraciones disfuncionales y la interferencia de las obsesiones son mucho mayores, la obsesión principal es extremadamente molesta, es muy difícil controlarla, tienen menos éxito en el control, es muy importante tanto la obsesión como su control y hace que los pacientes se sientan

muy inseguros o que se planteen muchas dudas sobre ellos mismos. Estos resultados son coherentes con lo observado en otros trabajos, en los que también se ha encontrado que las valoraciones (evaluadas con el III, el RIQ o el ROII) son capaces de diferenciar entre población clínica y no clínica (p. ej., Morillo et ál., 2007a; OCCWG, 2001; Salkovskis et ál., 2000) así como entre población clínica y subclínica (Morillo et ál., 2003). Por tanto, parece que todas las variables evaluadas en esta parte del INPIOs son relevantes para el TOC.

Pese a que los PIO no son muy molestos para la población general, se observa que los participantes no clínicos casi siempre hacen cosas para controlarlos, al igual que la población clínica. Ambos grupos coinciden en dos de las estrategias que emplean con más frecuencia, aunque la frecuencia del grupo TOC es mayor: la *reestructuración cognitiva* (i.e., “razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla”) y la *autotranquilización* (i.e., “trato de convencerme de que todo está bien”). El grupo no clínico empleó significativamente con más frecuencia la *distracción cognitiva* (i.e., me distraigo pensando en otra cosa) aunque no se observaron diferencias en la *distracción conductual*. Estos resultados son parcialmente consistentes con los encontrados en trabajos previos, en los que empleando el ROII en población no clínica hemos encontrado que las estrategias más empleadas son la distracción cognitiva (media=2,04; DT=1,38) y la reestructuración cognitiva (media=2,53; DT=1,38) (Belloch et ál., 2004). Sin embargo, la población no clínica no se diferencia de los grupos con TOC en la frecuencia de empleo de la distracción ante su PIO más molesto (ROII; Morillo et ál., 2007a), ni como estrategia general de afrontamiento (TCQ; Belloch et ál., 2007c). Otros trabajos si que han informado de un mayor uso por parte de la población no clínica de la distracción como estrategia general de control de los pensamientos (Abramowitz et ál., 2003; Amir et ál., 1997; Fehm y Hoyer, 2004).

Respecto a la *parada de pensamiento*, se ha “catalogado” como una estrategia disfuncional (Freeston et ál., 1995), por lo que sorprende el hecho de que en el grupo no clínico se emplee con la misma frecuencia que estrategias funcionales como la distracción conductual (a pesar de que la frecuencia es baja: media=1,85; DT=1,31), aunque algunos autores (p. ej., Freeston et ál., 1995) informan de que la parada de pensamiento es una de las estrategias más frecuentes en la población no clínica. Sin embargo, nosotras nos planteamos si el modo en que redactamos el ítem (i.e., “me digo a mí mismo: “para”, “no pienses más”, “déjalo ya”, etc.”) podría inducir a las personas a suponer que se refiere a una estrategia más próxima a la reestructuración cognitiva, es decir, a interpretar el pensamiento como poco importante, que a la supresión. El antiguo ítem del ROII que recogía esta estrategia (i.e., me digo a mí mismo: “para”) tal vez fuera más concreto y relacionado con la “parada de pensamiento” (media en población general=1,30; DT=1,32; Morillo et ál., 2007a). De todos modos, al igual que en nuestro trabajo anterior (Morillo et ál., 2007a), se observa que los clínicos emplean más esta estrategia.

Otras de las estrategias empleadas con más frecuencia por la población clínica son el *autocastigo* (“me riño” a mí mismo por tener el pensamiento), el *esfuerzo de supresión*, las *compulsiones de repetición* y de *comprobación*, la *evitación* y el *esfuerzo de control*. Ninguna de estas estrategias estaba incluida en el ROII, tal vez debido a que se diseñó para valorar las estrategias empleadas por la población general. Por ello, los datos que tenemos provienen de otros instrumentos de estrategias, especialmente del TCQ y del WBSI, que como hemos señalado son generales, y no hacen referencia al control de PIO u obsesiones concretas. Algunos autores han asociado la tendencia a la supresión (WBSI) con la sintomatología OC (Mckay y Greisberg, 2002; Muris et ál., 1996), aunque no sea una estrategia específica del TOC. En un trabajo de nuestro grupo (Belloch et ál., 2007b), en el que comparamos un grupo de pacientes TOC, con otro de deprimidos, ansiosos no TOC y normales, los pacientes con TOC empleaban significativamente más que el resto de los otros grupos el castigo (TCQ), y la tendencia a la supresión (WBSI) más que la población normal. Sin embargo, el problema de esta medida, como ya hemos señalado antes, es que al ser genérica no concreta estrategias específicas de afrontamiento. De todos modos, hay que señalar que en nuestro trabajo ya citado (Belloch et ál., 2007b) encontramos que la supresión general de pensamientos molestos (puntuación total del WBSI) mantiene elevadas asociaciones ($r=0,55$) con la estrategia de autocastigo del TCQ. El castigo, es la estrategia que se ha asociado de forma más consistente a lo largo de la literatura al TOC (Abramowitz et ál., 2003; Amir et ál., 1997).

Respecto a las *compulsiones*, ninguno de estos instrumentos de estrategias más empleados evalúa la presencia de compulsiones conductuales. Nos ha llamado especialmente la atención que el grupo no clínico no se distinguió del clínico ni en la frecuencia de uso de las compulsiones de limpieza ni las de orden que son estrategias definidas como “patológicas”, y ambos grupos presentaron bajas frecuencias de uso (menores de 1). Este resultado que pudiera parecer incongruente, puede ser debido a que los ítems del INPIOs van referidos a las estrategias de afrontamiento ante la obsesión/PIO más molesto, y ninguno de los participantes indicó obsesiones de orden como las más molestas (aunque muchos de ellos las tenían además de su obsesión principal) y la contaminación fue la obsesión principal únicamente de 4 pacientes. El resto de estrategias de control son más generales y se pueden emplear para hacer frente a obsesiones de diferentes contenidos. Tampoco se encuentran diferencias en el empleo de las *preocupaciones* para librarse de los pensamientos. Este resultado es consistente con algunos autores (Fehm y Hoyer, 2004; Morillo et ál., 2007a) que no han encontrado diferencias en el uso de las preocupaciones entre diferentes grupos de pacientes y la población general. Sin embargo, otros autores han observado que esta estrategia es más empleada por pacientes con TOC que por la población general (Abramowitz et ál., 2003).

Por último, no se encuentran diferencias en el empleo de la estrategia de control de *no hacer nada*, que es poco utilizada tanto por los participantes no clínicos como por los clínicos. Este resultado

coincide con el encontrado en el trabajo de Morillo et ál. (2007a) donde no encontramos diferencias en la frecuencia de uso del “no hacer nada” entre el grupo con TOC, depresión, ansiedad-no TOC y sin patología. Sin embargo, otros autores han informado que es más empleada por la población no clínica (p. ej., Ladouceur et ál., 2000). La estrategia de no hacer nada parece ser la más efectiva ante los PIO (Freeston et ál., 1995), sin embargo, dada la baja frecuencia observada, parece que, independientemente de la frecuencia y del malestar que generen PIO y obsesiones, tener un PIO parece ser motivo suficiente para hacer cosas. El hecho de que todos los participantes, o la gran mayoría, hagan algo ante su PIO más molesto, es un tema problemático, porque se trata de PIO no demasiado frecuentes ni demasiado molestos, que no se valoran mal, pero pese a todo eso las personas tratan de controlarlos. Estos resultados, son consistentes con trabajos anteriores (p. ej., Freeston y Ladouceur, 1993; Morillo et ál., 2007); sin embargo, desde la explicación cognitiva se postula que las estrategias surgen para controlar PIO que son molestos y que se valoran mal, y que son las “culpables” de que los PIO se conviertan en obsesiones, por lo que sería razonable suponer que la población sin patología obsesiva no debería hacer nada cuando experimenta intrusiones. En nuestra opinión, y atendiendo a nuestros datos, este planteamiento del enfoque cognitivo del TOC debe matizarse en el siguiente sentido: la escalada de los PIO hacia las obsesiones está mediada, en el caso de las estrategias de control y/o neutralización por: (a) la frecuencia y/o intensidad con la que el sujeto se involucra en tales estrategias (y, por tanto, con la interferencia que provocan en su rutina diaria), y (b) el éxito que consigue cuando las pone en marcha (i.e., eliminar efectivamente la intrusión del flujo de pensamiento consciente, o no conseguirlo). Respecto al primer aspecto, en nuestro trabajo se observa que los participantes clínicos se esfuerzan más por suprimir y por controlar, pero valoran peor su éxito en el control, resultado que ha sido encontrado también en otros trabajos (Ladouceur et ál., 2000).

Con el objetivo de poder formular un modelo que agrupara las respuestas de la 2ª parte del INPIOs, realizamos una serie de AFE y AFC a nivel de ítem (que se han considerado más adecuados que los conglomerados para un número de ítems tan reducido) independientes para la parte A (reacciones emocionales, interferencia, valoraciones) y B (estrategias) de esta 2ª parte del INPIOs. La estructura que mejor representaba la 2ª parte A ha sido la de tres factores que guió su construcción, donde un factor recoge la intensidad de las reacciones emocionales negativas que evoca el PIO, otro la interferencia y dificultad de controlarlo y un último factor recoge las valoraciones disfuncionales que se realizan ante el mismo. Éstas se han agrupado en un solo factor al igual que se ha hecho con el III, tal vez esto sea debido a que los AF se han realizado con población no clínica cuyas valoraciones disfuncionales han sido muy bajas, pero no hemos podido replicar estos análisis en población clínica debido a que no contamos con un tamaño suficiente de sujetos en esta muestra. Además, como ya hemos visto, cada uno de los ítems que componen el factor de valoraciones disfuncionales hace referencia a una valoración distinta, por lo que una estructura factorial como por ejemplo la del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO-R) no

sería posible. En todo caso, desde el punto de vista de la utilización clínica de esta segunda parte del INPIOS, hay que decir que nuestro grupo la está utilizando a nivel de ítem, lo que nos permite abordar de forma adecuada cada una de las valoraciones disfuncionales que presenta un paciente particular, además de analizar su resistencia al cambio terapéutico.

Los tres factores cuentan con unas buenas propiedades psicométricas en la población general. Y de forma consistente con el análisis realizado a nivel de ítem, los PIO más molestos (población general española) generan “algo” de reacciones emocionales negativas, resultan entre “algo” y difíciles de controlar y se valoran de forma “algo” disfuncional. Esta estructura se mantiene relativamente estable a lo largo de las diferentes variables sociodemográficas evaluadas, pues aunque se encuentran diferencias estas son muy pequeñas y debidas más a un efecto del amplio número de participantes que a diferencias reales. Algunos autores han encontrado diferencias en el sentido de que los años de escolarización están relacionados con estrés, y el estrés con obsesionalidad (Warren et ál., 2002), sin embargo nuestros resultados irían en un sentido opuesto. Independientemente de que los participantes sean españoles, argentinos o canadienses, las medias en cada uno de los tres factores son similares, por lo que parece que el contexto cultural influye más sobre el contenido de los PIO más frecuentes y más molestos que en cómo se experimentan. Podríamos señalar, tal y como hace Draguns (1997) en su revisión sobre el impacto de la cultura en las manifestaciones psicopatológicas, que la influencia de la cultura sobre el TOC (en realidad sobre los aspectos relacionados con el TOC en población no clínica) no es ni extrema ni insignificante, pues parece que la cultura influye en la *forma* que adquieren los síntomas psicopatológicos.

Y como era de esperar tras el análisis de las diferencias entre la población clínica TOC y la no clínica, se observa que los participantes con un TOC, valoran peor sus obsesiones, reaccionan de forma más disfuncional y les interfieren en mayor grado. Además, se observa un continuo entre la normalidad y la patología, donde los participantes no clínicos con una frecuencia de su PIO más molesto anual (o menor) están en un extremo, los pacientes con TOC en el otro, y los no clínicos cuyo PIO más molesto aparece al menos una vez al mes, en el medio. Por tanto, la frecuencia de los PIO parece jugar un papel importante en la “disfuncionalidad” de las emociones, interferencia y valoraciones. Esta idea apoya los resultados del trabajo experimental de Corcoran y Woody (2008), en el que las autoras piden a un grupo de participantes no clínicos que imaginen que experimentan un PIO (contenido de obsesión clínica agresiva, sexual o religiosa) y lo valoren bajo dos condiciones relacionadas con la frecuencia de experimentación: alguna vez y frecuentemente (varias veces por semana). Los resultados indican que en la segunda condición los mismos PIO se valoran de forma más disfuncional.

Respecto a la parte B, la estructura que mejor se ajustaba a los datos fue una de 5 factores, que en realidad se corresponde con 4 factores y un ítem (no hacer nada) independiente. El primer factor incluye 5 estrategias de afrontamiento, cada una representada por un ítem, y que hemos denominado: (1)

reestructuración cognitiva; (2) revaloración (intento de la persona por buscar una explicación a la aparición de la intrusión); (3) búsqueda de reaseguración (una forma de control social, la persona acude a otros para que le ayuden a tranquilizarse); (4) autotranquilización, y por último (5) el uso de técnicas de relajación. Este primer factor lo hemos etiquetado como “estrategias generales para el control de la ansiedad”, para distinguirlo del segundo donde las estrategias empleadas parecen ser más específicas del control de pensamientos, aunque la denominación del factor no debe confundirnos: unas y otras se emplean por las personas ante su PIO más molesto, por tanto, para afrontar pensamientos. Las estrategias recogidas por este primer factor también son consideradas en general como “menos patológicas”, menos empleadas por los pacientes TOC y más por la población general, más adaptativas. El segundo factor, recogería las siguientes variables: (1) las compulsiones mentales, (2) la parada de pensamiento, (3) el autocastigo, (4) la evitación de estímulos que puedan desencadenar la intrusión, (5) el esfuerzo por suprimir el pensamiento, (6) preocuparse en otros aspectos para evitar tener el pensamiento, (7) el esfuerzo por controlar y (8) la ocultación del pensamiento a otras personas. El tercer factor recoge la distracción y el cuarto las compulsiones manifiestas. Este último recoge los síntomas “compulsivos” en el INPIOs, y es un reflejo más de cómo el modelo cognitivo ha influido en la configuración del INPIOs. Además, hasta donde llega nuestro conocimiento este es el primer trabajo que ha incluido a las compulsiones como estrategias de control de los pensamientos.

McKay y Greisberg (2002) hicieron un análisis factorial combinando el WBSI y el TCQ y encontraron dos factores a los que denominaron estrategias de control de pensamiento funcionales y disfuncionales. El primero incluiría la revaloración y el control social, mientras que el segundo el castigo, la preocupación y la distracción. Estos dos factores se asemejan de algún modo a los nuestros, excepto por la estrategia de la distracción que en nuestro caso aparece en un factor separado (tercer factor INPIOs 2ª parte B). A favor de nuestro modelo, hemos de señalar que otros autores han encontrado que la distracción no es una estrategia disfuncional, y la han planteado como contrapuesta al castigo (p. ej., Abramowitz et ál., 2003).

Los cinco factores cuentan con una buena consistencia interna y estabilidad temporal en la población general, algo que apoya el empleo de los mismos y ninguna de las escalas parece estar influida por la deseabilidad social. No obstante, el factor 4 (compulsiones) presenta una baja consistencia interna, tal vez debido a que las puntuaciones son muy bajas, y el factor 5 (ítem de no hacer nada) presenta una estabilidad temporal moderada. Este último dato puede indicar que el ítem está formulado de un modo tal que se presta a interpretaciones dependiendo del momento de pase del cuestionario, y por tanto, que las personas no comprenden bien su significado. La consistencia interna en las muestras canadiense y argentina es buena, pero no podemos decir lo mismo de la muestra con TOC, donde tanto los factores de la parte A como de la parte B muestran una consistencia interna baja, especialmente los factores de interferencia, estrategias generales del control de la ansiedad y compulsiones. La baja consistencia

interna en la población clínica tal vez se debe a la alta variabilidad intra-grupo, en el sentido siguiente: un paciente particular puede que emplee sistemáticamente unas estrategias (por ejemplo, limpiar, ante obsesiones de contaminación) pero no otras, y por tanto, si se toma la puntuación total como “una escala de compulsiones”, la consistencia interna (que no es más que la media de correlaciones entre ítems) será, naturalmente, escasa. Este dato puede estar indicando además, que, en población clínica, la utilidad de medidas globales (es decir, sumatorios) de la segunda parte del INPIOS es poco útil, y por tanto, habla en favor de una consideración individualizada de cada ítem.

En la población general, la estrategia menos empleada es no hacer nada, y las más frecuentemente empleadas (“a veces”) las estrategias generales de control de la ansiedad, de control de los pensamientos y la distracción. El modelo es estable a lo largo de las diferentes variables sociodemográficas evaluadas, así como en función del país. En las respuestas de afrontamiento ante las obsesiones únicamente se observa el continuo normalidad-patología en el empleo de las compulsiones: las personas con PIO con una frecuencia menor de una vez al mes, las emplean menos que quienes los tienen con una frecuencia al menos mensual y estos, a su vez, menos que los pacientes con TOC. Además, se observan diferencias en las estrategias para controlar la ansiedad y los pensamientos, que son menos empleadas por la población general, independientemente de la frecuencia de sus PIO, que por la clínica. La distracción y el no hacer nada, no difieren entre los tres grupos. Estos resultados son en general comparables a lo observado a nivel de ítem.

Respondiendo al tercer subobjetivo hemos encontrado que las “reacciones emocionales disfuncionales”, “interferencia” y “valoraciones disfuncionales” del PIO más molesto mantienen altas-moderadas asociaciones con la gravedad OC (CBOCI), con sintomatología depresiva y especialmente ansiosa, y entre baja y moderada con el OCI-R. Estos resultados reflejan el malestar y dificultades que genera el PIO más molesto. De hecho, la sintomatología OC se ha asociado a sintomatología depresiva, y el TOC forma parte de los trastornos de ansiedad. El hecho de que los tres factores del INPIOS-A se asocien en mayor medida con el CBOCI que con el OCI-R y el INPIOS, se debe a que mientras que el primero evalúa gravedad OC e incluye creencias, interferencia, etc. de las obsesiones; el segundo se centra en los síntomas OC y el tercero en la frecuencia de PIO. En consecuencia, estos datos hablan en favor de una buena validez de constructo del cuestionario. En la población clínica se observan resultados similares, aunque la interferencia provocada por la obsesión principal mantiene bajas asociaciones con todas las variables, siendo la mayor asociación la observada entre la frecuencia de los PIO y la interferencia.

El factor “distracción” y “no hacer nada” son las estrategias del INPIOS que menores asociaciones mantienen con las diferentes variables psicopatológicas, algo que confirmaría que no se trata de estrategias vinculadas al malestar o a la psicopatología, sino a la población no clínica (p. ej., Amir

et ál., 1997 Fehm y Hoyer, 2004), así como a los pacientes recuperados (Abramowitz et ál., 2003). Y respecto al segundo factor, ya hemos señalado que autores como Ladouceur et ál. (2000) han indicado que “no hacer nada” es la estrategia más efectiva y la menos empleada por los pacientes con TOC. Los factores de “necesidad de hacer” (compulsiones) y “estrategias para controlar los pensamientos”, que son los más empleados por los pacientes con TOC y que se han asociado a un fracaso en el control de pensamientos, e incluso al incremento de los mismos (línea de investigación de supresión de pensamientos), son los que mantienen mayores asociaciones en la muestra no TOC con las diferentes variables evaluadas, y especialmente con la sintomatología OC. Diferentes autores han encontrado que las estrategias que componen este factor, y en especial el castigo (Abramowitz et al., 2003; Amir et ál., 1997; Belloch et ál., 2007b; Fehm y Hoyer, 2004; Rassin y Diepstraten, 2003; Tolin et ál., 2007) y la preocupación (Abramowitz et al., 2003; Amir et ál., 1997) son las estrategias más disfuncionales y asociadas al TOC. Sin embargo, en el caso del factor de estrategias para controlar los pensamientos, en la muestra clínica se observan bajas correlaciones con todas las variables evaluadas. Y las estrategias generales para el control de la ansiedad mantienen asociaciones moderadas con las preocupaciones y la ansiedad, y bajas con la sintomatología OC. Estos resultados observados con la muestra clínica, pueden deberse a los problemas que conlleva emplear factores para referirnos a diferentes estrategias de control en esta población, así como a una realidad observada en el TOC, las estrategias de cada paciente son idiosincrásicas, y por tanto no es esperable que las utilicen todas sino alguna/algunas de ellas.

El siguiente subobjetivo fue estudiar las relaciones entre los factores de la 2ª parte del INPIOs y las creencias y estrategias generales sobre los pensamientos. El hecho de que las asociaciones entre creencias (ICO) y el factor 2 de valoraciones disfuncionales del INPIOs (2ª parte A) sean moderadas parece indicar que son variables relacionadas pero diferentes, de hecho, las primeras son creencias sobre los pensamientos en general, y la segunda es la media de las valoraciones realizadas sobre un pensamiento concreto (el más molesto del INPIOs-1ª parte). Las únicas asociaciones bajas son con la FPA tipo moral y el perfeccionismo. Respecto a esta última variable, es comprensible que las asociaciones sean más bajas porque ninguno de los ítems de valoraciones del INPIOs evalúa esta dimensión. Esta decisión se tomó sobre la base de que el perfeccionismo parece afectar de forma generalizada al funcionamiento del individuo, es más un rasgo, por lo que se puede apresar mejor a través de creencias generalizadas que de valoraciones referidas a pensamientos o situaciones específicas, de hecho el OCCWG (1997) tampoco lo considera en el III. La baja asociación entre el FPA-moral del ICO y el factor 2 del INPIOs, podría reflejar que el ítem del F2 que evalúa FPA-moral podría no estar midiéndolo correctamente. La fusión pensamiento acción hace referencia a la creencia de que los pensamientos son moralmente equivalentes a las acciones y ejemplos de ítems de esta dimensión en el ICO son: pensar en estafar a alguien es casi tan inmoral como estafarle de verdad; tener malos impulsos es tan malo como llevarlos a cabo realmente; desear hacer daño a alguien es tan malo como hacérselo

de verdad o los pensamientos violentos son para mí tan inaceptables como los comportamientos violentos. Y aunque está totalmente vinculada al carácter inmoral o inaceptable de los pensamientos, el ítem del INPIOs puede resultar algo ambiguo (“¿hasta qué punto te resulta inaceptable el mero hecho de permitirte pensar en la intrusión?”) dado que algunos de los pacientes señalaban estar totalmente de acuerdo con la valoración no porque consideraran que tener su obsesión era tan malo como llevarla a cabo, afirmación que en muchos casos ni siquiera tenía sentido (p. ej., duda de si se ha cerrado la puerta al salir de casa), sino porque pensaban que el pensamiento era “tonto”, y por tanto inaceptable pensar en él y dedicarle tanto tiempo. Por otro lado, diferentes trabajos han encontrado en general que la FPA moral mantiene una asociación más débil con el TOC que la FPA probabilidad (p. ej., Amir et ál., 2001; Coles et ál., 2001; Rassin et ál., 2001). En un trabajo nuestro (Belloch et ál., 2007a) con población no clínica, encontramos que las únicas creencias que explicaban la frecuencia de los PIO eran las de Importancia de los pensamientos y FPA-probabilidad. En la muestra clínica las asociaciones entre las valoraciones disfuncionales y las creencias son entre moderas y altas (bajas con perfeccionismo), siendo las mayores asociaciones las mantenidas con la FPA probabilidad, la responsabilidad excesiva y la sobrestimación de la amenaza.

En segundo lugar, quisimos conocer en qué medida las estrategias de afrontamiento del INPIOs (2ª parte B) se asociaban a otros instrumentos validados y que evalúan también estrategias para hacer frente a los pensamientos. Las bajas asociaciones observadas entre las escalas de estrategias de afrontamiento del INPIOs, la tendencia a suprimir evaluada por el WBSI y las estrategias de control del TCQ son esperables debido a que como ya hemos señalado, mientras que las primeras evalúan la frecuencia con que se emplean para controlar un PIO concreto, las otras son generales. Además, los factores del INPIOs recogen varias de las estrategias del TCQ, por ejemplo, el factor 1 del INPIOs “estrategias generales para el control de la ansiedad” contiene un ítem que refleja la escala del TCQ de “control social” que está formada por 4 ítems y también contiene otro ítem que resume la escala de “revaloración” del TCQ-R que está formada por 3 ítems. A pesar de estas diferencias, las mayores asociaciones se dan entre los factores del TCQ y WBSI que estarían comprendidos dentro de los del INPIOs (p. ej., entre la revaloración (TCQ) y las estrategias generales para controlar la ansiedad o entre la tendencia a suprimir (WBSI) y las estrategias para controlar pensamientos). Los últimos factores del INPIOs, “necesidad de hacer” (compulsiones) y “no hacer nada” no están recogidos ni por el WBSI ni por ninguna de las escalas del TCQ, por lo que mantienen bajas o nulas correlaciones (cercanas al cero). Llama la atención la elevada asociación entre el factor de estrategias para controlar los pensamientos y la tendencia a la supresión (WBSI) y la distracción (TCQ) en la población clínica y la asociación nula con el castigo (TCQ) cuando es una de las estrategias incluidas en el factor del INPIOs, aunque el ítem del INPIOs referido al autocastigo, mantiene una correlación moderada-alta con el factor del TCQ.

