

ADAPTACIÓN ARGENTINA DE LA ESCALA DE FUSIÓN PENSAMIENTO-ACCIÓN: RESULTADOS PRELIMINARES DE SU APLICACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y POBLACIÓN NO CLÍNICA

ARGENTINIAN ADAPTATION OF THE THOUGHT ACTION FUSION SCALE: PRELIMINARY DATA ABOUT ITS APPLICATION IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER PATIENTS, PATIENTS WITH OTHERS ANXIETY DISORDERS AND A NON CLINICAL SAMPLE

Rodríguez Biglieri, Ricardo¹; Maglio, Ana Laura²; Keegan, Eduardo³

RESUMEN

La presente investigación se inserta en el marco de una tesis doctoral tendiente a evaluar el perfil cognitivo de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Algunos modelos cognitivos sostienen que los pacientes con TOC presentan creencias de tipo fusión pensamiento-acción que predispondrían a la aparición y mantenimiento de los síntomas.

Los objetivos del estudio fueron: 1) Realizar una adaptación lingüística y conceptual de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción (Thought Action Fusion Scale; Shafran, Thordarson & Rachman, 1996); 2) Obtener datos psicométricos preliminares sobre su confiabilidad y validez. La escala obtenida mediante retrotraducción fue administrada a una muestra de 30 pacientes con TOC, 60 pacientes con otros trastornos de ansiedad y a una muestra no clínica compuesta por 100 sujetos. Los indicadores de consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez fueron adecuados. En vista de los resultados, se discuten sus implicancias teóricas y clínicas.

Palabras clave:

Trastorno Obsesivo Compulsivo - Creencias obsesivas - Escala de Fusión Pensamiento Acción

ABSTRACT

The outlined investigation was performed in the context of a doctoral thesis aimed on the evaluation of the cognitive profile of Obsessive Compulsive Disorder patients. Some cognitive models support that Obsessive Compulsive Disorder (OCD) patients have thought-action fusion beliefs that could predispose to development and maintenance of symptoms.

The aim of study was: 1) to make a Spanish adaptation of the Thought-action Fusion Scale (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996); 2) to find out preliminary data about their reliability and validity. The back-translated scale was administered to 30 OCD patients, 60 other anxiety disorder patients and to 100 non clinic subjects sample. Internal consistency, repeatability and validity results were appropriated. Theoretical and Clinical implications are discussed.

Key words:

Obsessive Compulsive Disorder - Obsessive beliefs - Thought Action Fusion Scale

¹ Jefe de Trabajos Prácticos 2° Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Becario CONICET. rodriguezbiglieri@yahoo.com.ar

² Docente Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico. Módulo I. Cátedra I. Facultad de Psicología. UBA.

³ Profesor Titular 2° Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Director Proyecto UBACyT P079.

INTRODUCCIÓN

Es de suma importancia poder identificar y evaluar las creencias que pueden relacionarse con la aparición y/o mantenimiento de los diversos trastornos que son objeto de atención clínica.

