

ADAPTACIÓN ARGENTINA DEL CUESTIONARIO DE CREENCIAS OBSESIVAS*
RICARDO **RODRÍGUEZ BIGLIERI**** Y GISELLE **VETERE*****

Resumen

La investigación que se informa se inserta en el marco de una tesis doctoral cuyo objetivo es evaluar el perfil cognitivo de los pacientes con *Trastorno Obsesivo Compulsivo* (TOC). Se describen dos estudios: una adaptación lingüística y conceptual del *Cuestionario de Creencias Obsesivas* (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005) y una evaluación de las características psicométricas del instrumento desarrollado. Como resultado de ambos estudios se llegó a una versión revisada y abreviada del instrumento. Los análisis realizados arrojaron una solución factorial de cuatro componentes, los cuales conformaron cuatro subescalas denominadas: (a) *Perfeccionismo y necesidad de certeza* (PNC), (b) *Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos* (IPC), (c) *Responsabilidad por daño* (RD) y (d) *Sobrestimación del peligro* (SP). Dicha composición factorial alcanzó a explicar más del 60% de la variancia total y fue similar a la encontrada por los autores de la versión original, exceptuando el hecho de que las subescalas de SP y RD constituyeron dos factores independientes, mientras que en la versión original se agruparon en uno

* El presente trabajo forma parte de la tesis doctoral del primer autor.

** Licenciado en Psicología. Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becario Interno Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Corrientes 5239, Piso 11, Dpto. D - (1414) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina. E-Mail: rodriguezbiglieri@yahoo.com.ar

*** Licenciada en Psicología. Ayudante de la Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becaria Interna Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

solo. Los índices de consistencia interna ($\alpha = .937$) y la confiabilidad test-retest ($r = .83$) fueron excelentes. Por otro lado, los resultados de las pruebas de validez convergente y discriminante fueron muy satisfactorios. Los datos expuestos son sólo preliminares, se necesitan investigaciones posteriores que tiendan a ampliar los estudios sobre su validez.

Palabras clave: Creencias - Evaluación cognitiva - Trastorno Obsesivo Compulsivo - Cuestionario de Creencias Obsesivas.

Abstract

This article is based on a doctoral thesis framework which assesses cognitive profiles in *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) patients. We have divided the process into the following two studies: a linguistic and conceptual adaptation of the *Obsessive Belief Questionnaire* - OBQ (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005) and an assessment of the psychometric characteristics of the adapted questionnaire.

In the first study, original OBQ items were translated into Spanish and then back into English, as is generally suggested by cross-cultural research methods.

We achieved a revised and abbreviated version of the instrument consisting of 31 items. The results, based on a sample of 260 community controls (120 men and 140 women), were factor analyzed and divided into four sub-scales called: (a) Perfectionism and intolerance for uncertainty (PIC), (b) Importance and control of intrusive thoughts (ICT), (c) Responsibility (R), and (d) Overestimation of threat (OT).

The above mentioned factorial categories accounted for more than 60% of total variance and were similar to those found by the authors of the original version, with the exception that OT and R sub-scales became two independent factors, while in the original version they were grouped in only one factor. Internal consistency and test/re-test reliability, assessed over a 30 day period, were found to be excellent ($\alpha = .937$; $r = .83$, respectively).

In the second study, the OBQ-31, the Beck Depression Inventory and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale were taken by 30 patients diagnosed with obsessive compulsive disorder (OCD), 40 patients with other anxiety disorders (AC), and 120 community controls (CC). We also factor analyzed data from this total sample ($N = 190$) and obtained identical results as in the first study.

In order to examine the convergent and discriminant validity of the OBQ-31, we did a series of analyses. On the one hand, the results of a one-way ANOVA showed significant differences across groups ($F = 79.853$; $gl = 2$; $p < .000$) in relation to the total scores of OBQ-31. Post hoc comparisons showed that OCD group patients had significantly higher scores than both AC and CC groups. The AC group, in turn, scored significantly higher than the CC group. Furthermore, a Pearson correlation between the Y-Bocs and the OBQ-31 scores of the OCD group was calculated, resulting in a significant correlation between both instruments ($r = .715$; $p < .004$). Our next step involved using the total sample ($N = 190$) to explore correlations between the OBQ-31 and the BDI scores; however, our findings were low and non significant ($r = .161$; $p = .80$). Later, the coefficient was estimated again, this time considering scores obtained by both clinical groups ($n = 70$). The correlation coefficient was low again, although significant at a statistical level ($r = .31$; $p < .05$). Consequently, both convergent and discriminant validity analyses proved satisfactory.