Por último, nos planteamos estudiar si el contenido de los PIO y de las obsesiones estaba relacionado de algún modo con la forma de experimentarlos, las reacciones ante los mismos o sus estrategias de control. Ya hemos señalado que Lee y Kwon (2003) han propuesto un modelo de PIO autógenas *versus* reactivas en el que hipotetizan que las primeras se asociarían a sentimientos de culpa e importancia del pensamiento y de su control y a estrategias de afrontamiento encubiertas y de evitación, mientras que las reactivas se asociarían a una mayor responsabilidad y estrategias manifiestas y de confrontación. Diferentes trabajos empíricos empleando la segunda parte del ROII a nivel de ítem, han puesto a prueba estas hipótesis, obteniendo resultados no siempre consistentes pero que en general avalan las primeras hipótesis (Belloch et ál., 2007c; Lee y Kwon, 2003; Lee et ál., 2005; Morillo et ál., 2005). En este trabajo no nos hemos propuesto analizar a nivel de ítem las diferencias entre ambos tipos de PIO u obsesiones, sino que hemos planteado un análisis más “potente”: el de estudiar las diferencias, si las hay, a nivel de factores, de agrupación de ítems a través de la comparación de medias. Además, la nueva estructura del INPIOs de primer y segundo orden, nos ha permitido describir de forma más detallada qué ocurre con los diferentes contenidos obsesivos y determinar si las diferencias se dan a nivel de agrupación de PIO Tipo I vs Tipo II o a un nivel de análisis más detallado (de primer orden).

Con la muestra no clínica, pero seleccionando los sujetos que experimentan su PIO más molesto al menos 1 vez al mes, se observa que se reacciona del mismo modo y se valoran igual todos los PIO, independientemente de su contenido. Sin embargo, los PIO de duda y superstición interfieren/son más difíciles de controlar que los de contaminación; la distracción se emplea más por quienes tienen PIO agresivos y religiosos/sexuales y de duda (vs PIO contaminación) y las compulsiones son más frecuentes ante los PIO de duda que ante los religiosos. Por tanto, las diferencias no solo se observan entre quienes tienen PIO Tipo I vs Tipo II, sino que dentro de los PIO Tipo II (i.e., PIO de duda, contaminación, superstición, orden) se dan diferencias a nivel de interferencia y empleo de algunas estrategias de afrontamiento.

Sin embargo, y dado que con la muestra clínica teníamos pocos participantes como para “clasificarlos” en función de las dimensiones de primer orden, el siguiente análisis lo realizamos a nivel de PIO y obsesiones Tipo I vs Tipo II. Ni las obsesiones ni los PIO Tipo I *versus* Tipo II parecen diferenciarse en sus reacciones emocionales, interferencia ni valoraciones disfuncionales: en realidad, las diferencias se observan a nivel de estrategias. Centrándonos en las obsesiones, cuyas diferencias son de mayor magnitud (mayores tamaños del efecto), las obsesiones Tipo I se asocian a la estrategia de no hacer nada, mientras que la de Tipo II a las compulsiones. Estos resultados son consistentes con las propuestas de Lee y Kwon (2003), y con la denominación tradicional de obsesiones con y sin compulsiones. Sin embargo, hay que matizar que este resultado no indica que las personas con obsesiones de religión, sexo y agresión no tengan compulsiones, sino que emplean este tipo de estrategias más ritualizadas en menor medida. Respecto al “no hacer nada” todos hacen algo, de hecho,

las personas con obsesiones Tipo I emplean esta estrategia únicamente “a veces” pero lo importante es que quienes tienen una obsesión Tipo II la emplean muy rara vez, son más propensos a hacer cosas. De hecho, algunas veces los pacientes con obsesiones Tipo I verbalizan que no saben qué hacer por lo que “no hacen nada”, con esto se refieren a que no tienen estrategias conductuales eficaces, pero si “trucos cognitivos” que les hacen sentir mejor, de hecho tienden a emplear con la misma frecuencia estrategias generales del control de la ansiedad y del control de pensamientos.

Utilizar una puntuación global para evaluar las valoraciones disfuncionales sobre un tipo de PIO u obsesión concreta tiene la ventaja de que nos permite ver si unas se valoran peor que otras, pero también nos limita, y no nos permite determinar si las personas con PIO/obsesiones Tipo I las valoran como más importantes y las personas con PIO Tipo II se sienten más responsables por las consecuencias negativas de estos PIO. Debido a que el INPIOs incluye las valoraciones más relevantes que se han asociado en la literatura científica al TOC, un análisis a nivel de ítem, aunque menos “fiable” nos permitiría reproducir estas diferencias y estudiar si se dan diferencias en valoraciones no exploradas desde los trabajos con el modelo de autógenas *versus* reactivas. Además, los resultados observados en la población no clínica con los factores de primer orden del INPIOs sugieren que las diferencias también se dan dentro de los contenidos Tipo II, por lo que será necesario realizar los mismos análisis con población clínica. No obstante, este tipo de análisis escapa a los objetivos de este trabajo.

Esta ha sido una primera aproximación que abre las puertas del empleo del INPIOs para estudiar si hay diferencias en las valoraciones, estrategias, interferencia, reacciones emocionales en función del contenido de los PIO y de las obsesiones. Además de permitirnos explorar si estas diferencias se dan también a nivel de creencias generales sobre los pensamientos, estrategias de control, respuestas al tratamiento, etc. tal y como los primeros trabajos en esta línea apuntan. Una vez estudiadas a fondo estas diferencias, si es que las hay, estaremos en posición de cambiar la denominación provisional de Tipo I vs Tipo II por una más descriptiva.

CAPÍTULO 3

PIO Y OBSESIONES: ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL SIGNIFICADO PERSONAL?

El último objetivo que ha guiado este trabajo ha sido el de conocer en qué medida el “significado personal” influye sobre las valoraciones disfuncionales que se realizan sobre determinados PIO y obsesiones, así como estudiar el papel que el contexto cultural podría tener sobre el significado que tienen esas intrusiones para la persona que las experimenta. Este objetivo responde a un intento de apresar el “significado personal” (Clark, 2004; Rachman, 1997, 1998, 2000; Salkovskis, 1985) que algunos modelos cognitivos postulan como determinante en la escalada de los PIO en obsesiones, pero al que paradójicamente se le ha prestado poca atención desde el punto de vista de la investigación empírica. Tras la revisión de la escasa literatura que ha relacionado el TOC con el significado que el contenido de los PIO y de las obsesiones puede tener para las personas, el primer paso ha sido definir cuál iba a ser nuestra aproximación al concepto de “significado personal”, así como el modo de apresarlo. Del planteamiento de Rachman sobre el TOC se deduce con claridad que el contenido del pensamiento es muy relevante, y que por tanto jugará un papel determinante en la escalada de un PIO en una obsesión. En otras palabras, no dará igual que el contenido del PIO sea agresivo o sexual, pues únicamente los PIO cuyo contenido tenga un significado personal para el individuo, serán “candidatos” a convertirse en obsesiones. Además, cabe recordar que para Rachman (2000) este proceso únicamente interviene en la escalada de los PIO de contenido agresivo, blasfemo o sexual (i.e., los que a lo largo de nuestro trabajo hemos denominado Tipo I). Por lo tanto, el hecho de que determinados PIO sean “significativos” para la persona es un factor de vulnerabilidad para desarrollar un TOC.

Según nuestro punto de vista, la propuesta de Crocker se ajusta a la idea de que los contenidos de las intrusiones mentales son importantes. Como ya hemos comentado, esta autora mantiene que los dominios en los que se basa la autoestima son un factor de vulnerabilidad psicológica que suponen costes en el aprendizaje, la autonomía, las relaciones, la regulación, la salud mental y la salud física (Crocker y Knight, 2005). Nosotras hemos explorado en qué medida esto es cierto para el TOC.

Con el OCSQ (siguiendo el CSW) en realidad lo que hacemos es apresar, o al menos intentarlo, el denominador de la ecuación propuesta por James para calcular el nivel de autoestima de las personas (éxitos percibidos /pretensiones), que Harter conceptualiza como dominios importantes y evalúa preguntando cómo afectan las aspiraciones a la satisfacción de las personas. Nosotras preguntaremos si determinados dominios afectan a la autoestima de las personas (independientemente de que sean “buenos” o “malos” en esos dominios).

Asumir el modelo de Crocker ha supuesto que nos alejemos de otros estudios sobre autoestima y TOC, como el de Ehntholt et ál. (1999) que han investigado el papel jugado por la baja autoestima general en el TOC. Desde esta aproximación, lo que nos ha interesado no es el componente descriptivo del autoconcepto (como pienso que soy –yo real- o cómo me gustaría ser –yo ideal-), ni el componente evaluativo (la autoestima, es decir, si la evaluación de mi competencia o cualidades es alta o baja); sino la importancia que dominios o áreas específicas tienen sobre la autoestima (“*self-worth*”) de las personas. Por tanto, nos hemos centrado en los dominios o áreas que son importantes (contingentes) para la autoestima, para los aspectos o criterios que la persona tiene en consideración a la hora de evaluarse. Dado que las áreas susceptibles de afectar a la autoestima son infinitas, al igual que hicimos al diseñar la Tarea de autoadscripción de adjetivos, nos hemos centrado en estudiar el papel jugado por áreas que se relacionan con los contenidos de las obsesiones y compulsiones que aparecen en el TOC. Así, nos hemos alejado también de estudios que han trabajado sobre la relación entre las contingencias del yo y dominios más generales como por ejemplo la competencia laboral o escolar (Doron et ál., 2007a). Por tanto, hemos estudiado las relaciones entre el contenido de las obsesiones (y de las intrusiones análogas a obsesiones clínicas) y las contingencias del yo que podrían ser relevantes para el TOC.

Además hemos hecho “nuestros” los supuestos de James (1890), también asumidos por Crocker. Desde esta perspectiva, consideramos que:

(1) nuestra autoestima depende de determinados dominios o áreas, y nos centraremos en estudiar los que consideramos podrían ser relevantes en las personas con TOC porque su contenido es similar al de las obsesiones

(2) no todas las personas basan su autoestima en los mismos dominios, por lo que estudiaremos si las personas con TOC basan más su autoestima en estos dominios que las personas que no han desarrollado un TOC; o si en unos países hay más “vulnerabilidad” que en otros a otorgar importancia personal a unos dominios sobre otros

(3) solo los dominios que consideramos importantes influirán sobre nuestra autoestima, de lo que se deduce a su vez que sólo estos influirán sobre nuestra conducta, y en nuestro caso, sobre lo que nos afecte, sobre lo que valoremos como importante y significativo.

Siguiendo las directrices del instrumento de Crocker, el CSW, hemos diseñado un instrumento que nos permite apresar si determinados dominios relacionados con el TOC son importantes para la autoestima de las personas, para lo que previamente hemos validado el instrumento de Crocker en la población española, comprobando que tiene unas buenas propiedades psicométricas.

Por último, y antes de pasar a comentar el OCSQ y los resultados derivados del mismo, quisiera aclarar algunos conceptos terminológicos, y justificar el no empleo de otros durante la exposición de los

resultados. El modelo de Crocker ha supuesto adoptar una serie de conceptos “ajenos” a los utilizados desde el estudio del TOC y que no siempre hemos incluido con el único objetivo de exponer de forma más sencilla los resultados.

En primer lugar, quisiera recordar que en el trabajo de Crocker, los términos “*self-esteem*” y “*self-worth*” se emplean de forma intercambiable para referirse a “los juicios globales sobre la autovalía”. Al hablar de autoestima cabe recordar que en ningún momento (excepto en referencia al cuestionario de Rosenberg que evalúa autoestima global) nos referiremos a si es alta o baja, sino a las áreas o dominios en los que se basa. Dado que en castellano estamos más familiarizados con el concepto autoestima, nos hemos referido al mismo (junto con otros tales como sentir respeto hacia uno mismo o sentirse bien con uno mismo) en lugar de al de autovalía.

En segundo lugar, para referirnos a los “dominios” (“*domains*”) hemos empleado también los términos “áreas” o “aspectos”. Por último, otro término empleado es el de “*contingencies*”. Ya hemos aclarado que en castellano puede resultar equívoco, por lo que es importante recordar que se refiere a los dominios en los que la persona basa su autoestima. Por ello, hemos empleado a menudo el término “importante” como sustituto de “contingente”, siendo conscientes de que no es exactamente lo mismo, pero pensando que podría ser más comprensible. De hecho en las tablas hemos agrupado a los participantes en tres grupos que hemos denominado: nada importante, indefinido y muy importante. Además, hemos incluido la palabra importancia en la descripción de cada uno de los factores del OCSQ-S, para “recordar” el significado de la escala, y no confundirla con las de contenido de PIO del INPIOs.

Sin embargo, a este respecto es importante enfatizar que con “importantes” nos referimos a que son importantes porque la persona basa su autoestima, entre otros, en esos dominios. Nos alejamos de este modo de otros autores que han hablado de importancia en un sentido más general, como por ejemplo Marsh (1996: importancia de los dominios) o Tesser (1988: relevancia de los dominios para el yo). Aunque en la mayoría de las ocasiones, los aspectos importantes para mí (para la definición/visión que tengo de mí misma) y para la valoración de mí misma (para la evaluación que hago de mí misma) serán los mismos, en otras ocasiones puede que no sean coincidentes. Por ejemplo, pensemos en un profesor de Historia del Arte con una gran capacidad para las matemáticas. Esa capacidad le ha definido durante su época escolar y es una de las características que le definen (es importante para su autodescripción), pero fallar en una tarea de matemáticas no afecta a su autoestima porque le da igual y/o tiene asumido que es bueno, pese a que en determinadas ocasiones falle. Por todo esto decidimos centrarnos en evaluar, siguiendo a Crocker, qué es importante para la autoevaluación o autoestima. Además, solemos estar más familiarizados con explicar cómo nos sentimos que cómo nos definimos, que parece exigir un mayor nivel de introspección (o, al menos, unas habilidades metacognitivas diferentes). Como hemos visto a lo largo de la introducción teórica, tanto desde los modelos sobre el Yo como desde

el TOC, autoras como Harter, Crocker o Rowa, se han centrado en los aspectos que son importantes para la autoestima, es decir, en los dominios que afectan a cómo nos sentimos. Además, evaluando qué es importante para la autoevaluación de las personas también eliminamos en la medida de lo posible todos aquellos aspectos referidos a lo que la persona considera deseable para los otros, pero que por ejemplo, ella no desea.

Volviendo al TOC, Purdon y Clark (1999) han propuesto que un elemento central en la escalada de los PI en obsesiones, es que esos PI sean inconsistentes con aquellos aspectos de nuestra forma de ser que se valoran como muy importantes. Y para evaluar este aspecto, Rowa y Purdon preguntan a los sujetos si su PIO/obsesión contradice su forma de ser. Nosotras nos planteamos que no todos los contenidos de los PIO que se convertirán en obsesiones tienen por qué ser incongruentes o inconsistentes con nuestra forma de ser o con lo que nos importa, pues nuestra propia experiencia con pacientes nos ha mostrado que, en ocasiones, hay pensamientos que no son incongruentes, a pesar de lo cual son molestos. Rowa (2003) observa que los PIO/obsesiones más molestas son inconsistentes con un mayor número de aspectos importantes para la autoimagen de las personas; sin embargo, también observa que tanto los PIO más molestos como los menos molestos contradicen la autoimagen, y como ya hemos señalado, la mayor parte de los contenidos con los que trabaja son los que hemos descrito como Tipo I, cuyo contenido es más de tipo moral (i.e., agresión, blasfemia) y por tanto, es más fácil que contradiga los aspectos valorados de la persona que otros PIO de contenidos más “socialmente deseables” como la limpieza o el orden. En la Tarea de autoadscripción de adjetivos (García-Soriano et ál., 2006) contrastamos parcialmente esta idea, y observamos que no siempre los PIO contradicen la visión que tenemos de nosotros mismos. Por todo ello, el instrumento que hemos desarrollado, no busca conocer qué PIO son o no incongruentes con la persona sino qué aspectos son relevantes para cómo la persona se evalúa. Conociendo si los contenidos obsesivos son relevantes para la persona, independientemente de que contradigan o no, podremos ver, en aquellas personas para las sean contingentes/importantes, qué efectos tienen sobre cómo valoran sus PIO y obsesiones.

El proceso de creación y validación del OCSQ-S ha sido algo diferente al del INPIOs porque, aunque nos hemos basado en la estructura de un instrumento existente en la literatura, no teníamos ninguna experiencia con el mismo, y las áreas a evaluar eran muy diferentes respecto a las del CSW (excepto en el caso de la religión y la moral). Fueron ítems que surgieron de la experiencia con pacientes con TOC, de la literatura teórica, de instrumentos de sintomatología obsesiva, de nuestra aproximación con la Tarea de autoadscripción de adjetivos, y por qué negarlo, de la intuición. Tomamos la decisión de centrarnos en contenidos directamente relacionados con los contenidos de los PIO y de las obsesiones, y en especial con aquellos que hemos incluido en el INPIOs, pues eran los PIO que se iban a valorar y de los que tendríamos una mayor información.

Tras las primeras depuraciones del OCSQ estudiando a nivel de ítem el instrumento, seguimos depurándolo mediante análisis factoriales exploratorios primero, y confirmatorios después. La única hipótesis previa de la que partíamos en cuanto a la estructura del cuestionario era la de siete dimensiones (las que escogimos para desarrollar el instrumento). Sin embargo los resultados derivados de los análisis mostraron que la estructura que mejor explicaba los 39 ítems finales era la pentafactorial. Esta configuración sigue a grandes líneas las dimensiones de contenido de los PIO pero con dos peculiaridades: hay un factor sobre la acumulación, y las dimensiones de orden, limpieza y duda se unen en uno solo. Por tanto, contamos con un instrumento (OCSQ-S) que evalúa en qué grado los siguientes dominios son importantes o contingentes a la autoestima: (1) evitar la agresión y ofensa; (2) las pertenencias y la acumulación; (3) las conductas sexuales decorosas; (4) el orden, la limpieza, la seguridad, la protección de la salud y (5) seguir los principios religiosos y sociales. En esta agrupación cabe destacar especialmente dos aspectos. En primer lugar, el cuarto factor agrupa el contenido de tres factores de PIO (orden, contaminación y duda), que se agrupaban dentro de los PIO Tipo II. Se trata de contenidos de intrusiones que guardan poco o ninguna relación con aspectos morales o éticos, pero sin embargo, resultan socialmente deseables (ser ordenado, limpio, no rígido). En segundo lugar, hay un único factor para la acumulación, aspecto recogido en el INPIOs por un solo ítem que, además se incluye en el grupo de los PIO de duda.

Las cinco escalas tuvieron una buena consistencia interna y estabilidad temporal en la muestra española, y no se asociaron a la deseabilidad social. Los datos de consistencia interna en la muestra argentina y en el grupo clínico, también fueron buenos; sin embargo, la consistencia interna del grupo canadiense fue mala para tres de las 5 escalas, las relacionadas con evitar la agresión, seguir los principios religiosos y las pertenencias/acumulación. Esta disparidad puede deberse a problemas de orden metodológico y de diseño: la muestra canadiense era más joven, y además presentaba una mayor dispersión de las puntuaciones obtenidas, con sujetos que puntuaban bastante más alto que los argentinos o españoles (de hecho, como grupo, esta submuestra obtuvo mayores puntuaciones en estos factores que los otros dos grupos).

En general, los cinco factores fueron estables a lo largo de las diferentes condiciones sociodemográficas evaluadas. No obstante, se encontraron algunas diferencias de magnitud moderada: las personas casadas, divorciadas y viudas son las que concedieron una mayor importancia al orden, seguridad y limpieza para su autoestima. En palabras del modelo de Crocker, podríamos decir que este dominio es más contingente a la autoestima de las personas casadas/divorciadas/viudas que para el resto, así como para las que tienen un menor nivel de estudios. Este dato podría estar relacionado con las mayores responsabilidades que las personas asumen cuando se casan respecto a las personas solteras, y el hecho de que en la muestra evaluada gran parte de los solteros eran estudiantes universitarios. El OCSQ-S mantuvo correlaciones entre moderadas y altas con las escalas del CSW que

evalúan aspectos similares, y bajas con el resto, mientras que como era de esperar se observaron asociaciones bajas o nulas con la autoestima general (Rosenberg). Este resultado confirma que efectivamente, el OCSQ-S no evalúa el nivel de autoestima sino las áreas que afectan a la autoestima de las personas.

Las peculiaridades de la escala de respuesta del OCSQ-S, que se corresponde exactamente con la del CSW ha hecho que diéramos parte de la información sobre este instrumento desde dos puntos de vista diferentes: categorial y dimensional, posiciones que nos han dado información coherente y complementaria. Como ya hemos visto se trata de una escala de siete puntos desde 1 “totalmente en desacuerdo” hasta 7 “totalmente de acuerdo”, con un punto central 4 “neutro”. A pesar de que las autoras de la CSW la emplean como una escala continua en sus trabajos, nuestra decisión de incluir un punto neutro se debió a que de este modo podríamos saber qué personas tenían una opinión formada (o clara) sobre si los aspectos evaluados eran o no relevantes, de este modo, no forzando la respuesta, dábamos la oportunidad a las personas que no tenían claro si era o no un aspecto relevante a que tuvieran opción de respuesta. Hemos partido del supuesto de James, asumido por otros muchos autores como Crocker o Harter, de que cada persona basa su autoestima en unos dominios diferentes, por lo que los dominios evaluados no serán contingentes para todas ellas. Precisamente por este motivo, nos ha parecido muy relevante dar también información categorial del porcentaje de participantes que basan su autoestima en cada dominio. De los 5 dominios evaluados, la población general española basa su autoestima especialmente en mantener el orden, limpieza y seguridad y en evitar la agresión y ofensa. Y entre un 6,40% y un 58,60% consideran relevantes los dominios evaluados.

El tercer subobjetivo fue analizar las asociaciones entre el OCSQ-S y diferentes variables psicopatológicas, observándose que la importancia de los dominios del OCSQ-S (excepto la de seguir los principios religiosos y morales) mantiene asociaciones moderadas con la sintomatología OC, así como con el TPOC. Estas asociaciones disminuyen al controlar la influencia de síntomas depresivos y ansiosos pero, como era de esperar, siguen siendo mayores que las asociaciones con sintomatología ansioso-depresiva. La tendencia a preocuparse (PSWQ) también se asocia a la importancia de los dominios del OCSQ-S, especialmente con la importancia que evitar la agresión tiene para la autoestima, aspecto que podría ser consecuencia de que PIO y preocupaciones pueden compartir temática, y tal vez de que los dominios del OCSQ-S son también relevantes para la autoestima de personas con preocupaciones ansiosas. En este sentido, no podemos obviar el hecho de que tanto las preocupaciones (“worry”) como los PIO, son modalidades de intrusiones mentales que comparten muchas características comunes, especialmente difíciles de distinguir en población general no clínica.

Por otro lado, es destacable que sea la escala sobre la importancia de la acumulación, cuya pertenencia al TOC es dudosa según algunos de los expertos que actualmente están trabajando sobre la

tipología del trastorno, la que mantiene mayores correlaciones con las escalas de sintomatología OC, ansiosa y depresiva. Este dato nos lleva a suponer que en la población no clínica, basar la autoestima en las pertenencias y la acumulación parece ser más patológico que basarla en el resto de dominios, pero a la vez, dada la relativa “juventud” de la población estudiada, puede estar también revelando una característica socio-cultural de ese mismo grupo universitario, que basa su autoestima en valores diferentes al hecho de poseer bienes. En consecuencia, aquellas personas de estas franjas de edad para las que poseer bienes materiales es un fundamento de autoestima, podrían a su vez estar revelando una pobre autoimagen, y en consecuencia, una mayor vulnerabilidad a presentar síntomas psicopatológicos. De hecho, este dominio también mantiene asociaciones moderadas con la sintomatología asociada al TPOC, algo esperable si tenemos en cuenta que dentro de los criterios para el diagnóstico de un TPOC figura la incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental (APA, 2002).

El dominio principios religiosos y morales mantiene bajas asociaciones con la frecuencia de los PIO. El resto de dominios mantienen asociaciones entre bajas y moderadas con la frecuencia de los contenidos de PIO y, en general, en estas asociaciones no se observa una congruencia de contenido, excepto para el caso de los PIO de orden y los de duda, aunque en este último caso las asociaciones moderadas son con el dominio de acumular, y ya dijimos que el factor frecuencia de PIO de duda solo contiene un ítem de este tipo. Parece que la importancia que tienen determinados dominios para nuestra autoestima, no influye demasiado en que tengamos un mayor número de PIO de este contenido, excepto, tal vez, en el caso de los PIO de orden. Además, tal y como sería de esperar, en todos los casos esta asociación se ve mediada por el peso de la obsesividad. Por tanto, podríamos descartar la idea de que la contingencia/importancia que tienen para la autoestima los dominios relacionados con la sintomatología OC tiene una influencia directa sobre la frecuencia con que experimentamos PIO de un contenido similar al área que es relevante para nosotros. Sin embargo, si que se observa cierta asociación que no parece específica del contenido, es decir, basar la autoestima en evitar la agresión, en las pertenencias, en mantener una conducta decorosa, en el orden, en la seguridad o en la limpieza, está moderadamente relacionado con la frecuencia con que experimentamos los PIO, si bien esta relación está muy influida por la obsesividad. Esta falta de “conexión” entre unos y otros contenidos, también ha sido informada por Rowa (2003).

Dada la relevancia que la cultura parece tener sobre el origen y desarrollo de las contingencias/dominios en que se basa la autoestima (Solomon et ál., 1991), el siguiente subobjetivo se ha centrado en estudiar si los valores y normas culturales, concretados en los grupos de participantes de cada uno de los tres países, influyen sobre las áreas relevantes para la autoestima de las personas. Somos conscientes de que dentro de un mismo país, habrá numerosas diferencias culturales, pero asumimos que estas serán menores que las que se den entre las poblaciones de los países con los que estamos trabajando.

