

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics
Programa de Doctorado en Investigación en Psicología



**CONTEXTO, SÍ MISMO Y NARRATIVAS EN EL TRASTORNO
OBSESIVO-COMPULSIVO: CUANDO LO QUE *PODRÍA SER*
IMPORTA MÁS QUE LO QUE *ES***

THE CONTEXT, THE SELF AND THE NARRATIVES IN THE OBSESSIVE-
COMPULSIVE DISORDER: WHEN WHAT IT *COULD BE* BECOMES
MORE RELEVANT THAN WHAT IT *IS*

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

SARA LLORENS AGUILAR

Dirigida por:

Dra. D^a. GEMMA GARCÍA SORIANO

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Valencia, Octubre 2019

Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a un proyecto de investigación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (RTI2018-098349-B-I00), así como a una ayuda de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (2016).

A mi padre.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a mi directora, Gemma García Soriano, por la profesionalidad y la calidad humana que ha demostrado a lo largo de estos cinco años que hemos trabajado juntas. De ella admiro su inteligencia, su capacidad de trabajo y organización, así como ese don que tiene para fijarse hasta en el más mínimo detalle abarcando todo sin que se le escape nada. Pero igual o más importante es su amabilidad y entusiasmo, su humildad, su paciencia y el apoyo que ha representado, también a nivel personal, en determinados momentos a lo largo de estos años. Ha sabido, no solo dirigirme a lo largo de este proyecto, sino acompañarme en él, motivándome en las horas bajas, redirigiéndome cuando me desviaba y reforzándome cuando tocaba. Creo honestamente que no podría haber tenido una mejor directora. Me siento orgullosa de haber podido "descubirla" y espero que esta Tesis solo sea el comienzo de una colaboración que se alargue mucho más en el tiempo.

También quiero dar las gracias a mis otros directores: Kieron O'Connor y Amparo Belloch. Fue Amparo, quien sin conocerme de nada me puso en contacto con Kieron y a partir de ese momento comenzó esta aventura que finaliza de algún modo con este escrito. Aunque Kieron ya no esté entre nosotros, no puedo evitar dedicarle unas líneas. Aún recuerdo cuando recién llegada en Canadá aquel verano del 2014, se me presentó en su descapotable rojo, con su gorro pesquero y supe que había acertado. Y así fue. Un profesional reconocido internacionalmente con la humildad de un principiante, que desbordaba conocimiento mezclado con un humor inteligente. Le doy las gracias desde estas líneas por haber aceptado llevar mi tesis y, por encima de todo, por haber desarrollado algo en lo que creo, con lo que me entusiasmé y la razón principal por la que decidí dedicar tiempo de vida a este proyecto.

Estoy y estaré siempre agradecida a mi amigo Ángel Pozo, por quién siento un gran respeto y admiración a nivel profesional y a nivel humano. Es a él a quién tengo de referencia cuando pienso en qué tipo de profesional que quiero ser. Aún recuerdo la primera vez que acudí a su despacho con el objetivo de hacer un pequeño curso, las ansias de aprender me dirigieron a él sin saber que había caído en las mejores manos. Gracias a él conocí la Terapia Basada en la Inferencia, cuando iba en búsqueda de un tema que me apasionara lo suficiente como para dedicarle otros cinco años de mi vida a estudiar. Todo empezó cuando él dijo "Pues hay una persona en Canadá que está haciendo algo interesante....".

Quiero dar las gracias a Aurelio López, de la Asociación TOC Granada. Admiro lo que ha conseguido y cómo lo ha logrado. Alguien que por circunstancias personales comenzó un proyecto de la nada con el único objetivo de ayudar a otros. Aurelio confió en mí desde los inicios de la asociación y, de forma indirecta pero siempre presente, me ha ayudado en mi desarrollo profesional así como en mi labor investigadora. Cuando le dije que necesitaba participantes para este estudio, le faltó tiempo para divulgar el mensaje y gracias a él, acudieron muchos participantes que permitieron un estudio de calidad. También quiero agradecer a mis pacientes su participación y a todos aquellos que se ofrecieron a participar con el único objetivo de poner su granito de arena en la investigación de este temido trastorno que se lleva consigo la alegría de vivir de quién lo padece.

También quiero agradecer a mis compañeros: Frederick Aardema, María Roncero, Sandra Arnáez, Juan Ramón Barrada su colaboración en el proyecto, quienes contribuyeron a que fuera más fácil con su labor de grupo.

A mis amigos, que me han apoyado siempre, cada uno a su manera. A Ángela y a Sandra por saber siempre ver la mejor versión de mi persona, a Ainoa, a Maca, a Cruz... Y a Ana, a ella le estoy agradecida por todo.

Finalmente, los más importantes: mis padres y mi hermano, por su apoyo incondicional desde que tengo uso de razón, cada uno a su manera pero siempre acompañándome. Soy una afortunada. A mi padre, que aunque ya no podrá leer estas líneas, le dedico esta tesis por su apoyo incondicional en cada uno de mis sueños y objetivos. Gracias a los tres.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO.....	1
CAPÍTULO 1. EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: DESCRIPCIÓN, PERSPECTIVAS ACTUALES COGNITIVAS EN LA COMPRENSIÓN DEL MISMO E IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS.....	5
1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	6
2. EPIDEMIOLOGÍA, CURSO Y COMORBILIDAD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	10
3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO SEGÚN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN.....	13
4. PERSPECTIVAS ACTUALES COGNITIVAS EN LA COMPRENSIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	18
5. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS.....	48
CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES	61
CAPÍTULO 3. ESTUDIO PRELIMINAR 1	71
<i>SPANISH VERSION OF THE INFERENTIAL CONFUSION QUESTIONNAIRE EXPANDED VERSION: FURTHER SUPPORT FOR THE ROLE OF INFERENTIAL CONFUSION ON OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS</i>	<i>71</i>
1. INTRODUCTION	72
2. METHOD.....	74
3. RESULTS.....	81
4. DISCUSSION.....	81
5. CONCLUSIONS	81
CAPÍTULO 4. ESTUDIO PRELIMINAR 2.....	87
<i>VALIDATION OF THE SPANISH VERSION OF THE FEAR OF SELF QUESTIONNAIRE</i>	<i>87</i>
1. INTRODUCTION	88
2. METHOD.....	90
3. RESULTS.....	94
4. DISCUSSION.....	98
5. CONCLUSIONS	101
CAPÍTULO 5. ESTUDIO 1	103
<i>IS CONTEXT A CRUCIAL FACTOR TO DISTINGUISH BETWEEN INTRUSIONS AND OBSESSIONS IN PATIENTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER?.....</i>	<i>105</i>
1. INTRODUCTION	104
2. METHOD.....	108
3. RESULTS.....	113
4. DISCUSSION.....	117
5. CONCLUSIONS	123

CAPÍTULO 6. ESTUDIO 2	127
<i>DO MY OBSESSIONS SPEAK ABOUT ME OR ABOUT A FICTIONAL FEARED ME?</i>	127
1. INTRODUCTION	128
2. METHOD	131
3. RESULTADOS	138
4. DISCUSSION	144
CAPÍTULO 7. ESTUDIO 3:	151
<i>WHEN THE OCD IS THE PRODUCT AND NARRATIVE THE BEST MARKETING STRATEGY</i>	151
1. INTRODUCTION	152
2. METHOD	157
3. RESULTS	161
4. DISCUSSION	165
5. CONCLUSIONS	171
CAPÍTULO 8 . DISCUSIÓN GENERAL	171
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES	191
BIBLIOGRAFÍA	195
ANEXOS	219

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADIS-IV-L	Anxiety Disorder Interview Schedule and Lifetime-IV
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DASS-21	The Depression Anxiety Stress Scale-21
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPR	Exposición con Prevención de Respuesta
FSQ	Fear of Self Questionnaire
IBM	Inferential Based Model
ICO-R	Inventario de Creencias Obsesivas-Reducido
ICQ-EV	Inferential Confusion Questionnaire - Expanded Version
INPIOS	Inventario de Pensamientos Intrusivos
NICE	National Institute for Care and Health Excellence
OBQ	Obsessive Beliefs Questionnaire
OBSI-R	Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised
OCCWG	Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
OCD narratives	Obsessive Compulsive Disorder narratives
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
OCSQ	Obsessional Concerns and Self Questionnaire
PI	Pensamientos Intrusivos
Síntomas OC	Síntomas Obsesivo-Compulsivos
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
VOCI	Vancouver Obsessional Compulsive Inventory

Presentación del trabajo

En mi día a día en la consulta atiendo a una gran cantidad de pacientes que padecen trastorno obsesivo-compulsivo. Todos ellos reflejan un elevado nivel de sufrimiento debido a la limitación que este trastorno representa en sus vidas cotidianas. Desde mi punto de vista como profesional, la terapia conductual basada en la exposición con prevención de respuesta es fundamental a la hora de llevar a cabo un tratamiento psicológico eficaz en este tipo de casos, algo que muestran numerosos trabajos a nivel empírico. Sin embargo, en ocasiones necesitamos "un calzador" que nos ayude a meternos el zapato que tanto nos cuesta y la terapia cognitiva sería ese calzador que nos va a ayudar a que la terapia conductual sea mejor recibida. El modelo basado en las valoraciones disfuncionales es el modelo cognitivo en el que se basan la mayoría de terapias cognitivas dirigidas a tratar el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, cuando hace años conocí el modelo inferencial y profundicé lo suficiente en él como para poder ponerlo en práctica con mis pacientes, me di cuenta de que obtenía buenos resultados y que, personalmente, iba más con mi forma de pensar y percibir el mundo cognitivo en general y el mundo obsesivo-compulsivo en particular. Por ello decidí escoger esta temática para mi tesis. El objetivo de este trabajo ha sido profundizar a nivel empírico en este modelo cognitivo, que podemos considerar relativamente reciente y desconocido. Concretamente ahondar en tres de los constructos que esta terapia considera claves en el origen y mantenimiento del trastorno: el contexto, el sí mismo y las narrativas. Para conseguirlo, llevé a cabo dos estudios preliminares: el Estudio Preliminar 1 "*Spanish version of the Inferential Confusion Questionnaire-expanded version: further support for the role of inferential confusion on obsessive-compulsive symptoms*" y el Estudio Preliminar 2 "*Validation of the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire*". Estos dos estudios me han permitido obtener dos instrumentos en castellano con los que profundizar en la propuesta inferencial que presento en los tres estudios principales, dirigidos a analizar el rol del

contexto, del sí mismo y de las narrativas en el trastorno obsesivo-compulsivo: el Estudio 1 "*Is context a crucial factor to distinguish between intrusions and obsessions in patients with obsessive-compulsive disorder?*"; el Estudio 2 "*Do my obsessions speak about me or about a fictional feared me?*" y el Estudio 3 "*When the OCD is the product and narrative the best marketing strategy*". Con esta serie de estudios he querido ahondar en la relevancia de estos elementos cognitivos en el trastorno obsesivo-compulsivo, con la intención de averiguar si sería útil y necesario implementar estrategias en la práctica clínica dirigidas a la identificación y posterior modificación de dichos constructos con el fin de beneficiar a un mayor número de pacientes. Al fin y al cabo, ese debería ser el objetivo final de cualquier investigación: conocer para mejorar.

Marco Teórico

CAPÍTULO 1

El trastorno obsesivo-compulsivo:
descripción, perspectivas actuales
cognitivas en la comprensión del mismo e
implicaciones terapéuticas

1. Manifestaciones clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia repetida de obsesiones y/o compulsiones. El establecimiento de un diagnóstico oficial siguiendo los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013) requiere del cumplimiento de ciertos criterios de gravedad y exclusión, además de especificar el nivel de conciencia de la enfermedad y la presencia o no de una historia de tics. Sin embargo, el interés psicopatológico de las descripciones del trastorno, así como la mayoría de dudas sobre su diagnóstico diferencial, reside en la propia definición de sus síntomas constituyentes. Por esta razón nos centraremos en la descripción y análisis tanto de las obsesiones como de las compulsiones, así como de la relación funcional existente entre ellas. El DSM-5 (APA, 2013) define las obsesiones como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno como intrusas y no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importantes. En general existe un acuerdo que considera que las obsesiones cumplen con las siguientes características (Clark, 2005):

- ✓ Intrusividad: las obsesiones se perciben como intrusivas, es decir, en contra de la propia voluntad del paciente.
- ✓ Inaceptabilidad: las obsesiones van asociadas a emociones negativas intensas que pueden ser muy variadas: ansiedad, miedo, asco, rechazo...
- ✓ Resistencia a su aparición: al estar asociadas a emociones negativas, la persona se resiste a que las obsesiones aparezcan a través de diferentes estrategias de afrontamiento (evitación, supresión...).
- ✓

- ✓ Incontrolabilidad: la persona siente que no tiene control sobre la obsesión ni su aparición, lo que genera aún un mayor nivel de malestar.
- ✓ Egodistonía: el nivel de egodistonía varía según el tipo de obsesión. Hay contenidos que apenas afectarán al sí mismo mientras que otros ponen en tela de juicio la percepción de la propia identidad.

Las obsesiones presentan un contenido heterogéneo, aunque también existe cierto grado de desacuerdo respecto a la clasificación de los contenidos obsesivos, en general hay acuerdo en la presencia de los siguientes contenidos (García-Soriano, Belloch, Morillo & Clark, 2011): sexual, moral, existencial y/o religioso; agresivo; supersticioso o pensamiento mágico; de dudas, errores o necesidad de comprobar; de orden y simetría (*just right*) y de contaminación. Estos podrían describirse del siguiente modo (Clark, 2004):

- Obsesiones de contenido sexual: aquellas cuyo contenido consiste en la posibilidad de llevar a cabo prácticas sexuales consideradas inmorales. Por ejemplo: atracción sexual por niños, imágenes de violar a alguien, pensamientos sobre práctica sexo oral a desconocidos.
- Obsesiones de contenido religioso: aquellas cuyo contenido se relaciona con algo religioso. Por ejemplo: imaginar prácticas sexuales con figuras religiosas, blasfemar, perder el control y empezar a gritar en mitad de una misa.
- Obsesiones de tipo agresivo (heteroagresión o autoagresión): aquellas en las que se teme a la posibilidad de perder el control y hacer daño a otra persona o a uno mismo. Por ejemplo: pegar a alguien, empujar a otro a las vías del tren o tirarse uno mismo, apuñalar a un amigo o familiar.

- Obsesiones de contenido supersticioso: aquellas cuyo contenido se relaciona con la posibilidad de tener mala suerte estableciendo vínculos causa-consecuencia sin lógica. Por ejemplo: y si mi padre tiene un accidente por no haber bebido 3 sorbos de agua en lugar de uno, algo malo ocurrirá hoy si me pongo esta camiseta.
- Obsesiones con contenido de duda patológica: aquellas cuyo contenido consiste en la posibilidad de no haber hecho algo o cometer un error que pueda desencadenar en una catástrofe. Por ejemplo: ¿y si no ha cerrado bien la puerta de casa?, a lo mejor he enviado el documento que no tocaba.
- Obsesiones de orden y simetría (just right): aquellas cuyo contenido consiste en que determinados objetos han de colocarse de una manera determinada para que la persona se sienta bien. Por ejemplo: las cosas sobre la mesa han de estar colocadas de una manera en concreto y siempre ha de ser así, el número 13 es peligroso, evitar el uso o escritura de ciertas palabras porque me molestan.
- Obsesiones con contenido de contaminación: aquellas cuyo contenido consiste en la posibilidad de contagiarse/contaminarse o contagiar o contaminar a otros. Por ejemplo: podría contagiarme de VIH tocando esa puerta, podría contaminarme de algo si toco la gorra de este compañero.

El DSM-5 (APA, 2013) define las compulsiones como comportamientos o actos mentales repetitivos que el individuo realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida. La relación funcional entre obsesiones y compulsiones consiste en que las compulsiones tienen como objetivo reducir el malestar que provocan las

obsesiones y/o evitar que el contenido de las mismas se convierta en una realidad. Sin embargo, aunque las compulsiones generan alivio de forma temporal, a largo plazo agravan el trastorno ya que no permiten al paciente poner a prueba la credibilidad de las obsesiones.

Los pacientes con TOC, además de compulsiones, realizan otras estrategias de control cuya función es similar a aquella que cumplen las compulsiones. A continuación describimos las diferentes tipos de compulsiones y/o estrategias de afrontamiento (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011) :

-Compulsiones propiamente dichas: son conductas estereotipadas y repetitivas que suelen definirse como "rituales". Los dos tipos de compulsiones más frecuentes son las de limpieza y comprobación. Por ejemplo: lavarse las manos de una forma determinada y un cierto número de veces aunque estas no estén sucias; comprobar sistemáticamente si he cerrado la ventana de casa aunque acabe de ver que así es.

-Neutralización: podrían definirse como "intentos de poner las cosas en orden" en los que se intenta anular o evitar el posible daño que deriva de las obsesiones. Por ejemplo, si la obsesión consiste en poder hacer daño a mi hermano, una posible neutralización sería imaginarme abrazándolo. Si bien es cierto que en los últimos años el concepto de neutralización se ha ampliado abarcando casi cualquier actividad, motora o cognitiva, e iniciada de forma voluntaria, con el objetivo de disminuir el malestar provocado por la obsesión y/o para evitar que el contenido obsesivo tenga lugar.

-Conductas de reaseguración: en estos casos la persona pregunta a otras personas para aumentar su seguridad y disminuir la ansiedad que le produce la obsesión. Por ejemplo, un paciente que pregunta a su madre todos los días si podría contagiarse de VIH tocando a alguien en la calle.

-Conductas de evitación: la persona evita situaciones en las que se vería obligado a llevar a cabo las compulsiones. Suelen ser más comunes en las personas con obsesiones puras y en los casos de obsesiones de contaminación. Por ejemplo, alguien con obsesiones de contenido religioso que evita acudir a la iglesia o mantener cualquier conversación relacionada con el tema.

2. Epidemiología, curso y comorbilidad del trastorno obsesivo-compulsivo

Hasta hace unos años se consideraba al TOC como un trastorno raro con tasas de prevalencia inferiores al 0,1% pero repetidos estudios de investigación en los últimos años llevan a estimar la prevalencia del trastorno entorno al 2,3% de la población mundial (Ruscio, Stein, Chiu y Kessler, 2010). En lo que se refiere a las diferencias de género, parece ser ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres (Andrews, Henderson y Hall, 2001). Sin embargo la edad de inicio suele ser más temprana en ellos y el TOC de inicio en la infancia también suele ser más frecuente en niños que en niñas (Lensi et al., 1996). Con respecto a las diferencias de género en cuanto a la sintomatología, parece ser que en las mujeres son más frecuentes las obsesiones y compulsiones de limpieza mientras que en los hombres las más frecuentes son las de tipo sexual (Rachman y Hodson, 1980; Steketee, Greyson y Foa, 1985). La edad de inicio más frecuente para el TOC se encuentra entre los 18 y 25 años (Karno, Golding, Sorenson y Burnam, 1988), aunque una gran mayoría de pacientes puede tardar varios años en pedir ayuda psicológica. Autores como Foa y Wilson (1992) destacan que el inicio del trastorno puede coincidir con un periodo en el que la persona ve aumentada su responsabilidad personal (por ej., formación del núcleo familiar, matrimonio, maternidad, comienzo de la vida laboral)

El curso del TOC suele ser mayoritariamente de carácter crónico, con remisiones y exacerbaciones (Skoog y Skoog, 1999), siendo la tasa de recuperación completa de apenas un 20%. Un dato que llama la atención es que aunque el curso del trastorno mejora con tratamiento psicológico, solo entre un 30%-40% de los pacientes con diagnóstico de TOC han recibido tratamiento alguna vez en su vida (Belloch, Del Valle, Morillo, Carrió y Cabedo, 2009). Y esto a pesar de las graves repercusiones del mismo sobre el funcionamiento en sus diversas áreas, incluyendo la social y familiar (Renshaw, Caska, Rodrigues y Blais, 2011), así como la laboral y la calidad de vida (Grabe et al., 2000). También es importante destacar que el curso del TOC se verá afectado por diferentes circunstancias vitales en las que la persona pueda sentirse más estresada o vulnerable, viéndose así exacerbada la sintomatología del trastorno.

El TOC es un trastorno que presenta una alta tasa de comorbilidad (Brown, O'Leary y Barlow, 2001). A continuación presentamos los trastornos comórbidos más frecuentes siguiendo la revisión de Belloch et al. (2011):

En lo referente a los trastornos de ansiedad, aunque parece ser que hay discrepancias entre los distintos estudios, la tasa de comorbilidad es muy elevada. De entre los trastornos de ansiedad, según diversos estudios, la más frecuente es la fobia social seguida de las fobias específicas. Si bien es cierto que los resultados en lo referente al trastorno de pánico y a la ansiedad generalizada son más contradictorios (Antoni, Downie y Swinson, 1998; Brown et al., 2001; Crino y Andrews, 1996).

Entre los trastornos del estado de ánimo, la distimia y la depresión son los más frecuentes. En la mayoría de los casos es consecuencia de la permanencia del TOC a lo largo del tiempo, ya que es un trastorno que puede llegar a ser muy limitante en el día a día de quién lo sufre. Entre un 30% y un 50% de pacientes con TOC sufren a la par de trastornos del estado de ánimo (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi y Smeraldi, 1992; Karno y Golding, 1991).

