

Cómo citar este artículo:

Rodríguez Serrano, Miguel Ángel. “¿Por qué todos tenemos ideas intrusiva y sólo unos pocos se obsesionan?”. *Almoraima. Revista de Estudios Campogibratareños*, 44. Algeciras: Instituto de Estudios Campogibratareños.

¿POR QUÉ TODOS TENEMOS IDEAS INTRUSIVAS Y SÓLO UNOS POCOS SE OBSESIONAN?

Miguel Ángel Rodríguez Serrano / Dr. en Psicología. Psicólogo Clínico. Universidad de Cádiz.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue comprobar el rol que juega la creencia fusión pensamiento acción en el trastorno obsesivo compulsivo y en el trastorno por ansiedad generalizada. 88 sujetos (22 hombres y 66 mujeres) de edades comprendidas entre los 15 y los 61 años fueron agrupados en cuatro grupos: grupo 1, control; grupo 2, clínico (pacientes diagnosticados de ansiedad; n=29). Este grupo se dividió a su vez en dos subgrupos; grupo 3: sujetos diagnosticado de TOC (n=14); y, grupo 4: sujetos diagnosticados de TAG (n=15).

Los sujetos fueron evaluados del grado en que participaban de dichas creencias, y también informaron de sus manifestaciones obsesivas y grado de preocupación general. Según los resultados la creencia fusión pensamiento acción probabilidad discrimina entre sujetos con y sin trastornos de ansiedad. No entre sujetos con TOC o TAG, aunque sí entre sujetos con y sin sintomatología obsesiva. La creencia fusión pensamiento acción moral se halló de forma similar en todos los sujetos, independientemente de si pertenecían al grupo normal, clínico o del grado de preocupación que manifestaban.

ABSTRACT

The aim of this work was to test the role of thought action fusion belief in obsessive compulsive and generalized anxiety disorders. 88 subjects (22 men and 66 women) aged between 15 to 61 years, were grouped into four group: 1, control group; 2: clinical group: patient diagnosed with anxiety disorders; (n=29). This group was divided into two new subgroups; group 3: patient diagnosed with OCD (n=14); and, group 4: patient with GAD (n=15).

All subjects were assessed in the degree of thought fusion action believes; obsesive compulsives symthoms and the degree of general worries. Results show that thought action fusion likelihood-self does discriminate between subjects with and without anxiety disorders. Do no discriminate between subjects with OCD and GAD, although is able to discriminate between subjects with and without obsessive symptoms. Thought action fusion-moral was shown independently the group subjects belonged.