La hipótesis básica de la terapia cognitiva respecto del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) señala que los pensamientos intrusivos (considerados como fenómenos comunes) son la materia prima de las obsesiones, es decir, pueden transformarse en tales dependiendo del significado que les sea atribuido (Salkovskis, 1985; Salkovskis, Richards & Forrester, 1995; Rachman, 1976, 1997, 2003; Rodríguez Biglieri, 2004). Se han propuesto diversos tipos de creencias, las cuales estarían involucradas en dicho proceso de adscripción de significado. Al respecto, uno de los sistemas de creencias más estudiados es el denominado "fusión pensamiento-acción" (Rachman, 1993, 1997, 2003; Rassin, Merckelbach, Muris & Spaan, 1999; Shafran, Thordarson & Rachman, 1996; Zucker, Craske, Barrios & Holguin, 2002; Wells, 1997). Dichas creencias hacen referencia a la tendencia de los pacientes con TOC a considerar pensamientos y acciones como equivalentes respecto de sus consecuencias éticas (vertiente moral), o bien a suponer que la probabilidad de que acontezcan algunas situaciones aumenta si se piensa en ellas (vertiente probabilística). Numerosos estudios examinaron el rol de este tipo de creencias en la aparición y mantenimiento del TOC (Rassin, Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000; Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993; Zucker, Craske, Barrios & Holguin, 2000; Wells, 2000). Para evaluar la presencia de este sesgo cognitivo se desarrolló la escala de Fusión Pensamiento-Acción (Thought Action Fusion Scale) (Shafran, R., Thordarson, D., & Rachman, S. 1996). El instrumento original ha demostrado excelentes propiedades psicométricas y se ha constituido en una herramienta de suma utilidad clínica y de investigación (Rachman, 1997, 2003; Rassin, Muris, Schmidt & Merckelbach, 2000; Thordarson & Shafran, 2002). En los últimos años se ha observado un creciente interés por las investigaciones inter y transculturales (Van de Vijver & Lonner, 1995), lo que generó una tendencia hacia la validación de instrumentos en diferentes poblaciones, con la finalidad de establecer comparaciones. Dada la necesidad de contar con instrumentos que evalúen este tipo de creencias en nuestra población el presente estudio se fijó los siguientes objetivos: 1) realizar la adaptación lingüística y conceptual de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción; 2) Obtener datos psicométricos preliminares sobre su confiabilidad y validez.

Los datos expuestos en el artículo son resultados preliminares del trabajo efectuado en la tesis doctoral "Perfil Cognitivo de Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo y su Relación Con Sintomatología específica y asociada", realizada dentro del marco de una Beca

otorgada por el CONICET, y vinculada al proyecto UBACyT P079 "Eficacia y Utilidad Clínica de dos variantes de Terapia Cognitiva en Pacientes Argentinos con Trastorno Obsesivo Compulsivo".

MÉTODO

Muestra

La muestra fue conformada por tres grupos independientes. El primer grupo estuvo compuesto por 30 pacientes con diagnóstico de TOC según criterios DSM IV (APA, 1994). La edad media del grupo fue de 33 años (DT= 7,6; rango de edad entre 21 y 52 años). 15 integrantes eran hombres y 15 mujeres, la mayoría permanecía soltero (70%), de nivel socio-económico medio (80%) y se encontraban cursando o habían terminado estudios superiores (65%).

Un segundo grupo estuvo compuesto por 60 pacientes con otros trastornos de ansiedad (CA) (20 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, 13 con Fobia social, 25 con Trastorno de Angustia con Agorafobia y 2 con Fobia simple), 25 hombres y 35 mujeres, con una media de edad de 31 años (DT = 6,2; rango entre 21 y 50 años), con características socio-demográficas equivalentes.

Finalmente el tercer grupo, denominado Control Comunitario (CC), estuvo integrado por 100 sujetos que no presentaban trastornos especificados en el eje I del DSM IV (APA, 1994), de los cuales 50 eran hombres y 50 mujeres, apareados en función de la edad y características socio-demográficas de los grupos anteriores. La edad media del grupo fue de 34 años (DT = 9,1; rango de edad entre 21 y 55 años). Los tres grupos fueron seleccionados intencionalmente, los grupos clínicos provenían principalmente de distintos centros hospitalarios o clínicos, tanto públicos como privados, donde habían realizado una consulta espontánea. Todos los participantes tenían lugar de residencia en la Ciudad autónoma de Bs. As. o en el conurbano bonaerense.

Instrumentos

- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, et al., 1995). Esta entrevista está diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (APA, 1994). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
- Escala de Fusión Pensamiento Acción, versión en español. El instrumento original posee 19 ítems que evalúan la tendencia del paciente a presentar este tipo de sesgo cognitivo. La medición se efectúa a través de una escala tipo Likert de 0-4 puntos que reflejan el grado de acuerdo del individuo con cada

sentencia. El análisis factorial de la versión original ha identificado la presencia de tres factores bien delimitados, denominados: 1) vertiente moral, evaluada a través de 12 ítems (Ej: "Desearle daño a alguien es casi tan malo como hacerle daño"); 2) vertiente probabilística relacionada con daños a terceros, evaluada por 4 ítems (Ej: "Si pienso que un familiar o amigo puede sufrir un accidente de tránsito, eso aumenta el riesgo de que le suceda"); 3) Vertiente probabilística relacionada con daño a sí mismo, evaluada por medio de 3 ítems (Ej: "Si pienso que me puedo enfermar, aumenta el riesgo de que me enferme").