Con respecto a la relación con trastornos de la conducta alimentaria, la comorbilidad en este caso también es elevada. Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters (2004) encontraron el 41% de prevalencia de TOC en pacientes con desórdenes alimentarios. Halmi et al. (1991) detectaron en la anorexia nerviosa una incidencia vital del 65% para los trastornos de ansiedad en general, siendo el TOC el más prevalente. La literatura también sugiere una fuerte asociación entre trastornos de ansiedad y bulimia nerviosa (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Matsunaga et al., 1999; Von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao y Matsunaga, 1999).

Con respecto a los trastornos de personalidad, parece ser que la tasa de comorbilidad es bastante elevada, situándose entre el 50% y el 65% (Summerfeldt, Huta y Swinson, 1998). De entre ellos, los trastornos de personalidad que se encuentran aparejados al TOC con mayor frecuencia son el evitador, el histriónico y el dependiente (Baer y Jenike, 1992; Black, Yates, Noyes, Pfohl, Kelley y Pharm, 1989).

En lo que respecta a la comorbilidad con los trastornos psicóticos, en este caso es más bien baja (Insel y Akiskal, 1986) y parece ser que los estudios no encuentran una relación significativa entre ambos trastornos (Tallis, 1995).

Estudios más recientes (Ruscio et al., 2010) confirman la información anterior siendo la comorbilidad más elevada con los trastornos de ansiedad (75,8%), seguida de los trastornos del estado de ánimo (63,3%), trastornos de control de impulsos (55,9%) y finalizando con los trastornos por abuso de sustancias (38,6%). En lo referente al orden temporal en el que se presentan los trastornos cuando se examina la comorbilidad vital, estos autores confirman que en la mayoría de los casos de los trastornos de ansiedad (79,6%) el TOC surgía de forma secundaria al trastorno de ansiedad preexistente. Las excepciones serían el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de estrés postraumático que tienden a surgir de forma secundaria al TOC. En el caso de los trastornos del estado de ánimo es diferente, ya que la proporción de casos en los que el TOC precede al trastorno del estado de ánimo (45,6%) es

muy similar al número de casos en los que el TOC surge posteriormente a dicho trastorno (40,2%). En lo referente a la comorbilidad con los trastornos del control de impulsos y los trastornos por abuso de sustancias, en ambos casos el TOC suele surgir posteriormente al trastorno (92,8% y 58,9% respectivamente).

3. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo según los sistemas de clasificación

El DSM-5 no cambia los criterios de diagnóstico del DSM-IV (véase Tabla 1) que siguen basándose en la presencia de obsesiones y/o compulsiones, así como en la interferencia que provocan. Sin embargo, sí realiza varios cambios relevantes que revisamos más adelante. Un cambio de esta nueva edición del DSM-5 en el área del TOC ha sido la inclusión de dos especificadores: el nivel de conciencia de enfermedad (con introspección buena o aceptable, con poca introspección, con ausencia de introspección/creencias delirantes) y la presencia de tics.

Hasta hace muy poco el TOC se encontraba dentro de la categoría de trastornos de ansiedad del DSM, sin embargo esto ha cambiado con el DSM-5 de forma que el TOC ha pasado a tener su propia categoría: "Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados" (APA, 2013). El motivo de este cambio es que los estudios realizados en los últimos años sugieren que a nivel fenomenológico y conductual, el TOC y los trastornos pertenecientes al espectro obsesivo se diferencian de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, existen pruebas empíricas de las diferencias neurobiológicas, mientras que en los trastornos de ansiedad la disfunción se localiza en la amígdala y la corteza prefrontal, en el TOC la alteración se localizaría en el circuito órbito-fronto-estriatopálido-talámico (Lozano-Vargas, 2017). El TOC y los trastornos del espectro obsesivo difieren también de los trastornos de ansiedad en el curso, la comorbilidad, los antecedentes familiares, los factores de riesgo genético y bio-marcadores,

los antecedentes personales, el procesamiento cognitivo emocional y la respuesta al tratamiento (Lozano-Vargas, 2017).

Tabla 1. Criterios para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según el DSM-5 (APA,2013)

<p>A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas.</p> <p>Las obsesiones se definen por:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados, en algún momento durante el trastorno, como intrusivos y no deseados y que causan en la mayoría de las personas ansiedad o malestar acusados.2) La persona intenta pasar por alto o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción (es decir, realizando una compulsión). <p>Las compulsiones se definen por:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Conductas (p.ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p.ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser aplicadas rígidamente.2) Las conductas o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir el malestar o a prevenir algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien son claramente excesivos. Nota: los niños pequeños pueden no ser capaces de verbalizar los objetivos de estos comportamientos o actos mentales. <p>B. Las obsesiones o compulsiones consumen tiempo (más de una hora diaria) o causan de modo clínicamente significativo malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una condición médica.</p> <p>C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una condición médica.</p>

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad para deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

Con conciencia buena o aceptable: La persona reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo no son claramente o probablemente ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca conciencia: La persona piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

Con ausencia de conciencia/con creencias delirantes: La persona está completamente convencida de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

Relación con tics. La persona tiene una historia reciente o antigua de un trastorno por tics

Por estas razones en el DSM-5, se eliminó el TOC de la sección de los trastornos de ansiedad pasando a formar parte de una categoría que incluye los siguientes diagnósticos: TOC, trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía, trastorno de excoriación, trastorno de acumulación, TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicación, TOC y trastornos relacionados debido a otra condición médica, otro TOC y trastornos relacionados especificados, y finalmente TOC y trastornos relacionados no especificados. Así, todos los trastornos descritos en esta categoría están caracterizados por conductas repetitivas o compulsiones. A continuación pasamos a una breve descripción de los trastornos pertenecientes a dicha categoría:

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación persistente por uno o más defectos físicos, las conductas repetitivas y excesivas al examinar constantemente el propio cuerpo, los intentos de camuflaje de dichos defectos percibidos y la evitación de situaciones sociales u otros desencadenantes que incrementen su malestar.

El trastorno por acumulación se caracteriza por la dificultad persistente de deshacerse de los objetos que se poseen, independientemente de su valor material, la necesidad percibida de guardar dichas posesiones y el malestar percibido al intentar deshacerse de ellas, llegando a generar que el espacio de residencia esté abarrotado y comprometido para su uso habitual.

La tricotilomanía se caracteriza por presentar conductas repetitivas centradas en el cuerpo, siendo más frecuentes aquellas que producen un alivio de la tensión al arrancarse el pelo.

El trastorno por excoriación se caracteriza por las conductas repetitivas centradas en el cuerpo, consistentes en actos compulsivos de rascado, en la piel sana o sobre lesiones pre-existentes.

A diferencia de la CIE-10 (WHO, 1992) que propone ubicar el TOC en el apartado de "Trastornos Neuróticos", la CIE-11 (WHO, 2018; vigente en el año 2022) propone ubicarlo en un nuevo apartado llamado "Trastorno Obsesivo-Compulsivo y relacionados". Los trastornos propuestos en la CIE-11 para el espectro obsesivo-compulsivo son los siguientes: se incluyen el TOC, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación y dos trastornos relacionados con comportamientos repetitivos corporales, que son la tricotilomanía (en la CIE-10 situada dentro de los trastornos del hábito y del control de los impulsos,) y la excoriación (en la CIE-10 estaba incluida en las enfermedades dermatológicas como "excoriación neurótica"). También se crea una nueva entidad dentro de este espectro: el síndrome de referencia olfatorio. En la CIE-11 también se hace referencia al Síndrome de Tourette en el capítulo dedicado al espectro O-C, aunque se incluye en la categoría de otros trastornos por tics primarios (actualmente en el capítulo de enfermedades del sistema nervioso). De forma general ambas clasificaciones, DSM-5 y CIE-11, son bastante similares en lo que el espectro O-C se refiere. Las principales diferencias serían las siguientes: el DSM-5 no incorpora en el espectro O-C a la hipocondría, al trastorno de referencia olfatorio ni a los trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo. Además el DSM-5, a diferencia de la CIE-11, tampoco incluye el Síndrome de Tourette en este apartado. Por otra parte, la CIE-11 ha incluido en su definición tres motivos diferenciados para describir las compulsiones: (1) obtener alivio temporal en respuesta a la presencia de la obsesión, (2) seguir ciertas reglas fijas y (3) alcanzar una sensación de *completud*. El último es el más novedoso, ya que hasta ahora no formaba parte de la descripción y conceptualización del trastorno. En este sentido, la persona llevaría a cabo la compulsión para obtener una sensación de *completud*, y no con la finalidad de disminuir el nivel de ansiedad y/o seguir pautas fijas.

4. Perspectivas actuales cognitivas en la comprensión del trastorno obsesivo-compulsivo

Aunque a día de hoy existen diferentes tipos de modelos explicativos para el TOC, nos vamos a centrar de forma exclusiva en los modelos cognitivos-conductuales por las evidencias empíricas que los respaldan. Entre estos últimos hay dos grandes propuestas, aquellos modelos cognitivos basados en las valoraciones disfuncionales, y los modelos cognitivos basados en un estilo de razonamiento inferencial disfuncional. Dentro de los primeros destacan las propuestas de Salkovskis (1985), Rachman (1978), Clark y Purdon (1993, 1999), el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997), así como el modelo de Lee y Kwon (2003). El modelo Basado en la Inferencia de O'Connor y Robillard (1995) representaría la propuesta basada en un razonamiento inferencial disfuncional. Mientras que los modelos basados en las valoraciones se centran en explicar cómo los pensamientos intrusivos se convierten en muy frecuentes y persistentes debido a la valoración disfuncional que se hace de los mismos, y por tanto llegan a convertirse en obsesiones clínicas; el modelo basado en el razonamiento inferencial disfuncional postula que los estilos de razonamiento erróneos son los que están en la base de la aparición de las obsesiones. En este capítulo pretendemos describir brevemente cada una de estas propuestas. Posteriormente dedicaremos una sección a las diferencias y similitudes entre ambos tipos de modelos, así como una propuesta de modelo integrador de ambos llevada a cabo por Clark y O'Connor (2005). Finalizaremos la sección con una explicación detallada de las implicaciones terapéuticas de estas propuestas.

4.1 Propuestas cognitivas basadas en las valoraciones disfuncionales

Los modelos cognitivos basados en las valoraciones disfuncionales son los que más atención teórica y empírica ha recibido. A continuación repasamos brevemente los supuestos comunes

que comparten estos modelos (Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985):

(1) Las obsesiones clínicas tienen su origen en pensamientos intrusivos (PI) que se dan en la población no clínica y que fueron identificados en un primer momento por Rachman y de Silva (1978). Las intrusiones son productos cognitivos que pueden tomar la forma de pensamientos, imágenes o impulsos, son repetitivos, inaceptables o indeseados, interrumpen la actividad que se está llevando a cabo, se les atribuye un origen interno, y son difíciles de controlar (Rachman, 1981). Algunos tipos de PI comparten contenido con la obsesiones.

(2) El hecho de que un PI se convierta o no en una obsesión, dependerá del significado y valoración que las personas den a sus pensamientos. Por tanto, el origen de las obsesiones no se basa en la aparición de un pensamiento intrusivo, sino en la interpretación inadecuada que se da al mismo. Es por ello que las valoraciones/interpretaciones disfuncionales se consideran un elemento nuclear en el TOC, pues conducen a que el pensamiento se viva como algo angustiante y a que se pongan en marcha estrategias para su control. Los diferentes modelos explicativos sobre el TOC diferirán en las valoraciones que consideran más relevantes. Estas valoraciones se realizan porque la persona mantiene una serie de creencias disfuncionales sobre los pensamientos que podrían ser por tanto un factor de vulnerabilidad para desarrollar un TOC (Clark y O'Connor, 2005).

(3) Las estrategias de control de los pensamientos serán el segundo elemento central en estos modelos, que asumen que son un importante factor de mantenimiento o agravamiento del problema.

Ahora pasamos a describir con más detalle cada uno de los modelos más relevantes que se agrupan en la perspectiva de las valoraciones disfuncionales.

4.1.1 Modelo de la sobreestimación de responsabilidad de Salkovskis (1985)

Salkovskis parte de la premisa de que los pensamientos intrusivos son un fenómeno universal y por lo tanto los experimenta la mayoría de la población general (Salkovskis, 1996). Estos pensamientos intrusivos, que son muy similares en contenido y forma a las obsesiones clínicas, reflejan intereses y preocupaciones actuales del individuo y pueden representar una forma de solucionar los problemas (Salkovskis, 1996). El autor fue el primero en señalar que la diferencia entre pensamientos intrusivos y obsesiones reside en la interpretación que el individuo realiza de los mismos, por lo tanto todo pensamiento es neutro en un principio y dependiendo de nuestra valoración será o no susceptible de convertirse en una obsesión. Este autor destaca dos procesos básicos en la patogénesis del trastorno: las *valoraciones de sobreestimación de responsabilidad* y los procesos de *neutralización*. La sobreestimación de responsabilidad consiste en que el individuo cree que el contenido del pensamiento intrusivo puede representar un posible daño o peligro para uno mismo y/o para los demás, con lo que uno debe intentar prevenirlo a toda costa. Dicha valoración puede centrarse en la mera ocurrencia del pensamiento o, como es más habitual, en su contenido. Por lo tanto, si el individuo se considera responsable del contenido negativo del pensamiento intrusivo, es más probable que este se acabe convirtiendo en una obsesión. Los procesos de *neutralización* serían todas las actividades voluntarias, motoras y/o cognitivas, que el individuo lleva a cabo con el objetivo de reducir la responsabilidad percibida.

Salkovskis sugiere que cuando se valora un pensamiento intrusivo de forma disfuncional, esto da lugar a una secuencia de pasos que llevarían a dicho pensamiento a transformarse en obsesión clínica (Salkovskis y Wahl, 2003). La secuencia sería la siguiente:

- a) Aumenta las emociones de carácter negativo como la ansiedad y la depresión.
- b) El pensamiento intrusivo y los pensamientos relacionados se vuelven más accesibles.
- c) Se incrementa la atención que se dedica al pensamiento intrusivo y a sus desencadenantes ambientales.

d) Se ponen en marcha neutralizaciones con el objetivo de impedir que el contenido del pensamiento se haga realidad y/o la disminución del sentido de responsabilidad.

Este modelo (Salkovskis y Wahl, 2003) también destaca una serie de errores cognitivos típicos de los individuos con obsesiones. Según el autor, estos errores serían producto de creencias TOC preexistentes y aumentarían la sobreestimación de responsabilidad. Los errores más característicos serían:

- ✓ El sesgo de responsabilidad: el individuo se hace a sí mismo responsable de los resultados negativos de una determinada situación.
- ✓ Ausencia de sesgo de omisión: creencia de que la responsabilidad sobre unas consecuencias negativas disminuye cuando no se actúa o se omite una situación como contraposición a situaciones en las que uno actúa dando lugar a resultados negativos.
- ✓ Errores de percepción de la propia capacidad de actuación: creencia de que se pueden prever los acontecimientos negativos. Es decir, no actuar cuando uno cree que puede anticiparse, aumenta el sentido de responsabilidad.
- ✓ Fusión pensamiento-acción: creencia de que pensar en algo es igual que hacerlo, de forma que se equipara la libertad de actuación con la de pensamiento, pasando por alto un factor esencial: el nivel de control que el individuo tiene sobre la propia actividad motora es mucho más elevado que aquel que se tiene sobre la propia actividad mental.
- ✓ Errores en la toma de decisión: las personas con TOC tienen dificultades a la hora de decidir cuándo parar una compulsión o neutralización.

Existe un respaldo empírico fuerte acerca de la sobreestimación de responsabilidad como factor clave en el desarrollo y mantenimiento del TOC (Salkovskis y Forrester, 2002). Sin embargo hay autores (Clark, 2004) que ponen en duda que las valoraciones de responsabilidad por sí solas puedan considerarse un factor suficiente para el desarrollo del

TOC y se tiende a pensar que existen otros factores cognitivos relevantes para el origen y desarrollo del trastorno.

4.1.2 Modelo de las valoraciones de Rachman (1978)

Rachman siguió los pasos de Salkovskis reformulando y puliendo el modelo del mismo (Salkovskis,1985). Su modelo se basa en la idea de que una valoración disfuncional de los pensamientos intrusivos sería la principal responsable de la conversión de dichos pensamientos en obsesiones clínicas. De un modo general, esta valoración es una interpretación errónea del significado de las intrusiones como indicativas de algo muy importante, que tendría significado personal, amenazante o incluso catastrófico, y que provoca una reacción de elevado malestar (Rachman, 2003). Rachman destaca la idea de que la interpretación que hace el sujeto resulta amenazante para propia identidad, ya que revelaría algo importante y negativo sobre uno mismo, llegando a la conclusión de que se es alguien peligroso o inmoral. Rachman (1997, 2003) define las valoraciones disfuncionales o interpretaciones erróneas basadas en la importancia que se le otorgan a los pensamientos intrusivos en base a cinco criterios:

- La importancia: la intrusión resulta significativamente personal, ya que revelaría algo importante sobre la propia identidad.
- Personalizada: de alguna forma el contenido de la obsesión es significativamente personal para el individuo.
- Egodistónica: el contenido de la intrusión es percibido como inaceptable por el individuo al contradecir los propios valores y/o su autoconcepto.
- Las consecuencias potenciales: a pesar de que las consecuencias de la intrusión sean altamente improbables, estas se percibirán como probables causando gran malestar.
- La gravedad de las consecuencias: las consecuencias percibidas asociadas al pensamiento intrusivo se consideran catastróficas.

Rachman otorga una gran importancia al contenido de los pensamientos intrusivos y lo considera uno de los elementos clave para el desarrollo de una posterior valoración disfuncional del mismo. Cuanto más egodistónico sea el contenido del pensamiento (especialmente si este es de contenido moral, sexual y/o agresivo) más posibilidades de que este se convierta en obsesión. Factores como el sistema de valores del individuo, experiencias, deseos, necesidades, eventos vitales, preocupaciones o su estado de ánimo también resultarán determinantes para la conversión de un pensamiento intrusivo en obsesión. En consecuencia, estos elementos pueden ser considerados como factores de vulnerabilidad que favorecerían las valoraciones de significado personal.

Rachman (1993) también hace referencia a otros factores cognitivos de vulnerabilidad como pueda ser algunos sesgos cognitivos característicos de personas con TOC que los haría más propensos a realizar valoraciones erróneas de los pensamientos intrusivos. Entre estos sesgos, el autor destaca el sesgo "fusión pensamiento-acción (FPA)" concebido como la tendencia a equiparar pensamientos y acciones que tienen los individuos con TOC. Dentro del TAF nos encontramos con dos subtipos:

- Sesgo "fusión pensamiento-acción de tipo moral" (Rachman y Shafran, 1998):
tendencia a creer a que a nivel moral es lo mismo pensar en algo que llevarlo a cabo. Por ejemplo, pensar en tener sexo con alguien que no debería es tan inmoral como tener relaciones con esa persona.
- Sesgo "fusión pensamiento-acción probabilidad" (Rachman y Shafran, 1998):
tendencia a creer que cuanto más veces tenga lugar un pensamiento, más probabilidad hay de que se convierta en una realidad. Por ejemplo, cuanto más piense que mi amigo podría tener un accidente, más probable es que lo acabe teniendo.

Rachman también otorga un papel importante a las compulsiones cuya principal función sería, en la misma línea que propone Salkovskis, una disminución del sentido de

responsabilidad. Sin embargo el individuo no conseguirá tener la certeza absoluta de que las consecuencias negativas no vayan a darse, con lo que recurrirá de forma incesante a las compulsiones, dando como resultado un círculo vicioso. Paradójicamente, la percepción de responsabilidad aumentará conforme se hagan más compulsiones para disminuirla.

4.1.3 El modelo de control cognitivo de Clark y Purdon (1993,1999)

A diferencia de Salkovskis y Rachman, que destacan el contenido y las valoraciones de los pensamientos intrusivos, Clark y Purdon (1993, 1999) han desarrollado una teoría cognitiva que introduce elementos metacognitivos. Su primera aportación fue el concepto de egodistonia como elemento clave de las obsesiones y el control de los pensamientos, principalmente a través de los intentos de supresión, para disminuir el malestar generado por los mismos. Rachamn (1978) y Salkovskis (1985) introdujeron el concepto de valoraciones primarias y posteriormente Clark (2004) añade a su teoría un nuevo elemento: las valoraciones secundarias de las intrusiones, que hacen referencia a la importancia y consecuencias percibidas que podrían surgir del hecho de no lograr controlar los pensamientos obsesivos. Esto último daría lugar a mayores intentos de control, que incrementarían el problema. Las valoraciones secundarias desadaptativas tendrían contenidos semejantes a las primarias pero harían referencia directa al fracaso en la supresión del pensamiento. Por ejemplo, el paciente TOC podría: 1) interpretar dicho fracaso como portador de un significado personal; 2) valorarlo como amenazante; 3) incrementar las valoraciones de responsabilidad como consecuencia de dicho fracaso; y 4) realizar interpretaciones inadecuadas acerca de la incontrolabilidad de los pensamientos, semejantes a la fusión pensamiento-acción. Existen algunas evidencias, provenientes sobre todo de los propios autores (p. ej., Purdon, Rowa y Antony, 2005), de que los pacientes TOC son más propensos a realizar estas interpretaciones del fracaso del control que los sujetos no clínicos.