1. INTRODUCCIÓN

Una vía para la comprensión del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC, en adelante) es explicar cómo algunas personas interpretan los pensamientos intrusivos hasta convertirlos en obsesivos. En este intento explicativo, han surgido muchos modelos cognitivos-conductuales (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011; Clark y Purdon, 1993; Freeston, Rheaume, y Ladoucer, 1996; Rachman 1997,1998; Salkovskis 1985, 1999; Wang y Clark, 2002). Desde este contexto teórico, se sugiere que algunos sujetos con TOC interpretan los pensamientos intrusivos con un significado especial (Rachman, 1993). Este proceso disfuncional de evaluación que está propiciando la interpretación errónea de las obsesiones se relaciona con las creencias personales preexistentes sobre los propios pensamientos y sus contenidos (Wang, Clark y Haunting, 2002). Estas creencias y valoraciones disfuncionales que asumen los sujetos sobre sus pensamientos obsesivos están en el origen del trastorno y/o en su mantenimiento una vez iniciadas. Se han identificado varias creencias o valoraciones disfuncionales relacionadas con el TOC. Por ejemplo, Salkovskis y su grupo (Salkovskis, 1985, 1989; Salkovskis, Richard y Forrester, 1995) enfatizan el papel de las creencias disfuncionales relacionadas con la responsabilidad por el posible daño derivado del contenido del pensamiento. Por otra parte Clark y Purdon (1993) inciden en las relativas a la importancia de controlar y/o suprimir los pensamientos. Por su parte, Rachman (1997, 1998) resalta la tendencia cognitiva de fusionar pensamientos y acciones, y considera que es específica del trastorno obsesivo compulsivo (Rassin, Muris, Schmidt y Merckelbach, 2000, Rassin, 2001). Según Rachman (1993), la FPA es una creencia según la cual los pensamientos y las acciones de daño se consideran equivalentes. Es decir, pensar y actuar serían la misma acción. Es una tendencia a sobre valorar el significado y las consecuencias de los pensamientos intrusivos indeseados y negativos (Fernández-Llebrés, Godoy y Gavino, 2010; Rassin, Diepstraten, Merckelbach, Muris, 2001; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996). Shafran et al. (1996) encontraron una correlación significativa entre FPA y las obsesiones y compulsiones. También hallaron que las creencias FPA eran más frecuentes en las personas obsesivas que en las no obsesivas. Otros trabajos ponen de manifiesto el papel de la FPA en la exacerbación de las intrusiones obsesivas (Marino, Lunt y Negy, 2008; Rassin, 2001; Shafran et al., 1996). Rassin, Merckelbach, Muris y Spaan (1999) demuestran que la FPA influye en la interpretación que se da a las intrusiones cognitivas y que puede considerarse un antecedente de los síntomas obsesivos. Este fenómeno de fusión de pensamientos y acciones parece construirse sobre dos tipos de creencias relacionadas (Rassin 2001): la primera creencia considera que por el simple hecho de tener un pensamiento sobre una hipotética situación, (un accidente de tráfico, por ejemplo) puede aumentar la probabilidad de ocurrencia de ese evento que se piensa; a esta forma se la denomina fusión pensamientos acción-probabilidad (FPA-P). La segunda creencia se denomina fusión pensamiento-acción-moral (FPA-M) y sostiene que los pensamientos (“hacer daño a alguien”, por ejemplo) son moralmente equivalentes a los comportamientos mismos de herir realmente. La relación entre ambos tipos de fusiones, FPA-Moral y FPA-Probabilidad, es positiva y moderada (correlaciones entre 0,32 y 0,44; Berle y Starcevic, 2005; Shafran y Rachman, 2004). Se asume que la composición del constructo FPA es semejante en varones y mujeres y a lo largo de los distintos grupos de edad. No hay trabajos que determinen este hecho (Berle y Starcevic, 2005).

Aunque esta creencia a fusionar pensamientos y acciones se vincula al TOC, existen estudios que plantean la posibilidad de que esta creencia pueda ser compartida con otros cuadros de ansiedad como, por ejemplo, el trastorno por ansiedad generalizada (TAG, en adelante; Hazlett-Stevens, Zuker, Craske, 2002; Rassin, Diepstraten, Merckelbach, Muris, 2001). Con frecuencia se encuentran correlaciones significativas entre los dos contenidos cognitivos: ideas obsesivas y preocupaciones ansiosas o “worry” típicas del trastorno por ansiedad generalizada (Botella et al., 1999). La preocupación se puede definir como la cadena de pensamientos negativos predominantemente verbal que se dirigen a resolver un problema. A pesar de que la literatura indica que el contenido de las obsesiones difiere del de las