En nuestro trabajo se observa que la autoestima del grupo de canadienses está más basada en mantener una conducta sexual decorosa y seguir los principios morales y religiosos que la de los españoles y argentinos; y la de los españoles en ser limpio, ordenado, evitar el contagio, proteger la salud y mantener la seguridad. Además se observa que los españoles basan más la autoestima en la agresión que el resto, y los canadienses en la acumulación. Sin embargo, estas diferencias son más pequeñas, por lo que habrá que tomarlas con precaución. Todos estos resultados parecen indicar que los participantes, independientemente de su procedencia, basan su autoestima, al menos, en alguno de los aspectos evaluados por el OCSQ-S; además, la cultura influye sobre aquellas áreas en las que basamos nuestra autoestima. Sin embargo, estas conclusiones son muy provisionales, pues las escalas del OCSQ-S donde se encuentran mayores diferencias entre los tres países presentan una baja consistencia interna en el caso de los canadienses.

La influencia que parece tener la cultura sobre qué es importante para la persona (para su autoestima) podría ayudarnos a entender las diferentes que se observan en el contenido de los PIO que se dan con más frecuencia en una y otra población. Este es un aspecto muy poco estudiado, tal y como concluyen Seedat y Matsunaga (2006) dentro del grupo de trabajo para el DSM-V, conocemos muy poco sobre los mecanismos a través de los que la cultura podría “perfilarse” el TOC. Sin embargo, como ya hemos señalado, este trabajo no pretende ser un estudio transcultural, y en este sentido, cuenta con numerosas limitaciones, entre ellas que por ejemplo, en la muestra canadiense únicamente se cuenta con población universitaria, que los tres países comparados son occidentales, y con estilos de vida semejantes, y que en ningún momento hemos controlado la representatividad de la localización geográfica.

A continuación estudiamos en qué medida la población clínica con TOC difiere respecto a la población general en el grado de contingencia para la autoestima de los dominios evaluados, observando que no hay demasiadas diferencias, y que estas parecen centrarse en que la población con TOC basa más su autoestima en mantener una conducta sexual decorosa (al igual que el grupo canadiense respecto al español y argentino). También parece que el grupo con TOC base más su autoestima en mantener conductas morales y religiosas, aunque la magnitud de estas diferencias es pequeña. La ausencia de diferencias entre el grupo clínico y el no clínico es esperable si tenemos en cuenta que dentro de la población OC hay una gran variabilidad de contenidos obsesivos y no todos ellos son relevantes. Por ejemplo, algunos pacientes graves con obsesiones de contaminación (aun siendo conscientes de que sus compulsiones de limpieza son irracionales), consideran realmente absurdas y “tontas” las obsesiones relacionadas con conductas sexuales inapropiadas, de lo que podemos deducir, que no considerarán demasiado relevante ese dominio. Esto se aprecia perfectamente cuando se completa el INPIOs, al hacer un cribado de contenidos muy diversos, con frecuencia los pacientes comentan con incredulidad: “¿y eso lo piensa la gente?”.

Una vez determinado que algunos de los dominios evaluados por el OCSQ-S se asocian en mayor o menor medida con diferentes variables psicopatológicas y con el TOC en particular, nuestros dos últimos subobjetivos se han dirigido a explorar con más detalle dónde “actúan” y en qué medida, las contingencias de la autoestima sobre el TOC. Según los planteamientos de Rachman (1997) y Salkovskis et ál. (1995), los PIO son neutros hasta que ocurren y les damos un significado, y si ese significado es “relevante”, si el PIO tiene un contenido personalmente significativo se convertirá en una obsesión. Por tanto, los PIO neutros se dan en la población independientemente de que su contenido sea importante para las personas, y sería en este momento del proceso, una vez han aparecido los PIO cuando, según nuestro punto de vista, actuarían las contingencias de la autoestima. Partimos del supuesto de que la persona que tiene un PIO lo valorará como significativo, como relevante, como imprescindible controlarlo únicamente en caso de que le “afecte”, de que tenga que ver con ella, con los “criterios” que emplea para evaluarse. Si es así, si el PIO experimentado está relacionado con un dominio contingente para su autoestima, la persona lo valorará de forma disfuncional y pondrá en marcha una serie de estrategias para controlarlo, incrementando así la posibilidad de que se convierta en una obsesión, y por tanto, su vulnerabilidad a desarrollar un TOC.

Pero los modelos cognitivos también asumen que las creencias generales sobre los pensamientos desencadenan las valoraciones disfuncionales, por lo que constituyen otro factor de vulnerabilidad. Las altas (y moderadas) asociaciones entre el OCSQ-S y las creencias, podría ser un indicativo de que ambos son factores de vulnerabilidad que actúan a un mismo nivel, ambos se situarían, en el esquema cognitivo, entre los PIO y las valoraciones. Otros autores también han encontrado estas asociaciones. Así, Doron et ál. (2007a) informan de las asociaciones entre los dominios sensibles y las creencias, especialmente la dimensión sobreestimación de la amenaza/ responsabilidad del OBQ-44. En nuestro caso, estas dos dimensiones también son unas de las que mayores asociaciones mantienen con el OCSQ-S.

Para evaluar la hipotética “influencia” entre la importancia para la autoestima de determinados dominios (contenidos OC relevantes) y las valoraciones disfuncionales sobre los pensamientos, hemos estudiado las correlaciones que se dan entre las valoraciones disfuncionales del PIO/obsesión más molesta y los diferentes dominios del OCSQ-S. Las asociaciones realizadas a nivel de la clasificación de 6 factores del INPIOs revelan en primer lugar que la contingencia de los dominios del OCSQ-S no parece influir sobre las valoraciones de los PIO de contaminación ni de superstición. A este respecto comentar que el OCSQ-S no contiene ítems referidos a la superstición por la dificultad que desarrollar un ítem en el que se contemple la superstición como algo relevante para nuestra autoestima conlleva.

Respecto al resto de valoraciones, se asocian de forma moderada/alta con la importancia que los dominios evaluados por el OCSQ-S tienen para la autoestima, aunque no se distingue un patrón en el

que las valoraciones sobre PIO de un contenido determinado se asocien en mayor medida a un dominio similar del OCSQ-S. Pero este análisis tiene varios problemas, entre ellos que el número de participantes de la muestra se ve reducido y varía mucho en función del tipo del PIO evaluado. Esto es debido a que hemos dividido a los participantes en función de PIO valorado (i.e., el más molesto), y como ya hemos visto, hay una sobre-representación de algunos contenidos de PIO en detrimento de otros (p. ej., 276 personas eligen un PIO de duda frente a 24 que lo eligen de simetría y orden). Por este mismo motivo, no hemos podido replicar este análisis en la muestra clínica, y lo hemos hecho a nivel de la clasificación de PIO Tipo I *versus* Tipo II, siendo los resultados mucho más clarificadores: la contingencia de los dominios del OCSQ-S (su importancia) está relacionada especialmente con las valoraciones que se realizan sobre los PIO y las obsesiones Tipo I. Estos resultados se han visto confirmados por el hecho de que el dominio de basar la autoestima en evitar la agresión y ofensa a los demás, predice un 18,40% las valoraciones de PIO y obsesiones Tipo I frente a algo menos de un 5% las de Tipo II.

Podemos concluir señalando que basar la autoestima en los dominios evaluados por el OCSQ-S parece ser un factor más de vulnerabilidad para hacer interpretaciones disfuncionales de los PIO y de las obsesiones, especialmente de aquellos cuyo contenido está relacionado con la agresión, la blasfemia y el sexo. Además, parece que Rachman (2002) está en lo correcto al señalar que la influencia del significado personal en la escalada de los PIO en obsesiones se da únicamente en las obsesiones, refiriéndose a las obsesiones de contenido blasfemo, agresivo y sexual, es decir, las Tipo I según nuestra denominación. Sin embargo, debemos tener en cuenta también la posibilidad de que estos resultados hayan sido inducidos por el OCSQ-S, que incluye más escalas referidas a la importancia de dominios relacionados con los contenidos Tipo I (3 escalas) que con los contenidos Tipo II (2 escalas: acumulación y orden/seguridad/limpieza). Esta diferencia, que a nivel de ítems no es demasiado grande (22 ítems contenidos Tipo I frente a 17 ítems que representan dominios Tipo II) lo es si tenemos en cuenta que contiene una escala para la acumulación, aspecto que no está claro si forma parte del TOC o no, y otra que recoge al orden/simetría, la duda y la limpieza.

Otra cuestión que se deriva de estos resultados, aunque no la hayamos abordado directamente, es que dado que la "influencia" del OCSQ-S sobre las valoraciones parece estar centrada en los PIO Tipo I, estos son justamente aquellos en los que se da una incongruencia entre el aspecto relevante para la autoestima (p. ej., "la posibilidad de hacer daño a otra persona disminuiría mi respeto hacia mi mismo") y el PIO (p. ej., utilizando un objeto cortante...he tenido intrusiones mentales de: "herir o hacer daño a alguien desconocido"). Este resultado apoyaría los modelos de Clark y Rachman. Sin embargo, a nivel de población no clínica, hemos observado también que los dominios del OCSQ-S se asocian a las valoraciones disfuncionales de los PIO de orden, pero no en el sentido de que dar importancia al orden (p. ej., "me siento peor conmigo mismo cuando en mi casa las cosas están "fuera de su sitio") haga que se valoren peor los PIO relacionados con el orden (p. ej., aunque un lugar parezca ordenado, he tenido

intrusiones mentales de: “que determinados objetos no están correctamente ordenados, o no siguen un determinado orden”); sino que aspectos como evitar la agresión o acumular son relevantes para la autoestima. Por tanto, no se observa una especificidad entre el contenido de los dominios relevantes para la autoestima y el de los PIO peor valorados, ni tampoco los PIO provocan una incongruencia con los aspectos valorados por la persona. De todos modos estos resultados van en la línea de otros apuntados por el grupo de Doron (2007c) que encontraron en población con TOC que la sensibilidad al dominio moralidad se relacionaba con los síntomas de contaminación, algo que podría estar relacionado con la “polución/contaminación mental”. En nuestro caso la dimensión relacionada con la moralidad no se relaciona con estos aspectos, pero sí se relaciona el dominio evitar la agresión con la sintomatología de simetría y orden.

Respecto a la dimensión de religión/moral del OCSQ-S, hemos observado que es la que mantiene menores asociaciones con las dimensiones de los PIO, la sintomatología OC, ansiosa, depresiva así como con las creencias sobre los pensamientos. La dimensión parece estar bien evaluada, pues mantiene altas correlaciones y similares con los dos dominios del CSW asociados a la religión y la moral. Y pensamos que las bajas asociaciones se deben a la poca relevancia que la religión tiene para la muestra no clínica evaluada. De hecho, atendiendo a las puntuaciones en el CSW, que incluye una escala diferente para cada dimensión, la religión es un dominio poco importante para la autoestima de los participantes de la población general española, mientras que seguir los principios morales lo es más. Por tanto, juntar ambos aspectos en un mismo factor, tal vez esté enmascarando los resultados, y más aún el hecho de que ambos aspectos aparecen juntos en los mismos ítems (p. ej., “si no hago caso a mis valores religiosos o morales, siento que pierdo el respeto hacia mí mismo”). De hecho, la media de las escalas del CSW de moral y religión es la puntuación que los sujetos obtienen en la dimensión religión/moral del OCSQ-S. Este hecho se ve apoyado por las verbalizaciones de la muestra clínica, algunos pacientes comentaron que el aspecto religioso no influía, pero sí el moral. Un modo de solucionar este problema sería separar los ítems, de modo que lo moral y religioso constituyan ítems independientes.

Finalmente, queremos concluir este capítulo señalando las implicaciones que el significado personal, tal y como se deriva de nuestros datos, tiene para la investigación y tratamiento en el TOC. En primer lugar, nuestros resultados proporcionan un apoyo a la terapia cognitiva del TOC que se ha basado en el supuesto de que determinados PIO se valoran de forma disfuncional (y se convierten en obsesiones) porque se les otorga un “significado personal”. Seguir con este trabajo es de gran relevancia, pues podría ayudarnos a detectar personas con vulnerabilidad y por tanto a prevenir el desarrollo del TOC, así como a diseñar mejores estrategias de prevención de las recaídas y a mejorar los tratamientos (Rowa, 2003). Para ello, habrá que definir de modo más exacto esta influencia, así como estudiar en qué medida es igual en todos los sujetos y en todos los grupos. De nuestros resultados se deriva que esta

influencia es mayor entre quienes tienen PIO y obsesiones Tipo I, y que tal vez varíe en función del contexto cultural, de hecho, hemos observado que la población clínica española difería de la no clínica en la importancia que tiene para su autoestima mantener una conducta sexual decorosa (y en menor medida en seguir principios religiosos y morales); pero clínicos y canadienses mantienen puntuaciones similares en ambos dominios (de hecho el grupo canadiense difería respecto a argentinos y españoles). Además, tendremos que estudiar si los dominios relevantes para la autoestima están realmente implicados en el surgimiento del TOC (y por tanto anteceden al desarrollo del mismo, tal vez debido a su influencia sobre el tipo de PIO que se valoran de forma disfuncional), en su mantenimiento o si son una consecuencia de los PIO y de las obsesiones (podría ser que la presencia de PIO modificara los aspectos que son importantes para la persona). Por último, habrá que determinar hasta que punto la terapia puede cambiar los aspectos contingentes a la autoestima, o flexibilizar la relevancia que tienen para la persona de la misma forma que se flexibilizan las creencias y valoraciones disfuncionales. De hecho, algunas de las teorías sobre el autoconcepto, entre ellas la de Crocker, indican que los dominios relevantes para la autoestima se pueden cambiar, aunque a menudo resulta complicado.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Por último queríamos señalar que las diferencias del procedimiento seguido en la recogida de información en las muestras española y argentina, frente a la canadiense, suponen una limitación en cuanto a la generalizabilidad transcultural de los datos obtenidos, y en especial de las conclusiones al respecto de las diferencias entre estos tres grupos. En las muestras española y argentina se ha empleado el mismo protocolo de evaluación, y el procedimiento para la recogida de información ha sido prácticamente idéntico. Sin embargo, en la muestra canadiense se ha empleado un menor número de instrumentos, todos los participantes proceden de un mismo contexto y condición (curso de introducción a la psicología), y son más jóvenes que españoles y argentinos. Además, y por cuestiones ajenas a la autora, no se ha podido recoger información sobre variables sociodemográficas tales como el nivel económico y el estado civil. Hemos intentado controlar en la medida de lo posible estas diferencias, introduciendo la edad como covariable en los análisis (ANCOVAS). Por otro lado, pensamos que los beneficios potenciales de emplear la muestra canadiense en este estudio son mayores que las limitaciones, en especial si tenemos en cuenta que la muestra canadiense puede servirnos como una especie de grupo “control” de la literatura, en el sentido de comparativa con los resultados que suelen publicarse sobre el TOC que en su gran mayoría proceden de muestras canadienses y americanas, y en todo caso de habla inglesa.

Respecto a la muestra clínica, las entrevistas han sido realizadas por diferentes terapeutas, “limitación” impuesta por el hecho de que todos los pacientes provienen del servicio público de salud excepto tres que fueron visitados en la Universidad. Sin embargo, todas las entrevistas diagnósticas fueron realizadas por el grupo de investigación al que pertenece la doctoranda, con una buena formación clínica, y especialmente sobre el TOC y los instrumentos que estaban empleando, por lo que estamos razonablemente seguras de que los resultados obtenidos son consistentes y fiables.

CONCLUSIONES

Comenzamos la parte empírica de este trabajo planteando dos grandes interrogantes a los que a nuestro modo de ver debe responder la investigación actual sobre el TOC. Este trabajo no ha pretendido responderlos, algo que por otro lado no sería realista, pero sí aportar algunos indicios que permitan ir encontrando las mejores respuestas posibles. Recordemos que la primera gran pregunta que nos hacíamos era si el TOC es un trastorno unitario, y la segunda por qué solo unos PIO se convierten en obsesiones. Estas grandes preguntas las concretamos en tres objetivos concretos y varios subobjetivos a los que responderemos a continuación.

1 PIO Y OBSESIONES: ¿CÓMO SE AGRUPAN?

1.1 El INPIOs (1ª parte) es un instrumento de autoinforme que evalúa la frecuencia con que se experimentan un listado de PIO con diferentes contenidos.

1.2. Los PIO pueden agruparse en función de su contenido atendiendo a dos niveles de 2 factores y 6 factores respectivamente tal y como aparece representado en la Figura 5. Los factores de primer orden agrupan PIO de contenido: agresivo (AGR); sexuales, religiosos repugnantes, existenciales, conductas socialmente inadecuadas (REL/SEX); simetría y orden (ORD); dudas y necesidad comprobar (DUD); limpieza y contaminación (CONT) y superstición (SUP)

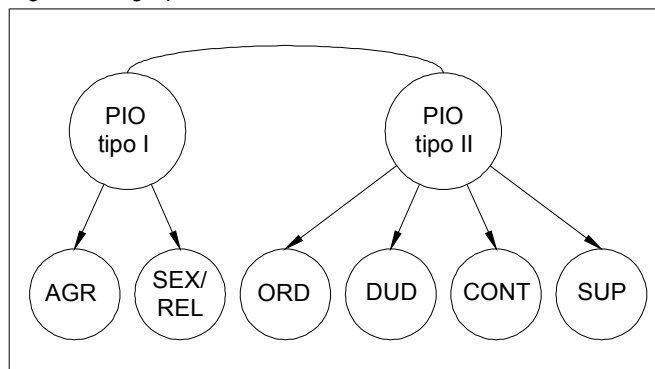
Tanto los 8 factores como la puntuación total del INPIOs presentan unas excelentes propiedades psicométricas que han sido contrastadas en población general (α , CCI) tanto su versión castellana (α y CCI en población española, α en población argentina) como inglesa (α en población canadiense de habla inglesa) así como en población clínica con TOC (α en población española con TOC). Este modelo es estable a lo largo de diferentes variables socio-demográficas.

Se observan diferencias transculturales en la frecuencia de algunos contenidos de PIO. Argentinos y españoles presentan una mayor frecuencia de PIO de duda, mientras que los canadienses experimentan con mayor frecuencia los PIO supersticiosos.

La población general experimenta a lo largo de su vida una amplia variedad de PIO, pero con una baja frecuencia. Y el contenido de estos PIO y la variedad total con la que se experimentan son semejantes a los PIO que experimenta la población clínica. No obstante, resulta interesante resaltar que mientras la población normal señaló experimentar un mayor número de PIO de duda (necesidad de comprobar y acumulación), los pacientes TOC tenían un mayor número de PIO agresivos y de contaminación. La población clínica experimenta todos los contenidos de PIO con una mayor frecuencia.

1.3 Los diferentes contenidos de PIO (i.e., frecuencia total en el INPIOs), mantienen mayores asociaciones con la sintomatología obsesiva que con la depresiva y ansiosa-no TOC, y esto es especialmente cierto en el caso de la población clínica.

Figura 5. Agrupación de los PIO.



2 PIO Y OBSESIONES: ¿CÓMO SE EXPERIMENTAN?

2.1. La 2ª parte del INPIOs permite: (1) recoger el PIO más molesto y su frecuencia; (2) las reacciones emocionales, interferencia y dificultades de control y las valoraciones disfuncionales que genera (parte A) y (3) la frecuencia con que se emplean una serie de estrategias de control (parte B).

2.2 Los factores de la 1ª parte del INPIOs sirven para caracterizar/definir el contenido del PIO más molesto o de la obsesión principal (y por extensión a los pacientes) escogida en la 2ª parte del INPIOs. Sin embargo, es necesario incluir una nueva categoría (mixta) que recoja a aquellos pacientes que tienen más de una obsesión de diferente contenido con el mismo grado de importancia.

Independientemente de la procedencia cultural, los PIO más molestos fueron los de duda y los religiosos/sexuales. La mayor parte de las obsesiones principales fueron de duda y superstición. La frecuencia de las obsesiones fue mayor que la de los PIO, y los PIO/obsesiones Tipo II resultaron ser más frecuentes que los Tipo I.

2.3 La 2ª parte del INPIOs proporciona una información a nivel de ítem que resulta potencialmente importante a nivel clínico, puesto que, en primer lugar (parte A) permite apresar el grado en que un paciente particular realiza valoraciones disfuncionales de sus obsesiones, cuáles son esas valoraciones, el malestar emocional que le provoca la obsesión y la interferencia que genera en su vida cotidiana; en segundo lugar (parte B), permite un análisis individualizado de las respuestas de cada paciente al listado de estrategias de control/neutralización que pone en marcha ante su obsesión más molesta. Desde el punto de vista de su uso con población general, esta 2ª parte del instrumento permite caracterizar en factores y/o subescalas las diferentes reacciones de las personas a su PIO más molesto:

la parte A agrupa en 3 factores las reacciones emocionales, la interferencia y dificultades de control, y las valoraciones disfuncionales del PIO más molesto. La parte B agrupa las estrategias de control en 5 factores o subescalas: (1) estrategias generales para el control de la ansiedad (y por tanto, no necesariamente específicas de TOC), (2) estrategias para el control de los pensamientos, (3) distracción, (4) compulsiones y (5) no hacer nada. Estos factores cuentan con unas buenas propiedades psicométricas en la población general (tanto española como argentina y canadiense), y algo menos buenas en la población clínica, donde es más interesante el empleo de la puntuación a nivel de ítem. Además el modelo es estable a lo largo de diferentes variables demográficas y culturales, lo que indica que el contexto cultural no influye sobre estos factores.

Se observa un continuo en función de la frecuencia de experimentación del PIO principal en las reacciones emocionales, valoraciones e interferencia del mismo (tanto a nivel de ítem como de factor). Así la población general que experimenta sus PIO menos de 1 o 2 veces al mes reacciona mejor ante su PIO, que le genera menos interferencia y dificultad de control y lo valora de forma menos disfuncional que la población clínica con TOC (en este caso, respecto a su obsesión más molesta). En un lugar intermedio se situarían aquellas personas de la población general que experimentan su PIO más molesto más de 1 o 2 veces al mes.

Las estrategias de control de la ansiedad, de los pensamientos y de las compulsiones son más empleadas por la población clínica que por la general.

2.4 La distracción y el no hacer nada son las estrategias menos patológicas, ya que ambas se emplean en igual proporción por clínicos y no clínicos, y muestran menor asociación con variables psicopatológicas.

2.5. El factor de valoraciones disfuncionales mantiene relaciones moderadas con las creencias sobre los pensamientos, mientras que los factores de estrategias de afrontamiento se asocian con sus análogos de las estrategias generales del control de los pensamientos, lo que avala la validez de constructo del instrumento.

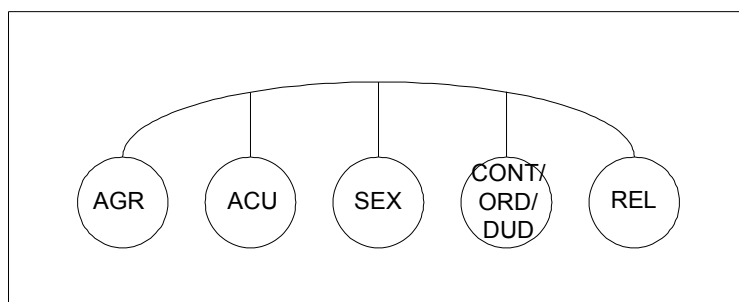
2.6. La ausencia de estrategias de control activas (“no hacer nada”) es más habitual ante las obsesiones Tipo I que ante las de Tipo II. Sin embargo, éstas segundas se afrontan más frecuentemente con compulsiones.

3 PIO Y OBSESIONES: ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL SIGNIFICADO PERSONAL?

3.1 El OCSQ es un instrumento de autoinforme que nos permite apresar los “significados personales” relacionados con contenidos típicamente obsesivos, en concreto, apresa si estos contenidos son aspectos relevantes para la autoestima de la persona.

3.2 La estructura del OCSQ permite recoger información sobre 5 dominios que hacen referencia a los siguientes contenidos: (1) evitación de la agresión y ofensa, (2) pertenencias y acumulación, (3) conducta sexual decorosa, (4) ser ordenado, limpio, seguridad (estar seguro/dudas), proteger la salud, (5) mantener los principios religiosos y morales. En la Figura 6 aparece un resumen de esta estructura.

Figura 6. Dimensiones del OCSQ



Este modelo es estable a lo largo de diferentes variables sociodemográficas y tiene unas buenas propiedades psicométricas en su versión castellana, tanto en la población general (españoles y argentinos) como clínica. Sin embargo, en la población canadiense las propiedades no son tan buenas, especialmente en el factor relacionado con la acumulación y las pertenencias.

En la población española, el dominio más contingente a la autoestima es el de mantener el orden, limpieza y seguridad.

3.3 Basar la autoestima en áreas relacionadas con los contenidos OC se asocia más a sintomatología OC que depresiva o ansiosa no TOC, siendo el dominio relacionado con mantener los principios religiosos y morales el que menores asociaciones mantiene.

3.4 El contexto cultural influye sobre los aspectos que son relevantes para la autoestima de las personas especialmente en el dominio de seguir principios religiosos y morales y seguir una conducta decorosa a nivel sexual, que son más contingentes a la autoestima de los canadienses. Estos mismos dominios, especialmente el segundo, también son más relevantes para la autoestima de la población con TOC (española).

3.5 Basar la autoestima en áreas relacionadas con los contenidos OC se asocia a mantener creencias disfuncionales sobre los pensamientos, siendo el dominio relacionado con seguir los principios religiosos y morales el que menos se asocia a estas creencias.

3.6 Quienes más basan su autoestima en los dominios relacionados con áreas TOC relevantes, valoran peor su PIO/obsesión más molesta, especialmente cuando es de contenido Tipo I (i.e., contenido agresivo, sexual, blasfemo).

El hecho de que evitar el daño y la agresión hacia uno mismo y hacia los demás sea relevante para la autoestima, predice parte de las valoraciones disfuncionales realizadas sobre los PIO/obsesiones Tipo I.