The obtained data and results are preliminary, and will require further research to solidify the validity of OBQ-31.

Key words: Beliefs - Cognitive assessment - Obsessive Compulsive Disorder - Obsessive Beliefs Questionnaire.

Introducción

Existe un creciente interés en el diseño de instrumentos que posibiliten la identificación y evaluación de las creencias que se plantean como relacionadas con la aparición y/o mantenimiento de los diversos trastornos que son objeto de atención clínica.

Un aspecto central de los modelos cognitivos del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es la hipótesis de que la interpretación que el paciente realiza sobre sus pensamientos intrusivos promueve la transformación de éstos en obsesiones (Rachman, 1976, 1997, 2003; Rodríguez Biglieri, 2004; Salkovskis, 1985; Salkovskis, Richards & Forrester, 1995). Dichas interpretaciones se consideran mediadas por diversas creencias o presunciones (Frost & Steketee, 2002; Keegan, 2007). Diversos grupos de investigadores han sugerido que distintos sistemas de creencias (por ejemplo: responsabilidad por daño, sobrestimación del peligro, fusión pensamiento / acción, intolerancia a la incertidumbre) participan en el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de los síntomas obsesivos compulsivos (Freeston, Rheaume & Ladouceur, 1996; Frost & Steketee, 2002; Purdon, 2001). En congruencia con las hipótesis mencionadas, los tratamientos cognitivos del TOC se centraron en estrategias que se dirigían a la modificación de tales creencias (Rachman, 1998; Salkovskis & Warwick, 1985; van Oppen & Emmelkamp, 2000; Whittal & McLean, 1999). No obstante el consenso con respecto a la importancia de la medición de los constructos en cuestión, varias de las herramientas diseñadas a tal fin presentaban serias limitaciones desde el punto de vista psicométrico y notables dispersiones con respecto a los constructos que se consideraban relevantes (Rachman, 1993, 1997, 2003; Rassin, Merckelbach, Muris & Spaan, 1999; Shafran, Thordarson & Rachman, 1996; Taylor, Kyrios, Thordarson, Steketee & Frost, 2002; Wells, 1997; Zucker, Craske, Barrios & Holguin, 2002).

Para promover la superación de los inconvenientes mencionados, en el año 1997 se conformó el Grupo de Trabajo sobre Cogniciones relacionadas con Obsesiones y Compulsiones (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group - OCCWG*), integrado por numerosos investigadores especialistas en el área, provenientes de diversas naciones. Del trabajo de este grupo surgieron diferentes publicaciones (1997, 2001, 2003), en las que se identificaban seis tipos de creencias consideradas centrales en el TOC: (1) Sobrestimación del peligro, (2) Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, (3) Control de pensamiento, (4) Perfeccionismo, (5) Intolerancia a la incertidumbre y (6) Responsabilidad por daño. Este grupo desarrolló un instrumento

de 87 ítemes denominado *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ-87). El mismo mostró buenos índices de consistencia interna, no obstante presentaba otros problemas de tipo psicométrico, relacionados con aspectos de su validez discriminante (se evidenciaron problemas al evaluar la capacidad del instrumento para diferenciar pacientes con TOC de aquéllos con otros cuadros de ansiedad).

Diversos análisis posteriores (OCCWG, 2005) arrojaron como resultado una versión de 44 ítemes (OBQ-44) que presentó adecuados índices de confiabilidad y validez. En la misma se evalúa a través de una escala de tipo Likert graduada en siete puntos, el grado de acuerdo o desacuerdo que los sujetos poseen con respecto a cada sentencia. En la versión de 44 ítemes los autores optaron por una solución factorial que presentaba tres subescalas, denominadas: (1) Responsabilidad por daño y sobrestimación de peligro, (2) Perfeccionismo y necesidad de certeza y (3) Importancia otorgada a los pensamientos y necesidad de controlarlos.