preocupaciones excesivas sobre temas cotidianos, y que los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (2002) explicitan que los pensamientos, impulsos o imágenes presentes en el TOC no deben ser simplemente preocupaciones sobre problemas reales de la vida cotidiana, lo cierto es que existen similitudes entre obsesiones y preocupaciones ansiosas (worry). Ambos son procesos de pensamiento perseverativo, repetitivos, difíciles de controlar, producen un estado de ánimo molesto y, ambas, pueden ser experimentadas por personas sin trastornos clínicos. Esta similitud, entre obsesiones y preocupaciones; se incrementa especialmente entre aquellas obsesiones que no van acompañadas de compulsión externa y se centran mucho en la rumiación obsesiva y en la neutralización. En estos sujetos es especialmente difícil hacer el diagnóstico diferencial entre TOC y TAG (Wang, Clark y Haunting, 2002). Los sujetos con TOC utilizan la preocupación como estrategia de afrontamiento ante pensamientos perturbadores. Hay investigaciones que encuentran diferencias significativas entre los sujetos con TOC en relación al mayor uso de estrategias basadas en la preocupación (Abramowitz, Whiteside, Kalsy, Tolin, 2003; Wells, 2002). Existen datos que ponen de manifiesto la existencia de creencias metacognitivas erróneas sobre las preocupaciones que contribuyen a, por un lado, el uso inflexible de la preocupación como estrategia de afrontamiento ante la amenaza anticipada; y, por otro, a evaluar y percibir el hecho de mismo de preocuparse como incontrolable y peligroso (Wells, 2002). Es aquí cuando la preocupación misma se convierte en motivo de obsesión.

En este contexto consideramos relevante analizar qué papel juega la creencia cognitiva de fusionar las ideas con las acciones en el origen y mantenimiento de las obsesiones o preocupaciones. En concreto, nuestras hipótesis de trabajo son las siguientes:

Primera hipótesis: “El pensamiento fusión acción, probabilística o moral” (FPA-P o FPA-M), presentará valores diferenciales, según el grupo sea normal o con clínico”.

Segunda hipótesis: “Las puntuaciones en la escala FPA total, o algunas de sus tres subescalas, variará en sujetos con TOC, o con importantes síntomas obsesivos compulsivos, de los sujetos que tienen trastorno por ansiedad generalizada (TAG)”.

Tercera hipótesis: “Los sujetos que puntúan alto en la escala (FPA) experimentarán más síntomas obsesivos y compulsivos que los que puntúan bajo en la escala. “

2. MÉTODO

2.1 Muestra

La muestra estudiada proviene del Campo de Gibraltar y consta de 88 sujetos, 22 hombres y 66 mujeres, de edades comprendidas entre los quince y los sesenta y un años. Las variables edad y sexo no se revelaron significativas en cuanto a los resultados en las diferentes escalas. Se formaron 4 grupos: grupo 1: personas sin trastornos de ansiedad (normal; n=59); grupo 2: pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad (clínico; n=29). Dentro de este grupo clínico se diferencia entre; grupo 3: pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC; n=14); y, grupo 4: pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG; n=15).

2.2 Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Se recogieron los datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel de estudios, profesión y si habían padecido algún trastorno psicológico).

- “Cuestionario fusión pensamiento-acción” (FPA; Shafran et al., 1996). Esta escala incluye ítems que miden tanto el

estilo de fusión pensamiento acción–moral (12 ítems) como el de probabilidad (7 ítems); además, distingue entre la creencia de aumento de probabilidad de ocurrencia de eventos negativos sobre si mismo (3 ítems) y sobre los otros (4 ítems). Las puntuaciones en esta escala, tanto en población clínica como no clínica, correlacionan no sólo con obsesiones, sino también con ansiedad y depresión (Berle y Starcevic, 2005; Shafran y Rachman, 2004). Aunque la FPA ha mostrado buenas propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y validez predictiva, la estabilidad temporal de sus puntuaciones no parece elevada. Rassin, Merckelbach, Muris y Smith (2001) encontraron correlaciones test retest de 0,68 (puntuación total), 0,64 (Probabilidad) y 0,70 (Moral).

- “Inventario obsesivo compulsivo” (OCI) (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles y Amir, 1998). Consiste en 42 ítems distribuidos en 7 subescalas: Lavar (ítems 2, 4,8, 21, 22, 38 y 42), verificar (3, 7, 9, 10, 19, 24, 32 y 40), duda (26, 37 y 41), orden (14, 15, 23, 29, 31 y35), obsesividad (1, 12, 13, 17, 20, 28, 30 y 33), acumulación (6, 11 y 34) y neutralización (5,16, 18, 25, 36 y 39). Cada ítems recibe una valoración según una escala de 5 puntos (0-4) de la frecuencia y el malestar a él asociados. El punto de corte en población americana, en 120 (Amir et al., 2001); resulta del sumatorio de todos los ítems previamente multiplicados frecuencia por malestar.