- Cuestionarios de Creencias Obsesivas (CCO) (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003). Cuestionario que evalúa las principales cogniciones asociadas con el TOC. A los fines de la presente investigación se administraron los ítems de la subescala denominada: "Importancia del pensamiento", ya que dicho subescala evalúa un constructo cuya definición es convergente con la del concepto de "fusión pensamiento-acción".
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, et. al., 1961): escala de 21 ítems, evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión.

Desarrollo de la versión castellana de la Escala de Fusión Pensamiento Acción (EFPA):

En primer lugar se obtuvo el consentimiento de los autores de la versión inglesa para efectuar las labores de adaptación. Luego, se conformó un grupo de tres profesionales, expertos en la evaluación de creencias relacionadas con el TOC y con amplio dominio del idioma inglés. Este grupo, desarrolló en conjunto con dos traductores públicos una versión preliminar en castellano. Con posterioridad, dicha versión fue traducida nuevamente al inglés por otro traductor público, conforme al proceso de retrotraducción utilizado comúnmente en estos casos (Brislin, Lonner & Thorndike, 1973; Brislin, 1986). Más tarde un evaluador bilingüe, que no había participado del proyecto hasta el momento, examinó la correspondencia de significado entre los ítems retroducidos con los de la escala original.

La comprensión de la primera versión piloto se evaluó en una muestra piloto de 100 sujetos, conformada por estudiantes de grado de la carrera de psicología de la Universidad de Buenos Aires, pacientes y empleados del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. No se registraron problemas relacionados con la comprensión de los ítems, por lo que se decidió conservar dicha versión para los análisis posteriores.

Procedimiento

En primer lugar, todos los participantes llenaron una encuesta sobre sus datos socio-demográficos básicos (edad, sexo, estado civil, nivel socio-económico y nivel

de estudio). Se obtuvo el consentimiento informado de cada sujeto y posteriormente se les administró la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, et al., 1995), con el fin de determinar su inclusión en algunos de los grupos. Luego, completaban la versión castellana de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción, el BDI, y los ítems de la escala importancia de pensamiento del CCO.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versión 11.0.

RESULTADOS

Evidencias de Validez de Teórica y de Contenido

Para evaluar la validez de contenido del instrumento se procedió a analizar el poder de discriminación de los ítems mediante el cálculo de la fórmula de la correlación ítem-total corregida, tomando para ello los datos obtenidos en la muestra del grupo CC. Todos los ítems presentaban correlaciones superiores a 0.50, sugiriendo un adecuado poder de discriminación entre sujetos. La repetición del cálculo añadiendo a la muestra CC los datos de los grupos clínicos fue similar. Por otro lado, la validez de contenido también fue testeada utilizando el criterio de acuerdo inter-jueces. Tres jueces independientes que no habían participado en el proceso de traducción del instrumento recibieron el total de los ítems y evaluaron si éstos representaban operacionalizaciones adecuadas del constructo fusión pensamiento-acción. En el cálculo del Coeficiente V de Aiken (Escurra, 1988) los 19 ítems alcanzaron valores significativos de 1.00 ($p < 0.01$).

Previo al análisis factorial exploratorio se efectuaron pruebas de adecuación muestral, arrojando éstos resultados satisfactorios (prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2 = 1155,20$; $gl = 171$; $p < .0001$; $KMO = 0.88$).

El análisis de la validez teórica se llevó a cabo mediante un análisis de los componentes principales (*rotación Varimax*). Para los cálculos iniciales se utilizó la muestra conformada por el grupo CC. La Tabla 1 muestra los resultados del análisis factorial y la composición de cada factor.