Los tres factores descriptos estaban conformados con una combinación de los seis tipos de creencias postulados originariamente. El hecho de que los ítemes de *Responsabilidad por daño y sobrestimación de peligro* presentaran cargas elevadas en el mismo factor es consistente con las teorías cognitivas más modernas que señalan que en pacientes con TOC, las preocupaciones excesivas sobre responsabilidad por daño acarrearán obsesiones con respecto a causar o prevenir daño (Rachman, 1997). La superposición entre *Perfeccionismo y necesidad de certeza* es congruente con la observación clínica de que los pacientes con TOC tratan de minimizar errores, disipando las dudas provenientes de las obsesiones. De la misma forma, se piensa que la importancia otorgada a los pensamientos intrusivos genera las bases que impulsan hacia la necesidad de controlarlos. Dicho de otra forma, las personas sólo tienden a querer controlar aquellas cosas que consideran peligrosas; por ello no resulta extraño que ítemes de ambos constructos (*Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y Necesidad de controlarlos*) se agrupen en un mismo factor (Freston & Ladouceur, 1997).

Propiciado por el OCCWG se han generado numerosos intentos de validar el instrumento en poblaciones de diferentes países (Australia, Canadá, Francia, Grecia, Países Bajos, Italia y España), dado el consenso clínico con respecto a la utilidad de la herramienta para evaluar los sistemas de creencias en pacientes con TOC (Sica et al., 2004). Además, existe un creciente interés por las investigaciones inter y transculturales (Van de Vijver & Lonner, 1995), lo que también 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 Argentina se desarrollaron dos estudios.

Estudio nº 1

Los objetivos de este estudio fueron: realizar la adaptación lingüística y conceptual del Cuestionario de Creencias Obsesivas y efectuar pruebas preliminares para la depuración del instrumento.

Método

Muestra para la aplicación de la versión desarrollada

La muestra estuvo integrada por 260 sujetos, de los cuales 120 eran hombres y 140 mujeres. La media de edad fue 37 años ($DE = 9.1$; con un rango de edad entre 21 y 55 años). Todos los participantes residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el conurbano bonaerense (República Argentina). La mayoría eran solteros (55%), de nivel socioeconómico medio (65%) y se encontraban cursando o habían terminado estudios superiores (65%). El 35% trabajaba bajo dependencia en el sector privado, el 15% lo hacía en el sector público, el 40% trabajaba como cuentapropista y el 10% restante refería estar desocupado o sub-ocupado.

Instrumentos

El instrumento utilizado fue la versión en español del Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO).

En primer lugar se obtuvo el consentimiento de los autores de la versión inglesa para efectuar la 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, quienes desarrollaron una versión en español, respetando los modismos clásicos de la cultura rioplatense. Se empleó como control una doble traducción al inglés original, la cual fue chequeada por evaluadores bilingües independientes. Pudo observarse entonces, conforme al proceso de retrotraducción utilizado comúnmente en estos casos (Brislin, 1986; Brislin, Lonner & Thorndike, 1973), una casi total coincidencia entre las versiones establecidas.

La comprensión de la primera versión piloto se evaluó aplicándola a una muestra de 50 sujetos, conformada por estudiantes 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 ítemes o consignas, por lo que se decidió conservar dicha versión para los análisis posteriores. Además, el contenido del instrumento fue sometido a juicio experto teniendo en cuenta los criterios de diseño de la escala, se calculó el Coeficiente V de Aiken (Escorra, 1988) para los 44 ítemes alcanzando valores significativos de .88 ($p < .01$).

Procedimiento

En primer lugar, todos los participantes completaron una encuesta sobre sus datos sociodemográficos básicos (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y nivel de estudio). Se obtuvo el consentimiento informado de cada sujeto y posteriormente, completaron la versión en español del Cuestionario de Creencias Obsesivas. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 11.0.

Resultados

Pruebas de validez teórica

Para evaluar el poder discriminativo de los ítemes del instrumento se procedió a efectuar el cálculo de la fórmula de la correlación ítem-total corregida. Ocho ítemes presentaron correlaciones inferiores a .20, indicando su escaso poder de discriminación entre sujetos. Los ítemes restantes presentaron correlaciones superiores a .45, sugiriendo un adecuado poder de discriminación. Previo al análisis factorial exploratorio se efectuaron pruebas de adecuación muestral, las que arrojaron resultados satisfactorios.