- “Inventario de preocupación” (PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; Meyer, Millar, y Borkovec (1990); adaptación española de Sandín y Chorot (1991). El inventario está específicamente dirigido a evaluar el grado de preocupación permanente e inespecífica que caracteriza el trastorno de ansiedad generalizada. Evalúa el componente cognitivo de la respuesta de ansiedad. Está constituido por un total de 16 ítems que son cuantificados según una escala tipo Likert de 5 puntos.

2.3 Procedimiento

La muestra se reclutó a lo largo de varias sesiones de formación a las que asistieron los participantes en el estudio. Tras informar a los voluntarios de la naturaleza de la investigación accedieron a cumplimentar los cuestionarios. Los participantes con diagnósticos clínico provenían de centros sanitarios de psicología del Campo de Gibraltar a los que igualmente se les propuso la participación en este estudio y aquellos que lo desearon cumplimentaron los cuestionarios.

3. RESULTADOS

3.1 Resultados de la primera hipótesis

La primera hipótesis plantea que la tendencia a fusionar ideas y acciones presentará valores diferenciales y discriminará entre sujetos con y sin trastornos de ansiedad, independientemente de si padecen TOC o TAG. Según los resultados recogidos en la tabla 1 las puntuaciones mayores en todas las escalas pertenecen a sujetos del grupo clínico.

Tabla 1. Descriptivos y ANOVA de la escala Fusión Pensamiento-Acción según el grupo normal o clínico.

	Grupo normal		Grupo clínico		gl	F
	Media	D. T.	Media	D. T.		
FPA-Total	28,38	11,4	34,21	10,7	1	5,558*
FPA-Moral	22,63	9,62	25,82	9,55	1	2,339

FPA-P a mí	3,59	3,66	5,45	3,35	1	5,786**
FPA-P otros	2,02	2,95	2,18	2,98	1	0,065

FPA: Fusión pensamiento acción; FPA-P: Fusión pensamiento acción probabilidad negativa

* = sig. 0,05; ** sig.= 0,01

Si bien las puntuaciones medias son diferentes entre los grupos, el ANOVA realizado, sólo arroja diferencias significativas en la escala total y en la subescalas de probabilidad negativa hacia mí. En cambio, no se da una diferencia significativa en la escala que valora el aumento de probabilidad de ocurrencia de eventos negativos a otros causados por mis pensamientos. Es decir, los resultados indican que, efectivamente, la presencia de esta creencia de fusionar pensamiento y acción probabilidad a mí es mayor en personas con trastornos de ansiedad que en personas sin estos trastornos. Asimismo, los resultados indican que la creencia FPA-M y FPA-P a otros no distingue entre personas con y sin cuadros de ansiedad.

Los sujetos con ansiedad clínica tienden a creer que sus ideas negativas pueden incrementar la probabilidad de que aquello que piensan ocurra. Pero, no si las ideas se refieren a otras personas. Tampoco equiparan sus ideas negativas a la acciones equivalentes.

3.2 Resultados de la segunda hipótesis

En la segunda hipótesis nos planteamos que las puntuaciones en la escala FPA, o algunas de sus tres subescalas, discriminará entre sujetos con TOC, o con importantes síntomas obsesivos compulsivos, y sujetos con TAG.” Según los resultados obtenidos las medias son mayores en el grupo TOC, que el grupo TAG y también que el grupo control (ver tabla 2):

Tabla 2. Descriptivos y diferencias de la escala Fusión Pensamiento-Acción según el grupo clínico