4.1.4 El modelo del Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997)

El desarrollo de una propuesta de modelo cognitivo integrador del TOC centrado en el papel de los dominios de creencias disfuncionales ha sido llevado a cabo fundamentalmente por el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Estos autores distinguen entre intrusiones, valoraciones y creencias de la siguiente manera (OCCWG, 1997): (1) Las *intrusiones* serían pensamientos, imágenes e impulsos no deseados que entran en la conciencia y se convierten en obsesiones cuando adquieren gravedad clínica; (2) Las *valoraciones* serían interpretaciones, evaluaciones o expectativas que el individuo realiza sobre los pensamientos intrusivos; y (3) Las *creencias* serían esquemas relativamente estables y duraderos que son mantenidas por un individuo independientemente del contexto o situación.

Dentro de las creencias, distinguen entre las supuestamente específicas del TOC y otras que aún pudiéndose encontrar en otros trastornos de ansiedad, siguen siendo relevantes para el TOC. Este grupo creó un autoinforme, el Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ; OCCWG, 1997, 2001), diseñado para medir las creencias disfuncionales en el TOC. A través de esta herramienta se llegó a la conclusión de que existen seis dominios de creencias disfuncionales claramente definidos (OCCWG, 1997):

- Sobreestimación de la responsabilidad: creencia de que se tiene una capacidad que es fundamental para ocasionar o prevenir resultados negativos subjetivamente cruciales.
- Sobrevaloración de la importancia de los pensamientos: creencia de que la mera presencia de un pensamiento implica que este es importante.
- Sobrevaloración de la amenaza: exageración de la probabilidad o gravedad del de que ocurra algo peligroso para uno mismo y/o los demás.

- Importancia de controlar los pensamientos: sobreestimación de la importancia y de la propia capacidad para controlar los pensamientos.
- Intolerancia a la incertidumbre: la incapacidad personal para asimilar cambios y/o la falta de información, así como la dificultad para funcionar en situaciones ambiguas.
- Perfeccionismo: la tendencia a creer que hay una solución perfecta para cada problema, la no admisión de errores y la sobreestimación de las consecuencias negativas derivadas de la existencia de los mismos.

La versión original del OBQ (OCCWG, 2001, 2003) constaba de 87 ítems, que se redujeron a 44 en la versión final (OCCWG, 2005). En esta última versión, el resultado de los análisis factoriales dio como resultado la agrupación de las creencias en tres dimensiones empíricas: 1) Responsabilidad y estimación del riesgo; 2) Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, y 3) Importancia y control de los pensamientos.

Existe bastante controversia respecto a qué dominios de creencias son específicos para el TOC y cuáles no lo son. Existen estudios que sugieren que el perfeccionismo, la sobreestimación de amenaza y la necesidad de control no son específicos del TOC (Wells y Papageorgiou, 1998). Otros estudios sugieren que tanto la intolerancia a la incertidumbre como la importancia del control de pensamientos tampoco demuestran una relación significativa con los síntomas obsesivo-compulsivos (Clark, Purdon y Wang, 2003) En un estudio del OCCWG (2003) se observó que solo la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo demostraban tener una relación específica con los síntomas OC. Si bien es verdad que los pacientes TOC difieren en la mayoría de las investigaciones de los sujetos no clínicos en la intensidad de las creencias disfuncionales (OCCWG, 2005; Belloch y 2010) los resultados de las comparaciones con controles clínicos ponen en entredicho al especificidad de estas creencias en el TOC (Anholt et al., 2004; Belloch, Morillo, Luciano, Garcia-Soriano, Cabedo y Carrió, 2010; Julien, O'Connor, Aardema y Todorov, 2006). Además,

parece ser que existe un porcentaje a considerar de pacientes TOC que no puntúan alto en intensidad de creencias obsesivas o incluso que no presentan dichas creencias (Calamari, et al., 2006; Taylor et al., 2005), algo que contradice el pilar fundamental del modelo cognitivo. También hemos de tener en cuenta que aunque se ha comprobado repetidamente que la intensidad de las creencias correlaciona con la gravedad de síntomas OC en población general (Cabedo, Belloch, Morillo, Jimenez y Carrio, 2004; Taylor et al., 2010), la proporción de la varianza de los síntomas explicada por las creencias suele ser más bien baja (Taylor et al., 2010).

Tampoco queda clara la asociación entre creencias específicas y tipos de síntomas OC. Algunos estudios demuestran que algunas creencias se relacionan específicamente con algunas dimensiones de síntomas, sin embargo estos resultados no se han replicado con la excepción de que el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre que suelen asociarse al orden (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon y Rygwall, 2006; Taylor et al., 2010). Los datos tampoco apoyan que las creencias interactúen entre sí a la hora de provocar síntomas (Taylor et al., 2005). Por otra parte, los resultados de los estudios con tratamiento cognitivo específico muestran que la reducción de la intensidad de las creencias obsesivas se asocia a una mejora terapéutica (Belloch, Cabedo, Carrió y Larsson, 2010; Belloch et al., 2011; Bouvard, 2002; Emmelkamp, van Oppen y van Balkom, 2002; McLean et al., 2001)) pero dicha mejoría tiene efectos diferenciales según la dimensión de síntomas predominante, algo que según las bases del modelo cognitivo no debería ser así.

Por lo tanto, lo que podemos decir del modelo de creencias del OCCWG, es que aunque resulta muy valiosa su contribución para el estudio del TOC, no podemos llegar a la conclusión de que dichas creencias sean el factor fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, ya que la investigación al respecto deja muchas incógnitas a resolver. Quizás las creencias disfuncionales tengan un papel clave en el desarrollo del

trastorno sin que esto sea óbice para que otros factores cognitivos menos estudiados hasta el momento puedan resultar también muy relevantes para establecer un modelo cognitivo explicativo más completos.

4.1.5 El modelo de Lee y Kwon (2003): obsesiones autógenas y reactivas

Lee y Kwon (2003) propusieron un modelo cognitivo alternativo consistente en una doble clasificación de las obsesiones en “autógenas” y “reactivas”. Este modelo aporta hipótesis sobre cómo caracterizar dos tipos de obsesiones en base a distintos aspectos como son el contenido, la forma, el modo en que se experimentan, la existencia o no de estímulos desencadenantes externos y las estrategias de afrontamiento asociadas. Ellos proponen que el contenido de las obsesiones juega un papel clave que diferenciaría las valoraciones y las estrategias de control que utiliza el sujeto con TOC, dando lugar a diferentes tipos de síntomas OC según la temática de la obsesión.

Según estos autores ambos tipos de obsesiones se caracterizan por lo siguiente (Lee y Kwon, 2003):

Las obsesiones autógenas suelen ser de contenido sexual, agresivo, religioso y/o moral, por ello resultan más egodistónicas, ya que el contenido se percibe como irrealista, inaceptable y extremadamente perturbador. También se caracterizan por presentarse más en forma de urgencia, imagen e impulso. En cuanto a las valoraciones o interpretaciones, las obsesiones autógenas estarían más vinculadas a la importancia y control de pensamientos, de ahí a que se asocien más a estrategias de afrontamiento cognitivas como el control y/o supresión de los mismos. Otra de las características es que no suelen estar asociadas a desencadenantes externos sino que el estímulo desencadenante de la obsesión suele ser interno.

Las obsesiones reactivas serían aquellas de contenido de duda, errores, pensamiento mágico y contaminación, resultando menos egodistónicas que las obsesiones autógenas porque el contenido es más realista y suele estar asociado a situaciones más cotidianas. En cuanto a las

valoraciones, este tipo de obsesiones está más vinculado a la sobreestimación de responsabilidad y suelen desencadenarse por la presencia de un estímulo externo, por lo que están más asociadas a estrategias de confrontación con los mismos para reasegurar o volver a un estado deseado a través de conductas como limpiar, repetir, comprobar, ordenar o acumular.

4.2 Propuestas cognitivas basadas en el razonamiento disfuncional

4.2.1 El modelo basado en la inferencia de O'Connor (1995).

El modelo basado en el estilo de razonamiento disfuncional, ha sido desarrollado fundamentalmente por el equipo de O'Connor (Julien, O'Connor y Aardema, 2016; O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk y Taillon, 2009; O'Connor y Robillard, 1995), desde este modelo se asume lo siguiente:

(1) Las obsesiones siempre implican un elemento de duda, personalmente significativa y cargada emocionalmente, que denominan inferencia primaria (Clark y O'Connor, 2005). Por tanto, el inicio del TOC no es una intrusión que se valora de forma disfuncional, sino una duda en forma de inferencia cargada emocionalmente.

(2) La duda obsesiva (inferencia primaria) deriva de un estilo de razonamiento inductivo específico que caracterizaría a las personas con TOC. Este estilo de razonamiento, denominado *confusión inferencial* (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand y Todorov, 2005) se caracteriza por confundir en el área obsesiva lo real con lo posible (posibilidad muy remota). Este estilo de procesamiento es característico no solo del TOC, sino también de otros trastornos relacionados o del espectro OC (O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk y Taillon, 2009; Taillon, O'Connor, Dupuis y Lavoie, 2013). Este razonamiento inferencial se basaría en dos puntos clave: (a) la desconfianza de los propios sentidos: la persona no distingue lo real de lo imaginado en su área obsesiva. Esto sucede porque el paciente con TOC no se fía del criterio universal que utilizamos los seres humanos para hacer dicha

distinción: nuestros cinco sentidos. Y (b) el hecho de que el paciente con TOC otorga una mayor credibilidad a una posibilidad ficticia remota antes que a la realidad. Desde el modelo inferencial se habla de “ficticio” para hacer referencia a algo que no es relevante para el *aquí* y *ahora*.

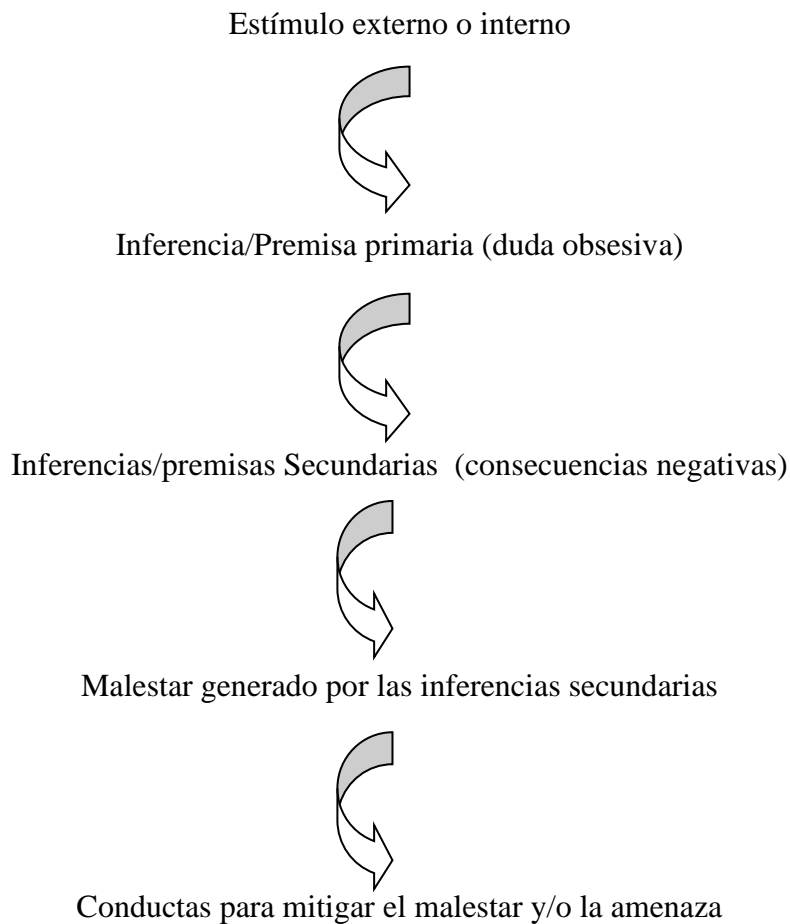
(3) Las dudas obsesivas (inferencias primarias) (por ej., puede que haya dejado el gas encendido), conducen a anticipar las consecuencias negativas de que la duda fuera cierta (inferencias secundarias o valoraciones disfuncionales) (por ej., si el gas está encendido, habrá un incendio y la casa saldrá por los aires), a sentir ansiedad, y a realizar compulsiones (véase Figura 1)

(4) Las personas con TOC tendrían dudas normales ante las que emplearían un estilo de razonamiento normal y que surgirían a partir de información disponible y razonable para la mayor parte de las personas (por ej., una persona que ve estornudar varias veces a otra y piensa " a ver si me lo pega"). Pero además tendrían otras dudas patológicas en las que el estilo de razonamiento sería erróneo. Es decir, no basado en lo observable por los órganos de los sentidos o por el sentido común, sino en inferencias sobre probabilidades poco plausibles (por ej., y si me contagio de algo tocando este libro). Este estilo de razonamiento lleva a la persona a vivir “como si” por ejemplo estuviera el pomo sucio en ausencia de suciedad o contaminación.

Este modelo fue diseñado especialmente para los casos de TOC con bajo o nulo *insight*, es decir, para aquellas personas que son apenas conscientes de la irracionalidad de sus obsesiones (Kozak y Foa, 1994) pero estudios a lo largo de los últimos años (por ejemplo, Aardema, Emmelkamp y O’Connor, 2005) han confirmado que el modelo es eficaz en todos los casos de TOC y no sólo para este tipo de pacientes, con lo que se presenta en el ámbito clínico como una interesante alternativa de tratamiento a tener en cuenta. Por lo tanto, el modelo basado en la inferencia plantea que el TOC es un trastorno de la imaginación, no de

la percepción y el origen del problema radicaría en una sobrevaloración de la imaginación en el área TOC ante la realidad. El individuo se fiaría más de lo que *podría haber o ser* que de lo que *hay o es*. Es esencial tener en cuenta que el modelo puntualiza que esta disfunción en el razonamiento inferencial es selectiva y únicamente se da en el área obsesiva, en el resto de áreas el razonamiento inferencial del individuo permanece intacto.

Figura 1. Modelo Basado en la Inferencia para el TOC (O'Connor, 2002)



Podríamos afirmar que los tres elementos claves del modelo inferencial son: el contexto, el rol del sí mismo y las narrativas TOC. A continuación, vamos a describir cada uno de estos

conceptos y a explicar su rol en el desarrollo y mantenimiento del TOC acorde al modelo inferencial:

El contexto. Según el modelo basado en la inferencia, el contexto sería el elemento clave diferenciador entre obsesiones y pensamientos intrusivos. Este modelo sugiere que nos encontramos ante dos fenómenos diferentes distinguibles a través del contexto de aparición (Julien, O'Connor y Aardema, 2007, 2009), que puede ser un: (1) *contexto adecuado*, es decir, aquel en el que existen evidencias en el aquí y ahora a través de los cinco sentidos que justifiquen la aparición de la duda. Según el modelo, este sería el contexto en el que surgen los pensamientos intrusivos y dudas cotidianas. O (2) *un contexto inadecuado*, que se describe como aquel en el que no existen evidencias en el aquí y ahora a través de los cinco sentidos que justifiquen la aparición de la duda. Según el modelo, este último sería el contexto en el que surgen las obsesiones o inferencias primarias.

La duda, tanto normal como obsesiva, no sale de la nada sino que siempre va a tener un razonamiento detrás de la misma que justifique su existencia y que haga que parezca razonable. Sin embargo, existe una diferencia muy importante entre el razonamiento que caracteriza a las dudas obsesivas y a las dudas normales, y que está relacionada con el cómo y cuando se da la información que contiene la duda, es decir, el contexto en que surge. Según el modelo inferencial, las obsesiones siempre vienen de uno mismo y no del contexto y esta sería la base de los síntomas del TOC. O'Connor, Aardema y Péliissier (2005) conciben el contexto como el elemento clave para definir el carácter egodistónico de las obsesiones. Hasta ahora, Purdon, Cripps, Faull, Joseph y Rowa (2007) definían un pensamiento egodistónico como "*aquel que tiene poco o nada que ver con cómo el individuo se percibe a sí mismo o su personalidad*" sin embargo, según O'Connor y Aardema, esta definición de egodistonía no deja de ser muy subjetiva ya que depende de la percepción que el individuo tenga de sí mismo. Según estos autores, una definición de egodistonía basada únicamente en una

evaluación subjetiva queda bastante lejos de reflejar de forma realista y global lo que este concepto significa. O'Connor y Aardema (2007) proponen una definición más objetiva de este concepto de forma que se consideraría un pensamiento egodistónico aquel que tenga poco o nada que ver con el sí mismo, al margen de que sean o no reconocidos como egodistónicos por el individuo. Es lo que los autores llaman una "discordancia objetiva" entre la obsesión y la identidad, como concepto opuesto a la "discordancia subjetiva" que propone Purdon (Purdon et al., 2007). A diferencia de la segunda, la primera no difiere entre individuos sino que sería un factor central en todas las obsesiones y estaría marcada por el contexto inmediato en el que surgen las mismas.

Las narrativas. Según el modelo, la narrativa TOC es un proceso creativo que va cogiendo forma cuanto más tiempo pasa. Cuanto más elaborada y detallada esté la historia TOC, más creíble parecerá la obsesión. Aunque la narrativa detrás de la duda obsesiva puede parecer tener sentido, hay una diferencia muy importante entre el razonamiento que caracteriza a las dudas obsesivas y a las dudas normales y es que la historia detrás de las obsesiones nunca se basa en argumentos del *aquí y ahora*. Es decir, los argumentos de la historia o narrativa TOC parecerán racionales a priori por su contenido (qué) pero si examinamos el contexto en el que se dan (cómo y cuándo) observaremos que ninguno de ellos se basa en el *aquí y ahora*. La importancia de este último punto radica en que la duda obsesiva pasa a ser totalmente irrelevante desde el momento en que no encuentra evidencias en la realidad del individuo. La principal diferencia entre las dudas obsesivas y las dudas normales, radica en que la duda normal siempre tiene alguna base en la realidad. La duda obsesiva siempre vendrá "de dentro" de la persona, es decir, de su narrativa interna (imaginación) y no de la información percibida a través de los sentidos (contexto). Para ello, según el modelo inferencial, los pacientes con TOC poseen un cierto número de herramientas que de una manera u otra siempre van a encontrarse presentes en las historias TOC. Identificar dichas herramientas será

parte del proceso para desacreditar estas narrativas basadas en la ficción y construir otras nuevas basadas en la percepción a través de los sentidos (de esto último hablaremos más adelante, en el apartado de implicaciones terapéuticas del modelo inferencial).

El *self*. Desde el modelo inferencial se plantea que el estilo de razonamiento patológico se emplearía ante aquellas narrativas que resultan coherentes con las áreas del sí mismo relevantes para el sí mismo ("*self-themes*"), de modo que algunas de estas áreas constituirían una variable de vulnerabilidad para desarrollar TOC (Aardema y Connor, 2007; Julien et al., 2016). El grupo de O'Connor únicamente ha desarrollado una de estas áreas, el miedo al sí mismo, que asocia a un tipo específico de obsesiones, las relacionadas con contenidos agresivos, sexuales o inmorales (Julien et al., 2016). Los *self-themes* se han definido como las áreas de la vida en las que la persona desconfía de su propio yo (Aardema y Connor, 2007) y constituirían una variable de vulnerabilidad para desarrollar dudas obsesivas, y explicarían por qué las personas desarrollan obsesiones sobre contenidos específicos. Concretamente el modelo inferencial ha desarrollado el yo temido o el *fear of self*, que consistiría en el tipo de persona en la que temería convertirme. De hecho han desarrollado una medida de evaluación de este constructo, el Fear of Self Questionnaire (Aardema et al., 2013).

4.3. Los modelos basados en las valoraciones disfuncionales y en el razonamiento disfuncional: evidencias empíricas

Los modelos basados en las valoraciones disfuncionales y el razonamiento disfuncional comparten algunos elementos, de hecho, se ha realizado una propuesta de integración (Clark y O'Connor, 2005) de la cual hablaremos más abajo. Sin embargo, mientras que el enfoque basado en la inferencia centra su atención en las inferencias primarias, las teorías basadas en las valoraciones centran la atención en las inferencias secundarias o valoraciones disfuncionales (Clark y O'Connor, 2005). Además, difieren en varios de sus supuestos más

básicos, dado que el modelo basado en el razonamiento disfuncional asume que los PI y las obsesiones se desarrollan en procesos diferentes (no asumen que se da una dimensionalidad), y que el inicio del TOC no está en la presencia de PI valorados de forma disfuncional, sino en la presencia de un estilo de razonamiento inferencial erróneo específico. En el Cuadro 1 se resume las principales diferencias entre el modelo basado en las valoraciones y el modelo basado en un razonamiento disfuncional.

Cuadro 1. Diferencias entre los modelos cognitivo-conductual e inferencial.