Tabla 1. Resultados del análisis de componentes principales (rotación varimax con Criterio Kaiser de Normalización)

	Componentes		
	1	2	3
ITEM1	,620		
ITEM2		,783	
ITEM3	,700		
ITEM4	,689		
ITEM5		,789	
ITEM6	,745		
ITEM7		,830	
ITEM8	,739		
ITEM9		,797	
ITEM10	,664		
ITEM11	,666		
ITEM12			,803
ITEM13	,702		
ITEM14			,805
ITEM15	,700		
ITEM16			,815
ITEM17	,725		
ITEM18	,654		
ITEM19	,607		

Nota: Las casillas en blanco indican correlaciones menores a 0.35.

El análisis arrojó datos similares a los hallados por los autores de la versión original y por otros investigadores (Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996; Zucker, Craske, Barrios & Holguin, 2000). Se constataron tres factores que constituyen las subescalas Moral (Ítems 1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 18 y 19); probabilística relacionada con daño a terceros (Ítems 2, 5, 7 y 9) y probabilística relacionada con daño a sí mismo (Ítems 12, 14 y 16). La solución de tres factores alcanzó a explicar el 70,30 % de la varianza total (Factor 1= 32,5 %; Factor 2= 25,6 % y Factor 3= 12,2 %).

Con el objetivo de examinar si la estructura presentaba variaciones en función del género y/o grupo se repitió el mismo análisis por separado, para hombres y mujeres y por grupo. Los resultados arrojaron una agrupación factorial prácticamente idéntica, por lo que se utilizó esta estructura factorial para los análisis posteriores.

Estadísticos descriptivos básicos y evidencias de confiabilidad

La tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos en relación a los puntajes medios y desvíos estándar obtenidos por cada grupo en relación al puntaje total y al obtenido en cada subescala.

Empleando la muestra del grupo CC, y con la finalidad de analizar la consistencia interna del instrumento, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para cada factor

y para la escala total (Factor 1 $\alpha= 0.93$; Factor 2 $\alpha= 0.95$; Factor 3 $\alpha= 0.86$; Escala Total $\alpha= 0.95$). Posteriormente se empleó el mismo procedimiento pero tomando la totalidad de la muestra para el análisis, los resultados fueron muy similares.

Para analizar la confiabilidad test-retest del instrumento se realizaron dos administraciones del mismo a 30 personas del grupo CC con un intervalo de 15 días. El coeficiente de correlación fue adecuado ($r= 0.81$) sugiriendo la estabilidad del instrumento en el período de tiempo evaluado.

Tabla 2. Estadísticos Descriptivos por grupo en la EFPA.

	Moral	Prob. Daño a sí mismo	Prob. Daño a terceros	Total
Grupo TOC				
n	30	30	30	30
Media	30,1	7,8	9,8	47,9
Desv. típ.	5,3	2,4	2,2	13,3
Grupo CA				
n	60	60	60	60
Media	15,6	4,6	3,3	23,6
Desv. típ.	3,5	1,4	1,1	5,5
Grupo CC				
n	100	100	100	100
Media	8,1	2,7	,49	11,3
Desv. típ.	5,3	2,8	,93	7,1

Evidencias de Validez Convergente y Discriminante

Para el análisis de estos aspectos de la validez se calcularon las correlaciones Spearman entre las puntuaciones obtenidas por grupo control en la EFPA y la subescala Importancia del pensamiento del CCO, por un lado, y entre aquéllas y las puntuaciones registradas en el BDI (tabla 3). El empleo de estadística no paramétrica se debió a que no pudieron comprobarse los supuestos de normalidad de las muestras. Dado que el constructo "Importancia del Pensamiento" es convergente con el de "fusión pensamiento-acción", cabe esperar una correlación más elevada entre la EFPA y la subescala antes mencionada del CCO que entre éstas y el BDI. Como puede observarse, los resultados corroboran esta hipótesis.

Tabla 3: Correlaciones Spearman de la EFPA con la Subescala de Importancia de Pensamiento del CCO y el BDI

Factores EFPA	Importancia del Pensamiento (CCO)	BDI
Moral	0,79**	0,40**
Probabilística daño a sí mismo	0,76**	0,35*
Probabilística daño a Terceros	0,82**	0,32**
Total	0,80***	0,36**

Nota: * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Posteriormente se realizaron los mismos cálculos tomando la totalidad de la muestra, conformada por los grupos CC, TOC y CA. Los resultados de las correlaciones fueron prácticamente idénticos.