	G r u p o Grupo TOC		Grupo TAG		gl	X2		
	normal							
	Media	D. T.	Media	D. T.				
FPA-Total	28,38	11,4	35,57	9,54	33,35	11,30	2	5,998*
FPA-Moral	22,63	9,62	27,07	8,84	24,40	10,30	2	3,680
FPA-P a mí	3,59	3,66	5,71	3,51	5,27	3,24	2	6,245*
FPA-P a otros	2,02	2,95	2,79	3,30	2,07	2,96	2	1,608

Prueba de Kruskal-Wallis. Variable agrupación: 1: normal, 2: TOC, 3: TAG.; FPA: Fusión pensamiento acción; FPA-P: Fusión pensamiento acción probabilidad negativa; * = sig. 0,05;

Los resultados indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. De nuevo, las diferencias aparecen en la prueba total y la subescala de PFA-probabilidad para mí. No en cuanto a FPA-M ni tampoco en FPA probabilidad a otros. Las diferencias significativas halladas nos permiten afirmar que los sujetos puntúan de forma distinta según pertenezcan a un grupo u otro. Sin embargo, estos datos no alcanzan a determinar qué grupo marca las diferencias. Con el objetivo de verificar si los grupos clínicos son diferentes entre sí o no lo son, y dado que el número de sujetos que compone cada grupo clínico es reducido, utilizamos el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney. Los resultados no mostraron diferencias entre ambos grupos ni en relación a la escala global ni en alguna de las tres subescalas que miden el cuestionario (FPA-Total: U Mann-Whitney: 1, 112; sig. 0.613; FPA-Moral U Mann-Witney: 1, 119; sig. 0.627; FPA-P a mí: U Mann-Witney: 1, 121,5; sig. 0.679; FPA-P a otros: U Mann-Witney: 1, 104; sig. 0.304). Es decir, los sujetos con obsesiones y los sujetos con preocupaciones no se diferencian en el grado en que participan de la creencia FPA.

Los dos grupos clínicos se diferencian entre sí en cuanto al grado de obsesividad. El grupo TOC obtiene una media en la escala total de 153 (D.T.=59) y el grupo TAG obtiene una media de 75 (D.T.=58). Las diferencias entre los dos grupos son significativas ($F_{1, 90} = 20,702$; sig 0,000). El grupo TOC como era de esperar presenta un número mayor de ideas obsesivas que el grupo TAG. Sin embargo, pudiera ocurrir que el grupo TAG también tuviese un elevado grado de obsesividad, aunque fuese significativamente menor que el del grupo TOC. Por ello, diseñamos otra vía de comprobación de nuestra hipótesis. Esta vez hicimos dos grupos entre todos los sujetos clínicos, independientemente del diagnóstico que tuviesen. Se agruparon por el grado de síntomas obsesivos que mostraban. De esta manera, un grupo tenía una puntuación alta de síntomas obsesivos compulsivos según el OCI (mayor de 119; $n=61$), y otro grupo de sujetos presentaban una puntuación baja en dicha escala (menor que 119; $n=30$). Realizamos un ANOVA y encontramos diferencias significativas en la escala FPA-total ($F_{1,89} = 6,797$; sig. 0,01) y FPA-moral ($F_{1,89} = 5,399$; sig. 0,02). No lo fueron la FPA probabilidad a otros ($F_{1, 89} = 2,894$; sig. 0,09). ni la FPA probabilidad a mí ($F_{1, 89} = 1,449$; sig. 2,232).

Por lo tanto, las puntuaciones en las escalas que miden esta tendencia de fusión de ideas y acciones varían según los sujetos tengan o no síntomas obsesivos.