Por tanto, el significado personal, evaluado como las áreas que se consideran importantes para la autoestima, se asocia a creencias disfuncionales y peores valoraciones de PIO concretos, y esta última asociación parece darse sobre los PIO Tipo I (aunque de forma no específica respecto al contenido del OCSQ).

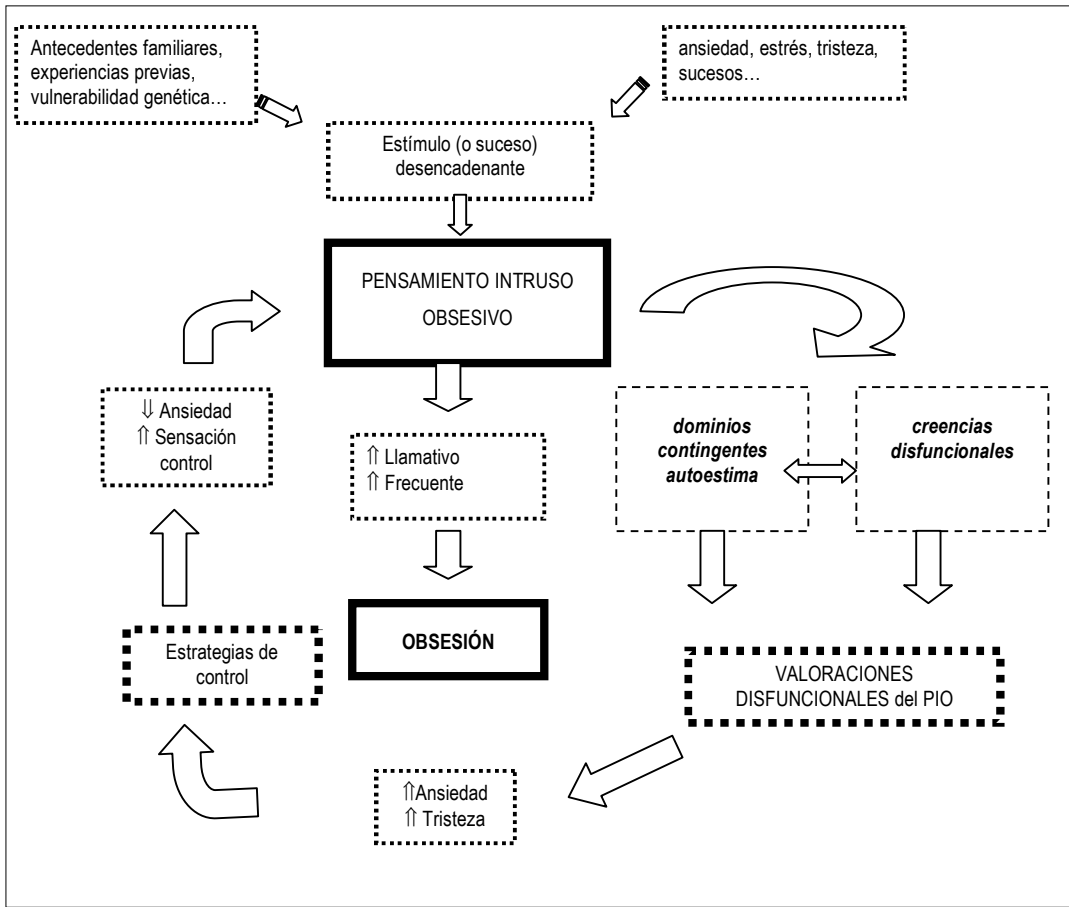
4 CONCLUSIÓN Y VALORACIÓN FINAL

Dicho esto, podemos aportar nuestro “granito de arena” a las dos grandes preguntas planteadas al inicio, a las que responderemos señalando que *de nuestro trabajo* se deriva que el TOC parece ser heterogéneo, y puede agruparse, al menos con fines de investigación, en función de su contenido. Esta clasificación tiene implicaciones diferenciales a la hora de afrontar las obsesiones, sin embargo, aún es pronto para determinar en qué medida las obsesiones se experimentan de forma diferencial en función de su contenido.

Así mismo, podemos responder a la segunda pregunta señalando que el significado personal parece jugar un papel sobre las valoraciones disfuncionales realizadas sobre los PIO de contenido agresivo, sexual y blasfemo, de modo que sería esta influencia la que “favorecería” o inclinaría la balanza hacia que unos PIO y no otros se convirtieran en obsesiones. Y la cultura parece influir en la importancia que tienen para la autoestima, al menos, algunos de estos aspectos.

Sin embargo, esto es solo una primera aproximación y hace falta mucha más investigación con población clínica dirigida a apresar por qué unos PIO son significativos y no otros, así como a “validar” la “clasificación” de las obsesiones en 6 factores de contenido. En nuestra opinión, el INPIOs puede ayudarnos a lograr este último aspecto, mientras que el OCSQ puede aportar mucho más sobre la difícil cuestión de por qué unos PIO y no otros se convierten en obsesiones, así como incorporar un elemento nuevo al esquema del modelo cognitivo tal y como se observa en la Figura 7. En este sentido, pensamos que el OCSQ tiene un buen futuro como instrumento de detección de la vulnerabilidad a desarrollar un TOC.

Figura 7. Propuesta incorporación nuevos elementos en el modelo cognitivo del TOC.



BIBLIOGRAFÍA

- Abram, K.M., Teplin, L.A., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *American Journal of Psychiatry*, 60, 1097–1108.
- Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1133–1141.
- Abramowitz, J. S., Schwartz, S.A., Moore, K.M., & Luenzman, K.R. (2003a). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 461-478.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S., & Tolin, D.F. (2003b). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-540.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A., & Furr, J.M. (2003c). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 71, 1049-1057.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D.F., & Street, G.P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683-703.
- Akhatar, S., Wig, N.N., Varma, V.M., Pershad, D., & Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- American Psychological Association, APA (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777
- Amir, N., Foa, E.B., & Coles, M.E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Antony, M.M. (2001). Measures for obsessive-compulsive disorder. En M.M. Antony, S.M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.). *Practitioners guide to empirically based measures of anxiety* (pg. 219-243). New York: Kluwer Academic/ Plenum.
- Antony, M.M., Downie, F., & Swinson, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research and Treatment* (pg. 3-32). New York: Guilford Press.
- Arrindel, W.A., de Vlaming, I.H., Eisenhardt, B.M., van Berkum, D.E., & Kwee, M.G.T. (2002). Cross-cultural validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Behavioural Therapy and Research*, 33, 159-176.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & de Haan, E. (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Ashbaugh, A., & Radomsky, A.S. (2007). Attentional focus during repeated checking influences memory but not metamemory. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 291-306.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 18–23.

- Baer, L., & Jenike, M. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.
- Baer, L., & Minichiello, W.E. (1990). Behavior Therapy of obsessive-compulsive disorder. En M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management*. (pg. 203-232). Chicago: Year Book Medical.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baños, R., & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.L., & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyle?. *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Bebbington, P.E. (1998). Epidemiology of of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 2-6.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experiential and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual of the Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becker, E.S., Rinck, M., Roth, W.T., & Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 39-55.
- Becker, L. A. (1999). Calculadora para calcular el tamaño del efecto según Cohen. En: <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escal3.htm>
- Belloch, A. (2004). Figura resumen modelos cognitivos. Comunicación personal.
- Belloch, A., & Morillo, C. (2002). Efectos de la supresión de pensamientos neutros y pensamientos intrusos análogos a las obsesiones en sujetos normales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 177-194.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., & Carrió, C. (2003). Designing a new instrument to assess dysfunctional beliefs of the obsessive-compulsive disorder: preliminary results of the Obsessive Beliefs Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 235-250.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2006). Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 65-78.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2007a). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research* (en prensa, DOI 10.1007/s10608-007-9141-2).
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2007b). Are the dysfunctional beliefs that predict worry different from those that predict obsessions? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 438-448 (en prensa, DOI: 10.1002/cpp.551).
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2007c). Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: Testing the autogenous/ reactive model of obsessions. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 7, 5-20.
- Belloch, A., Morillo, C., & Giménez, A. (2004) Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857.

- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the family of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42, 111-120.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bentall, R.P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behavioral Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Bentler, P.M. (2006). EQS 6.1 *structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Bentler, P.M., & Bonnet, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- Besiroglu, L., Agargun, M. Y., Ozbebit, O., & Aydin, A. (2006). A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. *CNS Spectrums*, 11, 179-186.
- Bhar, S.S. (2005). *Self-ambivalence in Obsessive-Compulsive Disorder*. Tesis doctoral. Universidad de Melbourne. Disponible en: <http://eprints.unimelb.edu.au/archive00000814/>.
- Bhar, S.S., & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1845-1857.
- Biederman, J., Petty, C., Faraone, S.V., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Gilbert, J., & Rosenbaum, J.F. (2004). Moderating effects of major depression on patterns of comorbidity in patients with panic disorder. *Psychiatry Research*, 126, 143-149.
- Black, D.W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., & Baker, P. (1998) Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects wit obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 420-425.
- Bocci, L., & Gordon, K. (2007). Does magical thinking produce neutralising behaviour? An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1823-1833.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & dePress, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Boschen, M. J., & Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: Comparisons in OCD and control samples. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2098-2109.
- Botella, C., & Robert, C. (1995). *El trastorno obsesivo-compulsivo*. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología*. (Vol. II) (pg. 187-225). Madrid: McGraw Hill.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Bouvard, M., Harvard, A., Ladouceur, R., & Cottraux, J. (1997). Le trouble obsessionnel-compulsif et al responsabilité excessive. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2, 9-16.
- Bower, G.H., & Gilligan, S.G. (1979). Remembering information related to one's self. *Journal of Research in Personality*, 13, 420-432.
- Brewin, C. R., Christodoulides, J., & Hutchinson, G. (1996). Intrusive thought and intrusive memories in a nonclinical sample. *Cognition and Emotion*, 10, 107-112.

- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., & 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.
- Burns, R.B. (1979). *The self-concept. Theory, measurement and behaviour*. New York: Longman.
- Byrne, B.M. (1996). *Measuring Self-concept across the life span. Issues and instrumentation*. Washington CD: American Psychological Association.
- Byrne, B.M. (2002). Validating the measurement and structure os self-concept: snapshots of past, present, and future research. *American psychologist*, 57, 897-909.
- Cabedo, E. (2007). *Eficacia a corto y largo plazo de un programa de terapia cognitiva específica para el trastorno obsesivo-compulsivo*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Cabedo, E., Belloch, Morillo, C., Giménez, A., & Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 465-479.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S. & Janeck, A. S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P.S., Riemann, B.C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D.M., Jahn, S. C., & Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 647-670.
- Calamari, J.E. (2005) Understanding the heterogeneity of OCD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2193-2194.
- Calamari, J.E., Cohen, R.J., Rector, N.A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B.C., & Norberg, M.M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Calvo, N., Caseras, X., Gutierrez, F., & Torrubia, R. (2002). Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas Psiquiatría*, 30, 7-13.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.
- Campbell, J. D., Trapnell, P.D., Heine, S.J., Katz, I.M., Lavelle, L.F., & Lehman, D.R. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141-156.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlatos. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W., & Scheier, M.F. (1999). Self-discrepancies and affect: incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 783-792.
- Cavallini, M.C., Di Bella, D., Siliprandi, F., Malchiodi, F., & Bellodi, L. (2002) Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 114, 347-353.
- Christensen, K. J., Kim, S. W., Dysken, M. W., & Hoover, K. M. (1992). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 31, 4-18.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. A. & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 967-976.

- Clark, D. A. (2002). Commentary on cognitive domains section. En R.O. Frost & G. Steketee, G. (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 107-113) Oxford: Pergamon.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. (2005). Lumping versus splitting: a commentary on subtyping in OCD. *Behavior Therapy*, 36, 401-404
- Clark, D. A. (ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Clark, D. A., & Claybourn, M. (1997). Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1139-1141.
- Clark, D. A., & de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: Distinct or uniform phenomena?. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 383-393.
- Clark, D. A., & O'Connor, K.N. (2005). Thinking is believing. Ego-dystonic intrusive thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder. En D.A. Clark (Ed.), *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment* (pg. 145-174). New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: implications for clinical disorders. En D.A. Clark (Ed.), *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment* (pg. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A., Antony, M.M., Beck, A.T., Swinson, R.P., & Steer, R.A. (2005). Screening for Obsessive and compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143.
- Clark, D. A., García-Soriano, G., Belloch, A., & Morillo, C. (2006). Obsessional Concerns and Self Questionnaire. No publicado.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 655-669.
- Clayton, I.C, Richards, J.C., & Edwards, C.J. (1997). Selective attention in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 171-175.
- Cliff, N. (1983). Some cautions concerning the application of causal modelling methods. *Multivariate Behavioural Research*, 18, 115-126.
- Cohen, J. (1973). Eta-squared and partial eta-squared in fixed factor ANOVA designs. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 107-112.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, R.J., & Calamari, J.E. (2004). Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: an evaluation of cognitive self-consciousness in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 457-471.
- Coles, M.E. & Horng, B. (2006). A prospective study of cognitive vulnerability to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 723-734.
- Coles, M.E., Frost, R.O., Heimberg, R.G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.

- Coles, M.E., Mennin, D.S., & Heimberg, R.G. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I., & Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: UNED, Fundación Universidad-Empresa.
- Cooley, C. H. (1902/1964). *Human nature and the social order*. New York: Schocken Books.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Corcoran, R.M., & Woody, S. R. (2008) Appraisals of obsessional thoughts in normal samples. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 71-83.
- Cogle, J.R., Salkovskis, P. M., & Thorpe, S. J. (2007). Perhaps you only imagined doing it: Reality-monitoring in obsessive-compulsive checkers using semi-idiographic stimuli. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* (en prensa, doi:10.1016/j.jbtep.2007.08.001).
- Craske, M.G., Rapee, R.M., Jackel, L., & Barlow, D.H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162, 876-882.
- Crino, R.D., & Andrews, G.A. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Cripps, E.M., & Purdon, C.L. (2000, Noviembre). Ego-dystonicity as a distinguishing feature of obsessions. Poster presentado en *34th Annual Convention for the Association of the Advancement of Behavior Therapy*, New Orleans, Louisiana (USA).
- Crocker, J. (2003). *Self and Social Motivation Research Program*. Página web del laboratorio de Crocker que incluye el instrumento CSW en diferentes idiomas, entre ellos el original en inglés y nuestra traducción en castellano. En: <http://www.rcgd.isr.umich.edu/crockerlab/csw.htm>
- Crocker, J., & Wolfe, C.T. (2001). Contingencies of Self-Worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, S. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 894-908.
- Crocker, J., Sommers, S.R., & Luhtanen, R.K. (2002). Hopes dashed and dreams fulfilled: Contingencies of self-worth and admissions to graduate school. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1275-1286.
- Cross, S.E., & Markus, H.R. (1994). Self-schemas, possible selves, and competent performance. *Journal of Educational Psychology*, 86, 423-438.
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cullen, B., Brown, C.H., Riddle, M.A., Grados, M., Bienvenu, J., Hoehn-Saric, R., Shugart, Y.Y., Liang, K.-Y., Samuels, J., & Nestadt, G. (2007). Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 130-138.
- De Silva, P., & Rachman, S. (1992). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- De Silva, P., Menzies, R.G., & Shafran, R. (2003). Spontaneous decay of compulsive urges: the case of covert compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 129-137.
- Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2005). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573-585.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). *Human autonomy: The basis for true self-esteem*. En M. H. Kemis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pg. 31-49). New York: Plenum.

- Del Valle, G., Carrió, C., & Carrasco, A. (2005, Septiembre). Profile of patients with OCD who delay in seeking treatment. Poster presentado en el XXXV *Annual Congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapy*. Tesalónica (Grecia).
- Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H-G., & Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*, 26, 145-150.
- Denys, D., de Geus, F., van Megen, H. J. G. M., & Westnberg, H. G. M. (2004). Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 128, 273-280.
- Doron, G. (2007). The Obsessional Sensitivity of Self Inventory (OSSI). Manuscrito sin publicar.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432.
- Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007a). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 433-444.
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2007b). Sensitivity of self-beliefs in Obsessive Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety* (en prensa, DOI 10.1002/da.20369).
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2007c, Julio). Dysfunctional Self Perceptions and Obsessive Compulsive Related Cognitions. Presentación en el "V *World Congress of Cognitive and Behaviour Therapy*". Barcelona.
- Draguns, J. G. (1997). Abnormal behavior patterns across cultures: implications for counseling and psychotherapy. *International Journal of Intercultural Relations*, 21, 213-248.
- Dupuy, J.-B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladoucerur, R., & Dugas, M.J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and non-clinical population. *Behaviour Research & Therapy*, 39, 1249-1255.
- Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 207-211.
- Ehnholt, K.A., Salkovskis, P.M., & Rimes, K.A. (1999). Obsessive-Compulsive disorders, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 771-781.
- Emmelkamp, P.M.G., & Aardema, A. (1999). Meta-cognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 319-145
- Emmelkamp, P.M.G. (2002). Commentary on treatment. En R.O. Frost & G. Steketee, G. (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 461-463) Oxford: Pergamon.
- Emmelkamp, P.M.G., Kraaijkamp, H.J.M., & van den Hout, M.A. (1999). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 23, 269-279.
- England, S. L., & Dickerson, M. (1988). Intrusive thoughts; unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 279-282.
- Enright, S. J. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Anxiety disorder or schizotypes?. En R.M. Rapee (Ed.). *Current controversies in the anxiety disorders* (pg. 161-190). New York: Guilford Press.
- Fallon, B.A., Rasmussen, S.A., & Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis. En E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders* (pg. 71-92). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fals-Steward, W. (1992). A dimensional analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychological Reports*, 70, 238-240.
- Fals-Steward, W., & Lucente, S. (1993). An MCMI cluster typology of obsessive-compulsives: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behaviour therapy. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 139-154.

- Faull, M., Joseph, S., Meaden, A., & Lawrence, T. (2004). Obsessive beliefs and their relation to obsessive-compulsive symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 158-167.
- Fava, G.A., Savron, G., Rafanelli, C., Grandi, S., & Canestrari, R. (1996). Prodromal symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychopathology*, 29, 131-134.
- Fehm, L. & Hoyer, J. (2004). Measuring Thought control strategies: The Thought control questionnaire and a look beyond. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 105-117.
- Feinstein, S.B., Fallon, B.A., Petkova, E., & Liebowitz, M.R. (2003). Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale symptom checklist. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 187-193.
- Fennell, M. J. V. (1997). Low self esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.
- Ferrando, P.J., & Chico, E. (2000) Adaptación y análisis psicométrico de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12, 383-389.
- Ferrier, S., & Brewin, C.R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1365-1374.
- Festinger, L. (1954). *A theory of cognitive dissonance*. London: Tavistock.
- Fierro, A. (1996) El conocimiento de sí mismo. En A. Fierro (Ed.). *Manual de psicología de la personalidad* (pg. 113-152). Barcelona: Paidós.
- First, M. B. (2006) *Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference*. En: <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Flavell, J.H. (1979). Meta-cognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Foa, E. B, Stekeee, G.S., & Ozarov, B.J. (1985). Behaviour therapy with obsessive-compulsives. En M. Mavissakalian, S.M. Turner, & L. Michelson (Eds.). *Obsessive Compulsive Disorder* (pg. 49-129). Nueva York: Plenum.
- Foa, E. B., & Wilson, R. (1992). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.
- Foa, E. B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E. B., Sacks, M.B., Tolin, D.F., Przeworski, A., & Amir, N. (2002). Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: a replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 443-453.
- Foa, Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, G., Hajcak, G. & Salkovskis, P. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M.V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 403-411.
- Fraboni, M., & Cooper, D. (1989). Further validation of three short forms of the Marlowe-Crowne Scale of Social Desirability. *Psychological Reports*, 65, 595-600.

- Francis, J. J., Boldero, J. M., & Sambell, N. L. (2006). Self-Lines: A New, Psychometrically Sound, 'User-Friendly' Idiographic Technique for Assessing Self-Discrepancies. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 69-84.
- Frankenburg, F. (1984). Hoarding in anorexia nerviosa. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 57-60.
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., & Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19, 292-298.
- Freeston, M. H. (1990). *Les intrusions cognitives et leur relation aux symptômes anxieux, dépressifs et compulsifs*. Master thesis. Departamento de Psicología, Universidad de Laval.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and Extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 181-190.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997a). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. 1) (pg. 137-168). Madrid: Siglo XXI.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997b). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335-348.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N., (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioural treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: context appraisal, mood and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 29-36.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population II. Associations with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Fresco, D. M., Frankel, A.N., Mennin, D.S., Turk, C.L., & Heimberg, R.G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: the relationship of cognitive production to negative affect states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 2, 179-188.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 341-350.
- Frost, R. O., & Steketee, S. (Eds.) (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Elsevier.
- Frost, R.O., & Gross, R.C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.
- Frost, R.O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R.O., Krause, M.S., McMahon, M.J., Peppe, J., Evans, M., McPhee, A.M., & Holden, M. (1993). Compulsivity and superstitiousness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 423-425.
- Frost, R.O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 91-105). Oxford: Pergamon.

- Frost, R.O., Steketee, G., Williams, L.F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive-compulsive hoarders: A comparison with clinical and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1071-1081.
- Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Trujillo, J.L., Caseras, X., Serrano, F., Alonso, P., Menchón, J.M., Vallejo, J. & Torrubia, R. (2004) Personality characteristics in obsessive-compulsive disorder and individuals with subclinical obsessive-compulsive problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 387-398.
- Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, O., Torrubia, B.A.R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Anxiety Disorders* 19, 893-903.
- García-Soriano, G. (2005). *Revisión intrusiones y supresión*. Trabajo interno del grupo TOC de la Universidad de Valencia.
- García-Soriano, G., & Belloch, A. (2004) Influencia del estado de ánimo sobre la supresión de imágenes. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 9, 183- 203.
- García-Soriano, G., Morillo, C., & Belloch, A. (2005). Tarea de auto-adscripción de adjetivos. No publicado.
- García-Soriano, G., Morillo, C., & Belloch, A. (2005, Septiembre) Autogenous and reactive obsession: the role of meta-cognitive beliefs and control strategies. Presentación oral en el "XXXV Annual Congress of the EABCT", *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*", Tesalónica (Grecia).
- García-Soriano, G., Morillo, C., & Belloch, A. (2006; Septiembre). Is the content of the obsessional intrusive thoughts related to the self-concept and valued-self?. Poster presentado en el "36th Annual Congress of the EABCT" *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*, París (Francia).
- Garson, G. D. (2000). Scales and Standard Measures. En *Statnotes: Topics in Multivariate Analysis*. <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 420-427.
- Gergen, K. J. (1968). Personal consistency and the presentation of self. En C. Goordon & K.J. Gergen (1968) *The Self in social interaction*, Vol 1. New York: Wiley.
- Gibbs, N.A., & Oltmanns, T.F. (1995). The relation between obsessive-compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 397-410.
- Giménez, A., Morillo, C., Belloch, A., Carrió, C., & Cabedo, E. (2004). Creencias disfuncionales asociadas a síntomas obsesivo-compulsivos: una aproximación a la especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 1-17.
- Goldsmith, T., Shapira, N.A., Phillips, K.A., & McElroy, S.L. (1998). Conceptual foundations of the obsessive-compulsive spectrum disorders. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.) *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pg. 397-425). New York: Guildford Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Freischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K-L., Keeley, M.L., Geffken, G.R., & Storch, E.A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.

- Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I., & Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 767-779.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Guilford, J.P. (1969). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Guthrie, R., & Bryant, R. (2000). Attempting suppression of traumatic memories over extended periods in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 899-907.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hantouche, E.G., & Lancrenon, S. (1996). Modern typology of symptoms study of 615 patients. *Encephale*, 22, 9-21.
- Hantouche, E.G., Bourgeois, M., Bouhassira, M., & Lancrenon, S. (1996). Aspects cliniques des troubles et des syndromes obsessionnels-compulsifs: Résultats de la phase 2 d'une large enquête française. *Encephale*, 22, 255-263.
- Harris, C.L., & Dinn, W.M. (2003). Subtyping obsessive-compulsive disorder: Neuropsychological correlatos. *Behavioural Neurology*, 14, 75-87.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. En J. Suls & A. W. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 3) (pg. 136-182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harter, S. (1990). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. En A.M. La Greca (Ed.), *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pg. 292-325). Boston: Allyn & Bacon.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En R. G. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pg. 87-116). New York: Plenum.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Harter, S., & Pike, R. (1983). *The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (manual)*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S., & Whitesell, N.R. (2001). On the importance of importance ratings in understanding adolescents' self-esteem: beyond statistical parsimony. En R. J. Riding (Ed.). *Self Perception* (pg. 3-23) Westport, CT, USA: Greenwood Publishing Group, Incorporated. En: <http://site.ebrary.com/lib/unblib/Doc?id=10020856&ppg=12>
- Harvey, A.G. (2003). The attempted suppression of pre-sleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 593-602.
- Haslam, N., Williams, B.J., Kyrios, M., McKay, D., & Taylor, S. (2005). Subtyping Obsessive-Compulsive Disorder: A Taxometric Analysis. *Behavior Therapy*, 36, 381-391
- Hasler, G., Kazuba, D., & Murphy, D.L. (2006) Factor Analysis of Obsessive-Compulsive Disorder YBOCS-SC Symptoms and Association With 5-HTTLPR/SERT Polymorphism. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)* 141B, 403-408.
- Hattie, J., & Marsh, H. W. (1996). Future directions in self-concept research. En B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept* (pg. 421-462). New York: Wiley.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley
- Herba, J.K., & Rachman, S. (2007). Vulnerability to mental contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2804-2812.

- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and meta-cognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383-401.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986a). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5-15.
- Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51-76.
- Higgins, E. T., Strauman, T., & Klein, R. (1986b). Standards and the process of self-evaluation: Multiple affects from multiple stages. En R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pg. 23-63). New York, NY: Guilford Press.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hooduin, K., de Haan, E., Schaap, C., & Arts, W. (1987). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Horwath, E., & Weissman, M.M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 493-507.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1995). Evaluating model fit. En R.H Hoyle (Ed). *Structural Equation Modelling: Concepts, Issues and Applications*. Sage. Thousand Oaks, CA, pg. 77-99.
- Huppert, J.D., Wather, M.R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E.B., Simpson, H. B., & Liebowitz, M.R. (2007). The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 394-406.
- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Ingram, R.E., Atkinson, J.H., Slater, M.A., Sacuzzo, D.P., & Garfin, S.R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 9, 300-314.
- Insel, T.R. (1985). Obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 8, 105-117.
- Insel, T.R. (1984). *Obsessive-compulsive disorder: the clinical picture*. En Insel, T. (Ed.): *New findings in obsessive-compulsive disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica. En <http://psychclassics.asu.edu/James/Principles/index.htm>.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Janeck, A.S., & Calamary, J.E (1999). Thought Suppression in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 497-509.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press. Citado en D. A. Clark (Ed.). *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Jones, M.K., & Menzies, R.G. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 959-970.

- Jordan, J., Joyce, P.R., Carter, F.A., Horn, J., McIntosh, V.V.W., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Mulder, R.T., & Bulik, C.M. (2003) Anxiety and psychoactive substance use disorder comorbidity in anorexia nervosa or depression. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 211–219.
- Julien, D., O'Connor, K.P., & Aardema, F. (2007) Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205–1216.
- Karno, M., & Golding, J.M. (1991). Obsessive-compulsive disorder. En L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study* (pg. 204-219). New York: Free Press.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 vols.). New York, Norton.
- Kessler, R., C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Khanna ,S., & Channabasavanna, S. M. (1987). Towards a classification of compulsions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology*, 20, 23-28.
- Khanna ,S., & Channabasavanna, S. M. (1988). Phenomenology of obsessions in obsessive-compulsive neurosis. *Psychopathology*, 21, 12-18.
- Khanna ,S., & Mukherjee, D. (1992). Checkers and washers: valid subtypes of obsessive compulsive disorder. *Psychopathology*, 25, 283–288
- Khanna, S., Kaliaperumal, V.G., & Channabasavanna, S. M. (1990). Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 51-54.
- Kim, S.W., Dysken, M.W., Pheley, A.M., & Hoover, K.M. (1994). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: measures of internal consistency. *Psychiatry Research*, 51, 203-211.
- Kozak, M.J., & Foa, E.B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.
- Kozak, M.J., Foa, E.B., & McCarthy, P. (1987). *Assessment of Obsessive compulsive disorder*. En C. Last & M. Hersen (Eds.) *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- L'Ecuyer, R. (1981). The development of the self-concept through the life span. En M.D. Lynch, A.A. Norem-Hebeison & K. Gergen (Eds.), *Self Concept: Advances in Theory and Research* (pg. 203-210), Cambridge: Ballinger.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 423-427.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Gagnon, F., Thibodeau, N., Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: a comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 179-187.
- Langlois, F., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (2000a). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 157-173.

- Langlois, F., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (2000b). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 175.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917
- Leckman, J.F., Grice, D.E., Barr, L.C., deVries, A.L.C., Martin, C., Cohen, D.J., Goodman, W.K., & Rasmussen, S.A. (1995). Tic-related vs non-tic related obsessive compulsive disorder. *Anxiety*, 1, 208-215
- Leckman, J.F., McDougle, C.J., Pauls, D.L., Peterson, B.S., Grice, D.E., King, R.A., et al. (2000). Tic-related versus non-tic-related obsessive-compulsive disorder. En W. K. Goodman, M.C., Rudorfer, & J.D. Maser (eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pg. 43-68). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lee, H.-J., & Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Lee, H.J., Lee, S.H., Kim, H.S., Kwon, S.M., & Telch, M.J. (2005a). A comparison of autogenous/ reactive obsessions and worry in a nonclinical population: A test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 999-1010.
- Lee, H.-J., & Telch, M.J. (2005). Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 793-805.
- Lee, H.-J., Kwon, S.-M., Kwon, J. S., & Telch, J. M. (2005). Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depression and Anxiety*, 21, 118-129.
- Lensi, P., Cassano, G.B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J.L., & Akiskal, H.S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Lewicki, P. (1983). Self-image bias in person perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 84-93.
- Lewis, A. J. (1936). Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29, 325-336.
- Leyfer, O.T., Ruberg, J.L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 20, 444-458.
- Linville, P. (1985). Self complexity and affective extremity: Don't put all your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*, 3, 94-120.
- Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Luciano, J.V., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J.M., Morillo, C., & Lucero, M. (2006). Confirmatory factor analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire: a comparison of alternative models. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 250-258.
- Luciano, J.V., Morillo, C., Garcia-Soriano, G., & Belloch, A. (2006; Septiembre). *Confirmatory factor analysis of the Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised*. Poster presentado en el "36th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies", Paris (Francia).

- Mahgoub, M.O., & Abdel-Hafeiz, H.B. (1991). Pattern of obsessive compulsive disorder in Eastern Saudia Arabia. *British Journal of Psychiatry*, 158, 840–842.
- Mahoney, M. (1990). Representations of self in cognitive psychotherapies. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 229-240.
- Mahoney, M. (1991). *Human change processes*. USA: Basic Books.
- Marker, C. D., Calamari, J.E., Woodard, J. L., & Riemann, B. C., (2006). Heterogeneity in Growth Curves of Procedural Memory in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 389-407.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders* (vols. I y II). Nueva York: Oxford University Press. (Versión española: Martínez-Roca, Barcelona, 1986)
- Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Markus, H. (1977). Self-schema and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Markus, H., & Kunda, Z. (1986). Stability and malleability of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 858-866.
- Marsh, H. W. (1993). Relations between global and specific domains of self: the importance of individual importance, certainty, and ideals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 975-992.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-125.
- Marsh, H. W. (1986). Verbal and math concepts: An internal/external frame of reference model. *American Educational Research Journal*, 23, 129-149.
- Marsh, H. W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. En B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept* (pg 38-90). New York: Wiley.
- Marx, R.W., & Winne, P.H. (1978). Construct interpretations of three self-concept inventories. *American Educational Research Journal*, 15, 99-108.
- Marx, R.W., & Winne, P.H. (1980). Self-concept validation research: some current complexities. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 13, 72-82.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005a). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M.C., & Leckman, J. F. (2005b). Reply to Calamari Understanding the heterogeneity of OCD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2194.
- Mataix-Cols, D., Fullana, M.A., Alonso, P., Menchon, J.M., & Vallejo, J. (2004). Convergent and discriminant validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale symptom checklist. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 190-196.
- Mataix-Cols, D., Marks, I.M., Greist, J. H., Kobak KA, & Baer, L. (2002a). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 255–262
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J.F. (2007). Issues for DSM-V: How should obsessive-compulsive and related disorders be classified? (editorial) *American Journal of Psychiatry*, 164, 1313-1314.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., & Jenike, M. A. (2002b). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 263–268.

- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P.A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1409-1416.
- Matsunaga, H., Kirriike, N., Matsui, T., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Ohya, K., & Stein, D. J. (2001). A comparative study of clinical features between pure checkers and pure washers categorized using a lifetime symptom rating method. *Psychiatry Research*, *105*, 221-229.
- Matsunaga, H., Maebayashi, K., Hayashida, K., Okino, K., Matsui, T., Ketani, T., Kirriike, N., & Stein, D.J. (2008). Symptom Structure in Japanese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 251-253.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1983). Social Desirability Scales: more substance than style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 6, 882-888.
- McDonald, P.A., Antony, M.M., McLeod, C.M., & Richter, M.A. (1997). Memory and confidence in memory judgements among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 497-505.
- McFarland, C., & Ross, M. (1982). Impact of causal attributions on affective reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*, 937-946.
- McKay, D., & Greisberg, S. (2002). Specificity of measures of thought control. *The Journal of Psychology*, *136*, 149-160.
- McKay, D., Abramowitz, J. A., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *24*, 283-313.
- McKay, D., Danyko, S., Neziroglu, F., & Yaryura Tobias, J.A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: A two dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 865-869.
- McKay, D., Neziroglu, F., Stevens, K., & Yaryura-Tobias, J.A. (1998). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Confirmatory factor analytic findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *20*, 367-376.
- McNally, R. J. (1993). Self-representation in post-traumatic stress disorder: perspective. En Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional Cognitive and psychodynamic perspectives* (pg. 71-99). New Guilford Press.
- McNally, R. J. (2001). On the scientific status of cognitive appraisal models of anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 513-521.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society from the standpoint of the social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487-495.
- Millet, B., Leclaire, M., Bourdel, M., Loo, H., Tezcan, E., & Kuloglu, M. (2000). Comparison of Sociodemographic, Clinical and Phenomenological Characteristics of Turkish and French Patients Suffering From Obsessive-Compulsive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *45*, 848.
- Minichiello, W.E., Baer, L., Jenike, M.A., & Holland, A. (1990). Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *4*, 147-150.
- Moretti, M.M., & Higgins, E.T. (1990). Relating self-discrepancy to self-esteem: The contributions of discrepancy beyond actual self-ratings. *Journal of Experimental Social Psychology*, *26*, 108-123.
- Morillo, C. (2004). *De los pensamientos intrusos a las obsesiones clínicas: acercamiento metacognitivo al trastorno obsesivo-compulsivo*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.

- Morillo, C. (2005). *Subtipos de TOC*. No publicado.
- Morillo, C., Belloch, A., & García-Soriano, G. (2007a). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319–1333
- Morillo, C., Belloch, A., & García-Soriano, G. (2007b; Julio). Exploring the heterogeneity of Obsessive-Compulsive Disorder using a new instrument of obsessional intrusive thoughts. Presentación oral en el *V World Congress of Cognitive and Behaviour Therapy*. Barcelona.
- Morillo, C., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2004). Características diferenciales de dos tipos de obsesiones: 'autógenas' vs 'reactivas'. Comunicación oral en el *IV Congreso de la Asociación española de psicología clínica y psicopatología*, Sevilla.
- Morillo, C., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2005a; Septiembre) Obsessional symptoms in depressive patients: clinical reality or measure effects?. Comunicación oral en el "XXXV Annual Congress of the EABCT", *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*, Tesalónica (Grecia).
- Morillo, C., García-Soriano, G., & Belloch, A. (2005b; Septiembre) Where are the differences between normal intrusive thoughts and clinical obsessions?. Comunicación oral en el "XXXV Annual Congress of the EABCT", *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*, Tesalónica (Grecia).
- Morillo, C., Giménez, A., Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C., & Cabedo, E. (2003). Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones y estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 23-38.
- Morillo, C., Roncero, M., García-Soriano, G., Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., & Larsson, C. (2007c). Further evidences of the autogenous/reactive model of obsessions in obsessive compulsive clinical participants. No publicado.
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M, Jacobson, D., Wein, C., Fricke, S., & Hand, I. (2002). Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Psychiatry Research*, 109, 193-199.
- Moulding, R., Kyrios, M., Doron, G., & Nedeljkovic, M. (2007). Autogenous and reactive obsessions: Further evidence for a two-factor model of obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 677-690.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 843-852.
- Murray, C.J., & López, A.D. (1996). *The global burden of disease*. Boston: M.A: Harvard University Press.
- Myers, S.G. & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Myers, S.G., Fisher, P.L., & Wells, A. (2007). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, (en prensa, doi:10.1016/j.janxdis.2007.03.012).
- Nasser, F., Takahashi, T., & Benson, J. (1997) The structure of test anxiety in Israel-Arab high school students: An application of confirmatory factor analysis with miniscales. *Anxiety, Stress, and Coping*, 10, 129-151.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (2005). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *National Clinical Practice Guideline* (31). Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. En: www.nice.org.uk
- Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the Self-perception profile for college students*. University of Denver.

- Nelson, E.A., Abramowitz, J.S., Whiteside, S.P., & Deacon, B.J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1071-1086.
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 457-464.
- Niler, E.R., & Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- O'Connor, K. P. (2001). Clinical and psychological features distinguishing obsessive-compulsive and chronic tic disorders. *Clinical Psychology Review*, 21, 631-660.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory-part II: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 7, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory-part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Ogilvie, D.M. (1987). The undesired self: A neglected variable in personality research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 379-385.
- Okasha, A., Saad, A., Khalil, A.H., El Dawla, A.S., & Yehia, N. (1994). Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a transcultural study. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 191-197.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & de Jong, P. J. (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behavior Research and Therapy*, 42, 93-104.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for Research*. Edición española: Madrid: Meditor.
- Osgood, C. E., & Tannenbaum, P. H. (1955). The principle of congruity in the prediction of attitude change. *Psychology Review*, 62, 42-55.
- Pallanti, S. (2008). Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 169-170 (editorial)
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981a). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981b). Part III. Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 111-118.
- Pelham, B.W., & Swann, W.B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672-680.
- Pfeiffer, W. (1982). Culture-bound syndromes. En I. Al-Issa. *Culture and Psychopathology* (pg. 201-218). Baltimore: University Park Press.
- Piers, E. V., & Harris, D. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, 55, 91-95.
- Pita, S., Pértega, S., & Rodríguez, E. (2003). La fiabilidad de las mediciones clínicas: El análisis de concordancia para variables numéricas. *Cuadernos de atención primaria*, 10, 290-296.

- Purdon, C. & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 102-110.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 121-136.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part I. Content a relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1994a). Obsessive Intrusive thoughts in non-clinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (1994b). Perceived Control and Appraisal of Obsessional Intrusive Thoughts: A replication and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in non-clinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (2002). The need to control thoughts. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 29-43) Oxford: Pergamon.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M.M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93-108.
- Rachman, S. J. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. J. (1973). Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 71-73.
- Rachman, S. J. (1976). Obsessive-Compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 269-277
- Rachman, S. J. (1994). Pollution of the mind. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 311-314.
- Rachman, S. J. (1974). Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Canadian Psychiatric Assessment Journal*, 18, 71-73.
- Rachman, S. J. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- 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. J. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639
- Rachman, S. J. (2003). *The treatment of obsessions*. New York: Oxford University Press.
- Rachman, S. J. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255
- Rachman, S. J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Rachman, S. J., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.) *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Rachman, S. J., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: an experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 889-898.
- Rachman, S. J., Thordarson, D.S., Shafran, R., & Woody, S.R. (1995). Perceived Responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (1999) Memory bias in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 37, 605-618.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (2004a). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 893-913.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (2004b). The importance of importance in OCD memory research. *Journal of Behaviour Therapy and experimental psychiatry*, 35, 137-151
- Radomsky, A. S., & Taylor, S. (2005). Subtyping OCD: Prospects and Problems. *Behaviour Therapy*, 36, 371-379
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001) Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813-822
- Rapee, R.M., Caske, M.G., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-458.
- Rasmussen, S.A., & Eisen J.L. (1998).The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. En M.A. Jenike, & W.E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (pg. 12-43). St.Louis: Mobsy.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Rassin, E. & Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 97-103.
- Rassin, E. & Muris, P (2007) Abnormal and normal obsessions: a reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 5, 1065-1070.
- Rassin, E., Cogle, J.R., & Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2800-2803.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001a). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764. .
- Rassin, E., Merckelbach, H., & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 973-995.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. (2001b). The thought-action fusion scale: further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537-544.
- Real Academia Española, RAE (2001). Diccionario de la lengua española - vigésima segunda edición. En <http://www.rae.es/>
- Reina, N. (2007). *Validación y adaptación para su uso en población española del Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Clark y Beck (CBOCI)*. Trabajo para la obtención del DEA. Universidad de Valencia.

- Reynolds, M., & 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.
- Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire—Psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29, 1089–1099.
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: Validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513–518.
- Rogers, T.B., Kuiper, N.A., & Kirker, W.S. (1977). Self reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 677-688.
- Rogers, T.B., Rogers, P.J., & Kuiper, N.A. (1979). Evidence for the self as a cognitive prototype: The “false alarms effect”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 53-56.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsoyich, L., Scahill, L., King, R.A., Woody, S.R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., & Leckman, J.F. (2006). The dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11, 495–504.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press. Disponible en: <http://www.bsos.umd.edu/socy/Research/rosenberg.htm>
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Rowa, K., & Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 1-11.
- Rowa, K. (2003). *What makes an intrusion an obsession?* Tesis doctoral no publicada. Universidad de Waterloo.
- Rowa, K., & Purdon, C. (2000). *Situation and self-questionnaire*. Manuscrito no publicado. Universidad de Waterloo.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L.J., & Antony, M.M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others?. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1453-1465.
- Rudmin, F. (1999). Norwegian short form of the Marlowe Crowne social desirability scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 229–233.
- Ruegg, C. (1994). *Comparison of obsessive-compulsive disorder sufferers' and non-suffers' self-schemata structure of the now and possible selves*. Tesis MA no publicada, Universidad de Melbourne.
- Rutledge, P.C. (1998). Obsessionality and the attempted suppression of unpleasant personal intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 403-416.
- Ryan, C. (2004). Differences in the appraisal of intrusive thoughts and contamination fears in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 235-238.
- Salkovskis, P. M, Richards, H.C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. En R. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pg. 103-133). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R. P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment* (pg. 33-50). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Salkovskis, P. M., & Campbell, P. (1994). Thought Suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research Therapy*, 32, 1-8.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002) Responsibility. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 45-61) Oxford: Pergamon.
- Salkovskis, P. M., & Wahl, K. (2003). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. En M.Reinecke, & D.A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Theory, Research and Practice* (pg. 138-171). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations. Can failure be turned into success?. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Salkovskis, P. M., Richards, H.C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Samuels, J., & Nestadt, G. (1997). Epidemiology and Genetics of O.C.D. *International Journal of Psychiatry*, 9, 61-71.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 167-177.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1991). *Adaptación española del Penn State Worry Questionnaire*. Madrid: UNED.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y Categorización de los Trastornos de Ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología* (pg. 54-80) Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Saxena, S. (2006). En First, M. B. (2006) *Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference*. En: <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Saxena, S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification (editorial). *American Journal of Psychiatry*, 167, 380-384.
- Saxena, S., Maidment, K. M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R. M., Tarlow, G., & Bystrisky, A. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 21-27.
- Schüt, A.J., Castonguay, L.G., & Borkovec, T.D. (2001). Compulsive checking behaviours in generalized anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 705-715.
- Seedat, S., & Matsunaga, H. (2006). En First, M. B. (2006) *Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference*. Disponible en: <http://dsm5.org/conference10.cfm>

- Shafran, R., & Tallis, F. (1996). Obsessive-compulsive hoarding: a cognitive-behavioural approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 209-221.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety disorders*, 10, 379-391.
- Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Sica, C., Novara, C., Sanavio, E., Dorz, S., & Coradeschi, D. (2002). Obsessive Compulsive Disorder cognitions across cultures. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pg. 371-384). Oxford: Elsevier.
- Sica, C., Taylor, S., Arrindell, W.A., & Sanavio, E. (2006). A crosscultural test of the cognitive theory of obsessions and compulsions: a comparison of Greek, Italian and American individuals-a preliminary study. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 585-597.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Smári, J. (2001). Fifteen years of supresión of white bears and other thoughts: What are the lessons for obsessive-compulsive disorder research and treatment?. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 147-160.
- Smári, J., Gylfadóttir, T., & Halldórdóttir, G. L. (2003). Responsibility attitudeS and different types of obsessive-compulsive symptoms in a student population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 45-51.
- Soares, A.T., & Soares, L.M. (1980). *Test Manual: The Affective Perception Inventory*. Trumbell, CT: Soares Associates.
- Sobin, C., Blundell, F., Weiller, c., Haiman, C., & Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 25-24.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). Terror management theory of self-esteem. En C. R. Snyder & D. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pg. 21-40). New York: Pergamon.
- Somoza, E., Steer, R.A., Beck, A.T., & Clark, D.A. (1004). Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 771-82.
- Sookman, D., & Pinard, J. (2002). Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 63-89) Oxford: Pergamon.
- Sookman, D., Pinard, G., & Beck, A. T. (2001). Vulnerability schemas in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 109-130.
- St Clare, T., Menzies, R. G., & Jones, M.K. (2007). *Danger Ideation Reduction Therapy for Obsessive-Compulsive Washers. A Comprehensive Guide to Treatment*. Australian Academic Press.
- Stein, M., Forde, D., Anderson, G., & Walker, J. (1997). Obsessive compulsive disorder in the community: an epidemiological survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1120-1126.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive Aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 463-479.

- Steketee, G., Frost, R.O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Steketee, G., Quay, S., & White, K. (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 359-367.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., & Angermyer, M.C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*, 40, 282-289.
- Sternberg, L.G., & Burns, G.L. (1990). Obsessions and compulsions: psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. *Behavior Therapy*, 28, 341-345.
- Storch, E.A., Shapira, N.A., Dimoulas, E., Geffken, G.R., Murphy, T.K., & Goodman, W.K. (2005). Yale-Brown obsessive-compulsive scale: the dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, 22, 28-35.
- Strahan, R., & Gerbasi, K.C. (1972). Short, homogeneous versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 191-193.
- Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (1987). Automatic activation of self-discrepancies and emotional syndromes: When cognitive structures influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1004-1014.
- Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (1988). Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress. *Journal of Personality*, 56, 685-707.
- Strauman, T.J., & Kolden, G.G. (1997). The Self in Depression: Research Trends and Clinical Implications. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 3, 5-21.
- Stryker, S. (1986). Identity theory: developments and extensions. En K. Yardley, & T. Honess (Ed). *Self and Identity*. New York: Wiley.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P.H., Antony, M. M., Swinson, R. P., & Richter, M. A. (2004). The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1453-1476.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behavior Research and Therapy*, 37, 297-311.
- Summerfeldt, L.J., Huta, V., & Swinson, R.P. (1998). Personality in obsessive-compulsive disorder. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman, & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pg. 79-119). New York: Guilford Press.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive-Compulsive Disorder: A cognitive and Neuropsychological Perspective*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Tallis, F., Rosen, K., & Shafran, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: a replication employing a clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 649-653.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-296.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., Calamari, J.E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006) Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Anxiety Disorders*, 20, 85-97.
- Taylor, S., McKay, D., & Abramowitz, J.S. (2005). Hierarchical structure of dysfunctional beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 216-228.
- Tek, C., & Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 104, 99-108.

- Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21) (pg. 181-227). San Diego, CA: Academic Press.
- Thomsen, P.H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 255-259.
- Thordarson, D.S., & Shafran, R. (2002). Importance of thoughts. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, assessment and treatment* (pg. 15-28). Oxford, UK: Elsevier Science.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C.N., & Hakstian, A.R. (2004) The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Tolin, D.E., Woods, C.M., & Abramowitz, J.S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Brigidi, B.D., Amir, N., Street, C.P., & Foa, E.B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 913-927.
- Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Hamlin, C., Foa, E.B., & Synodi, D.S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 505-517.
- Tolin, D.F., Abramowitz, J.S., Przeworski, A., & Foa, E.B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1251-1270.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 193-205.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., Brady, R.E., & Maltby, N. (2007). The relationship between obsessive beliefs and thought control strategies in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 307-318.
- Trinder, H., & Salkovskis, P.M. (1994). Personally Relevant Intrusions Outside the laboratory: long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research Therapy*, 32, 833-842.
- Tuna, S., Tekcan, A., & Topçuoğlu, V. (2005) Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Stanley, M.A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- Vallejo, J. (1995) Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivos. En J. Vallejo, & G. E. Berrios (Eds.). *Estados obsesivos*. Barcelona: Masson.
- Van den Hout, M., & Kindt, M. (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Van den Hout, M., van Pol, M., & Peters, M. (2001). On becoming neutral: effects of experimental neutralizing reconsidered. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1439-1448.
- Van Grootheest, D.S., & Cath, D.C. (2007). Compulsive Hoarding and OCD: Two distinct disorders? (editorial) *American Journal of Psychiatry*, 164, 1435-1436.
- Van Oppen, P. (1992). Obsessions and compulsions: Dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 631-637.

- Van Oppen, P., De Haan, E., van Balkom, A.J., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & van Dick, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J., & Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- Vergote, A. 1988. *Guilt and desire: Religious attitudes and their pathological derivatives*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Waller, N.G., & Meehl, P.E. (1998). *Multivariate taxometric procedures: distinguishing types from continua*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Warren R., Gershuny B.S., & Sher K.J. (2002). Cognition in subclinical obsessive compulsive disorder. En R.O. Frost & G. Steketee, G. (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. (pg. 107-113) Oxford: Pergamon. (pg. 337-360).
- Watson, D., Wu, K. D., & Cutshall, C. (2004). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *Anxiety disorders*, 18, 435-458.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C.K., Newman, S. C., Oakley-Brown, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H.-U., & Yeh, E.-K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 5-10.
- Welkowitz, L.A., Struening, E.L., Pittman, J., Guardino, M., & Welkowitz, J. (2000). Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a National Anxiety Screening Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 471-482.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion. A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Morrison, A.P. (1994). Qualitative dimensions of normal worries and normal obsessions: a comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Williams, M. T., & Turkheimer, E. (2007). Identification and explanation of racial differences on contamination measures. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3041-3050.
- Wilson, K.A., & Chambless, D.L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 69-78.
- Woods, C.M., Tolin, D.F., & Abramowitz, J. (2004). Dimensionality of the Obsessive Beliefs Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 113-125.
- Wu, K. D., & Carter, S. A. (2007). Further investigation of the Obsessive Beliefs Questionnaire: factor structure and specificity of relations with OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, (en prensa, doi:10.1016/j.janxdis.2007.08.008).