Con la finalidad de corroborar si existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la EFPA en los diferentes grupos, se realizó una prueba H de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Las tabla 4 muestran los resultados de la comparación entre los tres grupos. Por otro lado, se examinó la presencia de posibles diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones de la EFPA. No se hallaron diferencias significativas entre sexos en ningún caso.

Tabla 4: Resultados de las comparaciones entre los tres grupos mediante prueba Kruskal-Wallis para muestras Independientes en relación a las puntuaciones obtenidas en la EFPA.

	EFPA TOTAL	Moral	Prob. Daño a sí mismo	Prob. Daño a Terceros
Chi-cuadrado	71,300	60,196	30,256	66,180
gl	2	2	2	2
Sig. asintót.	,0001	,0001	,0001	,0001

Discusión

En base a los datos preliminares obtenidos se observa que la versión castellana posee una adecuada consistencia interna y confiabilidad test-retest. Por otro lado, el análisis factorial exploratorio arrojó resultados concordantes con los obtenidos por los autores de la versión original y otros grupos de investigación; corroborando la estructura de tres factores propuesta en dichos estudios (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996; Rassin, Merckelbach, Muris, & Spaan, 1999; Thordarson & Shafran, 2002).

Los tres factores aislados corresponden a las subescalas moral, probabilística relacionada con daño a sí mismo y probabilística relacionada con daño a terceros. Con respecto a los resultados en relación a la validez del instrumento, se observan evidencias preliminares que indicarían una adecuada validez convergente y discriminante. Por otro lado, las pruebas de comparación entre grupos evidenciaron diferencias significativas respecto de las puntuaciones totales, sugiriendo la capacidad del instrumento de discriminar adecuadamente a los sujetos pertenecientes a los diferentes grupos. No obstante, cabe destacar el carácter preliminar y exploratorio de los resultados aquí expuestos. Sería necesario ampliar considerablemente el número de la muestra y emplear distintos procedimientos con la finalidad de evaluar la estabilidad de la estructura factorial encontrada, así como otros aspectos relacionados con las pruebas de validez del instrumento.

Por otro lado, un resultado indirecto del presente estu-

dio es que los datos obtenidos concuerdan con las predicciones derivadas de diversos modelos cognitivos sobre la presencia de creencias de tipo fusión pensamiento acción en pacientes con TOC (Rachman, 1997, 2003; Rassin, Merckelbach, Muris, & Spaan, 1999; Thordarson & Shafran, 2002; Wells & Matthews, 1994). Es decir, los pacientes con TOC obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los pacientes con otros trastornos de ansiedad y población no clínica en relación al puntaje total de la escala y en las subescalas Moral y probabilística relacionada con daños a terceros.

Futuras Líneas de investigación

Algunos investigadores han sostenido que la fusión entre pensamiento y acción es una característica frecuente en la mayoría de las personas y que, por lo tanto, no podría tener un rol tan importante en el mantenimiento y desarrollo del cuadro obsesivo-compulsivo. Si bien este hecho es verificable, creemos que los resultados de varias líneas de investigación apoyan la hipótesis de que si bien parte de la población presenta este sistema de creencias, no lo hace en el mismo grado que los pacientes con TOC. Los resultados de nuestro estudio parecen sugerir, en el mismo sentido, que las creencias respecto de la fusión pensamiento-acción se despliegan en un continuo dimensional, encontrando que las mismas pueden estar presentes en diversos grados. De acuerdo con nuestros resultados, los pacientes con TOC parecen presentar en mayor medida creencias de este tipo. No obstante, dicha hipótesis escapa a los objetivos planteados por el presente estudio, siendo la misma objeto de tesis doctoral mencionada al comienzo del artículo.