CARACTERÍSTICA	MODELO BASADO EN LAS VALORACIONES	MODELO BASADO EN EL RAZONAMIENTO DISFUNCIONAL
<i>Pensamientos intrusivos / inferencias primarias</i>	Universales y derivados de procesos genéricos de estrés. El contenido no es importante.	No son universales y están vinculadas al contexto y al <i>sí mismo</i> . El contenido sí es significativo y se relaciona con el miedo al <i>sí mismo</i>
<i>Factor desencadenante del problema</i>	Valoración errónea de la intrusión que la convertirá en obsesión.	Un razonamiento inductivo erróneo que llevaría a la duda obsesiva.
<i>Factores mantenedores del problema</i>	Compulsiones y conductas de neutralización.	Confusión inferencial que mantiene la narrativa de tipo obsesivo
<i>Origen del problema</i>	Dominios de creencias disfuncionales.	Una percepción negativa errónea del propio <i>sí mismo</i>
<i>Paciente prototipo</i>	Cualquier tipo de TOC, especialmente aquellos con cierto grado de <i>insight</i> .	Cualquier tipo de TOC, especialmente aquellos con bajo <i>insight</i> .
<i>Objetivo del tratamiento y tipo de técnicas que se emplean.</i>	Modificar la interpretación a través de la exposición con prevención de respuesta y modificación de dominios de creencias disfuncionales.	Modificar la narrativa ficticia a través de la terapia basada en la inferencia, dirigida a mejorar el razonamiento inductivo en el área afectada.
<i>Carácter del problema</i>	De tipo perceptivo	De tipo imaginativo

A continuación, vamos a realizar una breve revisión de las evidencias empíricas disponibles sobre los supuestos planteados por ambos modelos, teniendo presente que la mayor parte de la investigación se ha centrado en los modelos basados en las valoraciones disfuncionales, y que

los trabajos centrados en el modelo del estilo de razonamiento disfuncional proceden en su mayoría del grupo de investigación que elaboró la propuesta, siendo por tanto necesaria una validación externa (Julien et al., 2016).

Como hemos visto, un supuesto básico de las propuestas basadas en las valoraciones disfuncionales es que las obsesiones tienen su origen en pensamientos intrusivos que experimenta la población general. Desde el trabajo inicial de Rachman y de Silva (1978), diferentes estudios han apoyado este supuesto a lo largo de diferentes culturas y poblaciones (por ej., Purdon y Clark, 1993; García-Soriano et al., 2011; Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007; Radomsky et al., 2014). A lo largo de diferentes trabajos en colaboración con investigadores procedentes de diferentes nacionalidades se ha mostrado que sobre el 93% de la población presenta intrusiones mentales cuyo contenido es similar al de las obsesiones que presentan los pacientes con TOC (Radomsky et al., 2014). Estas cuestiones se han analizado a partir del empleo de un instrumento de autoinforme desarrollado a partir del ROII (Purdon y Clark, 1993), el Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos (INPIOS; García-Soriano, 2008), y de la *International Intrusive Thoughts Interview Schedule*. Desde estas aproximaciones se ha asumido la continuidad entre intrusiones y obsesiones, por lo que a menudo se ha recurrido al empleo de muestras no clínicas (Abramowitz, Fabricant, Taylor, Deacon, McKay, Storch y 2014).

Sin embargo, a pesar de que en general hay consenso en asumir que los pensamientos intrusivos que experimenta la población general son similares a aquellos experimentados por la población clínica (Radomsky et al., 2014), las similitudes entre PI y obsesiones se ha puesto en entredicho por diferentes autores (O'Connor, 2002; Rassin, Cougle, y Muris, 2007; Rassin y Muris, 2007). Estos plantean que las intrusiones que experimenta la población general, y las obsesiones que experimenta la población clínica, difieren en más aspectos que la frecuencia y molestia que generan, el modo en que se valoran y se hace frente a las mismas.

De hecho, el modelo basado en la confusión inferencial propone que, intrusiones y obsesiones, aunque puedan tener un contenido similar, son fenómenos que no están relacionados, y se desarrollan a través de procesos diferentes. Como hemos comentado anteriormente, el modelo inferencial sugiere que ambos fenómenos difieren, entre otros aspectos, en que las primeras ocurren en contextos apropiados, y las segundas surgen en contextos inapropiados (O'Connor et al., 2005). Según este modelo, las intrusiones se dan en *contextos apropiados*, es decir, su contenido está relacionado con algo que puede observarse a través de los órganos de los sentidos cuando aparece la intrusión. Por tanto, la información del contexto se relacionaría con el contenido de la intrusión. Las obsesiones se darían en *contextos inapropiados*, es decir, sin evidencias contextuales que apoyen la realidad de su contenido (por ej., sin evidencias de suciedad ante dudas sobre un posible contagio). En este sentido, Julien et al. (2009) analizaron en qué medida las intrusiones de pacientes con TOC y de la población general diferían en el contexto en que surgen. Para ello, a través de un cuestionario de autoinforme pidieron a participantes no clínicos y con TOC que seleccionaran de un listado sus tres intrusiones más molestas y que valoraran el tipo de contexto en el que se daban (relación directa con el contexto, indirecta, o no relación). Observaron que: (1) la mayoría de las intrusiones estaban relacionadas con el contexto en el que surgían (entre el 92% –población general- y el 84% –población clínica-); (2) las intrusiones de los pacientes con TOC se daban en mayor proporción en contextos indirectos que en los participantes no clínicos. Sin embargo estas diferencias eran significativas únicamente en 2 de las tres intrusiones evaluadas, no observándose diferencias en la intrusión más molesta; (3) las intrusiones de orden/ simetría y acumulación se asociaban significativamente con mayor frecuencia a contextos directos que indirectos. En el resto de contenidos no se observaron diferencias. En un trabajo posterior (Audet et al., 2016) exploran el contexto a partir de la categorización realizada por tres clínicos del contexto de aparición de las intrusiones

experimentadas por una muestra extraída de la población general. En este caso, en lugar de categorizar el contexto en función de si se da una relación directa (vs indirecta) con la intrusión, lo hacen en función de si se observan (o no) evidencias directas de que la duda obsesiva es potencialmente real (con evidencias directas). En un 68,9% de los casos las intrusiones se daban sin evidencias directas. Además, aquellos participantes con intrusiones sin evidencia directa presentaban mayores niveles de confusión inferencial y de creencias disfuncionales.

Los resultados de estos dos estudios sugieren que las intrusiones se dan en diferentes contextos, y en la mayor parte de los casos se dan en contextos donde no hay evidencias de que la duda sea posible. Sin embargo, estos resultados distan de ser concluyentes, y adolecen de una serie de inconsistencias con la propuesta teórica de O'Connor que dificultan su generalización. Respecto al primer estudio (Julien et al., 2009), la cumplimentación del cuestionario implica una elevada dificultad, de hecho, parte de los participantes no completaron correctamente el ejercicio de entrenamiento. Además, los autores en ningún momento se aseguraron de que las intrusiones indicadas por la población clínica fueran clínicamente significativas, es decir, fueran obsesiones. De hecho, una de las intrusiones en las que se observaron diferencias en cuanto al contexto, no difería en la molestia que generaba entre la muestra extraída de la población clínica y de la población general, lo que nos hace sospechar de si se trataba de una obsesión clínicamente significativa o de una intrusión en población clínica. Además, el mismo porcentaje de pacientes presenta obsesiones relacionadas de forma directa que indirecta con el contexto. Por lo que no se apoyaría la propuesta de que la relación con el contexto difiere entre obsesiones (relación indirecta) e intrusiones (relación directa). Finalmente, el análisis de la relación entre contenido y contexto se realiza conjuntamente para la población general y el grupo de pacientes con TOC cuando la hipótesis de partida del modelo es que las intrusiones son fenómenos categorialmente

diferentes de las obsesiones. El segundo estudio (Audet et al., 2016) analiza las intrusiones en población general, y observa que casi en un 70% de los casos se dan sin evidencia directa, por lo que no apoyarían el supuesto de que las intrusiones difieren de las obsesiones en el tipo de contexto. Además, el 66% de las intrusiones valoradas fueron descritas como no relevantes para el TOC por los clínicos que las evaluaron, por lo que no podemos asegurar que se esté hablando del mismo fenómeno que cuando nos referimos a PI análogos a obsesiones clínicas. Este trabajo tampoco ha tenido en cuenta el contenido de las obsesiones a la hora de analizar su relación con el contexto. Estudios futuros tendrían que contrastar estos elementos en muestras clínicas, analizando si en una misma persona el contexto difiere en función de que valore una intrusión o una obsesión. También sería interesante tener en cuenta el contenido de las obsesiones en el análisis del contexto, de hecho, el trabajo de Julien et al., (2009) sugiere que pudieran haber diferencias. Por otra parte, Lee y Kwon (2003) contradicen la propuesta de O'Connor y su equipo, y sugieren que las obsesiones autógenas tienden a aparecer sin estímulos externos provenientes del contexto mientras que las obsesiones reactivas suelen estar provocadas por algún estímulo externo proveniente del contexto del momento de aparición.

Otro de los supuestos de los modelos basados en las valoraciones, que los pensamientos intrusivos se convierten en obsesiones cuando se valoran de forma disfuncional, ha recibido una gran atención empírica. Ésta ha estado centrada en gran medida en analizar la relevancia de creencias, valoraciones y estrategias en el TOC así como su especificidad respecto a otras patologías. En este sentido, en la literatura se han planteado una serie de creencias sobre los pensamientos como las más relevantes (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997), y se han desarrollado instrumentos de autoinforme para valorarlas como el Obsessive-Compulsive Beliefs Questionnaire (OBQ). Otros autores (Belloch et al., 2010) han observado que la población con TOC (n=75) tiene mayores puntuaciones que la población no clínica

(n=552) en las creencias disfuncionales, pero que estas creencias no son específicas del TOC sino que también son relevantes para pacientes con diagnóstico de depresión mayor (n=22) y trastornos de ansiedad diferentes al TOC (n=25) (Belloch, Morillo y García-Soriano, 2007; Belloch y 2010), o en trastornos alimentarios (Roncero, Perpiñá y García-Soriano, 2011). La falta de especificidad de estas valoraciones o creencias disfuncionales sobre los pensamientos se ha confirmado en otros trabajos (Berle y Starcevic, 2005; Tolin, Woods y Abramowitz, 2003; Viar, Bilsky, Armstrong y Olatunji, 2011), y sugiere que tal vez se trate de una variable con valor transdiagnóstico. También se han analizado las valoraciones que se dan ante intrusiones y obsesiones, y a través de diferentes trabajos, se ha observado cómo las intrusiones que se dan en población general y sub-clínica, y las obsesiones de los pacientes con TOC difieren en la frecuencia con que se experimentan, la molestia y emociones negativas que generan, el modo en que se valoran y el tipo y frecuencia con que se emplean estrategias para controlarlas, siendo mucho más disfuncionales y frecuentes en los pacientes que en población general (García-Soriano y Belloch, 2013; Morillo et al., 2007; Moulding, Aardema y O'Connor, 2014). Del mismo modo que las creencias, no parece que las valoraciones disfuncionales sean específicas del TOC respecto a otros trastornos de ansiedad o la depresión mayor (Morillo et al., 2007).

Sin embargo, otros trabajos informan que entre un 25 y un 73% de las personas con TOC no presentan elevados niveles de creencias o valoraciones disfuncionales (Calamari et al., 2006; Polman, O'Connor y Huisman, 2011; Taylor et al., 2006), sugiriendo que estas no pueden ser el único elemento implicado en el desarrollo de las obsesiones. En este sentido, Chik, Calamari, Rector y Riemann (2010) plantean que aquellos pacientes con TOC con bajos niveles de creencias disfuncionales, pudieran presentar otro tipo de experiencias que explicarían su sintomatología como la sensación de “incompletud”. También pudiera ser que otras variables como las emocionales (por ej., el asco) o el razonamiento inferencial erróneo

fueran más relevantes en estos pacientes. En este sentido, en un estudio de caso con pacientes con síntomas de contaminación se pudo ver como los pacientes con compulsiones de lavado diferían en la relevancia que las creencias, la sensación de “incompletud” o la emoción de asco tiene para su sintomatología (García-Soriano, Carrió y Belloch, 2016).

También se ha analizado el papel de las estrategias de neutralización en el control de obsesiones e intrusiones (Abramowitz, Whiteside, Kalsy y Tolin, 2003; Belloch, Carrió, Cabedo y García-Soriano, 2015; Belloch, Morillo y García-Soriano, 2009; Ladouceur et al., 2000). En general, los estudios sugieren que todas las personas hacemos algo para controlar nuestras intrusiones/ obsesiones, siendo la frecuencia con que se emplean determinadas estrategias una de las diferencias fundamentales entre obsesiones e intrusiones (Belloch et al., 2009; Ladouceur et al., 2000). Algunas estrategias son empleadas por población general, por lo que no serían disfuncionales (relajación, distracción cognitiva), pero otras son más empleadas por la población clínica sugiriendo su disfuncionalidad (compulsiones mentales, compulsiones conductuales, revaloración, reaseguración, supresión, castigo, evitación). Estas estrategias, empleadas por los pacientes con TOC para controlar el malestar que sus obsesiones les generan, tampoco parecen específicas del TOC respecto a pacientes con trastornos de ansiedad o depresión. Únicamente el autocastigo parece específico del TOC (Belloch et al., 2009).

Como hemos señalado con anterioridad, el modelo inferencial propone que el elemento clave para el desarrollo de las obsesiones no son las creencias ni las valoraciones disfuncionales, sino el modo en que la persona con TOC razona. Se ha desarrollado un instrumento (Inferential Confusion Questionnaire) para valorar el estilo inferencial, que se ha validado a través de diferentes estudios que muestran que la confusión inferencial es mayor en los pacientes con TOC que en pacientes con trastorno delirante o de ansiedad, o en población general (Aardema et al., 2005; Aardema, Wu, Careau, O'Connor, Julien, y Dennie, 2010;

Gangemi, Mancini y Dar, 2015; Yorulmaz, Dirik, Karaali y Uvez, 2010). De forma consistente se ha observado también, que la confusión inferencial predice los síntomas de comprobación una vez controlada la influencia de otras variables como las creencias disfuncionales; y que se asocia a síntomas obsesivo-compulsivos independientemente de las creencias disfuncionales, los síntomas de ansiedad o de depresión (Julien et al., 2016). Sin embargo, su distinción a nivel empírico con las creencias, concretamente con la sobreestimación de la amenaza es compleja (Julien et al., 2016). A nivel teórico ambos constructos están claramente delimitados: la confusión inferencial hace referencia al grado en que las personas se implican en posibilidades poco probables, y la sobreestimación de la amenaza a la probabilidad percibida de peligro. Sin embargo, los diferentes trabajos realizados para diferenciar ambos constructos a nivel empírico, no lo han conseguido (Aardema, O'Connor y Emmelkamp, 2006; Aardema, Radomsky, O'Connor y Julien, 2008). Otra asunción del modelo de confusión inferencial, es que el razonamiento inferencial erróneo se aplicará a unas dudas, las obsesivas, pero no a las normales, categoría en la que según el modelo inferencial entrarían los pensamientos intrusivos. Sin embargo, hasta donde nosotras sabemos no hay trabajos que comparen en una misma persona con TOC su estilo de razonamiento ante intrusiones y obsesiones (inferencias primarias).

Desde los modelos de las valoraciones disfuncionales, la aproximación a la relación entre el sí mismo y el TOC se ha realizado desde diferentes enfoques. Se ha examinado la relación del TOC con el nivel de autoestima (Ehnholt, Salkovskis y Rimes, 1999), la autoimagen (Ferrier y Brewin, 2005), la estructura del autoconcepto (Doron, Kyrios y Moulding, 2007), la ambivalencia del yo (Bhar y Kyrios, 2007), el contenido del mismo (p. ej., Steketee, Quay y White, 1991), o las áreas relevantes para la autoestima (García-Soriano, Clark, Belloch, del Palacio y Castañeiras, 2012; García-Soriano y Belloch, 2012). También se ha estudiado en qué medida el contenido de los pensamientos intrusivos y de las obsesiones contradice los

aspectos valorados del yo (Rowa, Purdon, y Summerfeldt, 2005), y se ha observado que las obsesiones más molestas son más egodistónicas en comparación con las obsesiones menos molestas de un mismo paciente (Purdon et al., 2007). Únicamente describiremos aquí las propuestas que nos parecen más prometedoras y que se relacionan directamente con esta Tesis. Diferentes estudios han analizado en qué medida las obsesiones son egodistónicas. Purdon et al. (2007) describe un pensamiento egodistónico como aquel que es percibido como ajeno al sí mismo y/o a la personalidad. Por tanto, el pensamiento es percibido, al menos inicialmente, como inconsistente con la moral, actitudes, preferencias, conducta pasada y/o las expectativas sobre el tipo de pensamientos que uno esperaría debería tener; y causa un marcado malestar, que a su vez hace que la persona se resista a él (Purdon et al., 2007). Un mismo pensamiento puede ser consistente con el sí mismo en unos aspectos (por ej., soy una persona responsable y evito la contaminación, por eso me lavo muchas veces) e inconsistente en otros (por ej., yo soy una persona racional, me he lavado 50 veces, y no es racional pensar que aún me puedo contaminar) (Purdon et al., 2007). De modo similar, Audet et al. (2016) plantea que una intrusión/obsesión puede ser egodistónica porque contradice el sí mismo o los propios valores, o porque contradice las evidencias externas, aquellas evidencias que nos sugieren los sentidos (por ej., está limpio, no se percibe suciedad). En un trabajo anterior comentábamos como algunos contenidos de obsesiones (por ej., contenido agresivo) pueden ser egodistónicos porque contradicen los principios morales de la persona, mientras que otros lo serían por la responsabilidad percibida de evitar el daño (García-Soriano et al., 2011) . Diferentes trabajos han mostrado que las obsesiones más molestas se asocian a mayor egodistonía que las menos molestas (Purdon et al., 2007). En nuestro grupo se ha validado y adaptado al español el instrumento desarrollado por Purdon et al. (2007) para evaluar la egodistonía (Belloch, Roncero y Perpiña, 2012). Recientemente, Audet et al. (2016), han analizado la relación entre la egodistonía y el tipo de contexto en que aparecen las intrusiones

(con o sin evidencias sobre la realidad de la intrusión), y han informado de que las intrusiones egodistónicas se dan en mayor proporción en contextos sin evidencias de que la intrusión fuera realidad. Sin embargo estos autores no tienen en cuenta el nivel de egodistonía o en qué dimensiones resultan egodistónicas, sino que las categorizan como egodistónicas o no.

Otros autores han propuesto que las intrusiones que se convierten en obsesiones, son aquellas que podrían estar revelando aspectos inaceptables del propio carácter (Ferrier y Brewin, 2005) una idea asociada a la teoría de la autodiscrepancia (Higgins, 1987) y al sí mismo temido (Markus y Nurius, 1986). Estos autores encontraron que los pacientes con TOC hacían, con mayor frecuencia que controles ansiosos, inferencias negativas sobre sí mismos a partir de sus obsesiones. Recientemente, se ha estudiado el miedo al sí mismo desde una propuesta diferente, la del modelo de confusión inferencial. Según el modelo inferencial, la persona con TOC desconfía de su propio yo, y confía más en un yo-posible que en un yo real (Aardema y Connor, 2007). Desde esta aproximación únicamente se ha desarrollado e investigado una de estas áreas (Julien et al., 2016): el “miedo al sí mismo” que se describe como una temática relevante para el sí mismo (“*self-theme*”) (Aardema y Connor, 2007; Aardema y O’Connor, 2003); y se define como el temor hacia lo que el sí mismo podría ser o llegar a ser (por ej., una persona peligrosa) (Julien et al., 2016). Hasta el momento, únicamente se han realizado tres estudios empíricos en esta línea, uno con población clínica (Melli, Aardema y Moulding, 2016), y otros dos con población general (Aardema et al., 2013; Nikodijevic, Moulding, Anglim, Aardema y Nedeljkovic, 2015). Los resultados sugieren la relevancia del constructo miedo al sí mismo en las obsesiones de contenido agresivo, sexual y religioso. Estos autores han desarrollado un instrumento para evaluarlo, el Cuestionario de Miedo al Sí mismo, con dos versiones de 8 y 20 ítems (Aardema et al., 2013) que se ha estudiado en muestras de habla inglesa (Nikodijevic et al., 2015) e italiana (Melli et al., 2016). Esta línea de trabajo resulta de gran interés porque supone la respuesta del modelo de confusión inferencial a la cuestión de

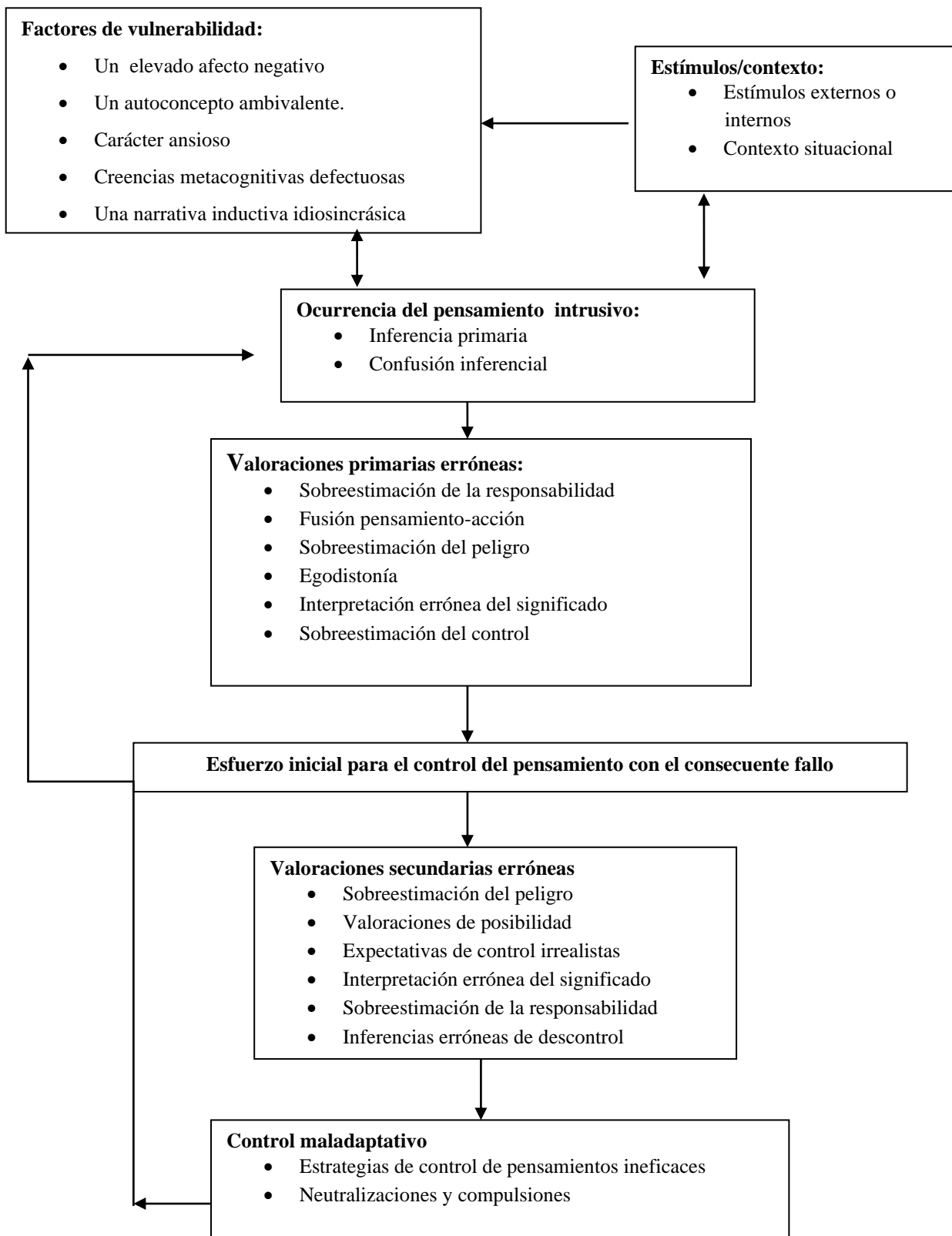
por qué las personas con TOC razonan de forma diferente respecto a unas áreas, las que se convertirán en dudas obsesivas, que respecto a otras. Sin embargo, se trata de una línea emergente, y no contamos con estudios que hayan tratado de integrar este constructo con otros que se han mostrado relevantes en la valoración del sí mismo en población clínica con TOC. Así mismo, únicamente se ha explorado el constructo de miedo al sí mismo, pese a que la propuesta de la teoría inferencial incluye otros “*self-themes*” relevantes. En este sentido, podría ser interesante valorar el autoconcepto y su relación con la temática de las intrusiones y obsesiones de forma exploratoria, algo que hasta donde nosotras sabemos, no se ha hecho todavía.