- Wu, K. D., & Watson, D. (2005). Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 897-921.
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between Obsessive-Compulsive disorder and personality: beyond Axis I-Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 695-717.
- Wu, K. D., Watson, D., & Clark, L. A. (2007). A self-report version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist: Psychometric properties of factor-based scales in three samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 644-661.
- Yao, S. N., Cottraux, J., & Martin, R. (1999). Une étude contrôlée sur les interprétations irrationnelles des pensées intrusives dans les troubles obsessionnels compulsifs [A controlled study of irrational appraisal of intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorders]. *L'Encéphale*, 25, 461-469.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Martin, R., & Bouvard, M. (1996). Étude de validation d'un questionnaire des pensées intrusives et de leurs interprétations (QPII) dans les troubles obsessionnels-compulsifs: Importance de l'infériorité. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 1, 14-24.
- Yorulmaz, O., Karanci, A. N., & Tekok-Kiliç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 312-327.
- Yorulmaz, O., Yilmaz, A. E., & Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the thought-action fusion scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1203-1214.

ANEXOS

BAI

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

		En absoluto	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo	Severamente, casi <i>no</i> podía soportarlo
1	Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
2	Sensación de calor	0	1	2	3
3	Temblor de piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad de relajarse	0	1	2	3
5	Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareo o aturdimiento	0	1	2	3
7	Palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0	1	2	3
9	Terrores	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblores de manos	0	1	2	3
13	Temblor generalizado o estremecimiento	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Sobresaltos	0	1	2	3
18	Molestias digestivas o abdominales	0	1	2	3
19	Palidez	0	1	2	3
20	Rubor facial	0	1	2	3
21	Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

Beck Anxiety Inventory; Beck AT, Steer RA. (1993)

BDI-II

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	<p>0 No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p>
<p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p>	<p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1 He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta.</p>
<p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>	<p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p>
<p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p>
<p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>

<p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo</p>	<p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p>
<p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p>0 No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p>	<p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad</p>
<p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p>	<p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p>
<p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p>	

Aaron Beck & The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M. E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

C-BOCI

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consiste en 25 grupos de afirmaciones. Por favor, léelos con atención y, a continuación, señala la **afirmación** de cada grupo que mejor describe tus pensamientos, tus sentimientos, o tus conductas **durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Rodea con un círculo el número que corresponde a la afirmación que has elegido.

Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que se ajusta a tu caso, señala la que tiene el número más alto. Si eres incapaz de decidir, simplemente escoge la que crees que se ajusta mejor a ti.

No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se trata de conocer tu opinión acerca de la afirmación que mejor te describe.

Intenta responder con rapidez y no emplear demasiado tiempo pensando en el significado exacto de cada frase. La respuesta más adecuada será la que refleje tu primera impresión sobre la afirmación que mejor te describe durante las dos últimas semanas.

SUBESCALA DE INTRUSIONES OBSESIVAS

Definición: Los siguientes grupos de afirmaciones se refieren a un tipo especial de pensamientos, ideas, imágenes o impulsos, denominados "intrusiones obsesivas". Prácticamente todo el mundo tiene este tipo de pensamientos en mayor o menor grado. Las intrusiones obsesivas son:

- Pensamientos, imágenes, o impulsos no deseados, desagradables, molestos, y que incluso provocan repugnancia.
- Que se cuelan en tu mente aunque no quieras
- Que pueden ser poco apropiadas o poco indicativas del tipo de persona que eres en realidad; es decir, estas intrusiones mentales no son el tipo de pensamientos que esperarías tener
- En muchas ocasiones son difíciles de controlar, aunque te parezcan ilógicas o sin sentido

Algunos ejemplos de intrusiones obsesivas:

- pensamientos, imágenes o impulsos de hacer daño a alguien
- o de haber cometido errores,
- o de suciedad o contaminación,
- o de no ser exacto o preciso,
- o de actuar de forma inmoral,
- o de involucrarse en prácticas sexuales inaceptables,
- o de perder el control y hacer algo que resulte embarazoso,
- o de haber olvidado cerrar las puertas o apagar los electrodomésticos.

1	0	NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos sobre suciedad o contaminación.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
	3	Con MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
2	0	NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
	3	Con MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros.
3	0	NUNCA O MUY RARA vez tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana), tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
	3	Con MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos (por ejemplo, blasfemos).
4	0	Si por casualidad tengo un pensamiento, imagen o impulso obsesivo intruso, NO me siento mal ni culpable por tenerlo.
	1	Me siento UN POCO mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva.
	2	Me siento BASTANTE mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva..
	3	Me siento MUY mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva..

5	0	Normalmente CONSIGO QUITARME de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	1	MUCHAS VECES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	2	La MAYOR PARTE DE LAS VECES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	3	EN MUY POCAS OCASIONES consigo quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
6	0	Si tengo un pensamiento, imagen o impulso intruso obsesivo, me resulta FÁCIL PENSAR en otras cosas.
	1	Si tengo un pensamiento, imagen o impulso intruso obsesivo, NO ME RESULTA MUY DIFÍCIL pensar en cualquier otra cosa.
	2	Me resulta UN POCO DIFÍCIL pensar en cualquier otra cosa cuando tengo una intrusión obsesiva.
	3	Cuando tengo una intrusión obsesiva ME RESULTA MUY DIFÍCIL pensar en otras cosas.
7	0	NUNCA o MUY RARA VEZ me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	2	FRECUENTEMENTE (es decir, varias veces a la semana), me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (es decir, a diario) me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
8	0	NUNCA O MUY RARA VEZ tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas en casa o en el trabajo
	1	ALGUNAS VECES tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas
	2	A MENUDO tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas
	3	Dudo CASI CONSTANTEMENTE sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas
9	0	Me costaría MUY POCO esfuerzo y concentración intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	1	Tendría que esforzarme y concentrarme ALGO para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	2	Me tendría que esforzar y concentrar MUCHO para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
	3	Tendría que poner TODO mi esfuerzo y concentración para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos

10	0	NUNCA O MUY RARA VEZ me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago.
	1	OCASIONALMENTE me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago.
	2	FRECUENTEMENTE me preocupo por si cometo errores en o que digo o hago.
	3	Estoy preocupado por si cometo errores en PRÁCTICAMENTE TODO lo que digo o hago.
11	0	NO ME RESULTA difícil tomar decisiones sobre mis actividades cotidianas en casa o en el trabajo.
	1	A VECES me siento indeciso sobre alguna tarea cotidiana concreta.
	2	A MENUDO me resulta difícil tomar decisiones sobre una o varias tareas cotidianas sencillas.
	3	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO me resulta difícil tomar decisiones cuando intento hacer mis tareas cotidianas.
12	0	Los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos NO INTERFIEREN con mi capacidad para trabajar o relacionarme.
	1	Las intrusiones obsesivas INTERFIEREN ALGO en mi trabajo o actividades sociales.
	2	A pesar de que las intrusiones obsesivas INTERFIEREN MUCHO en mi trabajo o funcionamiento social, consigo manejarlas si me esfuerzo.
	3	Aunque me esfuerce, me resulta MUY DIFÍCIL trabajar o relacionarme con otros como consecuencia de mis intrusiones obsesivas.
13	0	Estoy convencido de que cualquier intrusión obsesiva que pueda tener será un pensamiento, imagen o impulso INOFENSIVO.
	1	ALGUNA VEZ me he preguntado si mis intrusiones obsesivas podrían hacerse realidad y causar algo malo.
	2	Me PREOCUPA BASTANTE que mis intrusiones obsesivas se puedan hacer realidad y causar algo malo.
	3	Me PREOCUPA MUCHO que mis intrusiones obsesivas se puedan hacer realidad y causar algo malo.
14	0	NO INTENTO impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	1	ALGUNA VEZ he intentado impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	2	Me ESFUERZO para impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.
	3	Me ESFUERZO MUCHO para intentar impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos.

SUBESCALA DE COMPULSIONES

Definición: Los siguientes grupos de afirmaciones hacen referencia a pensamientos o comportamientos que se llaman “compulsiones”. Las compulsiones son:

- Pensamientos o conductas que uno siente la necesidad de hacer una y otra vez
- Estos pensamientos o conductas pueden ser bastante excesivos o carecer de sentido
- Mucha gente ha tenido alguna vez pensamientos o conductas compulsivas

Algunos ejemplos de compulsiones:

- Lavarse las manos una y otra vez hasta que se siente que están “perfectas”,
- Comprobar la calefacción varias veces hasta que uno se siente seguro al irse de casa,
- Repetir palabras o frases una y otra vez hasta sentir que se han conseguido recordar correctamente,
- Empeñarse en guardar de forma excesiva cosas que no se necesitan (por ejemplo, facturas de teléfono viejas, periódicos, etc.), porque le parece que no estaría bien tirarlas,
- Contar hasta un determinado número varias veces hasta que se sienta que está bien,
- Toquetear objetos un determinado número de veces, etc.

15	0	NUNCA O EN RARAS OCASIONES, siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque esté preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
16	0	NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas que haya hecho (por ejemplo, cerrar las puertas, apagar las luces, los grifos, o los electrodomésticos; impresos ya rellenados; examinar las cartas antes de enviarlas).
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las he hecho bien.
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las he hecho bien.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las he hecho bien.

17	0	NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de re-leer, re-escribir o repetir lo que acabo de decir, porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), releo, re-escribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) releo, re-escribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) releo, re-escribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
18	0	NUNCA O MUY RARAS VECES sigo rutinas rígidas en mis tareas diarias (por ejemplo, vestirme o lavarme siguiendo un orden concreto), o procuro tener las cosas puestas en un orden concreto (por ejemplo, tener las cosas en casa o en la oficina en su lugar exacto).
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto.
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto.
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto
19	0	NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de contar, decirme a mí mismo ciertas frases, memorizar cosas sin importancia, o ponerme a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), cuento, o me digo a mí mismo ciertas frases, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) cuento, o me digo a mí mismo ciertas frases, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) cuento, o me digo a mí mismo frases concretas, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
20	0	NUNCA o MUY RARAS VECES me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada, que me cueste mucho tiempo acabar mis tareas cotidianas (por ejemplo, vestirme, salir de casa o de la oficina, comer, acabar con las tareas del trabajo o del colegio)
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas

21	0	Aunque tuviera la necesidad de involucrarme en una compulsión conductual o mental, NO me sentiría angustiado si me impidieran llevarla a cabo
	1	Me sentiría ALGO ANGUSTIADO si me impidieran llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
	2	Me siento MOLESTO si me impiden llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
	3	Me siento MUY ANGUSTIADO si me impiden llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
22	0	Las compulsiones conductuales o mentales NO interfieren con mi capacidad para trabajar o relacionarme
	1	Las compulsiones conductuales o mentales interfieren ALGO en mi trabajo o actividades sociales
	2	A pesar de que las compulsiones mentales o conductuales interfieren MUCHO en mi trabajo o mi funcionamiento social, consigo manejarlas si me esfuerzo.
	3	Aunque me esfuerce, me resulta MUY DIFÍCIL trabajar o relacionarme con otros por culpa de mis compulsiones conductuales o mentales
23	0	NO EVITO lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
	1	OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
	2	FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
	3	CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que desencadenen obsesiones o compulsiones
24	0	Aunque sienta la necesidad de realizar una compulsión mental o conductual, puedo decidir NO LLEVARLA A CABO
	1	Cuando siento la necesidad de realizar alguna compulsión mental o conductual, puedo controlarla de forma voluntaria, aunque con GRAN DIFICULTAD
	2	Tengo POCO CONTROL VOLUNTARIO sobre mis compulsiones conductuales o mentales cuando siento la necesidad de realizarlas
	3	Tengo MUY POCO CONTROL VOLUNTARIO sobre mis compulsiones conductuales o mentales cuando siento la necesidad de realizarlas.
25	0	Aunque me pusiera a realizar compulsiones conductuales o mentales, NO me sentiría ansioso o angustiado
	1	Me siento ALGO ANSIOSO o angustiado cuando me pongo a realizar compulsiones conductuales o mentales
	2	Me siento ANSIOSO o angustiado cuando me involucro en compulsiones conductuales o mentales
	3	Me siento MUY ANSIOSO o angustiado cuando me involucro en compulsiones conductuales o mentales

Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory; (Clark, D.A., Antony, M.M., Beck, A.T., Swinson, R.P., & Steer, R. A. (2005). Screening for Obsessive and Compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143) Traducido por A. Belloch, G. Garcia-Soriano, y C. Morillo.

CSW

Por favor, responde a las siguientes afirmaciones marcando un círculo sobre tu respuesta. Usa la escala de "1= Totalmente en desacuerdo" a "7= Totalmente de acuerdo". Si NO has experimentado la situación descrita en alguna de las afirmaciones, por favor responde en función de como crees que te sentirías si esa situación te ocurriera.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando pienso que estoy atractivo, me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
2. Mi autoestima depende del amor de Dios	1	2	3	4	5	6	7
3. Siento que soy una persona válida cuando hago algo mejor que otros.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mi autoestima no depende de mis sentimientos acerca de mi aspecto físico.	1	2	3	4	5	6	7
5. Hacer algo que yo sé que es incorrecto me hace perder el respeto por mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
6. No me importa que otras personas tengan una opinión negativa sobre mí.	1	2	3	4	5	6	7
7. Saber que mis familiares me quieren hace que me sienta bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Siento que valgo la pena como persona cuando siento que Dios me ama	1	2	3	4	5	6	7
9. No puedo respetarme a mí mismo si los demás no me respetan	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi autoestima no depende de la calidad de las relaciones que mantenga con mis familiares	1	2	3	4	5	6	7
11. Cuando actué bajo mis principios morales aumenta el respeto por mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Saber que soy mejor en algo que los demás aumenta mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi rendimiento académico/laboral no afecta a la opinión que tengo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
14. No podría respetarme si no siguiera mis principios morales.	1	2	3	4	5	6	7
15. No me importa lo que los demás piensen de mí.	1	2	3	4	5	6	7
16. Cuando los miembros de mi familia están orgullosos de mí, mi autoestima aumenta.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mi autoestima está influida por lo atractivos que pienso que son mis rasgos faciales o mi cara.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mi autoestima sufriría si no tuviera el amor de Dios.	1	2	3	4	5	6	7
19. El tener un buen rendimiento académico/laboral hace que me respete a mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
20. Superar a otras personas hace que me respete a mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi autoestima sufre cada vez que pienso que no tengo un buen aspecto físico	1	2	3	4	5	6	7
22. Me siento mejor conmigo mismo cuando sé que estoy rindiendo bien en los estudios/trabajo	1	2	3	4	5	6	7
23. Lo que otros piensen de mí no afecta a la opinión que tengo sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
24. Cuando no me siento querido por mi familia, mi autoestima baja.	1	2	3	4	5	6	7
25. Mi rendimiento cuando compito con otros afecta a mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7
26. Mi autoestima aumenta cuando siento que Dios me quiere.	1	2	3	4	5	6	7
27. Mi rendimiento académico/laboral influye en mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi autoestima sufriría si hiciera algo no ético	1	2	3	4	5	6	7
29. Tener una familia que se preocupe por mí es importante para que me respete a mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
30. Mi autoestima no depende de que me sienta o no atractivo.	1	2	3	4	5	6	7
31. Cuando pienso que estoy desobedeciendo a Dios, me siento mal conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6	7
32. Mi rendimiento en tareas competitivas influye sobre mi autoestima.	1	2	3	4	5	6	7
33. Me siento mal conmigo mismo cuando mi rendimiento académico/laboral no es adecuado.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mi autoestima depende de que siga o no mis principios éticos o morales	1	2	3	4	5	6	7
35. Mi autoestima depende de las opiniones que los demás tienen sobre mí.	1	2	3	4	5	6	7

Contingencies of the Self-Worth Scale (CSWS; Crocker, Luhtanen, Cooper, & Bouvrette, 2003). Escala traducida por G. García-Soriano, A. Belloch, & C. Morillo, Universidad de Valencia con el permiso de la autora principal.

INPIOS¹

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos o desagradables que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez. Estos pensamientos **INVADEN NUESTRA MENTE** en contra de nuestra voluntad, e **INTERRUMPEN** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En muchas ocasiones puede ser **DIFÍCIL CONTROLARLOS**, es decir quitarlos de la mente, pararlos, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos.

Además, esos pensamientos resultan **MOLESTOS, DESAGRADABLES**, y en ocasiones hasta **INACEPTABLES**, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o porque van en contra de nuestras creencias, nuestros valores o nuestro sentido de la ética o la moralidad, o simplemente porque nos parecen raros o inoportunos.

Este tipo de pensamientos se denominan “INTRUSIONES MENTALES”, y pueden presentarse en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

1. Como **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
 2. Como una **NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
 3. O, simplemente como **PENSAMIENTOS** sobre algo.
- Nos interesa saber si tú has experimentado también **INTRUSIONES MENTALES**.
 - En las páginas siguientes encontrarás un listado de intrusiones mentales que fueron relatadas por estudiantes universitarios en estudios previos. Junto a cada pensamiento hay una escala que va de “0” (nunca la he experimentado) a “6” (la experimento continuamente, todo el tiempo).
 - Te pedimos que indiques **CON QUÉ FRECUENCIA** tienes cada una de las intrusiones mentales de la lista. Recuerda que estas intrusiones pueden aparecer como **imágenes, como pensamientos, o como necesidades urgentes de hacer o decir algo**. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Todos los datos que obtengamos serán tratados confidencialmente, de modo que nadie pueda saber de quién son las respuestas. Por lo tanto, **responde con la máxima sinceridad**.
 - En la segunda parte del cuestionario, te pediremos que respondas algunas cuestiones relacionadas con la intrusión que te resulta más molesta.

¹Basado en el Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII, D.A. Clark & Ch. Purdon), por el grupo de investigación sobre el TOC. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España), en colaboración con Prof. Dr. David A. Clark, University of New Brunswick (Canadá). Información: Amparo.Belloch@uv.es

0. **NUNCA:** “*Nunca he tenido esta intrusión mental*”
 1. **RARA VEZ:** “*He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida*”
 2. **OCASIONALMENTE:** “*He tenido este pensamiento algunas veces al año*”
 3. **A VECES:** “*Tengo este pensamiento una o dos veces al mes*”
 4. **A MENUDO:** “*Tengo el pensamiento una o dos veces por semana*”
 5. **MUY A MENUDO:** “*Lo pienso a diario*”
 6. **SIEMPRE:** “*Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día*”

Conduciendo, he tenido intrusiones mentales de:								
1.	Atropellar a alguien (peatones, animales, etc.) o provocar un accidente	0	1	2	3	4	5	6
2.	Chocar o estrellarme contra algo (un poste, un escaparate, un árbol, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Utilizando un objeto cortante (como un cuchillo, unas tijeras, etc.) o una herramienta, he tenido intrusiones mentales de:								
3.	Herirme o hacerme daño (con un cuchillo, unas tijeras, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
4.	Herir o hacer daño a alguien desconocido (con un cuchillo, unas tijeras, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
5.	Herir o hacer daño a una persona cercana (un familiar, un amigo)	0	1	2	3	4	5	6
Estando en un lugar alto (como un acantilado, un puente o un edificio alto, etc.), he tenido intrusiones mentales de:								
6.	Saltar al vacío	0	1	2	3	4	5	6
7.	Empujar a alguien al vacío	0	1	2	3	4	5	6
Estando cerca del tráfico, o de las vías del tren, del metro, etc., he tenido intrusiones mentales de:								
8.	Tirarme delante del tren, del metro, o de un coche	0	1	2	3	4	5	6
Estando con otras personas, y sin que nadie me haya provocado antes, he tenido intrusiones mentales de:								
9.	Agredir (pegar, golpear, empujar violentamente) a personas desconocidas, o a animales.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Agredir (pegar, golpear, empujar violentamente) a personas conocidas	0	1	2	3	4	5	6
Estando con otras personas, y sin que nadie me haya provocado, he tenido intrusiones mentales de:								
11.	Decir algo inadecuado, molestar, o insultar a alguien desconocido	0	1	2	3	4	5	6
12.	Decir una grosería o insultar a alguien conocido (familiares, amigos)	0	1	2	3	4	5	6
13.	Que llevo la bragueta desabrochada o la blusa abierta	0	1	2	3	4	5	6
Sin estar enfadado, y sin que nadie me haya provocado, he tenido intrusiones mentales de:								
14.	Robar o coger dinero (p.ej. en una tienda, a alguien, etc.), aunque en realidad no lo necesite para nada	0	1	2	3	4	5	6
15.	Romper o estropear a propósito algo (p. ej. un plato, un adorno, rayar un coche, “hacer una pintada”, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de:								
16.	Tener relaciones sexuales con una persona con la que nunca se me ocurriría tenerlas	0	1	2	3	4	5	6
17.	Participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales (p. ej. hombre/mujer, animales, muertos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6

- 0. NUNCA:** "Nunca he tenido esta intrusión mental"
1. RARA VEZ : "He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"
2. OCASIONALMENTE : "He tenido este pensamiento algunas veces al año"
3. A VECES: "Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"
4. A MENUDO: "Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"
5. MUY A MENUDO: "Lo pienso a diario"
6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de:								
18.	Participar en una actividad sexual que me parezca inapropiada o repugnante.	0	1	2	3	4	5	6
19.	Tener relaciones sexuales en un lugar público	0	1	2	3	4	5	6
20.	Desnudar a, mirar los genitales de, o tener relaciones sexuales con, gente desconocida	0	1	2	3	4	5	6
Ante símbolos o imágenes religiosas, o en un lugar de culto, he tenido intrusiones mentales de:								
21.	Decir en voz alta una obscenidad o una blasfemia	0	1	2	3	4	5	6
22.	Insultar a una autoridad religiosa (un sacerdote, un rabino, una monja, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de								
23.	Imágenes relacionadas con temas repugnantes o escabrosos (por ej., muertos, violencia)	0	1	2	3	4	5	6
24.	Dudas existenciales sin sentido (por ej., sobre mí mismo, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque un lugar (p. ej., el despacho, mi casa, etc) parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de:								
25.	Que los papeles, documentos, cheques, etc. están desordenados o fuera de su lugar	0	1	2	3	4	5	6
26.	Que determinados objetos (p. ej. muebles, ropa, CDs, etc.) no están correctamente ordenados, o no siguen un determinado orden (por ej., simetría, color, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
27.	Que determinadas cosas deben estar en "su" sitio	0	1	2	3	4	5	6
En mi vida cotidiana								
28.	Necesito seguir un orden determinado para realizar algunas actividades como vestirme, desvestirme, lavarme, etc.	0	1	2	3	4	5	6
Estando en un lugar público, he tenido intrusiones mentales de:								
29.	Si me he contaminado o he podido contraer una enfermedad por tocar algo que han tocado desconocidos (p. ej. los pomos de las puertas, la tapa de un retrete, dinero, un teléfono público, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo:								
30.	¿Me habré dejado encendido algo en casa? (por ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
31.	¿Me habré dejado la puerta o las ventanas de la casa sin cerrar y puede haber entrado alguien?	0	1	2	3	4	5	6
32.	¿Me habré dejado algún grifo abierto?	0	1	2	3	4	5	6
33.	¿Habré cometido algún error en el trabajo o en la escuela? (por ej., no haber respondido bien al examen, no haber tomado bien las notas, no haber escrito bien las direcciones, no haber contado bien el dinero, no haber entendido o escrito bien un texto, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
34.	¿Habré dejado algo peligroso (p. ej. cristales, productos tóxicos, etc.) en un lugar al que pueden acceder los niños?	0	1	2	3	4	5	6
35.	¿Habré olvidado algo importante?	0	1	2	3	4	5	6

- 0. NUNCA:** "Nunca he tenido esta intrusión mental"
1. RARA VEZ: "He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"
2. OCASIONALMENTE: "He tenido este pensamiento algunas veces al año"
3. A VECES: "Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"
4. A MENUDO: "Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"
5. MUY A MENUDO: "Lo pienso a diario"
6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

De repente, y aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
36.	Si habré hecho o no alguna tarea (por ej., "¿regué las plantas?")	0	1	2	3	4	5	6
37.	Si puedo haberme hecho daño, o contraído alguna enfermedad	0	1	2	3	4	5	6
38.	Si puedo haber provocado una desgracia involuntariamente	0	1	2	3	4	5	6
39.	Si puedo haber ofendido a alguien sin darme cuenta	0	1	2	3	4	5	6
40.	Si necesitaré más adelante algo que iba a tirar porque hace tiempo que no utilizo (por ej., ropa vieja, periódicos, bolsas o cajas vacías, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
41.	Estar sucio o contaminado aunque no haya tocado nada sucio	0	1	2	3	4	5	6
42.	Estar contaminado por el contacto con cosas, personas, o lugares, que me resultan desagradables por cualquier cosa.	0	1	2	3	4	5	6
43.	Habermene ensuciado o contaminado por haber tenido un contacto, aunque sea muy leve, con secreciones corporales (sudor, saliva, orina, deposiciones, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
44.	Que me he podido contaminar, o haber contraído una enfermedad, al tener contacto con una sustancia tóxica o venenosa (por ej., productos domésticos, plantas, etc.) o contaminante (por ej., basura, desechos, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
45.	Ciertas acciones o situaciones pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pasar por debajo de una escalera, ver un gato negro, que alguien me mire mal, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
46.	Determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pensar en algo malo, recordar cierta canción, contar números, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
47.	No tocar ciertos objetos o repetir determinadas acciones, puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0	1	2	3	4	5	6
48.	No seguir cierto orden o rutinas en mi vida cotidiana (por ej., en el aseo, al vestirme, al irme a dormir, etc.) puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0	1	2	3	4	5	6
He tenido también estas otras intrusiones mentales:								
49.		0	1	2	3	4	5	6
50.		0	1	2	3	4	5	6

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

PARTE II- A

- Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES.**
 - Decide cuál de esas intrusiones es la más **MOLESTA**, la más DESAGRADABLE, o la que más te afecta CUANDO LA TIENES, y anótala a continuación:
-
-
-

- La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número _____ de la lista anterior (Parte A).