Sería necesario replicar este estudio con muestras mayores para confirmar la confiabilidad y validez del instrumento desarrollado. Por otro lado, uno de los objetivos de la tesis doctoral antes mencionada es el de evaluar la relación entre este tipo de creencias y la sintomatología obsesivo-compulsiva como forma de testear las hipótesis de ciertos modelos cognitivos respecto de su asociación. Además, resultaría de interés evaluar si existen diferencias respecto de la presencia de estas creencias en distintos subtipos de TOC, tal como se desprenden de algunas conceptualizaciones cognitivas (Freeston, Ladouceur, Gagnon, & Thibodeau, 1993; Rachman, 1998, 2003; Rodríguez Biglieri, 2004). Los estudios que no han hallado una importante correlación entre este tipo de creencias y la sintomatología obsesivo-compulsiva se han llevado a cabo en su mayoría con población no clínica o, en pocos casos, con pacientes con rituales de limpieza y chequeo (Cabello, Belloch, Morillo, Jiménez & Carrió, 2004). No obstante, pocos estudios se desarrollaron con pacientes con predominio de rituales mentales, quienes representan entre un tercio y la mitad de los casos de TOC

(Rachman, 2003; Rodríguez Biglieri, 2004). Es posible que este tipo de pacientes con TOC presente un perfil cognitivo diferente, lo cual implicaría consecuencias en la conceptualización y tratamiento de dichos cuadros.

Agradecimientos:

Los autores agradecen la valiosa colaboración de los Lics. Fernán Arana, Adriana Lago y Francisco Palacín, integrantes de la 2° Cátedra de clínica Psicológica y Psicoterapias de la Facultad de Psicología de la UBA; así como al equipo de Psicopatología del Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, IV edición. Washington, DC: Author. (Ed. Massón edición castellana).
- Beck, A.T.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brislin, R. (1986). The wording and translation of research instruments. W.J. Lonner & J. Berry (eds.), *Field methods in cross-cultural research* (pp-137-164). Beverly Hills, California: Sage.
- Brislin, R.; Lonner, W. & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley.
- Cabedo, E.; Belloch, A.; Morillo, C.; Jiménez, A. & Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento de la Obsesividad. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, (4), 3. 465-479.
- Clark, D. & Purdon, C.(1993). New perspectives of a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167
- Cía, A. (1995) Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados. Bs.As: Ateneo.
- Edwards, S. & Dikerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: a two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology*, 60. 317-328.
- Escurra, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por el criterio de jueces. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. VI (1-2). 103-111.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.; Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I): User's Guide and Interview, Research Version*. New York, Biometrics Research Department, New York. Psychiatric Institute.
- Freeston, M.; Ladouceur, R.; Gagnon, F. & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15. 1-21.
- Hiss, H.; Foa, E.; y Kozak, M. (1994). A relapse prevention program for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la Salud*, 2. 503-508.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41. 863-878
- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S.(1976). The modification of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S: (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35. 793-802
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36. 385-401.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford. Oxford University Press.
- Rachman, S.; de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rassin, E.; Merckelbach, H.; Muris, P. & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behavior Research and Therapy*, 37. 231-237.
- Rassin, E.; Muris, P.; Schmidt, H. & Merckelbach, H. (2000). Rela-

- tionships between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behavior Research and Therapy*, 38. 889-897.
- Reynolds, M. & Salkovskis, P. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population; an attempted replication. *Behavior Research and Therapy*, 30. 259-265.
- Rodríguez Biglieri, R. (2004). *Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas*. Vertex, 15, (56).85-90.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P., Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication". *Behavior research and therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P., Richards, H. & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23. 281-299.
- Shafran, R.; Thordarson, D.; Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 579-91
- Thordarson, D. & Shafran, R. (2002). Importance of thought. En Randy Frost & Gail Steketee (Eds) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp 15-28). Oxford, England: Pergamon Press.
- Van de Vijver, F. & Lonner, W. (1995). A bibliometric analysis of the journal of cross-cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26. 591-602.
- Wells, A. (1998). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A.; Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A Clinical perspective*. Hove, UK. Erlbaum. 1994.
- Zucker, B.; Craske, M.; Barrios, V. & Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: can it be corrected?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-655.

Fecha de recepción: 6 de febrero de 2007

Fecha de aceptación: 13 de marzo de 2007