3.3 Resultados de la tercera hipótesis

En la tercera hipótesis nos planeamos que los sujetos que puntúan alto en la escala FPA, podrían experimentar más síntomas obsesivos y compulsivos que los que puntúan bajo en la escala. Para comprobarlo, diseñamos dos grupos entre todos los sujetos clínicos; un grupo de sujetos con puntuación alta en la escala global del PFA (mayor que 30) y otro grupo de sujetos con una puntuación baja en dicha escala (menor que 30). La elección de este punto de corte se utilizó por ser mayor que la media del grupo normal (28,38) y estar próxima la media del grupo clínico (34,25). Tal como se desprende de los datos recogidos en la tabla 4, los resultados del ANOVA son concluyentes. Tanto la prueba global, como las subescalas por tipos de obsesiones y compulsiones muestran puntuaciones diferenciales estadísticamente significativas. Es decir, aquellos sujetos que participan de forma elevada de esta creencia cognitiva tienen más obsesiones, del tipo que sea, que aquellos otros sujetos que no le dan mucha importancia a sus propias ideas intrusivas.

Tabla 4. Descriptivos y ANOVA de la escala OCI y las subescalas según el grupo clínico y las puntuaciones en la escala FPA

	FPA bajo		FPA alto		gl	F
	Media	D. T.	Media	D. T.		
OCI total	62,64	46,97	118,45	69,986	1	19,882**
Oci-lavar	6,28	8,90	17,04	14,55	1	17,567**
Oci-Verficar	10,42	8,77	23,04	19,72	1	15,766**
Oci-Duda	4,23	4,21	10,16	8,64	1	17,494**
Oci-Orden	10,25	9,65	18,57	14,54	1	10,302**
Oci-Obsesividad	20,54	19,19	29,64	21,52	1	4,412*
Oci-Acumulación	6,45	8,43	10,38	9,15	1	4,378*
Oci-Neutralización	4,53	5,66	11,71	10,44	1	16,718**

OCI: Inventario Obsesivo Compulsivo; * = sig. 0,05; ** sig.= 0,01

4. DISCUSIÓN

Este estudio ha analizado dos tipos de creencias o precursores cognitivos de las obsesiones y preocupaciones. Son, por un lado, la tendencia de algunas personas a creer que, el simple hecho de tener pensamientos negativos sobre algún suceso que les pueda ocurrir, a ella o a otras personas, incrementa la probabilidad de que eso ocurra. Y, por otro lado, hemos analizado la tendencia creer que tener una idea negativa sobre alguien, equivale al hecho mismo de hacerle daño. Según los resultados de esta investigación, las personas del Campo de Gibraltar que participan de la primera tienen más problemas de ansiedad que las que no. Estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura en relación con los problemas de ansiedad como, por ejemplo, el TOC (Rachman, 1997, 1998) y con el TAG (Hazlett-Stevens, Zuker, Craske, 2002; Rassin et al., 2001). En cambio, los sujetos muestran el mismo grado de ansiedad independientemente si participan de la creencia de que aumento la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos a otros causados por mis pensamientos o de fusión pensamiento acción moral. En lo que se refiere a la creencia fusión pensamiento acción moral (FPA-M), cabe destacar que ya existen estudios que tampoco encuentran diferencias significativas de esta creencia en el grupo normal y clínico. Shafran et al. (1996) explican este fenómeno aduciendo dos causas: primero, que este tipo de creencia es muy común en nuestra sociedad y no necesariamente patológica (Rassin et al., 2001); y, segundo, que cobra mayor protagonismo tal creencia cuando el sujeto experimenta sentimientos depresivos, ya que la FPA-M puede ser interpretada en términos de responsabilidad y por lo tanto, lo relevante no sería la existencia en el sujeto del FPA-M sino, la importancia que le atribuya y la frecuencia de activación de la misma con el malestar resultante que produce.

En lo que se refiere a la subescala FPA aumento de probabilidad de eventos negativos, los resultados de nuestro estudio van, en parte, en la dirección que la mayoría de las investigaciones que indican ésta como la creencia más genuinamente determinante en el desarrollo de síntomas obsesivos (Rassin, 2001; Shafran, 1996).

En nuestro trabajo sí discrimina la subescala referida a uno mismo. Es decir, yo aumento el riesgo de que me ocurra algo por el hecho de pensarlo, pero no cuando la posibilidad de aumentar el riesgo de algo negativo se refiere a otras personas. Es decir, no parecen existir diferencias entre los grupos en lo que respecta a esta subescala FPA-P-otros.