4.4 Modelo integrador inferencial y de las valoraciones

Clark y O'Connor (2005) proponen un modelo teórico que integra el modelo de las valoraciones junto al modelo inferencial. En dicho modelo integrador, se asume que existen ciertos factores de vulnerabilidad que junto a la aparición de ciertos estímulos y un contexto determinado, darían lugar al pensamiento intrusivo o inferencia primaria (modelo inferencial). Posteriormente una serie de valoraciones primarias disfuncionales del pensamiento (modelo de las valoraciones) daría lugar a estrategias de control ineficaces que redundarían en más valoraciones disfuncionales (valoraciones secundarias) que desembocarían finalmente en compulsiones, evitaciones e intentos de neutralización, dando lugar a una mayor frecuencia e intensidad del pensamiento intrusivo inicial o inferencia primaria. El modelo asume la hipótesis del modelo inferencial que sugiere que la inferencia primaria a través del uso de la confusión inferencial es anterior a las valoraciones disfuncionales y que estas no harían sino agravar dicha inferencia facilitando así el mantenimiento y agravamiento del trastorno. Este nuevo modelo supondría que el tratamiento psicológico del TOC no solo se enfocaría en las valoraciones disfuncionales, sino que incluiría el tratamiento del razonamiento inductivo

erróneo o confusión inferencial que lleva a la aparición y mantenimiento de la inferencia primarias.

Figura 2. Propuesta integradora de los modelos de las valoraciones disfuncionales y del razonamiento disfuncional (Clark y O'Connor, 2005).



Nota. Figura tomada de Clark (2005) (página 151).

5. Implicaciones terapéuticas

A continuación, vamos a explicar las diferentes estrategias empleadas en la práctica clínica según ambos tipos de modelos cognitivos: el modelo basado en las valoraciones disfuncionales, que podríamos encuadrarlo en una propuesta cognitivo-conductual y el modelo basado en el razonamiento disfuncional o modelo basado en la inferencia. En primer lugar, explicaremos, las estrategias que se emplean desde las primeras propuestas para tratar las diferentes valoraciones o creencias disfuncionales así como en qué consiste la exposición con prevención de respuesta (EPR). A continuación, explicaremos paso a paso el protocolo terapéutico del modelo basado en la inferencia, describiendo los distintos conceptos clave de la terapia, así como cuándo y de qué manera se trabajan en la práctica clínica. Las narrativas que mantienen las dudas obsesivas, las herramientas de razonamiento específicas del TOC o el *sí mismo* serán algunos de los conceptos clave que comentaremos en esta sección.

5.1 Terapia cognitivo-conductual basada en el modelo de las valoraciones disfuncionales

Se ha desarrollado un protocolo de tratamiento cognitivo-conductual basado en los diferentes modelos cognitivos anteriormente descritos. El objetivo principal del tratamiento sería doble: ayudar al paciente con TOC a darse cuenta de la irracionalidad de sus creencias o valoraciones disfuncionales al mismo tiempo que se trabaja para lograr una habituación fisiológica a la ansiedad en las situaciones consideradas amenazantes. Para el primer objetivo se han desarrollado una serie de estrategias cognitivas, algunas específicas del tratamiento para el TOC y otras comunes al tratamiento de otros trastornos de ansiedad. Para el segundo objetivo, la técnica conductual por excelencia es la exposición con prevención de respuesta. A continuación, pasamos a explicar cada una de ellas.

El tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual (TCC) tendría los siguientes objetivos principales: proporcionar una explicación al paciente sobre el funcionamiento del

trastorno: qué son y cómo funcionan sus obsesiones, así como el papel que tienen las compulsiones y el de las conductas de evitación; una reducción significativa de las obsesiones; una reducción y, a ser posible, eliminación de las compulsiones y conductas de evitación; una reducción del malestar producido por las obsesiones; la corrección de las creencias irracionales (sobreestimación de la responsabilidad, sobreestimación del peligro, control de pensamientos...) y supuestas consecuencias secundarias derivadas de la obsesión; recuperación de un estilo de vida funcional; y prevención de recaídas (Badós, 2005). La TCC se basa en dos estrategias fundamentales: la corrección de dominios de creencias disfuncionales (fase cognitiva) y la exposición con prevención de respuesta (fase conductual). A continuación pasaremos a revisar los principales puntos del tratamiento cognitivo para el TOC para luego finalizar con la explicación de la fase conductual.

La terapia cognitiva puede ser útil para facilitar la realización de la EPR, valorar adecuadamente la información proporcionada por la EPR, alentar la generalización y reducir la probabilidad de recaída (Badós, 2005). La reestructuración cognitiva es especialmente útil cuando la exposición no permite comprobar si que lo que se teme es cierto o no, como por ejemplo todos los miedos obsesivos relacionados con un tiempo futuro. A continuación vamos a pasar a describir brevemente las estrategias que se emplean para trabajar los diferentes dominios de creencias disfuncionales descritos anteriormente (Badós, 2005; Belloch et al., 2011; Clark, 2004, 2005).

Para trabajar la sobrevaloración de la importancia de los pensamientos y la importancia de controlar los pensamientos, se puede explicar al paciente que intentar suprimir un pensamiento indeseado puede explicar la ocurrencia del mismo y hacer que se dé con más frecuencia (efecto rebote). Se pueden planificar experimentos conductuales en los que se intenta suprimir un pensamiento para comprobar el efecto rebote. Para desafiar la creencia “si lo pienso es porque es importante”, se utilizan métodos de *registros de pensamientos* para

mostrar que muchos de los pensamientos que se dan a lo largo del día son de mínima importancia. También se pueden emplear *experimentos atencionales* para comprobar que decidir arbitrariamente que algo es importante, aumenta su notabilidad y el grado de preocupación que produce. Por otro lado, para desafiar la creencia irracional de que los pensamientos pueden aumentar la probabilidad de un suceso tenga lugar, se utilizan *experimentos conductuales* intentando que el paciente cause un determinado acontecimiento pensando sobre el mismo de forma intencionada. Otra estrategia para normalizar los pensamientos es pedir al paciente que hable con personas en quien confía sobre los pensamientos extraños que tiene. *La técnica del continuo* también puede emplearse para desafiar la creencia de que pensar algo es tan malo como hacerlo.

Respecto a la sobreestimación de la responsabilidad, pueden abordarse dos aspectos de la misma: a) La sobreestimación de la cantidad de responsabilidad: "si mi amigo tiene un accidente será mi culpa". b) La sobreestimación de las consecuencias de haber sido responsable de algo: "si mi amigo tiene un accidente y es por mi culpa, me deprimiría de por vida y no podría vivir". Para trabajar la sobreestimación de la responsabilidad en un acontecimiento determinado, se suele emplear *la técnica del gráfico circular*. En este procedimiento el paciente enumera primero todos los factores que contribuyen al suceso temido. Luego se dibuja un círculo, y el paciente asigna una porción del círculo a cada factor proporcionalmente a la importancia de su contribución. La contribución personal del paciente es la que se dibuja en último lugar. Para cuestionar la sobreestimación de las consecuencias percibidas de haber sido responsable de algo, puede emplearse *la técnica del doble rasero*. En esta técnica, el terapeuta pide al paciente si consideraría a otra persona culpable si el suceso le ocurriese a otro y que compare esto con lo que piensa cuando le ocurre a él. Llevar a cabo experimentos conductuales o simular un juicio en el que el paciente actúa como un abogado

de la acusación y/o de la defensa, son otras estrategias que se utilizan para tratar el exceso de responsabilidad percibida.

Para tratar el perfeccionismo, los experimentos conductuales son útiles para cuestionar las actitudes perfeccionistas. Podemos trabajarlo provocando situaciones ambiguas o creando imprevistos que impidan finalizar algo "a la perfección", para luego comparar los resultados reales con las consecuencias negativas específicas predichas.

La sobreestimación de la amenaza se suele trabajar a través del *cálculo de la probabilidad de la catástrofe*. La estimación de la probabilidad original se compara con la estimación basada en un análisis de la secuencia de sucesos que conducen a la catástrofe. Primero, paciente y terapeuta analizan la secuencia de sucesos que conducen a la catástrofe. Segundo, el paciente estima la probabilidad de cada suceso por separado. Por último, se calcula la probabilidad acumulada y se compara con la estimación original del paciente. *Pedir información a un experto* es otra de las estrategias que suele emplearse para tratar esta creencia disfuncional. Los *experimentos conductuales* son también otra buena opción, en este caso provocaríamos deliberadamente un error para comprobar las consecuencias del mismo.

La intolerancia a la incertidumbre puede trabajarse a través de retos cotidianos en los que se enfrente al paciente a pequeños imprevistos, cambios de última hora o información a medias. Este proceso se haría gradualmente, de forma que se empieza por detalles sin importancia, aumentando el nivel de los retos conforme el paciente va adaptando su tolerancia a la incertidumbre. La psicoeducación sobre cómo funciona la mente humana al respecto de la necesidad de certeza también es esencial. Cabe destacar que las estrategias citadas anteriormente van dirigidas a hacer consciente al paciente de lo ínfima que es la posibilidad de que sus temores tengan lugar. Sin embargo, en ocasiones, el hecho de que exista la más mínima posibilidad de que la obsesión y sus consecuencias tengan lugar, sigue provocando un malestar muy intenso en el paciente con TOC y por lo tanto la necesidad de llevar a cabo

compulsiones y/o neutralizaciones que disminuyan ese malestar. Por ello es importante que el terapeuta no solo se centre en las valoraciones anormales de riesgo sino en por qué las consecuencias temidas resultan tan importantes e inaceptables para el individuo (Van Oppen y Arntz, 1994).

La exposición con prevención de respuesta consiste en la exposición a los estímulos temidos (incluidas las obsesiones y catástrofes anticipadas) al tiempo que se previene la realización compulsiones manifiestas y/o encubiertas hasta que la ansiedad disminuye significativamente. Según múltiples estudios, la EPR ha resultado más eficaz que la lista de espera, la relajación, el placebo farmacológico, la clomipramina y el entrenamiento en control de la ansiedad (Vallejo, 2003). LA EPR tiene dos objetivos fundamentales: (1) la habituación fisiológica a la ansiedad, y (2) poner a prueba las creencias disfuncionales del paciente con el objetivo de desacreditarlas.

La EPR puede emplearse de muy diversas formas: exposición asistida por el terapeuta o autodirigida, con prevención de respuesta total o parcial, exposición en vivo sola o combinada con exposición en imaginación, exposición más o menos graduada, etc. Según los datos de varios metaanálisis (Abramowitz, 1996; Abramowitz 2002) parece ser que la exposición asistida por el terapeuta funciona mejor que la autoexposición sola aunque existe cierta controversia al respecto de estos resultados (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003). Diversos autores (Kozak y Foa, 1997; Steketee, 1993) han señalado que la exposición en vivo a las situaciones obsesivas temidas es más eficaz que la exposición en imaginación. Sin embargo, la combinación de ambos métodos es particularmente útil para pacientes que sienten una gran ansiedad ante la exposición in vivo. En estos casos, se les expone primero o de forma alternativa en la imaginación a las consecuencias temidas que disparan sus miedos y no sólo a las situaciones externas. La exposición imaginación estaría indicada en las siguientes circunstancias (Stekette, Eisen, Dyck, Warshaw y Ramussen, 1999): a) Las obsesiones

implican predominantemente imágenes mentales sin estímulos externos que las desencadenen; b) Cuando la exposición en vivo por sí sola no trae a la mente las obsesiones con la forma/intensidad adecuadas; c) La exposición en vivo es difícil de llevar a cabo, ya sea porque el paciente presenta una ansiedad y evitación intensas o por otros motivos. La exposición funcional cognitiva consiste en la exposición a las obsesiones y consecuencias temidas mediante audio (con bucle continuo) más la prevención de las compulsiones internas (Freeston y Ladouceur, Gagnon, Thibodeau, Rhéaume, Letarte, y Bujold, 1997; Salkovskis y Kirk, 1989). Este tipo de exposición es el más utilizado en el caso de las obsesiones puras. En términos generales, el 15-25% de las personas no aceptan iniciar el tratamiento de EPR por una diversidad de razones: dificultades horarias para una correcta realización de la exposición, rechazo por niveles de ansiedad elevados, ideas sobrevaloradas. Parece ser que entre el 8 y 17% de los pacientes abandonan la intervención una vez iniciada (Abramowitz, 1996, 1997, 1998; Eddy, Dutra, Bradley y Westen, 2004; Koba, Greist, Jefferson, Katzelnick y Henk, 1998; van Balkom et al., 1994). Asimismo, muchos de los pacientes mejorados siguen con problemas importantes. También cabe destacar que las tres cuartas partes de los estudios han sido llevados a cabo con pacientes con compulsiones de lavado y comprobación, y hay una baja representación de otros tipos de TOC como pueden ser: orden, acumulación, lentitud compulsiva y obsesiones puras.

5.2 Terapia basada en el modelo de razonamiento disfuncional

El objetivo de la terapia basada en el modelo inferencial será conseguir que el paciente distinga claramente entre lo que *es* (realidad), lo que *podría ser* (probabilidad remota). Para ello, la terapia se focaliza en disminuir la credibilidad de la narrativa obsesiva que mantiene viva la obsesión para posteriormente ser sustituida por otra narrativa basada en los sentidos,

es decir, en *el aquí y ahora*. A continuación pasamos a explicar brevemente cada una de las fases de la terapia (O'Connor y Aardema, 2012):

- Fase de evaluación: en esta fase se evalúa el nivel de capacidad de resistencia a las compulsiones, los estados de ánimo y emociones asociadas a la duda obsesiva la probabilidad de la inferencia primaria (de 0 a 100), la fuerza de la inferencia secundaria (de 0 a 100) y por último, el grado de convicción (0-100) a la hora de necesitar realizar compulsiones tanto en situaciones TOC como no TOC. El Cuestionario de Confusión Inferencial (Aardema et al., 2005) diseñado por el mismo grupo de trabajo, es la herramienta principal para conocer el nivel de confusión inferencial que presenta el paciente.
- Distinción entre dudas normales y dudas obsesivas: en esta fase se explica al paciente que existen criterios diferenciadores entre las dudas cotidianas y las dudas obsesivas. Estos criterios ayudan al paciente a distinguir cuando está en el mundo obsesivo y cuando no, es decir, a aumentar su nivel de *insight*. Diferenciaremos entre razonamiento inductivo y razonamiento deductivo. Se explica al paciente lo que es la confusión inferencial o razonamiento inductivo erróneo, cuál es su papel en el trastorno y cómo funciona. Se trabajará en diferenciar un razonamiento inductivo correcto, basado en el *aquí y ahora*, frente al incorrecto, aquel que va más allá de los sentidos.
- La lógica del TOC: en esta fase se le explica al paciente cómo las dudas no surgen de la nada sino que existe cierta lógica o razonamiento detrás de ellas que nos lleva a planteárnoslas, sean dudas normales u obsesivas. Con esto se pretende dar a entender al paciente que aunque las obsesiones sean irracionales, sigue habiendo un razonamiento que nos lleva a las mismas, aunque este sea erróneo. Es decir, existe una lógica dentro de la ilógica. Se intenta hacer ver al paciente que esto en cierta medida

es una buena noticia porque si las dudas obsesivas surgieran de la nada no podríamos trabajar con ellas. En esta fase se enseña al paciente los diferentes tipos de categorías que existen dentro del razonamiento que lleva tanto a las dudas normales como a las dudas obsesivas. El objetivo es localizar dichas categorías en la narrativa que mantiene a duda obsesiva del paciente: (1) Conocimiento general; (2) Autoridad; (3) Experiencia previa; (4) Cálculos lógicos; y (5) Rumores.

- La irrelevancia de la duda obsesiva para el *aquí y ahora*: Aunque la justificación detrás de la duda obsesiva puede parecer tener sentido, hay una diferencia muy importante entre el razonamiento que caracteriza a las dudas obsesivas y a las dudas normales. Esta diferencia esencial está relacionada con el cómo y cuando se da la información que contiene la duda. En esta fase es importante que el paciente entienda que lo importante de los argumentos de su TOC no residen en el contenido (qué) sino en el contexto en que dichos argumentos surgen (cómo y cuándo). Si los argumentos no están basados en el *aquí y ahora*, entonces el contexto de la duda es inadecuado por lo tanto la duda obsesiva pasa a ser irrelevante porque pasa a formar parte del ámbito de la imaginación.
- La narrativa TOC: explicamos la gran influencia que nuestro discurso interno tiene sobre nosotros y nuestras creencias, en general en nuestro día a día y en particular en el TOC. En esta fase se explica al paciente que sentimos y actuamos en base a lo que nos vamos diciendo, es decir, nuestro discurso interno nos dirige. La obsesión mantiene su credibilidad, y por lo tanto genera malestar, porque se está alimentando de un discurso interno o narrativa TOC que la está alimentando, cuanto más elaborada esté dicha narrativa, más creíble parecerá la obsesión. Con el fin de que la duda obsesiva pierda crédito, habrá que crear nuevas narrativas basadas en el *aquí y ahora*

que sustituyan la narrativa obsesiva. Este proceso es dinámico y creativo que se irá realizando y madurando a lo largo de las sesiones.

- Punto de cruce: en esta fase se enseña al paciente a identificar el punto de cruce entre realidad y ficción, es decir, el momento de su discurso interno en el que deja de confiar en sus cinco sentidos, en su *aquí y ahora*, para pasar al mundo de la ficción en el que cualquier cosa es posible por improbable, anómala o extraña que resulte al análisis racional y a los cinco sentidos. El punto de cruce se suele escenificar con un puente, en un extremo está el mundo real y en otro el mundo TOC. Se entrena al paciente para que ejercite la visualización del puente para que de forma rápida pueda identificar en cualquier momento cuando está abandonando el mundo de los sentidos.
- Herramientas del TOC: en una fase anterior se hablaba de una lógica común a las dudas normales y obsesivas pero en esta fase nos adentramos con la lógica específica TOC. El trastorno se vale diferentes estrategias de razonamiento para dar credibilidad a la narrativa que sostiene la duda obsesiva y hacer que parezca real. Todas estas herramientas son argumentos que van más allá de los cinco sentidos y es nuestro trabajo enseñárselas al paciente para que pueda identificarlas en su propia narrativa. A continuación presentamos de forma breve las herramientas de razonamiento del TOC:
(1) Errores de categoría: se dan cuando se confunde dos categorías de información o de objetos, estableciendo entre ellos una relación que no existe. (2) Situaciones aparentemente comparables: consiste en confundir dos situaciones diferentes que están separadas en tiempo y espacio. (3) Uso selectivo de hechos sacados de contexto: hechos abstractos se aplican de forma inapropiada a contextos personales específicos. (4) Secuencias puramente ficticias: inventar historias convincentes y vivirlas. (5) Inferencia inversa: realizar inferencias que preceden la observación o la realidad en

lugar de seguirla. (6) desconfianza de la percepción normal: Desconfiar de los propios sentidos a favor de una realidad “más profunda”.