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA

<p>1. ¿Cómo es de MOLESTA esa intrusión?</p> <p>0. No es nada molesta</p> <p>1. Es algo molesta</p> <p>2. Es molesta</p> <p>3. Es muy molesta</p> <p>4. Es extremadamente molesta.</p>	<p>2. ¿Hasta qué punto te sientes ANSIOSO o NERVIOSO cuando tienes esa intrusión mental?</p> <p>0. No me siento ansioso o nervioso</p> <p>1. Me siento algo ansioso o nervioso</p> <p>2. Me siento ansioso o nervioso</p> <p>3. Me siento muy ansioso o muy nervioso</p> <p>4. Me siento extremadamente ansioso o nervioso</p>
<p>3. ¿Hasta qué punto te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?</p> <p>0. No me siento triste</p> <p>1. Me siento algo triste</p> <p>2. Me siento triste</p> <p>3. Me siento muy triste</p> <p>4. Me siento extremadamente triste</p>	<p>4. ¿En qué medida te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?</p> <p>0. No me siento nada culpable</p> <p>1. Me siento algo culpable</p> <p>2. Me siento culpable</p> <p>3. Me siento muy culpable</p> <p>4. Me siento extremadamente culpable.</p>
<p>5. ¿Te sientes AVERGONZADO cuando tienes esa intrusión?</p> <p>0. No me siento avergonzado</p> <p>1. Me siento algo avergonzado</p> <p>2. Me siento avergonzado</p> <p>3. Me siento muy avergonzado</p> <p>4. Me siento extremadamente avergonzado</p>	<p>6. ¿Hasta qué punto te resulta DIFÍCIL CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No es difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>1. Es algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>2. Es difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>3. Es muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>4. Es extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p>

<p>7. ¿En qué medida CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No lo consigo en absoluto 1. Lo consigo un poco 2. Lo consigo 3. Lo consigo mucho 4. Lo consigo del todo 	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No interrumpe mi concentración 1. Interrumpe un poco mi concentración 2. Interrumpe mi concentración 3. Interrumpe mucho mi concentración 4. Interrumpe completamente mi concentración
<p>9. ¿En qué medida es IMPORTANTE para tí la intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No es en absoluto importante para mí 1. Es algo importante para mí 2. Es importante para mí 3. Es muy importante para mí 4. Es extremadamente importante para mí 	<p>10. ¿Hasta que punto te resulta INACEPTABLE EL MERO HECHO DE PERMITIRTE PENSAR en la intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No es en absoluto inaceptable 1. Es algo inaceptable 2. Es inaceptable 3. Es muy inaceptable 4. Es completamente inaceptable
<p>11. ¿En qué medida te planteas si la intrusión REVELA algo sobre el tipo de persona que eres?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No creo que revele nada sobre mí 1. Creo un poco que revela algo sobre mí 2. Creo que revela algo sobre mí 3. Creo que revela bastante sobre mí 4. Estoy convencido de que revela algo muy importante sobre mí 	<p>12. ¿En qué medida te planteas que POR EL SIMPLE HECHO DE TENER LA INTRUSIÓN pueden suceder con mayor facilidad COSAS NEGATIVAS?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No creo que por tener la intrusión puedan suceder más fácilmente cosas negativas 1. A veces creo que por tener la intrusión, es más fácil que sucedan cosas negativas 2. A menudo creo que por tener la intrusión es mucho más probable que sucedan cosas negativas 3. Creo que es muy probable que sucedan cosas negativas por tener la intrusión 4. Estoy convencido de que por tener la intrusión ocurrirán cosas negativas
<p>13. Cuando tienes la intrusión, ¿En qué medida te sientes RESPONSABLE de prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con el pensamiento intruso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No me siento responsable 1. Me siento un poco responsable 2. Me siento responsable 3. Me siento muy responsable 4. Me siento extremadamente responsable 	<p>14. Cuando tienes la intrusión ¿hasta qué punto es IMPORTANTE para tí CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No es importante para mí controlarla 1. Es algo importante para mí controlarla 2. Es importante para mí controlarla 3. Es muy importante para mí controlarla 4. Es extremadamente importante para mí controlarla

15. Cuando tienes la intrusión, ¿en qué medida PIENSAS que podrían suceder COSAS MALAS?

0. No pienso que pudieran suceder cosas malas
1. Pienso un poco en que podrían suceder cosas malas
2. Pienso que podrían suceder cosas malas
3. Pienso en un montón de cosas malas que podrían suceder
4. No puedo dejar de pensar en las cosas malas que pueden suceder

16. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto eso hace que te sientas INSEGURO, O te plantea DUDAS SOBRE TI MISMO o sobre las circunstancias de la vida?

0. No hace que me sienta inseguro ni tener dudas
1. Hace que me sienta un poco inseguro o con algunas dudas
2. Me siento inseguro o con dudas
3. Hace que me sienta muy inseguro o me plantea muchas dudas
4. Hace que me sienta extremadamente inseguro o me hace dudar continuamente

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

PARTE II- B

➤ A continuación hay una lista con diferentes **ESTRATEGIAS** que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

➤ Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para **afrentar la intrusión que has seleccionado antes como LA MÁS MOLESTA**.

0: Nunca uso esta estrategia
1: Raramente uso esta estrategia
2: A veces uso esta estrategia
3: A menudo uso esta estrategia
4. Siempre uso esta estrategia

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO ANTES COMO LA MÁS MOLESTA.

1.	Me distraigo pensando en otra cosa	0	1	2	3	4
2.	Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
3.	Intento formar en mi mente otro pensamiento o imagen, que yo sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
4. Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:						
a	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
b	Comprobar algo	0	1	2	3	4
c	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
d	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
5.	Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
6.	Intento buscar una explicación a la aparición de la intrusión	0	1	2	3	4
7.	Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
8.	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
9.	Me digo a mí mismo: “para” “no pienses más” “déjalo ya”, etc.	0	1	2	3	4
10.	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
11.	Trato de relajarme	0	1	2	3	4
12.	Me río a mí mismo por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
13.	Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión	0	1	2	3	4
14.	Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0	1	2	3	4
15.	Intento centrarme en otras preocupaciones	0	1	2	3	4
16.	Me esfuerzo para controlar la intrusión	0	1	2	3	4
17.	No hablo con nadie acerca de esa intrusión	0	1	2	3	4
18.	Otras cosas (indica cuáles):	0	1	2	3	4

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

INPIOs

This questionnaire deals with a variety of upsetting and unpleasant thoughts that most people experience from time to time. These thoughts may suddenly **INTRUDE INTO OUR MINDS** against our will and **INTERRUPT** what we are doing or what we are already thinking.

Frequently, it is **DIFFICULT TO CONTROL** these unwanted intrusive thoughts. No matter how hard we try, it can be difficult to get them out of our mind or stop them from re-appearing.

The unwanted intrusive thoughts are usually **UNCOMFORTABLE, UNPLEASANT**, and sometimes **UNACCEPTABLE**, because they refer to things we do not like to think about. As well they may be opposite to our beliefs, our values or our sense of ethics or morality. Sometimes that thoughts are simply seem quite strange or bizarre.

These unwanted intrusive thoughts are known as “MENTAL INTRUSIONS”, and they occur in our minds in one of the following forms:

- As **IMAGES**, that is to say, as pictures that suddenly appear in our heads
 - As a **STRONG URGE** to do or say something
 - Or, just as **THOUGHTS** about something
-
- We are interested in knowing if you have also experienced **MENTAL INTRUSIONS**.
 - Listed below are thoughts, most of which were reported by a group of undergraduate students in a previous study. Beside each of them is a scale that ranges between '0' (I have never had) and '6' (I always have).
 - Rate **HOW OFTEN** you have each of the thoughts listed. Remember that they can occur as **images, thoughts or strong urges to do or say something**. Do not think a lot about the answers. There are no good or bad, or correct or incorrect answers. All the information obtained will be used confidentially, so that no one will know who has given the answers.
 - In the second part of the questionnaire, we are going to ask you to answer some questions related to your most unpleasant mental intrusion.

0. **NEVER:** I have never had this intrusion
 1. **RARELY:** I have had this intrusion once or twice in my life.
 2. **OCCASIONALLY:** I have this intrusion a few times a year.
 3. **SOMETIMES:** I have this intrusion once or twice a month.
 4. **OFTEN:** I have this intrusion once or twice a week.
 5. **VERY OFTEN:** I have this intrusion daily.
 6. **ALWAYS:** I have this intrusion frequently during the day.

While driving, I have had unacceptable mental intrusions of:								
1.	Hitting someone (pedestrians, animals, etc.) or causing an accident.	0	1	2	3	4	5	6
2.	Smashing into something (e.g., store window, tree, poles, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
When using a sharp object (knife, razor scissors, etc.) or a tool, I have had mental intrusions of:								
3.	Cutting or stabbing myself with the knife (scissors, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
4.	Cutting or stabbing a stranger with the knife (scissors, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
5.	Injuring or hurting someone close to me (family member, close friend)	0	1	2	3	4	5	6
When in a high place (like a cliff, bridge, high building, etc.), I have had mental intrusions of:								
6.	Jumping off a high place	0	1	2	3	4	5	6
7.	Pushing someone off a high place	0	1	2	3	4	5	6
When near traffic or the railway/subway, I have had mental intrusions of:								
8.	Jumping in front of a train, subway or car.	0	1	2	3	4	5	6
When around others, and without anyone provoking me, I have had mental intrusions of:								
9.	Physically harming (punching, hitting, kicking, etc) strangers or animals	0	1	2	3	4	5	6
10.	Physically harming (punching, hitting, bumping, etc.) people around me	0	1	2	3	4	5	6
When with people, and without being provoked, I have had mental intrusions of:								
11.	Saying something inappropriate, bothering or insulting to a stranger	0	1	2	3	4	5	6
12.	Saying something rude to or insulting someone I know (family member, friend)	0	1	2	3	4	5	6
13.	That the fly of my pants is unzipped or that my blouse is unbuttoned	0	1	2	3	4	5	6
Not being angry, and without being provoked, I have had mental intrusions of:								
14.	Robbing or stealing money (in a shop, from someone, etc.), even though I don't really need it	0	1	2	3	4	5	6
15.	Breaking or destroying something on purpose (a dish, an ornament, scratching the paint of a car, "painting graffiti", etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Out of the blue and for no particular reason, I have had mental intrusions of:								
16.	Having sex with a person who I would never want to have sex with	0	1	2	3	4	5	6
17.	Engaging in sexual activity that goes against my sexual preference (i.e. homosexual, heterosexual, animals, cadavers, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Out of the blue and for no particular reason, I have had mental intrusions of:								
18.	Engaging in sexual activity that seems inappropriate or repugnant	0	1	2	3	4	5	6
19.	Having sex in a public place	0	1	2	3	4	5	6
20.	Undressing, looking at the genitals of, or having sex with strangers	0	1	2	3	4	5	6
When in the presence of religious symbols or images, or in a place of worship, I have had mental intrusions of:								
21.	Swearing or shouting obscenities out loud	0	1	2	3	4	5	6
22.	Insulting a religious authority (i.e. priest, rabbi, nun, etc.)	0	1	2	3	4	5	6

- 0. NEVER:** I have never had this intrusion
1. RARELY: I have had this intrusion once or twice in my life.
2. OCCASIONALLY: I have this intrusion a few times a year.
3. SOMETIMES: I have this intrusion once or twice a month.
4. OFTEN: I have this intrusion once or twice a week.
5. VERY OFTEN: I have this intrusion daily.
6. ALWAYS: I have this intrusion frequently during the day.

<i>Out of the blue and for no particular reason, I have mental intrusions of:</i>								
23.	Images related to repugnant or morbid themes (i.e. dead bodies, violence, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
24.	Existential doubts that make no sense (i.e. about myself, my feelings, life, the world, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
<i>Even when a place (i.e. my office, my house) looks tidy or right, I have had mental intrusions of:</i>								
25.	The documents, papers, etc. are out of order or not in their place	0	1	2	3	4	5	6
26.	Some objects (i.e. pieces of furniture, clothes, CDs, etc.) are not correctly organized, or not following a certain order (i.e. symmetry, colour, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
27.	The idea that certain things should be in "their" place	0	1	2	3	4	5	6
<i>In my daily life,</i>								
28.	I need to follow a certain order when doing some activities like dressing myself, undressing, or washing, etc.	0	1	2	3	4	5	6
<i>When in a public place, I have had mental intrusions of:</i>								
29.	That I might have become contaminated or contracted a disease by touching things strangers have touched (i.e. doorknobs, a toilet seat cover, money, public telephone, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
<i>Even though I know it probably is not true, I have had mental intrusions of:</i>								
30.	Having left something on at home (i.e. kitchen, gas, heat, stove, lights, cigarette, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
31.	Having left something unlocked at home (i.e. the door, a window, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
32.	Having left the taps running in the house/apartment	0	1	2	3	4	5	6
33.	Having made a mistake at work or school (i.e., having misunderstood a text, incorrect answer on exam, not written down lecture notes correctly, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
34.	Having left something dangerous (i.e. glasses, toxic products, etc.) in a place where children have access.	0	1	2	3	4	5	6
35.	Having forgot something important	0	1	2	3	4	5	6
<i>Suddenly, and even though I know it's probably not true, I've had mental intrusions of:</i>								
36.	Whether I have done something or not (i.e. have I watered the plants?)	0	1	2	3	4	5	6
37.	Whether I could have hurt myself or contracted a disease	0	1	2	3	4	5	6
38.	Whether I could have accidentally caused a tragedy	0	1	2	3	4	5	6
39.	Whether I could have offended someone without realizing it	0	1	2	3	4	5	6
40.	Whether I will need something in the future that I was going to throw out because I haven't used it for a long time (i.e. old clothes, newspapers, empty bags or boxes, etc.)	0	1	2	3	4	5	6

0. **NEVER:** I have never had this intrusion
 1. **RARELY:** I have had this intrusion once or twice in my life.
 2. **OCCASIONALLY:** I have this intrusion a few times a year.
 3. **SOMETIMES:** I have this intrusion once or twice a month.
 4. **OFTEN:** I have this intrusion once or twice a week.
 5. **VERY OFTEN:** I have this intrusion daily.
 6. **ALWAYS:** I have this intrusion frequently during the day.

<i>Even though I know it is not likely, I have had mental intrusions of:</i>								
41.	Being dirty or contaminated, although I have not touched anything dirty.	0	1	2	3	4	5	6
42.	Being contaminated because of contact with people, places, or things that are unpleasant to me for some reason.	0	1	2	3	4	5	6
43.	Being dirty or contaminated due to contact, however brief, with body secretions (i.e. sweat, spit, urine, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
44.	Being contaminated or contracting a disease due to contact with a toxic or poisonous substance (i.e. domestic products, plants, etc.) or pollutant (i.e. trash, residues, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
<i>Even though I know it is not likely, I have had mental intrusions:</i>								
45.	That some actions or situations can cause future misfortunes or bad luck in general (i.e. walking under a ladder, seeing a black cat, someone looking at me sideways, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
46.	That some thoughts or images can cause future misfortunes or bad luck in general (i.e., having bad thoughts could cause something bad to happen to someone, thinking about unlucky numbers, imagining a disaster)	0	1	2	3	4	5	6
47.	That failure to touch some objects or failure to repeat certain actions could cause future misfortune or bad luck in general	0	1	2	3	4	5	6
48.	That not following certain order or habits in my daily life (i.e. dressing, going to bed, etc.) could cause future misfortunes or bad luck in general.	0	1	2	3	4	5	6
<i>I also have these other mental intrusions:</i>								
49.		0	1	2	3	4	5	6
50.		0	1	2	3	4	5	6

PART II- A

- Now go over those intrusions from the **previous checklist THAT YOU HAVE EXPERIENCED IN THE LAST THREE MONTHS.**
- Decide which of these intrusions is the most **UNPLEASANT**, most UNCOMFORTABLE or UPSETS you the most **WHEN YOU HAVE IT.** Record the intrusion here:

The intrusion that I find **MOST UNPLEASANT** among those that I have experienced in the last three months, is item number _____ from the checklist (Part 1)

THE FOLLOWING QUESTIONS CONCERN ONLY THE MOST UNPLEASANT INTRUSION THAT YOU RECORDED . PLEASE CIRCLE THE NUMBER THAT BEST REPRESENTS YOUR EXPERIENCE:

<p>1. How UNPLEASANT is the intrusive thought?</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. It is not at all unpleasant 6. It is somewhat unpleasant 7. It is unpleasant 8. It is very unpleasant 9. It is extremely unpleasant 	<p>2. How ANXIOUS do you feel when you have the mental intrusion?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. I don't feel anxious 1. I feel somewhat anxious 2. I feel anxious 3. I feel very anxious 4. I feel extremely anxious
<p>3. How SAD do you feel when you have the intrusive thought?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. I don't feel sad 1. I feel somewhat sad 2. I feel sad 3. I feel very sad 4. I feel extremely sad 	<p>4. How GUILTY do you feel when you have the intrusion?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. I don't feel guilty 1. I feel somewhat guilty 2. I feel guilty 3. I feel very guilty 4. I feel extremely guilty
<p>5. How ASHAMED do you feel when you have the intrusion?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. I don't feel ashamed 1. I feel somewhat ashamed 2. I feel ashamed 3. I feel very ashamed 4. I feel extremely ashamed 	<p>6. How DIFFICULT is for you to CONTROL or to SUPPRESS the intrusion?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. It is not at all difficult to control 1. It is somewhat difficult to control 2. It is difficult to control 3. It is very difficult to control 4. It is extremely difficult to control
<p>7. How SUCCESSFUL are you at controlling or suppressing the intrusion?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. I am not at all successful 1. I am somewhat successful 2. I am successful 3. I am very successful 4. I am extremely successful 	<p>8. To what extent does the intrusion INTERRUPT your concentration?</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. It does not interrupt my concentration 6. It interrupts my concentration a little 7. It interrupts my concentration 8. It interrupts my concentration very much 9. It extremely interrupts my concentration

<p>9. How <i>IMPORTANT</i> is the intrusive thought for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It is not at all important 1. It is somewhat important 2. It is important 3. It is very important 4. It is extremely important 	<p>10. How <i>UNACCEPTABLE</i> is it to even let yourself think about the intrusion?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It is not at all unacceptable 1. It is somewhat unacceptable 2. It is unacceptable 3. It is very unacceptable 4. It is extremely unacceptable
<p>11. To what extent have you wondered if the intrusion <i>REVEALS</i> something about yourself; the type of person you are?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I don't think it reveals anything about me 1. I think it reveals a little something about me 2. I think it reveals something about me 3. I think it reveals a great deal about me 4. I am convinced that it reveals something very important about me 	<p>12. To what extent have you wondered if <i>NEGATIVE THINGS</i> are more likely to happen <i>BECAUSE OF</i> having the intrusion?</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. I don't think negative things are more likely to happen because of having the intrusion 6. I think some negative things might be more likely to happen because of having the intrusion 7. I often think negative things are more likely to happen because of having the intrusion 8. I think it is very likely that negative things will happen because of having the intrusion 9. I am convinced that negative things will happen because of having the intrusion
<p>13. When you have the intrusion, to what extent do you feel <i>RESPONSIBLE</i> to prevent any negative consequences related to the intrusive thought?</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. I don't feel responsible 6. I feel somewhat responsible 7. I feel responsible 8. I feel very responsible 9. I feel extremely responsible 	<p>14. When you have the intrusion, how <i>IMPORTANT</i> is it for you to <i>CONTROL</i> or <i>SUPPRESS</i> the thought?</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. It is not important 6. It is somewhat important 7. It is important 8. It is very important 9. It is extremely important
<p>15. When you have the intrusion, to what extent does it make you <i>THINK</i> that <i>BAD THINGS</i> could happen?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. I don't think that bad things could happen 1. I think a little that bad things could happen 2. I think that bad things could happen 3. I think a lot of bad things could happen 4. I am preoccupied with bad things that could happen 	<p>16. When you have the intrusion, does it make you feel <i>UNCERTAIN</i> or <i>DOUBTFUL</i> about yourself or life circumstances?</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. It doesn't make me feel uncertain or doubtful at all 1. It makes me feel somewhat uncertain or doubtful 2. It makes me feel uncertain or doubtful 3. It makes me feel very uncertain or doubtful 4. It makes me feel extremely uncertain or doubtful

PART II- B

- Now here is a list of different **strategies** people use to alleviate the unpleasantness of their intrusions, or to get rid of them.
- Read each strategy and record how often you use it **to get rid of the intrusion that you chose before as THE MOST UNPLEASANT**

0: Never use this strategy
1: Rarely use this strategy
2: Sometimes use this strategy
3: Often use this strategy
4: Always use this strategy

THE FOLLOWING QUESTIONS CONCERNS THE MOST UNPLEASANT INTRUSION YOU PREVIOUSLY RECORDED:

1.	I distract myself by thinking of other things	0	1	2	3	4
2.	I distract myself by doing something (i.e. turning up the radio, the TV, talking to someone, etc.)	0	1	2	3	4
3.	I try to form another image or thought in my mind that I know counters the unpleasantness produced by the intrusion (i.e. say a particular word or phrase, repeat a prayer, think opposite thoughts, pleasant images, etc.)	0	1	2	3	4
4.	I do something that I know counters the unpleasantness provoked by the intrusion. For example:					
a	Clean/wash	0	1	2	3	4
b	Check	0	1	2	3	4
c	Repeat an action	0	1	2	3	4
d	Put in order	0	1	2	3	4
5.	I reason with myself trying to convince myself that the intrusion is not important, that it makes no sense, or that I do not have to worry about having it.	0	1	2	3	4
6.	I try to find a explanation for the appearance of the intrusion	0	1	2	3	4
7.	I try to reassure myself or seek reassurance from others that the intrusion is not important, that nothing bad is going to happen.	0	1	2	3	4
8.	I try to convince myself that everything is all right	0	1	2	3	4
9.	I tell myself to "stop", "don't think anymore", "leave it", etc.	0	1	2	3	4
10.	I do nothing to get rid of it; I let it be.	0	1	2	3	4
11.	I try to relax	0	1	2	3	4
12.	I get angry with myself for having the intrusion	0	1	2	3	4
13.	I try to avoid anything that will trigger the obsession	0	1	2	3	4
14.	I try not to think about the intrusion; I try to mentally suppress it	0	1	2	3	4
15.	I try to think about other worries	0	1	2	3	4
16.	I try very hard to control the intrusive thought	0	1	2	3	4
17.	I don't talk about the intrusive thought to anyone	0	1	2	3	4
18.	Others (write down)	0	1	2	3	4

MC2(10)

A continuación verás una serie de frases que están relacionadas con actitudes personales. Lee atentamente cada una de ellas y decide si tu forma habitual de ser se parece (V) o no (F) al contenido de la frase. No dejes ninguna frase sin responder.

1	Nunca dudo en dejar lo que estoy haciendo para ayudar a alguien con problemas	V	F
2	Nunca me ha caído nadie realmente mal	V	F
3	En algunas ocasiones me he sentido bastante celoso de la buena fortuna de los demás	V	F
4	Nunca he dejado que alguien fuera castigado por cosas que había hecho yo	V	F
5	A veces estoy descontento cuando no puedo hacer las cosas a mi manera	V	F
6	Ha habido veces en que he tenido sentimientos de rebeldía contra personas con autoridad aún sabiendo que ellos tenían la razón	V	F
7	Siempre soy cortés, aun con gente desagradable	V	F
8	Cuando no sé algo no me importa admitirlo	V	F
9	Alguna vez me «he hecho el loco» para quitarme a alguien de encima	V	F
10	A veces me irrita la gente que me pide favores	V	F

Marlowe-Crowne Social desirability scale 2 (10). (Strahan, R. and Gerbasi, K.C. (1972). Traducción española de , P.J Ferrando y E. Chico (2000).

OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe CUÁNTO malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada
1= Un poco
2= Bastante
3= Mucho
4= Muchísimo

1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

The Obsessive-compulsive Inventory short version. Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002) *Psychological Assessment*, 14, 485-405. Traducción española de Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2004). *Anxiety Disorders*.

OCSQ-S

Instrucciones:

Todas las personas tenemos características, cualidades o valores personales que influyen en cómo nos comportamos. Intentamos hacer cosas que nos hacen sentir bien con nosotros mismos y que aumenten nuestra autoestima. Y por otro lado, tendemos a evitar todo aquello que nos hace sentirnos mal con nosotros mismos, o que disminuye nuestra autoestima. Sin embargo, otras características o valores pueden ser menos importantes para nosotros, y, por lo tanto, afectan muy poco a nuestra autoestima, es decir, a la opinión que tenemos de nosotros mismos.