Se procedió a realizar una depuración del instrumento eliminando los ocho ítemes que presentaban bajo poder de discriminación. Luego, se realizó un análisis de componentes principales con rotación Varimax y criterio de normalización Kaiser, fruto del cual se eliminaron cinco ítemes por presentar saturaciones únicas bajas ($< .40$), o cargas elevadas dobles ($\geq .40$). La elección del método de rotación estuvo supeditada a que las teorías cognitivas clásicas más consolidadas sostienen la independencia de los constructos

que se intentan evaluar en el instrumento. Como resultado del análisis se obtuvo un instrumento de 31 ítems que presentaba una solución de cuatro factores con autovalores iniciales mayores a 1, que llegaban a explicar más del 60% de la variancia total. El aporte de cada factor a la variancia fue el siguiente: $F1 = 16.22\%$; $F2 = 16.03\%$; $F3 = 14.12\%$ y $F4 = 14.21\%$.

El Factor 1 agrupaba ítems sobre *Perfeccionismo y necesidad de certeza* (PNC), el Factor 2 los de *Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos* (IPC), mientras que los Factores 3 y 4 agrupaban los ítems de *Responsabilidad por daño* (RD) y *Sobrestimación del peligro* (SP), respectivamente. Por razones de espacio y dada la similitud entre las soluciones factoriales halladas en los estudios 1 y 2, se reportará luego sólo la encontrada en este último.

Conclusión

A partir de la versión en inglés del Cuestionario de Creencias Obsesivas (OCCWG, 2005) se desarrolló un proceso de adaptación que dio como resultado una versión en español.

De dicha versión de 44 ítems fueron excluidos un total de 13, ya sea por registrar bajos índices de discriminación entre sujetos, o por presentar saturaciones dobles o bajas en el análisis factorial exploratorio. De la depuración resultó una versión nueva de 31 ítems. La reducción del número de ítems podría ser de suma utilidad para su aplicación en contextos clínicos, en los cuales la extensión de los instrumentos juega un rol negativo. La nueva versión presentó una solución factorial de cuatro componentes. Dicha solución concuerda con la hallada recientemente por los autores de la versión original (OCCWG, 2005) en lo relacionado con las subescalas de IPC y PNC. La diferencia radica que en la versión original, los ítems de *Sobrestimación del peligro* y *Responsabilidad por daño* se fusionaron en un solo factor, mientras que en el estudio que se informa ambos constituyeron subescalas diferentes. Sin embargo, el resultado es congruente con las teorías cognitivas clásicas que consideran a ambos como constructos diferentes (Salkovskis, 1985, 1989; Sookman & Pinar, 2002).

Estudio 2

El objetivo de este estudio fue obtener datos psicométricos preliminares sobre la confiabilidad y validez del instrumento.

Método

Muestra

La muestra se conformó con tres grupos independientes:

a.- El primer grupo estuvo compuesto por 30 pacientes con diagnóstico de TOC según criterios DSM IV (APA, 1994) y la media de edad fue 33 años ($DE = 5.4$; rango de edad entre 21 y 52 años). Eran 15 hombres y 15 mujeres, la mayoría de estado civil soltero (60%), de nivel socioeconómico medio (70%) y se encontraban cursando o habían terminado estudios superiores (50%).

b.- El segundo grupo eran 40 pacientes con otros trastornos de ansiedad (CA) (12 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, 14 con Fobia Social y 14 con Trastorno de Angustia con Agorafobia), 20 hombres y 20 mujeres, con una media de edad de 31 años ($DE = 6.8$; rango de edad entre 21 y 50 años) y características sociodemográficas equivalentes.

c.- Finalmente el tercer grupo, denominado *Control Comunitario* (CC), estuvo integrado por 120 sujetos que no presentaban trastornos especificados en el eje I del DSM IV (APA, 1994), de los cuales 60 eran hombres y 60 mujeres. El grupo presentaba características sociodemográficas similares a las de los grupos anteriores. La media de edad fue de 34 años ($DE = 8.1$; rango de edad entre 21 y 55 años).

Los tres grupos fueron seleccionados intencionalmente y los clínicos provenían principalmente de distintos centros hospitalarios o clínicos, tanto públicos como privados, donde habían realizado una consulta espontánea. Todos los participantes residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en el conurbano bonaerense.

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

a.- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) de First, Spitzer, Williams y Gibbon (1995): Esta entrevista está diseñada para ser utilizada tanto con pacientes psiquiátricos como con sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopato-

lógica. 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.

b.- Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO): Se empleó la versión final de 31 ítems que resultó del proceso de traducción, adaptación y depuración ya descrito (ver Anexo).

c.- Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs): Se trabajó con la versión traducida al español de Cía (1995). Es una entrevista estructurada adecuada para determinar la presencia de TOC, sus características principales y su severidad. Posee dos subescalas que evalúan respectivamente severidad de obsesiones y compulsiones en base a una escala tipo Likert de cinco puntos. Posee propiedades psicométricas satisfactorias y es considerada sensible a los efectos del tratamiento.

d.- Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961): Es una escala de 21 ítems que evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión.