- *Self-themes*: según el modelo, la vulnerabilidad al TOC está relacionada con una autoimagen negativa basada en una identidad ficticia llamada *miedo al sí mismo*, a la que se le da más credibilidad que al sí mismo real. En esta fase se exploran los esquemas (self-themes) en los que el paciente tiene tendencia a elaborar una autoimagen negativa que no corresponde con la real ayudándole a cambiar esa autoimagen por una más realista a través de la discusión cognitiva.
- Tolerando el vacío: en la última fase se trabajará con el paciente la sensación de vacío derivada de la desaparición progresiva de sus rituales y compulsiones. Se ha de explicar al paciente que esa sensación es la que deja la reducción gradual de compulsiones. Cuanto más tiempo pase y más se habitúe a no realizarlas, es decir, a llevar un estilo de vida coherente con la narrativa anclada en el aquí y ahora, la sensación de vacío irá desapareciendo.

Marco Empírico

CAPÍTULO 2

Justificación y objetivos generales

Hasta hace poco se consideraba que el TOC era un trastorno raro, sin embargo, en la actualidad, diversos estudios sitúan su tasa de prevalencia en torno al 2,3% (Ruscio et al., 2010). Por otra parte, se trata de un trastorno asociado a una alta interferencia y a una elevada demora en la búsqueda de ayuda (García-Soriano, Rufer, Delsignore, y Weidt, 2014), por lo que es habitual que las personas y su entorno sufran durante años antes de solicitar ayuda. Las terapias cognitivo conductuales actuales para el TOC se basan en el modelo de las valoraciones disfuncionales (OCCWG, 1997; Rachman, 1997, 1998, 2003; Salkovskis, 1985, 1989, 1999) junto al componente conductual basado en exposición con prevención de respuesta. Sin embargo, a pesar de que la terapia cognitivo conductual es la que ha demostrado una mayor eficacia hasta el momento para el TOC (Hezel y Simpson, 2019; McKay et al., 2019), plantea algunos obstáculos y cuestiones que nos llevan a reflexionar sobre la posibilidad de complementarla con otras estrategias basadas en la identificación y modificación de otros constructos cognitivos que el modelo cognitivo-conductual actual no contempla. A continuación exponemos los puntos que consideramos más relevantes:

a) La exposición con prevención de respuesta (EPR) es la estrategia principal para el tratamiento del TOC con una tasa de respuesta del 85% (Foa et al., 2005; Franklin, Abramowitz, Kozak, Lewitt y Foa, 2000). No obstante, a pesar de su eficacia, se relaciona la EPR con tasas moderadas y altas de rechazo y abandono, entre el 20 y 30 % según la revisión de Hezel y Simpson (2019), debido al reto emocional que supone (Abramowitz, Taylor y McKay, 2009 ;Franklin y Foa,2007). En una revisión reciente (Hezel y Simpson, 2019) se concluyó que solo la mitad de los pacientes tratados con EPR logran una remisión completa de los síntomas.

La aplicación de la EPR deriva del paralelismo establecido con la evitación fóbica. Conceptualización que algunos autores consideran errónea (O'Connor y Robillard, 1995) dado que un paciente con TOC no teme a los estímulos fóbicos del mismo modo que un

paciente con una fobia. El foco del primero se centra en los aspectos simbólicos de dichos estímulos amenazantes mientras que el segundo se focaliza en las propiedades físicas de dicho estímulo. Puede ser que este posible error de conceptualización sea una de las razones por las que la EPR no acaba de funcionar con una tasa significativa de pacientes.

b) Las intervenciones cognitivas derivadas de los modelos basados en las valoraciones no suelen utilizarse como único tratamiento y no parecen aportar mejoras sustanciales a la EPR (Fama y Wilhelm, 2005). Además, algunos estudios sugieren que no se observan mejoras en aquellos pacientes con sintomatología predominante de ideas sobrevaloradas, bajo *insight* u obsesiones de carácter egosintónico (Neziroglu et al., 2001, 2004; Hezel y Simpson, 2019; Kozak y Foa, 1994; Veale, 2002).

c) Uno de los supuestos de los modelos basados en las valoraciones es que los pensamientos intrusivos se convierten en obsesiones cuando se valoran de forma disfuncional, pero parece ser que las creencias en las cuales estas valoraciones se basan no son específicas del TOC (Berle y Starcevic, 2005; Tolin et al., 2003; Viar et al., 2011) sino que también son relevantes para pacientes con depresión mayor y otros trastornos de ansiedad (Belloch et al., 2007, 2010; Morillo et al., 2007). Otros estudios sugieren que hay entre un 25% y un 73% de pacientes con TOC que no muestran dichas creencias disfuncionales (Calamari et al., 2006; Polman et al., 2011; Taylor et al., 2006).

d) Los modelos cognitivos de las valoraciones (OCCWG, 1997) se centran en la interpretación disfuncional de los pensamientos intrusivos, sin tener en cuenta el contexto de aparición de las obsesiones que otras propuestas plantean como crucial (O'Connor, 2002). La investigación realizada hasta el momento no ha estudiado en profundidad el rol del contexto en el desarrollo y mantenimiento del TOC pero los estudios llevados a cabo hasta el momento sugieren que es un elemento de relevancia (Julien et al., 2009).

e) Otro pilar fundamental del modelo de las valoraciones es que los pensamientos intrusivos que experimenta la población general son similares a aquellos experimentados por la población clínica (Radomsky et al., 2014) y que las valoraciones disfuncionales serían las principales responsables de la conversión de un pensamiento intrusivo en una obsesión clínica. Pese a los trabajos que apoyan esta idea (por ej., Clark et al., 2014; Garcia-Soriano et al., 2011; Garcia-Soriano y Belloch, 2013), las similitudes entre pensamientos intrusivos y obsesiones se han puesto en entredicho por diferentes autores (O'Connor, 2002; Rassin et al., 2007; Rassin y Muris, 2007), y pudiera ser que los pensamientos intrusivos no fueran una experiencia universal. Es posible que el contexto represente un criterio distintivo que diferencie entre obsesiones y pensamientos intrusivos normales (Clark y O'Connor, 2005). De replicarse dichos resultados demostrando que el contexto es un punto clave diferenciador entre intrusiones y obsesiones, esto implicaría que quizás estemos hablando de dos fenómenos diferentes y no de un continuo como sugieren los modelos cognitivos basado en las valoraciones.

f) Los modelos de las valoraciones se centran en la interpretación de la intrusión y en la cadena de consecuencias derivadas de la misma, probabilidades, responsabilidad personal, etc.; pero no tienen en cuenta los procesos de razonamiento inferencial erróneo vinculados al inicio de la duda obsesiva (Aardema et al., 2005a, 2005b). Esto implica que dichos modelos se centran en el porqué la duda genera malestar pero no en cómo ha surgido la duda, en qué lleva a un individuo a “obsesionarse” con unos contenidos o porqué unos individuos son más proclives a tener obsesiones que otros.

g) Los modelos basados en las valoraciones otorgan una gran relevancia al papel del sí mismo, si bien este interés se ha desarrollado más desde un punto de vista teórico que empírico. En las terapias cognitivo-conductuales actuales para el TOC no se contempla el tratamiento del sí mismo en relación a los síntomas obsesivo compulsivos, cuando sí hay

estudios que sugieren una relación significativa entre constructos relacionados con la identidad (sí mismo, miedo al sí mismo...) y síntomas obsesivo-compulsivos (Aardema et al., 2010, 2013).

Por tanto, podemos concluir que pese a que los modelos cognitivo-conductuales actuales han demostrado su utilidad, como se puede observar, quedan todavía muchas cuestiones sin resolver. Se trata de hallar respuestas, para conseguir una mejora sustancial de los tratamientos terapéuticos actuales. Es por todo ello que resulta necesario seguir ahondando en el conocimiento sobre el trastorno obsesivo-compulsivo de modo que dispongamos de herramientas accesibles y eficaces para un mayor número de personas. En esta Tesis nos planteamos diferentes cuestiones al respecto que consideremos relevantes para la investigación en el campo: ¿es el TOC un trastorno de la percepción o de imaginación? ¿realmente las intrusiones se dan en un contexto diferente al de las obsesiones? ¿podría ser el contexto un elemento clave diferenciador entre obsesiones clínicas e intrusiones? ¿el contexto tiene relación con el contenido obsesivo (por ej., autógenas *versus* reactivas)? ¿qué papel juega el sí mismo? ¿y el miedo al sí mismo? ¿los contenidos obsesivos están asociados a áreas específicas y relevantes de su identidad? ¿las personas con TOC emplean un razonamiento normal para sus intrusiones y patológico para sus obsesiones? ¿son las narrativas correspondientes a las obsesiones diferentes a las que hay detrás de las intrusiones? ¿existe una relación entre estas narrativas y el nivel de razonamiento inductivo erróneo?.

El modelo basado en la inferencia es una alternativa cognitiva que plantea un razonamiento inductivo erróneo como origen principal de las dudas obsesivas. Este razonamiento patológico se emplearía ante aquellas narrativas que resultan coherentes con las áreas del sí mismo relevantes para el sí mismo ("*self-themes*"), de modo que algunas de estas áreas constituirían una variable de vulnerabilidad para desarrollar TOC (Aardema y Connor, 2007; Julien et al., 2016). El miedo al sí mismo constituiría uno de los *self-themes* y por ahora el

único que ha empezado a investigarse (Aardema et al., 2010, 2013). Por lo tanto, los tres pilares básicos de este modelo son el contexto, el sí mismo y las narrativas. Constructos que los modelos cognitivos actuales no contemplan como elementos relevantes en el desarrollo y mantenimiento del TOC. Por esto mismo, en la serie de estudios que aquí presentamos (Estudio preliminar 1, Estudio preliminar 2, Estudio 1, Estudio 2, y Estudio 3), nos hemos propuesto ahondar en la investigación de estos elementos, con el objetivo de hallar respuestas a las cuestiones aquí planteadas. Lo que esperamos nos proporcionará un mayor conocimiento sobre las características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo, de las variables que favorecen el desarrollo y mantenimiento de las obsesiones, y por tanto, mejorar las terapias cognitivo-conductuales actuales para el tratamiento del trastorno y poder ampliar así el porcentaje de pacientes que se beneficia de dichos tratamientos. Pudiera ser que las dificultades con las que se encuentra el clínico de a pie a la hora de tratar este trastorno, que son muchas, estén relacionadas con que se están pasando por alto ciertas variables o constructos implicados en el desarrollo y mantenimiento del mismo. Aunque como se ha mencionado más arriba, la investigación realizada hasta el momento es escasa, esta sugiere que tanto el contexto, como el miedo al sí mismo y las narrativas son buenos candidatos a ser algunos de esos elementos que no se están considerando debidamente en los modelos cognitivos actuales, y por lo tanto tampoco en la práctica clínica. Por lo tanto, consideramos que los estudios que contiene esta Tesis aportan datos relevantes e interesantes al campo de investigación del trastorno obsesivo-compulsivo y al campo de la práctica clínica.

En líneas generales, el **objetivo general** de esta tesis es ahondar en constructos cognitivos que han demostrado ser relevantes en el mantenimiento del trastorno pero a los cuales se les ha prestado poca atención en el campo de la investigación del TOC, concretamente el papel del contexto, del sí mismo, y de las narrativas en el TOC.

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

Objetivo 1: Traducción y validación al castellano del Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version (ICQ-EV; Aardema et al., 2010). Concretamente nos planteamos:

1.1 Analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la versión española del ICQ-EV.

1.2 Explorar si el constructo de confusión inferencial está asociado de forma significativa con los síntomas obsesivo-compulsivos, teniendo en cuenta el contenido y el rol de los dominios de creencias característicos del TOC.

1.3 Explorar si el nivel de confusión inferencial según el ICQ-EV discrimina entre población general y población clínica.

Este objetivo queda recogido en el Estudio Preliminar 1 (Spanish version of the Inferential Confusion Questionnaire-expanded version: further support for the role of inferential confusion on obsessive-compulsive symptoms).

Objetivo 2: Traducción y validación del Fear of Self Questionnaire-20 (FSQ-20; Aardema et al., 2013).

Concretamente nos planteamos:

2.1 Analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la versión española del FSQ-20.

2.2 Explorar si el miedo al sí mismo está asociado de forma significativa con los síntomas obsesivo-compulsivos, teniendo en cuenta el contenido y el rol de los dominios de creencias característicos del TOC.

Este objetivo queda recogido en el Estudio Preliminar 2 (Validation of the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire).

Objetivo 3. Analizar el contexto de aparición de las intrusiones y obsesiones de un mismo paciente.

Concretamente nos planteamos:

3.1 Analizar las siguientes variables del contexto en el que surgen por primera vez la obsesión y la intrusión: estado de ánimo, nivel de estrés, eventos estresantes así como la asociación entre el contenido obsesivo y las evidencias del aquí y ahora.

3.2 Analizaremos si la asociación entre el contenido obsesivo e intrusivo y las evidencias basadas en el aquí y ahora cambian a lo largo del tiempo (primera vez de aparición *versus* última vez) teniendo en cuenta el tipo de contenido (autógenas *versus* reactivas).

Este objetivo queda recogido en el Estudio 1 (Is context a crucial factor to distinguish between intrusions and obsessions in patients with obsessive-compulsive disorder?)

Objetivo 4. Analizar el rol del sí mismo y del miedo al sí mismo en las intrusiones y obsesiones de un mismo paciente.

Concretamente nos planteamos:

4.1 Explorar y describir el sí mismo de pacientes con TOC.

4.2 Explorar y describir el miedo al sí mismo de pacientes con TOC.

4.3 Explorar y comparar la relación entre el sí mismo y el contenido de la obsesión más molesta y de la intrusión en un mismo paciente.

4.4 Explorar y comparar la relación entre el miedo al sí mismo y el contenido de la obsesión más molesta y de la intrusión en un mismo paciente.

Este objetivo queda recogido en el Estudio 2 (Do my obsessions speak about me or about a fictional feared me?).

Objetivo 5. Analizar el rol de las narrativas en las intrusiones y obsesiones de un mismo paciente.

Concretamente nos planteamos:

5.1 Analizar el nivel de confusión inferencial en población clínica.

5.2 Explorar y comparar el nivel de elaboración (extensión) de las narrativas de las intrusiones y las obsesiones.

5.3 Analizar las categorías o herramientas de razonamiento lógico comunes a todo tipo de dudas, y aquellas herramientas de razonamiento características de las narrativas de las dudas obsesivas.

5.4 Explorar si hay relación entre el nivel de confusión inferencial y las características de las narrativas (extensión, herramientas de razonamiento comunes y herramientas de razonamiento características de las dudas obsesivas).

Este objetivo queda recogido en el Estudio 3 (When the OCD is the product and narrative the best marketing strategy).

CAPÍTULO 3

Estudio preliminar 1:

*Spanish version of the inferential Confusion
Questionnaire expanded version: further
support for the role of inferential confusion on
obsessive-compulsive symptoms*

The main results of this study have been published in: Llorens Aguilar S., Garcia-Soriano, G., Roncero, M., Barrada, J. R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2019). Validation of the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 69-74.

1. Introduction

Most cognitive models for obsessive-compulsive disorder (OCD) have been focused in belief domains and appraisals of intrusive thoughts to explain the development and maintenance of the disorder. An erroneous appraisal of an intrusive thought based in OCD belief domains would facilitate the transformation of a normal intrusion into an obsession (Clark, 2004; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). However, not everyone shows significant improvements from current cognitive therapy based on this hypothesis, and current cognitive modalities do not appear to enhance the outcome of behavioural interventions (Kozak & Foa, 1994; Veale, 2002). In addition, a percentage of those suffering from OCD do not show elevated levels of dysfunctional beliefs and appraisals (Taylor et al., 2006). These aspects point to limitations the appraisal-based theories about the factors involved in OCD development and maintenance. In this context, the inference-based approach (Aardema & O'Connor 2003, 2007; O'Connor & Robillard 1995, 1999) suggests that the main factor for OCD development is an erroneous inductive reasoning. The basis of this erroneous reasoning, called inferential confusion, would be the mistrust of the own senses and the overreliance in remote possibilities. Inferential confusion would be producing obsessional doubt (Aardema et al., 2010). Different studies support the role played by inferential confusion in OCD. Emmelkamp and Aardema (1999) reported that inferential confusion was a unique predictor of obsessive-compulsive symptoms controlling depression and other cognitive domains. Aardema et al. (2005) observed that the level of inferential confusion was significantly higher in OCD and delusional participants compared to control groups. It has been also reported that the inferential confusion construct significantly accounted for part of the association between obsessive-compulsive symptoms and dysfunctional beliefs about thoughts (Aardema et al., 2006). Also, a study using an experimental reasoning task (Aardema, Pélissier, O'Connor, & Lavoie, 2009) showed that

subjects with OCD were more influenced by possibility-based information than non-clinical controls but that happened just in their OCD area, suggesting that participants with OCD have no problems perceiving reality. Other studies suggest that inferential confusion and dysfunctional belief domains uniquely predict obsessive-compulsive symptoms, although results are not consistent on the domains they are more relevant for. Wu, Aardema, and O'Connor (2009) reported that inferential confusion and dysfunctional beliefs about thoughts accounted for different OCD symptoms. Inferential confusion predicted checking symptoms; responsibility/threat estimation beliefs predicted washing; and both inferential confusion and perfectionism/certainty predicted rituals. In a recent study conducted in a large OCD sample, inferential confusion was especially relevant predicting indecisiveness and rumination symptoms; whereas importance/control of thoughts was especially relevant to obsessions, perfectionism and certainty to precision, and just right (Aardema, Wu, Moulding, Audet & Baraby, 2018). Moreover, research shows that the inferential confusion construct changes after successful OCD treatment (Aardema et al., 2005; Aardema, O'Connor, Delorme & Audet, 2016; Aardema et al., 2010; Del Borrello & O'Connor, 2014). Those studies have been conducted using the Inferential Confusion Questionnaire (ICQ; Aardema et al., 2005), an instrument developed to measure the level of inferential confusion, as formulated by O'Connor and Robillard (1995). Examples of items are "I sometimes invent stories about certain problems that might be there without paying attention to what I actually see" or "Even if I don't have any actual proof of a certain problem, my imagination can convince me otherwise". There are two versions of the ICQ, the original 15-item version (Aardema et al., 2005) and the expanded version with 30-item version (ICQ-EV; Aardema et al., 2010). The ICQ-EV revealed a strong one-factor structure, and demonstrated a higher internal consistency and a better divergent validity than the original version. The ICQ-EV also demonstrated a stronger association with most obsessive-compulsive symptoms

independently of the mood state and obsessive beliefs (Aardema et al., 2010), and an appropriate capacity to distinguish between OCD and non-OCD participants (Aardema et al., 2010).

Although there is evidence supporting the relevance of inferential confusion construct, there is scarce research analysing this construct in cultural contexts different from North America. The aims of the present study are, firstly, to analyse the factor structure and psychometric properties of the Spanish adaptation of the ICQ- EV. Secondly, to further explore if the inferential confusion construct is associated in a significant way to obsessive-compulsive symptoms, taking into account the OCD thematic heterogeneity, and beyond the role played by dysfunctional beliefs about thoughts. Third, to explore if the inferential confusion construct, as measured by the ICQ-EV, discriminates between community and OCD clinical participants.

2. Method

2.1 Participants

The sample consisted in two groups. Detailed description of demographic characteristics of both groups can be seen in Table 1.

Community Sample. A group of 342 participants (260 female) with a mean age of 29.16 years (range [18-65]; $SD = 13.93$). The majority of participants were undergraduate students (64.3%), and other were community volunteers. Most of the participants were single (71.6%), and 91.5% had finished secondary level studies. Fourteen of the participants reported having been diagnosed with a psychological disorder (three with panic disorder, major depression, or specific phobia; two with dysthymia; one with generalized anxiety disorder or social phobia).

Clinical Sample. A group of 66 participants (34 female) with a primary diagnosis of OCD (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Their mean age was 34.74 years

(range [18-63]; $SD = 9.78$), half of them ($n=33$) were married. Most of them (66.7%) had university education. Eighteen of the clinical participants had one or more secondary comorbid disorder: general anxiety disorder ($n=5$), major depression ($n=4$), hypochondriasis ($n=3$), social anxiety ($n=3$), panic disorder ($n=2$), and specific phobia ($n=1$).

Measures

2.2 Instruments

Inferential Confusion Questionnaire Expanded Version (ICQ-EV; Aardema et al., 2010). The ICQ-EV measures the level of inferential confusion. Items are rated on a 6-point scale from 1 = *strongly disagree* to 6 = *strongly agree*. The ICQ-EV is stable over 12 weeks (test-retest $r=.90$) and has demonstrated excellent internal consistency in both OCD ($\alpha=.97$) and nonclinical ($\alpha=.96$) samples (Aardema et al., 2010). The ICQ-EV was translated into Spanish by one of the authors of this study. Afterwards, a native English speaker bilingual in Spanish back-translated the Spanish version in English. The original English version and the translation were compared and discrepancies were discussed with the primary author of the questionnaire until arriving to an agreement. Item wording is shown in Table 2. See the Spanish version of the ICQ-EV in the Appendices.

Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised (OBSI-R; Belloch et al., 2010). This is a self-report questionnaire designed to evaluate dysfunctional beliefs hypothetically related to the maintenance and/or the development of the OCD. It consists in 50 items with an 8-point Likert scale from 0 = *absolutely disagree* to 7 = *absolutely agree*. Items are grouped in three factors: Responsibility/Threat, Importance/Control Thoughts, and Perfectionism/Uncertainty. In the present study the internal consistency of the subscales ranged from .86 (Responsibility/Threat) to .91 (Importance/Control Thoughts) in the community sample, and from .91 (Perfectionism/Uncertainty) to .96 (Importance/Control Thoughts) in the clinical sample.

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002; Spanish version: Belloch et al., 2013; Fullana et al., 2005). The OCI-R is a self-report questionnaire, which assesses distress associated with various obsessive-compulsive symptoms on six subscales: washing, checking, ordering, obsessing, hoarding, and neutralizing. It consists of 18 items with a 5-point Likert scale from 0 = *Not at all* to 4 = *Extremely*. In the present study, the internal consistency (Cronbach's α) for the subscales ranged from .59 (Neutralization) to .79 (Obsessing) in the community sample, and from .78 (Obsessing) to .91 (Checking) in the clinical sample.

The Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Spanish version: Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002). The DASS-21 is a self-report questionnaire designed to measure the negative emotional states of depression, anxiety and stress. It consists of 21-item with a 4-point Likert scale from 0 = *did not apply to me at all* to 3 = *applied to me very much, or most of the time*. In the present study only the Depression and Anxiety scales will be used. The internal consistency (Cronbach's α) for Depression was .87 in the community sample and .89 in the clinical sample; and for Anxiety .72 and .93 respectively.

2.3 Procedure

For the community sample, students attending the 4th year of a BA program at a Spanish university were invited to participate in a study. While 175 students completed the ICQ-EV, 55 students completed the entire set of paper-and-pencil questionnaires (described above) during a training on the purpose and procedure of the research. These 55 students recruited 129 community participants by inviting other people in their social network to participate in the study, and the students received course credit for their recruitment efforts. Seventeen participants were excluded due to missing data. Thus, the final sample was composed by 342 participants. All the participants met the following inclusion criteria: age

between 18 and 70 years, a good reading level, and the absence of any self-reported organic mental disorder, mental retardation, or history of substance abuse disorders. In order to analyze test-retest reliability, the 129 community volunteers were invited to complete the ICQ-EV again two weeks later, and 98 responded to this request.

The clinical sample was recruited from the private practice, announcements in a psychology blog, and from an OCD Spanish association (*Asociación TOC Granada*). Before being included, volunteers were individually evaluated by one of the authors with a full history and examination. Intake assessment consisted of a diagnostic interview using the Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994). Information about basic demographic data, medical conditions, and current/past psychological and pharmacological treatment was also recorded. The evaluator also informed the patient about the study's purpose and assessment procedure, and asked for his or her explicit consent to participate. Then, each patient was given the self-report questionnaires described in the instruments section to be completed at home and returned within 2 weeks.

All the participants provided written informed consent prior to completing the questionnaires. The study received the approval of the Ethical Committee of the University.

2.4 Data Analysis

Firstly, we computed the descriptive analyses of the ICQ items in the community sample: mean, standard deviation, skewness, and kurtosis. Secondly, again with the community sample, we analyzed the internal structure of the expanded version of the ICQ (30 items) by means of confirmatory factor analysis. In these two steps, we restricted our analysis to the community sample given the small sample size of the clinical sample, which would lead to a very unstable results. In line with Llorens-Aguilar et al. (2019), we chose

confirmatory factor analysis instead of exploratory factor analysis because with the former technique it is possible to include correlated uniqueness in the model. If no correlated uniqueness are included in the model, model fit and estimated parameters are equivalent for both techniques in unidimensional models. Thus, confirmatory factor analysis offers the option to include more parameters than exploratory factor analysis, if needed, with no drawbacks if not needed. Confirmatory factor analysis and exploratory structural equation models are equivalent for unidimensional models. Given the expected floor effect for several of the ICQ-EV items, which implies a high departure from normality (e.g., "I sometimes cannot tell whether all the possibilities that enter my mind are real or no"), we treated the responses as categorical (WLSMV estimator in Mplus). Goodness-of-fit of all the derived models was assessed with the common cut-off values for the fit indices (Hu & Bentler, 1999): CFI and TLI with values greater than .95 and RMSEA less than .06 were indicative of a satisfactory fit. Thirdly, we computed the reliability: (a) internal consistency computed with Cronbach's alpha, and (b) test-retest correlation. Fourthly, in order to explore the associations between the inferential confusion construct and obsessive-compulsive related constructs, symptoms, we computed Pearson correlations between the ICQ-EV and the OBSI-R scales, the OCI-R (total score and scales), and depression and anxiety scales from the DASS-21 for the community and clinical samples separately. Next, we performed the same analysis while controlling for depression and/ or anxiety symptoms. Fifthly, in order to explore if the inferential confusion construct is associated in a significant way to obsessive-compulsive symptoms, beyond the role played by dysfunctional beliefs about thoughts, we conducted regression analyses in the community sample with the total score of the OCI-R as dependent variable. In the step 1, we controlled the influence of the variables: sex, DASS-depression and DASS-anxiety. In the step 2, we introduced the OBSI-R subscales as predictors; and in step 3 we introduced the ICQ-EV. We repeated the same process for each of the OCI-R subscales as

dependent variable. Finally, to measure if the inferential confusion construct discriminates between clinical and community samples, we used Student *t* test analysis to compare the ICQ-EV scores between OCD clinical and community populations; but first, it was tested if those groups were equally distributed in socio-demographic variables.

3. Results

3.1 Items Descriptives, Internal Structure, and Reliability of ICQ-EV

Item descriptives are presented in Table 2. Items of ICQ-EV presented low means in the community sample ($M_{mean} = 2.22$, range [1.58, 3.03]). In average, data presented a (mild) positive skewness ($M_{Sk} = 1.02$, range [0.27, 2.16]), and kurtosis ($M_k = 0.42$, range [-0.93, 4.43]).

In order to analyse the factor structure of the ICQ-EV, a factor analysis was computed in the community sample. The unifactorial model found in previous studies was tested, and obtained goodness-of-fit values near the conventional cut-off values, although slightly worse than expected for TLI and RMSEA, $\chi^2(405) = 1044.2$; $p < .001$; CFI = .950, TLI = .947, RMSEA = .068. Items showed high loadings, $M_{loading} = .72$, range [.58, .81] (see Table 2).

The internal consistency, calculated by Cronbach's alpha, was satisfactory for the ICQ-EV ($\alpha = .95$). Test-retest correlation ($n=98$) was high ($r = .88$), and the retest showed an excellent internal consistency as well ($\alpha = .97$).

3.2 Associations Between ICQ-EV and OCD Symptoms, Depression, and Anxiety

Zero-order correlations between ICQ-EV and the remaining variables are presented in Table 3. Regarding the community sample ($n = 167$), ICQ-EV showed medium to high significant associations with every variable included: anxiety, depression, OCD symptoms, and OCD beliefs (r range [.33, .59]). However, a different pattern was found in the OCD sample ($n = 66$). Inferential confusion was significantly associated in a positive direction with

OCI-R Obsessing and Ordering, DASS-21 Depression, and OBSI-R subscales (r range [.27, .44]). For the remaining variables, OCI-R Washing, Hoarding, Checking, and Neutralizing subscales, and DASS-21 Anxiety, correlations were non-significant ($p > .05$). Partial correlations were computed in order to control the effect of mood states between ICQ-EV and OCD symptoms. Both in the clinical and community samples, the effect of depression and anxiety was controlled, and every association remained significant (clinical sample: r range [.25-.39]; community sample: r range [.27, .46]).

3.3 Hierarchical Regression Analyses

Regression analyses were carried out in order to predict OCD symptoms measured by OCI-R. In first step DASS-21 Depression and Anxiety subscales were entered, and in step 2 the OBSI-R subscales, followed by step 3 entering ICQ-EV total score. Table 4 presents the third step of each regression. In predicting OCI-R Washing symptoms, the OBSI-R added a 13% in the second step, whereas ICQ-EV added a further 3% in the third step emerging as the only significant predictor. The same pattern was observed for OCI-R Obsessing and Checking, with the second step (OBSI-R) accounting for the 8% and 13% respectively, and the ICQ-EV being the only significant predictor in the third step, accounting for the 13% and 5% of variance. Regarding OCI-R Hoarding, the second step explained a 12% of variance, and the third step accounted for the 7% of variance, and three significant predictors appeared: DASS-Anxiety, OBSI-R Responsibility-Threat and ICQ-EV. Finally, for OCI-R Ordering and Neutralizing, the second step accounted for the 23% and 7% of the variance respectively, whereas in the third step the ICQ-EV did not account for a significant variance.

3.4 Comparison Between Clinical and Community samples in ICQ-EV

The community group and OCD patients were compared on the ICQ-EV, and significant differences emerged, $t(406) = -18.46$, Cohen's $d = 2.43$, with OCD patients, ($M = 131.36$; $SD = 27.64$) scoring higher than the community group ($M = 66.32$, $SD = 25.92$).

Then, it was checked if groups were equally distributed in socio-demographic variables. Differences were found in age, sex, marital status, and level of studies ($p < .05$) (Table 1). However, even after controlling for socio-demographic variables, differences in ICQ-EV between community and OCD patients remained significant ($p < .001$).

4. Discussion

The ICQ-EV is a self-report instrument which measures the level of inferential confusion, a key concept for the OCD development and maintenance according to the inference based model (O'Connor & Robillard, 1995). Although different studies have supported the relevance of this construct as evaluated by the ICQ-EV in OCD symptoms (Aardema et al., 2010, 2018; Wu et al., 2009) the number of studies analysing it in comparison with the dysfunctional beliefs is scarce in cultural context different from North-America. Moreover, the ICQ-EV has demonstrated good psychometric properties in English and French (Aardema et al., 2010) but no studies have analysed its properties for the Spanish population.

The present study confirms the optimal psychometric properties of the Spanish version of the ICQ-EV, showing a satisfactory internal consistency and stability. This result is consistent with previous studies conducted in clinical and community samples with internal consistencies ranging from .83 to .97 (Aardema et al., 2010, 2018; Wu et al. 2009). The current study also reveals a strong one-dimensional structure with high factor loadings across the entire item set, supporting the original structure (Aardema et al., 2005, 2010).

Regarding our second aim, to analyse the contributions of the inferential confusion construct beyond dysfunctional beliefs about thoughts to explain OCD thematic heterogeneity, results show that although none of the cognitive constructs, inferential confusion and dysfunctional beliefs, was relevant to the prediction of all specific OC symptoms, both constructs made a unique contribution to specific OC symptoms.

Specifically, inferential confusion emerged as the only significant predictor for Obsessing, Checking and Washing OC symptoms, representing a high percentage of the variance explaining Obsessing symptoms. Moreover, inferential confusion made a contribution to the explanation of Hoarding symptoms, and did not significantly predict Ordering nor Neutralizing symptoms. Regarding Obsessing symptoms, the ICQ- EV predicted a substantial portion of the variance consistent with previous research in clinical samples (Aardema et al., 2018). Regarding Checking, results are consistent with those studies using the ICQ-EV (Aardema et al., 2018) in clinical and non-clinical samples (Wu et al., 2009), and reporting a specific contribution of the ICQ-EV. Concerning Washing, results are consistent with those supporting the relevance of inferential confusion in Washing OCD symptoms, also showing significant unique relationships between inferential confusion and contamination symptoms (Aardema et al., 2005, 2006, 2010). Although other studies have not supported the specific or shared contribution of the ICQ-EV (Aardema et al., 2018; Wu et al., 2009). It is important to note that previous research have not tested the predictive power of inferential confusion on hoarding symptoms, thus this is the first study to point out its relevance. Finally, ICQ-EV did not account for significant variance for Ordering and Neutralizing, although previous research showed that the ICQ contributed to the prediction of VOCI-Just right symptoms (Aardema et al., 2018).

Regarding the belief domains, although they showed medium associations with all the OCD symptoms, both in the clinical and community samples, in the regression analysis, once the ICQ-EV was introduced, the OBSI only predicted Hoarding and Ordering OC symptoms. Specifically, Responsibility/ Overestimation of Threat predicted Hoarding symptoms and Perfectionism/ Intolerance to uncertainty appeared as the unique predictor in the Ordering symptoms. This is consistent with other studies supporting that Perfectionism/Intolerance to uncertainty is especially relevant explaining Symmetry/Order symptoms (Julien et al., 2006;

Tolin, Brady, & Hannan, 2008). It is surprising that Importance/Control of Thoughts did not account for the Obsessing symptoms after the ICQ-EV was entered on the final equation as previous research has supported its relevance (Wheaton et al., 2010).

The fact that the inferential confusion did not emerged as a significant unique predictor for all the OC symptoms is consistent with previous findings (Aardema et al., 2005, 2006, 2018). However, inferential confusion is supposed to be a cognitive factor that underlies all sorts of OCD, hence it should be expected to find a significant relation with all the OCD symptoms, which is not the case in the present study. Perhaps these findings are due to the fact that the ICQ-EV does not measure aspects of the inferential confusion more relevant to some specific OCD subtypes. However, the results are partly consistent with the hypothesis of the obsessive-compulsive beliefs following from the inferential confusion process associated with the occurrence of obsessive doubt. The distorted appraisal of the obsessive doubt or obsessions would reinforce OC symptoms.

It is important to note the medium associations in both samples between inferential confusion and dysfunctional beliefs after controlling for emotional symptoms: Responsibility/threat estimation and Perfectionism/ Intolerance to uncertainty .These results are consistent with previous research (Aardema et al., 2005, 2010) yet, inferential confusion as measured by the ICQ-EV is distinct from dysfunctional beliefs as measured by the OBQ or the OBSI-R, and independently related to most obsessive-compulsive symptoms (Aardema et al. 2006).

Regarding our third aim, the Spanish version of the ICQ-EV performed well discriminating between non-clinical and OCD clinical population, as it was expected according to previous research (Aardema et al., 2010). Those with OCD scored higher than the non OCD group, with extremely large differences, and those differences remained significant when controlling social and demographic variables.

This current study has some limitations. Psychometric properties and regression analysis are based on community data and, although such samples have demonstrated its utility in OCD research (Abramowitz et al., 2014), it would be better to include a larger and high scoring clinical sample to replicate these analyses. The study includes a small clinical sample, and future studies could extend this sample in a way that allows us to analyze the relationship between inferential confusion and the heterogeneity of obsessive contents which takes into account the patient's main symptom subtype. Moreover, the current study is based on questionnaire data which were answered at home by participants, so a certain margin of error due to a possible misinterpretation of different items should be taken into consideration. Future studies should analyze inference confusion using other instruments such as interviews or experimental methods and so targeting specific obsessions.

5. Conclusions

The present study confirms that the Spanish ICQ-EV is an optimal measure for the use in Spanish population, which enables us to use it in clinical practice measuring the change in inferential confusion before and after treatment. Moreover, results represent further evidence of the relevance of the inference confusion process for OCD symptoms, and at the same time highlights the need of further research in relation to this cognitive factor taking into account OCD heterogeneity, as differences appeared on the role played on different OCD symptoms. The ICQ-EV seems more relevant for explaining Obsessing symptoms, although it also plays a role on the prediction of Checking, Washing and Hoarding. Results also suggest that inferential confusion and dysfunctional beliefs play different roles in predicting different OCD symptoms. In this sense, more research is required to study the real contribution of inferential confusion in explaining the relationships between obsessive-compulsive beliefs and symptoms, as well as pointing to the existence of other cognitive variables operating in

OCD besides belief domains and inferential confusion. Finally, results support that OCD patients present higher scores on inferential confusion processes as measured by the ICQ-EV.

CAPÍTULO 4

Estudio preliminar 2:

*Validation of the Spanish version of the Fear
of Self Questionnaire**

*Manuscript in preparation and internal revision process.

1. Introduction

Different cognitive models have been used to explain the development and maintenance of obsessive-compulsive disorder (OCD). Appraisal based theories propose that the dysfunctional appraisal of an intrusive thought based on specific OCD-related beliefs facilitate its conversion into an obsession (e.g., Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). However, these models do not fully explain why only some intrusions, and not others, escalate into obsessions. That is, why one person with dysfunctional beliefs about thoughts misinterpret some type of intrusions, those that are prone to become obsessions, and no other intrusions that he/she may experience (Doron, Kyrios, & Moulding, 2007; García-Soriano & Belloch, 2012). Yet, it is recognized that OCD-vulnerable individuals are more likely to misinterpret intrusive thoughts that have personal meaning or significance (Purdon & Clark, 1999; Salkovskis, 1985), thus recognizing that the individual's self-view may also be a key element

on OCD development. Obsessions have been frequently described as egodystonic, defined by Purdon et al. (2007) as a thought "...that is perceived as having little or no context within one's own sense of self or personality" (p. 200). Moreover, it has been proposed that those intrusive thoughts that are misinterpreted are those whose content represent a perceived failure to maintain standards in one or more obsession-relevant self-evaluative domains (García-Soriano et al., 2012) which has found support especially regarding contamination, checking, order, or hoarding symptoms (García-Soriano & Belloch, 2012).

The inferential confusion model (O'Connor & Robillard, 1995, 1999) proposes that obsessions appear through a dysfunctional reasoning process ("inferential confusion") where the person confuses a remote possibility with a real probability. According to this model, the self also plays a relevant role: people suffering from OCD would tend to confuse the real self with the feared self, the sort of person we would be afraid to become, in the obsessional area (Aardema & O'Connor, 2007; Aardema et al., 2013). That is, people suffering from OCD

would employ an erroneous reasoning process investing more in the sort of person they could be (imaged or feared self) than in who they actually are (real self), in particular among those with blasphemous, sexual and aggressive obsessions.

In line with these theories and findings, Aardema et al. (2013) developed a measure to evaluate this construct, the Fear of Self-Questionnaire (FSQ). The original version consisted of a 41-item questionnaire (e.g., I often worry about what my inner thoughts might reveal about my character) based on the literature and clinical expertise, that was shortened to a 20-item version with a one-factor solution. The reliability of this version was excellent and showed an adequate divergent validity with other OC related measures. The FSQ was related to OCD symptoms, and significantly predicted obsessions and obsessive-compulsive beliefs. In a second study, the authors reduced the measure into a final version of 8 items, with the same one-factor solution. The FSQ-8 was highly correlated with the FSQ-20 and showed a satisfactory internal consistency.

The FSQ-20 has already been translated into Italian and validated with a sample of non-clinical participants. As in the English 20 and 8-items versions, the one-factor solution was probed to be satisfactory (Melli et al., 2015). Also, a recent study reported that the fear of possible selves is higher in OCD patients with repugnant obsessions than in OCD patients with other obsessional contents, or in patients with other disorders (eating, body dimorphic, mixed anxiety and depression) (Aardema et al., 2017). Moreover, in both these studies with clinical OCD samples, fear of self predicted a significant proportion of repugnant obsessions variance over and above the negative emotional symptoms, and other cognitive domains such as obsessional beliefs or inferential confusion construct (Aardema et al., 2017; Melli et al., 2015).

In spite of the potential relevance of the fear of self-construct to explain the development and maintenance of OCD, its potential relevance as a clinical tool to help patients and clinicians

to understand the development of obsessions in a specific content area, and work on the modification of the perception of the self, there are no instruments in Spanish to evaluate this construct. As the Fear of Self Questionnaire seems a useful tool in assessing this dimension and has shown satisfactory psychometric properties in at least two different linguistic contexts (Aardema et al., 2013; Melli et al., 2015), the aim of the present study was to examine the psychometric properties of the Spanish version of the FSQ-20. Due to the high number of people speaking Spanish along the world, its translation and adaptation will benefit to a high number of people. Furthermore, we aimed to further support the relevance of this construct replicating previous findings with the FSQ-20 in the prediction of obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. We predicted that the psychometric properties of the Spanish version of the FSQ-20 will be similar to those of the original FSQ-20. Specifically, we hypothesized that the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire would show a good approximation to the original one factor structure, good internal consistency, and significant associations with obsessive-compulsive symptoms, especially with obsessions. Moreover, we predicted that the fear of self would be related to dysfunctional beliefs and self-relevant constructs relevant in OCD, as well as to negative emotional states, but would explain an independent amount of variance, especially regarding obsessions

2. Method

2.1 Participants

The sample consisted in a group of 359 participants (271 female) with a mean age of 29.16 years (range [18-65]; $SD = 14.09$). The great majority of participants were undergraduate students (64%), the other participants were community volunteers. Out of the 359 subjects, 14 of them reported having a diagnosis of a psychological disorder. Most of the sample was single (71.6%) with a medium-high (69%) socioeconomic level.

2.2 Measures

Fear of Self Questionnaire (FSQ-20; Aardema et al., 2013). This is the questionnaire under study, and it is described in detail in the introduction section. The FSQ-20 was translated into Spanish by one of the authors of this study (S.LL.). Afterwards, a native English speaker bilingual in Spanish translated the Spanish version in English. The original English version and the translation were compared and discrepancies were discussed with the primary author of the questionnaire (F.A.) until arriving to an agreement. As previously reported the FSQ-20 has shown good psychometric properties. Item wording can be seen in Table 1.