Por favor lee las siguientes afirmaciones y **RODEA EL NÚMERO** que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Si no hago caso a mis valores religiosos o morales, siento que pierdo el respeto hacia mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
2. Me encuentro mejor conmigo mismo si sé que he hecho todo lo posible para evitar que los demás se contagien con mis gérmenes	1	2	3	4	5	6	7
3. Me siento bien conmigo mismo cuando sé que he hecho todo lo posible para proteger la salud y seguridad de las personas que me rodean	1	2	3	4	5	6	7
4. Me resulta muy difícil tirar cosas, incluso las poco importantes, porque quedarme sin ellas hace que me sienta mal conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
5. Cuando siento que mi ropa está aseada y limpia, aumenta mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando siento que algo que he hecho está "bien", o "exactamente como tiene que estar" me siento mucho mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
7. Traer a casa cosas nuevas hace que me encuentre especialmente bien conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
8. Ser ordenado y organizado hace que me sienta mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento mucho mejor conmigo mismo si cumplo con mis prácticas y creencias religiosas (por ej., si he ido a misa, he rezado, he leído los textos sagrados, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
10. Me encuentro mejor conmigo mismo cuando hago las cosas siguiendo un determinado orden o secuencia	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
11. Tengo más confianza en mí mismo cuando sé que he conseguido reducir al máximo los riesgos	1	2	3	4	5	6	7
12. Es importante para mi autoestima ser educado con cualquier persona con la que me encuentre	1	2	3	4	5	6	7
13. Para sentirme bien conmigo mismo mis actos o mis decisiones deben basarse en mis creencias y valores religiosos o morales	1	2	3	4	5	6	7
14. Sería difícil que me perdonara a mí mismo si, de forma accidental, le hiciera daño a alguien (aunque fuera un daño pequeño)	1	2	3	4	5	6	7
15. Me hace sentir bien conmigo mismo ser más cuidadoso y meticuloso que el resto de la gente	1	2	3	4	5	6	7
16. Para encontrarme bien conmigo mismo, es importante sentir la salvación y el perdón de Dios en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
17. Si no encuentro alguna cosa en mi casa o en el trabajo me siento mal y me critico a mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
18. La posibilidad de haber sido grosero con alguien me provocaría bastante vergüenza y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
19. Si me deshago de algún objeto, por insignificante que sea, y después lo necesito, me siento muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
20. Solo el mero hecho de pensar en ser cruel o descuidado con los animales, haría que me avergonzara de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
21. No me sentiría bien conmigo mismo si la gente pensara que huelo mal	1	2	3	4	5	6	7
22. No puedo sentirme bien conmigo mismo si he tenido algún contacto físico con otras personas, especialmente si son extraños (por ej., rozarme con alguien de forma accidental)	1	2	3	4	5	6	7
23. Ser capaz de conservar o guardar objetos aumenta mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7
24. La posibilidad de haber podido ocasionar algún daño a otra persona disminuiría mi respeto hacia mí mismo	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
25. Me siento peor conmigo mismo cuando en mi casa las cosas están "fuera de su sitio"	1	2	3	4	5	6	7
26. Mi autoestima mejora cuando he seguido mis principios morales y religiosos	1	2	3	4	5	6	7
27. Coleccionar objetos hace que me sienta mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
28. Es importante para mi autoestima esforzarme por mantener mi integridad moral y sexual	1	2	3	4	5	6	7
29. No me respetaría a mí mismo si hubiera el más mínimo indicio de perversión sexual en mi forma de ser	1	2	3	4	5	6	7
30. Cuando tengo dudas sobre mis convicciones religiosas o morales me siento mal conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
31. Me siento especialmente bien conmigo mismo si puedo dar un buen uso a alguna cosa por el mero hecho de haberla guardado	1	2	3	4	5	6	7
32. Me siento mejor conmigo mismo cuando tengo bajo control pensamientos o imágenes sexuales que considero sucias	1	2	3	4	5	6	7
33. Es importante para mi autoestima que mi mente no tenga ningún pensamiento sexual impuro	1	2	3	4	5	6	7
34. Cualquier indicio de deshonestidad por mi parte haría que me sintiera decepcionado conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
35. Me siento muy mal conmigo mismo si pienso que en mi vida hay pecados no confesados	1	2	3	4	5	6	7
36. Si tuviera pensamientos o fantasías de hacerle daño a alguien, me avergonzaría de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
37. Tengo normas morales estrictas sobre cuestiones sexuales, y seguirlas hace que me sienta mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
38. Mi autoestima depende mucho de saber que trato bien a otras personas	1	2	3	4	5	6	7
39. Para sentirme bien conmigo mismo es importante que los demás me consideren una persona amable y bondadosa	1	2	3	4	5	6	7

Obsessional Concerns and Self Questionnaire-Spanish version; OCSQ-S (D. Clark, G. Garcia-Soriano & A. Belloch, 2006; Traducido por A. Belloch, G. Garcia-Soriano & C. Morillo, Universidad de Valencia).

OBSESSIONAL CONCERNS AND SELF QUESTIONNAIRE

Instructions: We all have characteristics, qualities or personal values that influence our actions. We are motivated to engage in actions that make us feel better about ourselves and so increase our self-worth. On the other hand, we tend to avoid actions that make us feel worse about ourselves or decrease our self-worth. Other possible characteristics or values may not be important to us and so have little influence on our self-worth.

Please read the following statements and **CIRCLE THE NUMBER** that indicates how much you **agree or disagree** that the statement describes a behavior, characteristic or experience that has an **influence on your self-esteem**.

Personal Concern Statements	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1. I feel a loss of self-respect when I have disobeyed my religious or moral values.	1	2	3	4	5	6	7
2. I feel better about myself knowing that I've done my best to avoid contaminating others with my germs.	1	2	3	4	5	6	7
3. I feel good about myself knowing that I've done my best to protect the health and safety of others.	1	2	3	4	5	6	7
4. I find it very difficult to discard even the smallest item because being without these items makes me feel bad about myself.	1	2	3	4	5	6	7
5. My self-worth is boosted when I feel that my clothes are neat and clean.	1	2	3	4	5	6	7
6. When something that I've done feels "just right", I feel much better about myself.	1	2	3	4	5	6	7
7. Bringing new stuff home makes me feel especially good about myself.	1	2	3	4	5	6	7
8. Being tidy and well-organized gives me a greater sense of self-esteem.	1	2	3	4	5	6	7
9. I feel a greater sense of self-worth when I've exercised my religious beliefs and practices (e.g., worshiped, prayed, read holy texts).	1	2	3	4	5	6	7
10. I feel better about myself when I keep to a particular order or sequence.	1	2	3	4	5	6	7

Personal Concern Statements	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
11. I have a lot more self-confidence when I know I've minimized risk as much as possible.	1	2	3	4	5	6	7
12. It is important to my self-worth that I am considerate towards everyone with whom I come in contact.	1	2	3	4	5	6	7
13. My self-esteem is greatly influenced by whether or not my actions and decisions have been guided by my religious or moral values and beliefs.	1	2	3	4	5	6	7
14. If I accidentally cause a minor injury to someone, I have difficulty forgiving myself.	1	2	3	4	5	6	7
15. Being more careful and precise than others gives me a sense of self-worth.	1	2	3	4	5	6	7
16. My self-worth depends on feeling God's salvation and forgiveness in my life.	1	2	3	4	5	6	7
17. If I look for an item at home or work and can't find it, I get very down and critical of myself.	1	2	3	4	5	6	7
18. The possibility that I was rude to someone would cause me considerable embarrassment and self-blame.	1	2	3	4	5	6	7
19. If I discarded even the smallest item that I later needed, I would be very upset with myself.	1	2	3	4	5	6	7
20. Even the thought of being cruel or neglectful towards animals would cause me to feel ashamed of myself.	1	2	3	4	5	6	7
21. I could not feel good about myself if other people thought I had bad body odor.	1	2	3	4	5	6	7
22. I can't feel good about myself when I've been in physical contact with others, especially strangers (e.g., accidentally brush up against someone).	1	2	3	4	5	6	7
23. Being able to keep or save things improves my self-esteem.	1	2	3	4	5	6	7

Personal Concern Statements	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
24. The possibility that I may have hurt or injured another person would lower my self-respect.	1	2	3	4	5	6	7
25. When things are “out of place” in my home or apartment, I feel less secure within myself.	1	2	3	4	5	6	7
26. My self-esteem is better when I’ve followed my religious or moral principles and values.	1	2	3	4	5	6	7
27. Collecting things gives me a greater sense of self-worth.	1	2	3	4	5	6	7
28. Striving to maintain moral and sexual purity is important to my self-esteem.	1	2	3	4	5	6	7
29. I could not have any self-respect knowing there was the slightest hint of sexual perversion in my character.	1	2	3	4	5	6	7
30. When I have doubts about my religious or moral convictions I feel worse about myself.	1	2	3	4	5	6	7
31. I feel particularly good about myself if I am able to put some object to good use ONLY because I saved it.	1	2	3	4	5	6	7
32. I feel better about myself when I have good control over what I consider “dirty” sexual thoughts or images.	1	2	3	4	5	6	7
33. It is important to my self-esteem that my mind is free of any sexual impurity.	1	2	3	4	5	6	7
34. Any hint of dishonesty would cause me to feel very disappointed in myself.	1	2	3	4	5	6	7
35. I cannot live with myself if I feel I have unconfessed sin in my life.	1	2	3	4	5	6	7
36. Having thoughts or fantasies of harming another person would make me feel ashamed of myself.	1	2	3	4	5	6	7
37. I have a strict conscience about sexual matters and following it makes me feel better about myself.	1	2	3	4	5	6	7

Personal Concern Statements	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
38. My self-esteem depends on how well I treat other people.	1	2	3	4	5	6	7
39. Being known as a gentle and compassionate person is important to my self-worth.	1	2	3	4	5	6	7

PDQ-4+

El objetivo de este Cuestionario es que usted describa el tipo de persona que es. Al responder las preguntas piense cómo se ha sentido, cómo ha pensado y actuado en los últimos años.

- V (Verdadero) significa que la afirmación es generalmente verdadera para usted.

- F (Falso) significa que la afirmación es generalmente falsa para usted. Incluso si no está totalmente seguro sobre la respuesta, indique "V" o "F" en cada pregunta.

Por ejemplo, para la pregunta: xx. Tiendo a ser testarudo. Si, en efecto, ha sido testarudo durante los últimos años, debería responder "Verdadero" rodeando con un círculo la V. Si no es completamente verdadero, debería responder "Falso" rodeando con un círculo la F.

En estos últimos años...

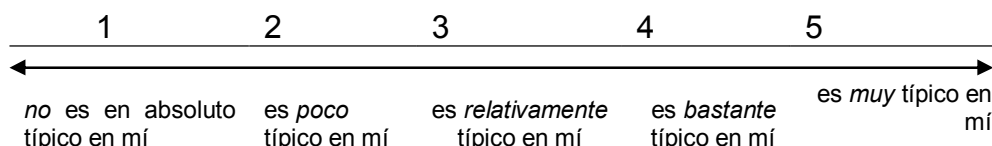
1	A menudo me entretengo en los detalles y pierdo de vista el objetivo principal que pretendo.	V	F
2	Pierdo tiempo intentando hacer las cosas demasiado perfectas.	V	F
3	Antepongo mi trabajo a estar con mi familia, con mis amigos o a divertirme.	V	F
4	Tengo mayor sentido moral que otras personas.	V	F
5	He acumulado montones de cosas innecesarias de las que no sería capaz de desprenderme.	V	F
6	Prefiero hacer las cosas por mí mismo si los demás no son capaces de hacerlas correctamente	V	F
7	Me considero una persona ahorrativa, pero los demás me ven como un tacaño.	V	F
8	La gente se queja de que soy "terco como una mula".	V	F

Obsessive Compulsive Personality Disorder subscale of the Personality Diagnostic Questionnaire-4 (Hyler, S. E., 1994).
Adaptación española de Calvo, N., Caseras, X., Gutierrez, F., & Torrubia, R. (2002).

PSWQ

A continuación encontrará una lista de 16 enunciados sobre formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, aplicándolo a usted conteste rodeando con un círculo *el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual*. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

Escala de respuesta:



1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello	1	2	3	4	5
2. Me agobian mis preocupaciones	1	2	3	4	5
3. No suelo preocuparme por las cosas	1	2	3	4	5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado	1	2	3	4	5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1	2	3	4	5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo	1	2	3	4	5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación	1	2	3	4	5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1	2	3	4	5
10. Nunca suelo estar preocupado/a	1	2	3	4	5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él	1	2	3	4	5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1	2	3	4	5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1	2	3	4	5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1	2	3	4	5
15. Estoy preocupado/a constantemente	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo realizado	1	2	3	4	5

The Penn State Worry Questionnaire. T.J.Meyer, M.L.Miller, R.L.Metzger y T.D.Borkovec (1990). Adaptación española de B.Sandín y P.Chorot, UNED, Madrid, 1991.

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

(Rosenberg, 1965)

La siguiente lista consiste en una serie de frases que se refieren a tí y a tu forma de pensar. Para cada frase existen cuatro alternativas de respuesta. Elige, por favor, aquella con la que estés sinceramente de acuerdo y rodéala con un círculo.

- 0. Estoy muy en desacuerdo**
1. No estoy de acuerdo
2. Estoy de acuerdo
3. Estoy muy de acuerdo

	Muy en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás	0	1	2	3
2. Creo tener varias cualidades buenas	0	1	2	3
3. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracaso.	0	1	2	3
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.	0	1	2	3
5. Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme.	0	1	2	3
6. Asumo una actitud positiva hacia mí mismo.	0	1	2	3
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	0	1	2	3
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo.	0	1	2	3
9. A veces me siento realmente inútil.	0	1	2	3
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	0	1	2	3

TCQ-r

La mayoría de las personas tiene pensamientos desagradables y/o indeseados, ya sea en forma de frases o en imágenes, que pueden ser difíciles de controlar.

Estamos interesados en las técnicas que tú utilizas **generalmente** para controlar este tipo de pensamientos. A continuación se señalan una serie de cosas que la gente hace para controlar estos pensamientos.

Por favor lee detenidamente cada una de las afirmaciones, e **indica lo a menudo que utilizas cada técnica, rodeando con un círculo** el número apropiado.

No hay respuestas correctas ni equivocadas. No pases demasiado tiempo pensando cada una de ellas.

<i>Cuando experimento un pensamiento desagradable o que no deseo:</i>	Nunca la utilizo	A veces la utilizo	A menudo la utilizo	Casi siempre la utilizo
1. Traigo a mi mente imágenes positivas que lo sustituyan.	1	2	3	4
2. Me castigo a mí mismo por pensar eso.	1	2	3	4
3. Me centro en otras preocupaciones.	1	2	3	4
4. Me enfado conmigo mismo por tener ese pensamiento.	1	2	3	4
5. Me riño a mí mismo por tener ese pensamiento.	1	2	3	4
6. Analizo racionalmente el pensamiento.	1	2	3	4
7. Pienso en su lugar en cosas agradables.	1	2	3	4
8. Averiguo como se las apañan mis amigos con ese tipo de pensamientos.	1	2	3	4
9. Me guardo el pensamiento para mí mismo.	1	2	3	4
10. Hago algo que me guste.	1	2	3	4
11. Trato de buscar un significado al pensamiento.	1	2	3	4
12. Pienso en otra cosa.	1	2	3	4
13. Me da por pensar en otros problemas menos importantes que tengo.	1	2	3	4
14. Intento pensar sobre ello de otra forma.	1	2	3	4
15. Le pregunto a mis amigos si ellos tienen pensamientos similares.	1	2	3	4
16. Le cuento a un amigo el pensamiento.	1	2	3	4

WBSI

La mayoría de personas tiene alguna vez pensamientos, ideas o imágenes inoportunas que pueden ser difíciles de controlar. A continuación se le pregunta por ese tipo de experiencias. Por favor, responda a todas las preguntas según su grado de acuerdo con cada una de ellas, teniendo en cuenta la siguiente escala:

- 1: Completamente en desacuerdo
 2: Bastante en desacuerdo
 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4: Bastante de acuerdo
 5: Completamente de acuerdo

		Completa- mente en desacuerd o				Comple- tamente de acuerdo
1.	Hay cosas en las que prefiero no pensar.	1	2	3	4	5
2.	A veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos.	1	2	3	4	5
3.	Tengo pensamientos que no puedo parar.	1	2	3	4	5
4.	Hay imágenes que me vienen a la mente y que no puedo borrar.	1	2	3	4	5
5.	Mis pensamientos frecuentemente giran alrededor de una sola idea	1	2	3	4	5
6.	Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas.	1	2	3	4	5
7.	A veces mi mente va tan deprisa que desearía poder pararla.	1	2	3	4	5
8.	A veces trato de alejar los problemas de mi mente.	1	2	3	4	5
9.	Hay pensamientos que se mantienen rondando por mi cabeza	1	2	3	4	5
10.	A veces permanezco ocupado para no dejar que algunos pensamientos se entrometan en mi mente.	1	2	3	4	5
11.	Hay cosas sobre las que intento no pensar.	1	2	3	4	5
12.	A veces desearía realmente poder parar mi pensamiento	1	2	3	4	5
13.	A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos	1	2	3	4	5
14.	A menudo tengo pensamientos que trato de evitar	1	2	3	4	5
15.	Tengo muchos pensamientos que no digo a nadie.	1	2	3	4	5

The White Bear Suppression Inventory. *Muris, P., Merckelbach, H., Horselenberg, R. (1996). Adaptación española publicada en Luciano, Belloch y cols, (2005).*

ESCALA DE OBSESIONES Y COMPULSIONES DE YALE-BROWN

La Y-BOCS es una de las escalas de evaluación más utilizadas en el diagnóstico del paciente con un posible Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

La Y-BOCS analiza 10 aspectos diferentes de la conducta de la persona evaluada (tiempo ocupado por las ideas obsesivas y por las compulsiones, resistencias a las mismas, grado de control sobre ambas, etc.) que deben contestarse eligiendo entre cuatro posibles respuestas que van desde el 0= ausente, hasta el 4= extremo, según cada uno de los diferentes ámbitos conductuales evaluados.

		Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Extremo
1	Tiempo empleado por las obsesiones	0	1	2	3	4
2	Interferencia debida a las obsesiones	0	1	2	3	4
3	Malestar provocado por las obsesiones	0	1	2	3	4
		Resistente claramente				Cede por completo
4	Resistencia contra las obsesiones	0	1	2	3	4
		Control total	Mucho control	Control moderado	Poco control	Ningún control
5	Grado de control sobre las obsesiones	0	1	2	3	4

Subtotal de obsesión (incluye ítems 1-5):

		Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Extremo
6	Tiempo empleado en las compulsiones	0	1	2	3	4
7	Interferencia debida a las compulsiones	0	1	2	3	4
8	Malestar provocado por las compulsiones	0	1	2	3	4
		Resistente claramente				Cede por completo
9	Resistencia contra las compulsiones	0	1	2	3	4
		Control total	Mucho control	Control moderado	Poco control	Ningún control
10	Grado de control sobre las compulsiones	0	1	2	3	4

Subtotal de compulsión (incluye ítems 6-10):

Puntuación total de los ítems 1 a 6:	
Puntuación total de los ítems 2 a 9:	
Puntuación total Y-BOCS (ítems 1-10):	

Nombre y apellidos del entrevistador: _____

Tfno. de contacto del entrevistador: _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DEL ENTREVISTADO

EDAD: _____

PROFESIÓN: _____

SEXO: Varón Mujer

ESTADO CIVIL:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios o elementales Medios Superiores (universitarios)

¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad haya requerido atención especializada? SI NO

☞ A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE CUESTIONARIOS A LOS QUE TIENES QUE CONTESTAR SEGÚN LAS INDICACIONES CONCRETAS QUE SE DAN EN CADA UNO DE ELLOS.

☞ POR FAVOR, RESPONDE CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y ASEGÚRATE DE QUE RESPONDES A TODAS LAS PREGUNTAS.

☞ TEN EN CUENTA QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. ÚNICAMENTE NOS INTERESA CONOCER TU PROPIA EXPERIENCIA

TODOS LOS DATOS SERÁN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA
FACULTAT DE PSICOLOGIA

CONSENTIMIENTO

Acepto participar en este estudio, llevado a cabo por el Grupo de Investigación sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo dirigido por la Dra. Amparo Belloch, en la Universidad de Valencia (Facultad de Psicología), de forma absolutamente voluntaria.

Asimismo, doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Fdo.

INFORMATION SHEET

Title of Project: Obsessional Concerns and Self-Esteem: a pilot study.

Principle Investigators: Dr. David Clark
Department of Psychology
University of New Brunswick
Office Tel: 452-6225
Email: clark@unb.ca

Research Assistant: Gemma Garcia-Soriano
Department of Psychology
University of New Brunswick
Email: Gemma.Garcia@unb.ca

In this study you will be asked to complete a set of questionnaires which deal with your personal evaluation of thoughts, feelings, attitudes and behavior. Each of the questionnaires deals with personal concerns, in which there are no right or wrong answers, only your own opinion of yourself.

In addition to this Information Letter, the Consent Form explains the specific aims of the research and your rights as a research participant. If you are still interested in participating in this research project after reading this material, then please sign the consent form. After this please complete the questionnaire items in the order presented in the packet.

Each of the questionnaires has its own set of instructions, which you should read carefully before completing the measure. You should read each question or item statement and make a fairly quick decision on your answer. It should take 70-90 minutes to complete the questionnaires and you will receive one and a half participation points for taking part in this study.

After completing the questionnaires an educational feedback sheet will be given informing you of the nature and purpose of the study.

***If you have any questions, please don't hesitate to ask the research assistant.
Thank you for participating in this study.***

CONSENT FORM

Title of Project: **Obsessional concerns and self-esteem: a pilot study.**
Principle Investigator: Dr. David Clark
Department of Psychology
University of New Brunswick
Office Tel: 452-6225
Email: clark@unb.ca

Research Assistant: Gemma Garcia-Soriano
Department of Psychology
University of New Brunswick
Email: Gemma.Garcia@unb.ca

This study involves the investigation of a new measure of self-esteem that focuses on attitudes and values around cleanliness, harm, doubt, sex, religion, saving, and order. In addition the research project examines the relationship between this new measure and various aspects of mood, symptoms, behaviour and personality. You will be asked to fill out self-report questionnaires which include questions about: self-esteem and self-worth, personality, intrusive thoughts, depressive, anxious and obsessive-compulsive symptoms.

The present study involves the completion of 12 questionnaires and a demographic information sheet that will take approximately 70-90 minutes. You will receive 1.5 participation points for taking part in the study. You are free to withdraw from this study at any time. If you choose to discontinue participation you need only inform the researcher assistant and you will still receive the participation points. All the information you provide will be kept confidential and anonymous. In accordance with the Canadian Psychological Association research guidelines, the raw data will be stored in a locked room for seven years after completion of the study, at which point it will be destroyed. Only individuals authorized by Dr Clark will have access to the data during this period.

There are no major risks associated with this study however if you feel upset after completing the questions, you may contact Dr Clark. The potential benefits of participating in the study include learning more about self-esteem and unwanted intrusive thoughts.

This study has been reviewed and has received approval from the Research Ethics Board at the University of New Brunswick. You are free to contact Dr. Daniel Voyer, Department of Psychology Research Ethics Chairperson (453-4974 or voyer@unb.ca) if you have any concerns or questions about your participation in this study. You are also free to contact Gemma Garcia (Gemma.Garcia@unb.ca) or Dr Clark (452-6225 or clark@unb.ca) if you wish to discuss any aspect of this study or its impact on you.

I agree to participate in this study conducted by Dr. David Clark and Gemma Garcia-Soriano. I have made this decision based on the information I have read in the Introductory Sheet and Consent Form, and I have had all my questions about participating in the study addressed by the researcher. I understand that I may withdraw this consent at any time by declaring this intention to the researcher. I realize that I will not incur any penalty for withdrawing my consent. I also understand that this project has been evaluated and received clearance by the Research Ethics Board at the University of New Brunswick. If you have any concerns about this study you can contact the Chairperson of the UNB Research Ethics Board, Dr. Peter Kepros.

If you are willing to participate in this study, please sign this Consent Form.

Participant's name (please print): _____

Participant's signature: _____

Date: _____

EDUCATIONAL FEEDBACK SHEET

Have you ever had an annoying tune that you couldn't get out of your mind? Or have you ever had an unusual or disturbing thought, image or impulse just pop into your mind for no apparent reason? Some examples might be walking down the street and you suddenly think about tripping an elderly person in front of you, or you see a new shiny car and you feel an urge to scratch the paint.

If you have ever had unwanted intrusive thoughts, images or impulses, you are not alone. Research indicates that between 80% and 90% of students report unwanted intrusive thoughts, images or impulses that suddenly pop into their mind against their will. The thoughts can be quite upsetting and disturbing for the person who tries hard to get rid of these thoughts. In fact the harder one tries to "not think" an intrusive thought, the worse it gets.

The purpose of the present study is to investigate if there is a relationship between unwanted intrusive thoughts and self-esteem issues. For example we think that people who might be especially concerned about cleanliness would also feel a loss of self-worth if their sense of being clean is threatened in some way. Furthermore we wonder if this loss of "cleanliness self-worth" might also leave the person more likely to experience unwanted intrusive thoughts about being dirty or contaminated. If this relationship between specific aspects of self-worth and intrusive thoughts is found, then it might mean that "cleanliness self-esteem", for example, is a vulnerability factor for experiencing repeated unwanted thoughts about dirt and contamination. In the end, this type of research could give us clues about the psychological causes of more extreme forms of unwanted intrusive thoughts, such as obsessive compulsive disorder. In this study we examined self-esteem issues around dirt/contamination, harm/aggression, doubt, sex, religion/morality, order/symmetry and hoarding. These are all issues important in obsessive compulsive disorder.

Since no one has ever measured self-esteem in the way proposed for this study, we developed a new questionnaire called the Obsessional Concerns and Self-Esteem Questionnaire. To assess unwanted intrusive thoughts, we used a revised version of the Obsessional Intrusions Inventory. By statistically calculating the relationship between these two questionnaires as well as other measures in the study, we can determine two things. First, how well does the new Obsessional Concerns and Self-Esteem Questionnaire assess aspects of self-esteem related to unwanted intrusive thoughts and obsessions? And second, do people who depend on their self-worth in a particular area of dirt/contamination, harm/aggression, doubt, sex, religion/morality, order/symmetry or hoarding also experience more unwanted intrusive thoughts involving these same themes? This research may provide new insights into why some people experience more unwanted obsessional intrusive thoughts than other individuals. It will also lay the groundwork for future research on individuals who suffer from obsessive compulsive disorder.

Thank you for helping us with this research. Your contribution is important and appreciated. If you would like to know more about research on unwanted intrusive thoughts, obsessive compulsive disorder and self-worth, please see the following references:

Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.

Crocker, J. & Wolfe, C.T. (2001). Contingencies of Self-Worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.

Purdon, C. & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 102-110.

Rachman, S (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.

Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

NOTE TO PARTICIPANTS: If you have any further questions or are distressed from this study, please contact Gemma Garcia (gemma.garcia@unb.ca) or Dr. David Clark (clark@unb.ca or 452-6225). If you have any concerns about your participation in this study you may contact Dr. Daniel Voyer (453-4974), who is the Research Ethics Chairperson with the Department of Psychology.