Procedimiento

En primer lugar, todos los participantes completaron una encuesta sobre sus datos sociodemográficos básicos (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico 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) de First y colaboradores (1995), con el fin de determinar su inclusión en algunos de los grupos. Luego, los pacientes del grupo TOC completaron la Escala Y-Bocs, el BDI y el CCO. Los participantes de los demás grupos, en cambio, completaron el BDI y la versión en español del CCO.

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

Resultados

Pruebas de validez teórica

En primer lugar se procedió a analizar el poder de discriminación de los ítems mediante el cálculo de la fórmula de la correlación ítem-total corre-

gida. Para el cálculo se empleó el total de la muestra ($N = 190$). Se verificó un excelente poder de discriminación de los elementos ($r_{\text{corregida}} \geq .30$) para diferenciar a los sujetos con posiciones en los extremos alto y bajo de la distribución de puntuaciones (ver Tabla 1).

Antes de efectuar el análisis factorial exploratorio se efectuaron pruebas de adecuación muestral, arrojando éstos resultados satisfactorios (prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2 = 4646.011$; $gl = 946$; $p = .000$; $KMO = .904$).

El análisis de la validez teórica se llevó a cabo mediante un análisis de los componentes principales (rotación Varimax) con normalización Kaiser. La Tabla 2 muestra los resultados del análisis factorial y la composición de cada factor.

El análisis arrojó datos similares a los hallados por los autores de la versión original (OCCWG, 2005), pese a que el instrumento había perdido ítems por la depuración descripta con anterioridad. Empleando el criterio de raíz latente se constataron cuatro factores con autovalores iniciales mayores a 1. Los factores conformaban las subescalas de *Perfeccionismo y necesidad de certeza* (PNC), *Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos* (IPC), *Responsabilidad por daño* (RD) y *Sobrestimación del peligro* (SP). La solución de cuatro factores alcanzó a explicar el 62.033% de la variancia total ($F1 = 17.494\%$; $F2 = 17.127\%$; $F3 = 14.080\%$ y $F4 = 13.332\%$). La estructura factorial fue idéntica a la encontrada en la etapa 1 de la investigación y similar a la hallada por los autores de la versión inglesa en cuanto a la identificación de las subescalas de IPC y PNC. La diferencia radicó en que en la versión en español, los reactivos sobre *Responsabilidad por daño* y *Sobrestimación del peligro* conformaron dos subescalas diferentes, mientras que en la versión original se agrupaban en un único factor.

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

Estadísticos descriptivos básicos y pruebas de confiabilidad

La Tabla 3 muestra los estadísticos descriptivos relativos a los puntajes medios y desvíos estándar obtenidos por cada grupo.

Empleando la muestra total ($N = 190$) para analizar la consistencia interna del instrumento, se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para cada

factor y para la escala total (Factor 1: $\alpha = .8854$; Factor 2: $\alpha = .8884$; Factor 3: $\alpha = .8393$; Factor 4: $\alpha = .8363$; Escala Total: $\alpha = .9377$). Para analizar la confiabilidad test-retest del instrumento se realizaron dos administraciones del mismo a 40 personas del grupo CC con un intervalo de 30 días. El coeficiente de correlación fue adecuado ($r = .83$), sugiriendo la estabilidad del instrumento en el período de tiempo evaluado.

Pruebas de validez convergente y discriminante

Antes de hacer el análisis de los datos se procedió a testear los supuestos de homocedasticidad y normalidad de la muestra por medio de la prueba z de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene para igualdad de variancias. Los resultados de las pruebas permitieron asumir que se cumplían los supuestos antes mencionados (z de K-S = .961; $p = .314$; Prueba de Levene $F = .294$; $gl = 2$, $p > .05$) por lo que se procedió a emplear estadística paramétrica para los cálculos posteriores.