Probablemente esto se deba a: 1) la baja intensidad de los síntomas obsesivos compulsivos de los sujetos incluidos en el grupo TOC, que aunque efectivamente tienen el diagnóstico de TOC, no presentaban una sintomatología muy intensa; 2) a que muchos sujetos estaban recibiendo tratamiento psicológico en esos momentos lo cual ha podido propiciar un cambio de actitud ante sus propios pensamientos; y 3) puede verse influido por el hecho de que la escala correlaciona no sólo con obsesiones, sino también con ansiedad y depresión (Berle y Starcevic, 2005; Shafran y Rachman, 2004).

En la segunda hipótesis suponíamos que tener un alto grado de creencia FPA total, o algunas de sus tres subescalas, discriminaría entre sujetos con TOC, o con importantes síntomas obsesivos compulsivos, y sujetos con TAG. Los resultados no mostraron diferencias entre ambos grupos ni en relación a la escala global ni con respecto a cualquiera de las tres subescalas que miden el PFA. Lo anterior puede interpretarse como que la creencia de fusionar pensamientos y acciones puede no ser exclusiva de sujetos con síntomas obsesivos, sino que, además de éstos, los sujetos diagnosticados de trastorno por ansiedad generalizada pueden participar de estas creencias. De hecho, estos datos coinciden con Rassin (2001) quien encuentra resultados similares y cuestiona si efectivamente es una creencia específica del TOC.

Resulta llamativo que cuando agrupamos a los sujetos según el grado de obsesividad que padecen sí aparecen algunas diferencias. En concreto, en la FPA moral. No se diferenciaban en cuanto a fusionar pensamientos y acciones en términos de aumentar la probabilidad tanto para el sujeto mismo como para otros. Probablemente, al unir por síntomas y no por diagnósticos, se hayan perdido algunas características definitorias del cuadro obsesivo. Amir (2001) y Shafran (1996) encuentran una mayor capacidad para producir efectos obsesivos en la creencia sobre el poder de los pensamientos de producir aumentos en las probabilidades de ocurrencias de hechos por el solo acto de haber sido pensado, que en otras creencias como las de fusión pensamientos acción moral. Podemos concluir afirmando que no todos los sujetos con síntomas obsesivos compulsivos intensos participan de las tres creencias y especialmente de la de aumento de probabilidad de daño a otros.

En general, los sujetos puntúan de forma muy distinta dependiendo del grado de credibilidad o participación de esta creencia. Manifestar la tendencia a fusionar pensamientos y acciones incrementa la probabilidad de que aparezcan síntomas obsesivos y compulsivos tales como lavar, verificar, ordenar o acumular, como en las encubiertas, es decir: dudar, obsesionarse o tener pensamientos que neutralizar peligros. Estos datos son similares a los hallados por Shafran (1996). Se desprende de los resultados de nuestra investigación que comparten más creencias básicas los sujetos con los mismos síntomas que con iguales diagnósticos. Por ello, la mayoría de sujetos que participan de una puntuación elevada en la escala fusión pensamientos acción, tienen una alta probabilidad de experimentar síntomas obsesivos compulsivos. Estos datos están en la línea de lo que defiende Rachman (1997, 1998) quien afirma que esta creencia sería específica del trastorno obsesivo compulsivo.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran que el número de sujetos con trastornos de ansiedad ha sido bajo, lo cual ha limitado algunos análisis. La variabilidad de edad ha sido muy amplia. Aunque no hay datos concluyentes de su influencia hubiese sido clarificador tener grupos de edades más homogéneos. A pesar de estas limitaciones los resultados son fiables y están en consonancia con la literatura al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOWITZ, J. WHITESIDE, S. KALSY, S. TOLIN, D. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-540.
- 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.

- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- BECK, A.; RUSH, B.; SHAW, B; EMERY, G. 1983. *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclee De Brouwer. Bilbao.
- BELLOCH, A., CABEDO E. Y CARRIÓ, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Pirámide: Madrid.
- BERLE, D., Y STARCEVIC, V. (2005). Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- BOTELLA, C. BAÑOS, R. GALLARDO, M. (1999). *El trastorno obsesivo compulsivo*. UNED-FUE, Madrid.
- CABEDO, E., BELLOCH, A., MORILLO, C., JIMÉNEZ, A. Y CARRIÓ, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 3, pp. 465-479
- CLARK, D. A. (2002). Unwanted mental intrusions in clinical disorders: an introduction (2002). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 16, 2, 123-126.
- CLARK, D. A. Y PURDON, C. (1993). New Perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- FERNÁNDEZ-LLEBRÉS, R., GODOY, A. Y GAVINO, A (2010). *Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (FPAQ-A)*. *Psicothema*, 2, 3, 489-494.
- FOA, E. Y WILSON, R. (1992) *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robin Book.
- FOA, E., KOZAK, M., SALKOWSKY, P., COLES, M. Y AMIR, N. (1998) The validations of a new obsessive compulsive disorder scale: The obsessive compulsive inventory. *Psychological assessment*, 10, 206-214.
- FREESTON, M., RHEAUME, J. Y LADOUCEUR, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavioural Research and Therapy*, 34, 433-446.
- HAZLETT-STEVENS, H., ZUCKER, B.G., & CRASKE, M.G. (2002). The relationship of thought-action fusion to pathological worry and generalized anxiety disorder. *Behaviour research and Therapy*, 40, 1199-1204.
- MARINO, T.L., LUNT, R.A., Y NEGY, C. (2008). Thought-action fusion: A comprehensive analysis using structural equation modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 845-853.
- MEYER, T.J., MILLER, M.L., METZGER, R.L. Y BORKOVEC, T.D. (1990). Development and validation of the Penn StateWorry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- PURDON, C. Y CLARK, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- RACHMAN, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Reserach and Therapy*, 35, 793-802.
- RACHMAN, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Reserach and Therapy*, 16, 233-248.
- RASSIN, E. (2001). The contribution of thought-action fusion and thought suppression in the development of obsession -like intrusions in normal participants. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1023-1032.
- RASSIN, E., MERCKELBACH, H., MURIS, P., Y SPAAN, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- RASSIN, E., MERCKELBACH, MURIS, P., SCHMIGT, H (2001). The thought-action fusion scale: further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537-544.
- RASSIN, E., DIEPSTRATEN, P; MERCKELBACH, H; MURIS, P. (2001) Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- RASSIN, E., MURIS, P., SCHMIDT, H., MERCKELBACH, H. (2000). Relationship between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modelling approach. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 889-897.
- RASSIN, E. (2001). The contribution of thought-action fusion and thought suppression in the development og obsession-like intrusions in normal participants. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1023-1032.
- SALKOVSKIS, P.M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALKOVSKIS, P.M., RICHARDS, C. Y FORRESTER, E. (1995). The relationship between obsesional problems and intrusive thoughts. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- SALKOVSKIS, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- SANDIN, B., VALIENTE, R.M., CHOROT, P., OLMEDO, M., Y SANTED, M.A. (2009). Validación española del cuestionario PSWQ. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- SHAFRAN, D, THOUDARSON, M., RACHANMAN, D. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of anxiety disorder*, 10, 5, 379-391
- SHAFRAN, R. Y RACHMAN, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- WANG, A; CLARK, D. HAUNTING (2002). The problem of obsessive mental intrusions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 16, No 2.
- WELLS, A. (2002). Worry, metacognition, consequences, and treatment. *Journal of cognitive psychotherapy: An international Quarterly*, 16, 2, 179-192.
- ZUCKER, B., CRASKE, M., BARRIOS, V., HOLGUIN, M. (2002) Thought action fusion: can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-664.