Para el análisis de la validez convergente del instrumento se procedió a calcular la correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en la Y-Bocs y el CCO por los miembros del Grupo TOC. Se observó una correlación significativa entre ambos instrumentos ($r = .715$; $p < .004$). La validez discriminante del instrumento se analizó con el cálculo de la correlación de Pearson entre las puntuaciones del CCO y el BDI, teniendo en cuenta la totalidad de la muestra ($N = 190$). La correlación encontrada fue baja y no significativa ($r = .161$; $p = .80$). El cálculo se realizó nuevamente, tomando esta vez los puntajes obtenidos por ambos grupos clínicos ($n = 70$). El coeficiente de correlación nuevamente resultó bajo, aunque significativo a nivel estadístico ($r = .31$; $p < .05$).

Por último, para testear la validez discriminante también se compararon con un ANOVA de un sentido las puntuaciones de los tres grupos en el CCO. Dada la diferencia del tamaño de las muestras de cada grupo y para minimizar el riesgo de error tipo I, se siguieron los lineamientos estadísticos consensuados al respecto, empleándose para la comparación una prueba post hoc GT2 de Hochberg (Pardo & Ruiz, 2005; Pardo & San Martín, 1994). Los resultados del ANOVA evidenciaron diferencias significativas entre los grupos ($F = 79.853$; $gl = 2$; $p < .000$). Las pruebas post hoc mostraron que los pacientes del grupo TOC tenían puntuaciones significativamente más elevadas ($M = 153.7$) que los del grupo CA ($M = 115.8$) y que éstos, a su vez, presentaban puntuaciones superiores a las del grupo CC ($M = 81.6$).

Discusión

El instrumento desarrollado contó con un elevado poder de discriminación de sus reactivos ($r_{\text{corregida}} > .45$). El grado de acuerdo inter-jueces con respecto a la relación entre los constructos evaluados y los ítems (coeficiente V de Aiken = .88; $p > .01$) brinda una prueba satisfactoria con respecto a la validez de contenido del CCO.

Por otro lado, los resultados descriptos brindan apoyo con respecto a la confiabilidad del instrumento. Los índices de consistencia interna para la escala total ($\alpha = .9377$), así como para sus subescalas y la confiabilidad test-retest ($r = .83$) fueron excelentes.

Tal como se esperaba, el coeficiente de correlación entre el CCO y la escala Y-Bocs fue más elevado ($r = .715$; $p < .004$) que el encontrado entre el CCO y el BDI ($r = .161$; $p = .80$, en la muestra total; $r = .31$; $p < .05$, en la muestra clínica), sugiriendo la validez convergente y discriminante del instrumento. También brindaron pruebas de validez discriminante los resultados de los análisis comparativos entre grupos. Los datos obtenidos al respecto concuerdan con las predicciones derivadas de diversos modelos cognitivos (Cabedo et al., 2004; Clark & Purdon, 1993; Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993; Rachman, 1998; Wells, 1997), es decir, los pacientes con TOC obtuvieron puntuaciones más elevadas que los pacientes del grupo CA, y éstos a su vez, que los del grupo CC.

No obstante lo dicho, cabe destacar el carácter preliminar y exploratorio de los resultados aquí expuestos. Sería necesario ampliar considerablemente 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.

Tabla 1
Índices de discriminación ítem / escala total e ítem / subescala

Item	Discriminación escala total	Discriminación subescala	Item	Discriminación escala total	Discriminación subescala
1	.4864	.6116	16	.5783	.5720
2	.5187	.6674	17	.5892	.6363
3	.5601	.6783	18	.5291	.5592
4	.5869	.5657	19	.5885	.6961
5	.5419	.5921	20	.4598	.5541
6	.5374	.5830	21	.4508	.5269
7	.5367	.6035	22	.4506	.4748
8	.4633	.5681	23	.5893	.6404
9	.5815	.6034	24	.5996	.6554
10	.5780	.6034	25	.6611	.6768
11	.6262	.7104	26	.5277	.6571
12	.5055	.4969	27	.6002	.7203
13	.5968	.7784	28	.6362	.7013
14	.6280	.6874	29	.4959	.5465
15	.5811	.5983	30	.5688	.7149
			31	.6167	.6748

Tabla 2
Análisis factorial y consistencia interna del CCO

Item	F1 Perfeccionismo y necesidad de cer- teza	F2 Importancia y con- trol del pensa- miento	F3 Responsabilidad por daño	F4 Sobrestimación del peligro
1				.709
2	.754			
3	.722			
4			.559	
5			.611	
6	.618			
7	.634			
8		.683		
9			.629	
10			.426	.586
11			.754	
12			.528	
13	.824			
14		.686		
15				.619
16		.503		
17	.636			
18	.582			
19		.729		
20	.612			
21		.578		
22			.568	
23				.678
24		.646		

(Continúa)

Tabla 2 (Continuación)
Análisis factorial y consistencia interna del CCO

Item	F1 Perfeccionismo y necesidad de cer- teza	F2 Importancia y control del pensa- miento	F3 Responsabilidad por daño	F4 Sobrestimación del peligro
25	.717	.728	.727	.644
26				
27				
28				
29				
30				
Vcia%	17.494	17.127	14.080	13.332
Alpha subesca- las	.8854	.8884	.8393	.8363

Variación total explicada: 62.033%

Alpha total: .9377

KMO: .904

χ^2 : 4646.011

gl: 946

$p = .000$

Tabla 3
Estadísticos descriptivos por grupo en el CCO

Grupos	Perfeccionismo y necesidad de certeza	Importancia y control de los pensamientos	Responsabilidad por daño	Sobrestimación del peligro	Total
Grupo TOC					
<i>n</i>	30	30	30	30	30
<i>M</i>	44.5	38.2	38.7	29.1	153.7
<i>DE</i>	12.1	12.8	5.9	7.2	21.2
Grupo CA					
<i>n</i>	40	40	40	40	40
<i>M</i>	37.9	26.5	29.0	21.9	115.8
<i>DE</i>	12.8	11.2	7.1	6.9	23.4
Grupo CC					
<i>n</i>	120	120	120	120	120
<i>M</i>	28.1	16.8	22.7	13.8	81.5
<i>DE</i>	11.9	7.3	7.5	5.7	22.6

Anexo
Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO-31)

Este inventario presenta una lista de diferentes opiniones o creencias que las personas sostienen en algunas ocasiones. Lea cuidadosamente cada frase e indique cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con ella.

En cada frase elija el número que represente la respuesta que *mejor describa su manera de pensar*. Dado que las personas son diferentes, no existen respuestas correctas o incorrectas.

Para decidir si una afirmación es típica de su forma de ver las cosas, simplemente tenga en mente cómo es usted generalmente.

Utilice la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	Moderada- mente en desacuerdo	Un poco en desa- cuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	Un poco de acuerdo	Moderada- mente de acuerdo	Muy de acuerdo

Al hacer sus evaluaciones, intente evitar utilizar el punto medio de la escala (4), más bien indique si usted normalmente está de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones basándose en sus propias creencias y actitudes.

1.- A menudo pienso que las cosas a mi alrededor son peligrosas.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Las cosas deberían ser perfectas, según mis propias reglas.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Para ser una persona importante debo ser perfecto en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Debo intentar prevenir daños, cueste lo que cueste, aunque sean muy improbables.	1	2	3	4	5	6	7

Adaptación argentina del CCO

- 5.- Si no actúo cuando preveo un peligro, entonces seré culpable de lo que suceda. 1 2 3 4 5 6 7
- 6.- Si no puedo hacer algo perfectamente, entonces no debo hacerlo. 1 2 3 4 5 6 7
- 7.- Incluso errores menores significan que un trabajo no está bien hecho. 1 2 3 4 5 6 7
- 8.- Si tengo pensamientos o impulsos agresivos hacia mis seres queridos, significa que tal vez en el fondo quiera lastimarlos. 1 2 3 4 5 6 7
- 9.- En cualquier tipo de situación diaria, no poder prevenir daño es tan malo como causarlo deliberadamente. 1 2 3 4 5 6 7
- 10.- Evitar problemas serios (por ejemplo, enfermedades o accidentes) requiere un esfuerzo constante de mi parte. 1 2 3 4 5 6 7
- 11.- No prevenir un daño es para mí, tan malo como causarlo. 1 2 3 4 5 6 7
- 12.- Debo asegurarme de que los demás están protegidos de cualquier consecuencia negativa de mis decisiones o acciones. 1 2 3 4 5 6 7
- 13.- Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas. 1 2 3 4 5 6 7
- 14.- Tener malos pensamientos significa que soy una persona muy mala. 1 2 3 4 5 6 7
- 15.- Si no tomo precauciones extras, soy más propenso que los demás a sufrir o causar un desastre serio. 1 2 3 4 5 6 7
- 16.- No debería tener pensamientos raros o repugnantes. 1 2 3 4 5 6 7
- 17.- Cometer un error es para mí tan malo como fallar completamente. 1 2 3 4 5 6 7
- 18.- Es esencial tener todo bien calculado, incluso los asuntos menores. 1 2 3 4 5 6 7
- 19.- Tener malos pensamientos significa que soy raro o anormal. 1 2 3 4 5 6 7
- 20.- Debo ser el mejor en las cosas que son importantes para mí. 1 2 3 4 5 6 7
- 21.- Tener un pensamiento o una imagen sexual involuntaria significa que realmente quiero llevarlo a cabo. 1 2 3 4 5 6 7

22.- Aun si mis acciones sólo pudieran producir un daño leve, yo sería responsable de lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
23.- A menudo pienso que pasarán cosas malas, incluso cuando soy cuidadoso.	1	2	3	4	5	6	7
24.-Tener pensamientos involuntarios e intrusivos significa que estoy fuera de control.	1	2	3	4	5	6	7
25.- A menos que tenga mucho cuidado sucederán cosas perjudiciales.	1	2	3	4	5	6	7
26.- Debo seguir trabajando en algo hasta que esté hecho perfectamente bien.	1	2	3	4	5	6	7
27.- Tener pensamientos violentos significa que perderé el control y me volveré violento.	1	2	3	4	5	6	7
28.- No prevenir un desastre es para mí tan malo como causarlo.	1	2	3	4	5	6	7
29.- Incluso las experiencias ordinarias de mi vida están llenas de riesgo.	1	2	3	4	5	6	7
30.- Tener un mal pensamiento es moralmente similar a realizar una mala acción.	1	2	3	4	5	6	7
31.- Si no controlo mis pensamientos, seré castigado.	1	2	3	4	5	6	7

Referencias bibliográficas

- Asociación de Psiquiatría Americana. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [Diagnostic and statistical manual of mental disorders], (4ta ed.). Madrid: Massón.
- 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. En 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 [Intensity of dysfunctional beliefs in relation to the increase on obsessivity]. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4(3), 465-479.
- Cía, A. (1995). *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados* [Obsessive compulsive disorder and related syndromes]. Buenos Aires: El Ateneo.
- Clark, D. & Purdon, C. (1993). New perspectives of a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Escorra, L.M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por el criterio de jueces [Quantifying the content validity through judges criterion]. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 6(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*. Biometrics Research Department. NY: Psychiatric Institute.
- Freeston, M.H. & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessional thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 335-348.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.

- Freeston, M.H., Rheaume, J. & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Frost, R.O. & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Oxford: Elsevier.
- Keegan, G. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva* [Papers on cognitive psychotherapy]. Buenos Aires: Eudeba.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory: Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the interpretation of Intrusions Inventory: Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Pardo, A. & Ruiz, M.A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 base* [Data analysis with SPSS 13 base]. Madrid: McGraw-Hill.
- Pardo, A. & San Martín, R. (1998). *Análisis de datos en psicología II*. [Data analysis in Psychology II], (2da ed.). Madrid: Pirámide.
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and moodstate. *Behavior Therapy*, 32, 47-64.
- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behaviour 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.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas [Cognitive therapy in patients with obsessive ruminations]. *Vertex*, 15(56), 85-90.
- Salkovskis, P. (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, 677-682.
- Salkovskis, P., Richards, H. & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Salkovskis, P.M. & Warwick, H. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Shafran, R., Thordarson, D. & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 579-591.
- 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(3), 291-307.
- Sookman, D. & Pinard, G. (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, research and treatment* (pp. 63-89). Oxford. UK: Pergamon.
- Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D.S., Steketee, G. & Frost, R.O. (2002). Development and validation of instruments for measuring intrusions

- and beliefs in obsessive-compulsive disorder. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, research and treatment* (pp. 117-137). Oxford. UK: Pergamon.
- 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.
- van Oppen, P. & Emmelkamp, P.M.G. (2000). Issues in cognitive treatment of obsessive compulsive disorder. En W.K. Goodman, M.V. Rudorfer & J.D. Maser (Eds.), *Obsessive compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 117-132). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Whittal, M.L. & McLean, P.D. (1999). Cognitive behavior therapy for OCD: The rationale, protocol, and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 383-396.
- Zucker, B., Craske, M., Barrios, V. & Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: Can it be corrected? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-655.

Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires (UBA)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina

Fecha de recepción: 21 de junio de 2007
Fecha de aceptación: 24 de enero de 2008