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002; Spanish version: Belloch et al., 2013). The OCI-R is a 18 items self-report questionnaire which assesses distress associated with various obsessive-compulsive symptoms on six subscales. In the present study we have employed the Obsessing subscale (OCI-R Obsessing) and the total score of the instrument removing the influence of the Obsessing scale (OCI-R Not Obsessing subscale), that is, the sum of the score on the washing, checking, ordering, hoarding, and neutralizing subscales (e.g., “I repeatedly check doors, windows, drawers, etc.”). The OCI-R has shown excellent psychometric properties in the original and Spanish versions (Belloch et al., 2013; Foa et al., 2002). In this study, the internal consistency (Cronbach’s α) was .81 for the OCI-R Obsessing and .86 for the OCI-R Not Obsessing subscale.

Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised (OBSI-R; Belloch et al., 2010). This is a 50-items self-report questionnaire designed to evaluate dysfunctional beliefs hypothetically related to the maintenance and/or the development of the OCD (e.g., “I have the responsibility to ensure that all is in order”). The OBSI-R has shown an adequate reliability (Belloch et al., 2010). In the present study the total score Cronbach’s α was .95.

Obsessional Concerns and Self Questionnaire (OCSQ; García-Soriano & Belloch, 2012) is a 39 items self-report questionnaire that assess the extent to which respondents

consider OC content domains relevant to their self-worth (e.g., “I feel better about myself knowing that I’ve done my best to avoid contaminating others with my germs”). The OCSQ has shown good internal consistency, and acceptable convergent and discriminant validity (García-Soriano & Belloch, 2012). In the present study the internal consistency of the total score was .95.

Ego-Dystonicity Questionnaire (EDQ; Purdon et al., 2007; Spanish version: Belloch et al., 2012). The EDQ is a 27 items self-report which measures the ego-dystonicity associated with an unwanted thought (e.g., “No good reason to have this thought”). The EDQ has shown acceptable internal reliability and validity in the original and Spanish versions. In the present study, the internal consistency of the total score was .92.

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Spanish version: Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002). The DASS-21 is a 21 items self-report questionnaire designed to measure the negative emotional states of depression, anxiety and stress (e.g., “I found it difficult to relax”). It has shown good convergent and discriminant validity (Lovibond & Lovibond, 1995), and internal consistency (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998). The Spanish version has also shown strong internal consistency, and good convergent and discriminant validity (Daza et al., 2002). In the present study the internal consistency of the total score was .93.

2.3 Procedure

Students attending the 4th year of a BA program from a Spanish university were invited to participate in a study. One hundred and seventy-five students completed the FSQ, and 55 students completed the entire set of questionnaires (described above) and attended a two-hour seminar in which they received training on the purpose of the research and how to administer the study instruments to future community participants that students will recruit by inviting other people they know to participate in the study. These 55 students received course

credit for their recruitment efforts. The participation of 129 community volunteers was obtained. Two weeks later, these 129 community volunteers were invited to complete the FSQ again, and 102 responded to this demand. All the participants provided written informed consent prior to completing the questionnaires. The study received the approval of the Ethical Committee from the University.

2.4 Data Analysis

Firstly, we computed the descriptive analyses of the FSQ items: mean, standard deviation, skewness, and kurtosis. Secondly, we analyzed the internal structure of both versions of the FSQ by means of confirmatory factor analysis¹. Given the expected floor effect for several of the FSQ items, which implies a high departure from normality (e.g., "I must be very careful in order to avoid doing something awful"), we treated the responses as categorical (ULSMV estimator in *Mplus*). ULSMV appears to be the advisable method in these cases, in particular for small to medium sample sizes (e.g., Forero, Maydeu-Olivares, & Gallardo-Pujol, 2009). Goodness-of-fit of all the derived models was assessed with the common cut-off values for the fit indices (Hu & Bentler, 1999): CFI and TLI with values greater than .95 and RMSEA less than .06 were indicative of a satisfactory fit. These cut-off values must be interpreted with caution as they were derived models estimated with maximum-likelihood. Localized areas of strain were assessed with modification indices and standardized expected parameter change. Thirdly, we computed the reliability of the two versions: (a) internal consistency computed with Cronbach's alpha, and (b) test-retest correlation. Fourthly, we computed the inter-correlations between the different scales and age and sex as an exploratory analysis. In order to analyze the convergent validity, we explored

¹We chose a confirmatory factor analysis instead of an exploratory factor analysis because with the former technique it is possible to include correlated uniquenesses in the model. If no correlated uniquenesses were included in the model, model fit and estimated parameters would have been equivalent for both techniques in unidimensional models. So, confirmatory factor analysis offers the option to include more parameters than exploratory factor analysis if needed, with no drawback if not needed.

the associations between FSQ-20 and other OCD domains. Specifically, we used measures of OCD symptoms (OCI-R Obsessing scale, OCI-R Not Obsessing scale), cognitions (OBSI-R) and self-domains (OCSQ, EDQ). Moreover we analyzed the associations with emotional negative states (DASS-21). Fifthly, in order to analyze the relevance of the FSQ-20 in the prediction of obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms, we computed three hierarchical regression models with OCI-R Not Obsessing subscale, OCI-R Obsessing subscale, and OBSI-R total score as criteria variables. For each regression we had three steps: (1) DASS-21 as the only predictor controlling for the emotional symptoms; (2) OCSQ, EDQ, and OBSI-R (not when it was the criterion) describing relevant and OCD domains; and finally, the (3) FSQ-20 was included.

3. Results

3.1 Item Descriptions, Internal Structure, and Reliability

The descriptions of the items can be seen in Table 1. As expected, the items presented low means ($M_{\text{mean}} = 2.19$, range [1.44, 3.46]) and low standard deviations ($M_{\text{SD}} = 1.28$, range [0.86, 1.60]). In average, the items tended to show a positive skewness ($M_{\text{Sk}} = 1.20$, range [-0.13, 2.66]) and kurtosis ($M_{\text{K}} = 1.27$, range [-0.98, 8.15]).

Table 1. Item Description and Factor Loadings of the Fear of Self Questionnaire (FSQ)

	Descriptives				Loadings	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	FSQ-20	FSQ-8
1. I often question my own character.	3.46	1.40	-0.13	-0.86	.58	.51
2. It requires constant attention to ensure I am thinking and behaving appropriately.	2.62	1.30	0.59	-0.40	.58	—
3. I often worry about what my inner thoughts might reveal about my character.	2.71	1.42	0.55	-0.69	.68	—
4. I fear perhaps being a violent, crazy person.	1.81	1.18	1.62	2.02	.72	—
5. I can easily imagine myself as the kind of person that should definitely feel guilty.	2.09	1.33	1.28	0.85	.63	.62
6. I often question my moral character.	2.09	1.26	1.10	0.50	.71	—
7. I often question my own sanity.	1.96	1.29	1.46	1.47	.72	.71
8. I often question my own identity.	2.07	1.34	1.25	0.74	.72	—
9. I often question my own intentions or desires.	2.70	1.42	0.47	-0.69	.64	—
10. I am sometimes afraid to look inside of myself because I am afraid of what I could find.	2.09	1.36	1.22	0.54	.77	.75
11. I feel like a bad part of me is always trying to express itself.	1.81	1.20	1.54	1.56	.80	—
12. I worry about being the sort of person who might do very immoral things.	1.58	1.05	2.15	4.59	.83	.81
13. I often worry about having a negative 'agenda'.	1.89	1.18	1.59	2.28	.79	—
14. I am afraid of the kind of person I could be.	1.66	1.07	2.18	5.07	.82	—
15. I often accuse myself of having done something wrong.	3.04	1.54	0.25	-0.98	.66	—
16. I'm afraid of the kind of person I might become if I'm not very careful.	1.95	1.24	1.43	1.39	.80	.82
17. I often doubt that I am a good person.	2.00	1.24	1.24	0.74	.78	—
18. I fear becoming the sort of person I detest.	2.58	1.60	0.61	-0.92	.69	—
19. I often feel that I do not honestly show the negative reality inside myself.	2.26	1.36	0.95	0.02	.78	.80
20. I must be very careful in order to avoid doing something awful.	1.44	0.86	2.66	8.15	.76	.80

Note. *M* = mean; *SD* = standard deviation; *Sk* = skewness; *K* = kurtosis

This first model (M1) with the FSQ-20 did not meet the common cut-off values for goodness-of-fit (CFI = .928, TLI = .919, RMSEA = .088). The higher modification index, equal to 41.0 (expected standardized parameter change = .45), corresponded to correlated uniqueness between Item 2 and Item 3. In M2 we added this parameter and, although model fit was improved, it was still below the desired thresholds. Sequentially, we added new

correlated uniquenesses (M3: Items 5 and 15; M4: Items 8 and 9; M6: Items 1 and 2). In none of these models the CFI and TLI were greater than .95 or the RMSEA lower than .06. We did not test further models with the FSQ-20 as it was clear at reaching a well-fitting model required many parameters without theoretical justification. In the final tested model with the FSQ-20, the included correlated uniquenesses ranged from .33 to .45.

For the FSQ-8 responses (M6) the model fit was much better without correlated uniquenesses (CFI = .981, TLI = .974, RMSEA = .070). Although the RMSEA was over the intended cut-off value, the maximum modification index was small –8.8– and all the expected standardized parameter changes were below .29.

The item loadings for the FSQ-20 and FSQ-8 items can be seen in Table 2. In both cases, item loadings were medium-high (for the FSQ-20, $M_{\text{loading}} = .72$, range [.58, .83]; for the FSQ-8, $M_{\text{loading}} = .73$, range [.51, .82]).

Table 2. Goodness of fit indices for the different models

Models	χ^2 †	df	CFI	TLI	RMSEA
M1. FSQ-20	643.1	170	.928	.919	.088
M2. FSQ-20 + CU (2 & 3)	604.7	169	.933	.925	.085
M3. FSQ-20 + CU (2 & 3 + 5&15)	570.4	168	.938	.930	.082
M4. FSQ-20 + CU (2 & 3 + 5&15 + 8&9)	535.5	167	.944	.936	.078
M5. FSQ-20 + CU (2 & 3 + 5&15 + 8&9 + 1 & 2)	507.3	166	.948	.940	.076
M6. FSQ-8	55.0	20	.981	.974	.070

Notes: df=degrees of freedom; TLI=Tucker-Lewis index; CFI=comparative fit index; RMSEA=root mean square error of approximation; CU=correlated uniquenesses.

†All p-values for the chi-square test were < .001.

FSQ=Fear of Self-Questionnaire.

The internal consistency of the scores was adequate, with Cronbach's alpha equal to .94 for the FSQ-20 scores and equal to .85 for the FSQ-8 scores. The test-retest correlation with a two weeks interval was high (n=102): $r = .88$ for the FSQ-20 and $r = .83$ for the FSQ-8.

3.2 Inter-correlations and Hierarchical Regression Models

The inter-correlations between the different variables can be seen in Table 3. As could be expected, the two versions of the FSQ presented a very strong correlation, $r = .97$. The FSQ-20 presented moderate to strong correlations with the DASS-21 and the two scores of the OCI-R, r in the range [.46, .65]. Associations were numerically higher between FSQ and the OCI-R Obsessing than with the Not Obsessing scale ($z = 2.18$, $p = .02$). The associations with the OCSQ, $r = .27$, and EDQ, $r = .15$, were low. Associations with OCD cognitions (OBSI-R) were medium. The scores in FSQ-20 tended to decrease with increments in age, $r = -.27$. The FSQ-20 presented a negligible relation with sex, $r = -.01$. The correlations with the FSQ-8 were essentially the same as with FSQ-20, although slightly lower.

Table 3. Correlations and descriptive statistics

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Correlations									
1. FSQ-20										
2. FSQ-8	.97									
3. OCI-R Not Obsessing	.46	.46								
4. OCI-R Obsessing	.58	.55	.56							
5. DASS-21	.65	.64	.42	.52						
6. OCSQ	.27	.26	.53	.24	.27					
7. EDQ	.15	.14	.19	.18	.09	.41				
8. OBSI-R	.47	.47	.55	.39	.40	.64	.12			
9. Age	-.27	-.23	.24	-.04	-.19	.28	.04	.06		
10. Sex	-.01	.03	-.10	-.12	-.08	.02	.01	-.02	.21	
	Descriptive data									
<i>N</i>	350	355	171	174	171	175	138	161	360	359
Mean	43.84	16.77	10.77	1.62	31.00	143.12	2.76	143.20	29.16	.25
SD	17.49	6.93	8.50	2.34	8.66	42.50	1.00	45.09	14.09	.43

Note: Bold values correspond to statistically significant correlations, $p < .05$. Sex was coded with a dummy variable, where 0 = women and 1 = men.

FSQ=Fear of Self-Questionnaire; OCI-R=Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; DASS-21=Depression Anxiety Stress Scale-21; OCSQ=Obsessional Concerns and Self Questionnaire; EDQ=Ego-Dystonicity Questionnaire; OBSI-R=Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised.

In the hierarchical regressions, the inclusion of the FSQ-20 scores always led to statistically significant increments in the explained variance once controlled the possible influence of emotional symptoms (DASS-21) and OCD relevant domains (self- and non-self-related), as can be seen in Table 4. The FSQ explained an additional 2% of the OCI-R Not Obsessing subscale variance ($R^2_{Model3} = .42$, $\beta_{FSQ-20} = 0.19$, $t(124) = 2.027$, $p = .045$); an additional 7% of the obsessional symptoms (OCI-R Obsessing; $R^2_{Model3} = .40$, $\beta_{FSQ-20} = 0.36$, $t(124) = 3.716$, $p < .001$); and an additional 5% of the dysfunctional beliefs as measured by the OBSI-R ($R^2_{Model3} = .54$, $\beta_{FSQ-20} = 0.29$, $t(125) = 3.568$, $p = .001$).

Table 4. Hierarchical regressions predicting obsessive-compulsive symptoms (OCI-R) and dysfunctional beliefs (OBSI-R).

	OCI-R Not Obsession			OCI-R Obsession			OBSI-R		
<i>Step 1</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>
	.18	27.28	< .001	.27	46.85	< .001	.16	24.76	< .001
<i>Step 2</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>
	.23	15.83	< .001	.06	3.71	.013	.33	41.37	< .001
<i>Step 3</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>	ΔR^2	ΔF	<i>p</i>
	.02	4.11	.045	.07	13.81	< .001	.05	12.73	.001
<i>Coefficients</i>	B	T	<i>p</i>	B	t	<i>p</i>	β	t	<i>p</i>
DASS	0.13	1.40	.165	0.22	2.40	.018	0.06	0.79	.430
OCSQ	0.33	3.29	.001	-0.07	-0.73	.468	0.62	9.04	< .001
EDQ	-0.01	-0.18	.859	0.12	1.49	.138	-0.18	-2.77	.006
OBSI-R	0.19	1.93	.056	0.16	1.56	.120	—	—	—
FSQ-20	0.19	2.03	.045	0.36	3.72	< .001	0.29	3.57	.001

Note: Bold *p*-values correspond to those statistically significant, $p < .05$.

FSQ= Fear of Self-Questionnaire; OCI-R= Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; DASS-21= Depression Anxiety Stress Scale-21; OCSQ= Obsessional Concerns and Self Questionnaire; EDQ= Ego-Dystonicity Questionnaire; OBSI-R= Obsessive Beliefs Spanish Inventory-Revised

4. Discussion

The Spanish version of the Fear of Self Questionnaire shows good psychometric properties and excellent reliability in a community sample, retaining the psychometric properties of the original version of the instrument (Aardema et al., 2013), and replicating the properties of the Italian version (Melli et al., 2015). The factor analyses supported the

unidimensional structure of the measures showed in the original (Aardema et al., 2013; Aardema et al., 2017) and Italian (Melli et al., 2015) versions, especially for the short version (8 items). Results show an excellent reliability for both versions of the FSQ through the internal consistency and temporal stability, similar to that reported in the original (Aardema et al., 2013) and Italian version (Melli et al., 2015). As expected, both versions of the FSQ showed higher associations with the unpleasantness associated to the obsessions (OCI-R Obsessing) than with the other obsessive-compulsive symptoms. This result is congruent with our hypothesis based on theoretical proposals (O'Connor & Aardema, 2007), suggesting a good convergent/discriminant validity of the FSQ, and it is supported by previous studies using both non-clinical and clinical OCD samples (Aardema et al., 2013, 2017; Melli et al., 2015). We expected significant associations with OCD cognitions, and the size of this associations could be considered as showing adequate divergent validity as previously discussed (Aardema et al., 2013). It is remarkable that the fear of self shows high associations with negative emotional states, this result suggests that the fear of self is not a construct specific of OCD. In fact, a recent study with clinical samples highlighted the relevance of the fear of self in anxious/depressive patients (Aardema et al., 2017). Furthermore, we cannot ignore the symptom commonalities between OCD and depressive states (Morillo et al., 2007) neither the high comorbidity between OCD and depression (Torres et al., 2006). Our results support this idea, as the associations between negative emotional states and OCD cognitions and symptoms were also between medium and high. Overall results support that the fear of self construct could be a relevant variable in those people showing higher emotional and obsessive-compulsive symptoms, especially regarding unacceptable obsessions.

The fear of possible selves shows small significant associations with other self-constructs relevant in OCD such as the self-worth contingencies and egodystonicity. This last result was not expected, as previous research (Aardema et al., 2013) showed moderate

associations between fear of self and egodystonicity. The differences between the present study and Aardema et al. (2013) study could be due to the fact that participants appraise the egodystonicity of different unwanted unpleasant thoughts in each study, and as it has been observed previously, egodystonicity varies across different obsessional contents and thoughts (Purdon et al., 2007). Our results suggest that the inconsistency between an unpleasant thought and the real self, may not be associated with the fear of possible selves. Low associations between the fear of self and the other self-constructs, could indicate a limited convergent validity of the FSQ. Though it could be suggesting that those constructs retain different elements of the self in relation with OCD. In fact, whereas the fear of self construct evaluates the fear of possible selves; self-worth contingency constructs appraise the extent to which participants consider OC content domains (e.g., cleanliness) relevant to their self-worth. Those constructs could be relevant self-variables explaining different OCD symptoms. In fact, both the pattern of associations found in this study -FSQ maintained higher associations with Obsessing symptoms (*vs* OCI-R Not Obsessing), whereas the OCSQ maintained higher associations with Not Obsessing OCI-R scale (*vs* OCI-R Obsessing)- as well as previous results reported in the literature (Aardema et al., 2013; García-Soriano & Belloch, 2012) support this idea. The fear of self could be relevant explaining the emergence of pure obsessions, whereas the self-worth contingencies could have a role in the development of contamination, checking, order, or hoarding symptoms.

Regarding our second objective, to investigate the role of fear of self in obsessive-compulsive symptoms, regression analysis confirmed its relevance for the obsessive-compulsive symptoms and cognitions, especially to explain the distress associated with unacceptable obsessions. In fact, the fear of possible selves explained a percentage of the obsessive-compulsive variance over and above the influence of negative emotional states, cognitive- and self-relevant OCD processes. This result is consistent with our hypothesis and

with that reported in other studies that inform on the unique contribution of the FSQ in the explanation of unacceptable obsessions (Aardema et al., 2013; Melli et al., 2015). This study also suggests that, besides the role played by the fear of possible selves, other self-constructs are relevant variables explaining dysfunctional beliefs about thoughts and obsessive-compulsive symptoms different from unacceptable obsessions. Thus supporting previous studies (e.g., Garcia-Soriano & Belloch, 2012), and the need to take the self into consideration when explaining and treating obsessive-compulsive symptoms.

Results are limited by the use of non-clinical samples, although the use of analogue samples is considered highly relevant for understanding OC symptoms (Abramowitz et al., 2014). Moreover, vulnerability research should be conducted on non-episodic individuals (Ingram, Miranda, & Segal, 1998). This is a cross-sectional study that does not allow to determine the causal or etiological role of the self in the development of OCD. Longitudinal research could determine the etiological role played by the self on OCD development. Finally, it would be interesting to include specific measures to analyze the divergent validity of the instrument.

5. Conclusions

This study, conducted in non-clinical samples, includes the Spanish validation of the long and short versions of the Fear of Self, and further supports the relevance of the fear of possible selves associated to obsessive-compulsive symptoms, especially those associated with unacceptable obsessions, and cognitions. If further research supports its relevance in OCD samples, OCD cognitive-behavioural therapies should address the modification of perception of the self as dangerous to dismiss the negative appraisals associated to the intrusions and obsessions. According with the inference based model, self-themes would work as self-doubting inferences developed by an erroneous reasoning process as happens with

obsessional doubts. Hence, the strategies of the inference based therapy to help the patient to achieve a real self perception, which would be based on facts instead of in a fictional narrative, could be applied also to modify self-themes related to the fear of self. The reason to invest more in an imagined self than in a real one is unknown but it has been suggested that an excessive concern with interpersonal relationships combined with a tendency to sacrifice personal needs and autonomy could play a key role (Careau, O'Connor, Turgeon & Freeston 2007). Therapists could help patients to construct a more realistic self-image at the end of the therapeutic process, when the person has already learnt how to manage OCD. To achieve this aim, firstly, we could work in identifying the problematic areas of the self (fear of self), which means identify *who the OCD says I am* and all the reasons why *I could be this sort of person*. Secondly, we could encourage the patient to write a second history detailing in all the reasons why I think the first history about myself is false. Thirdly, patient and therapist can collaboratively discuss which history is more consistent with reality and so more reasonable. The patient will be asked to spend time everyday to re-read and complete the second history and to identify the internal dialogue (e.g., metaphors, automatic thoughts, daily comments) about the own self that is reinforcing *who the OCD says I am*. The authentic self is based on real attributes the person possesses which usually contradict the OCD attributes of the feared self. Once the patient identifies this internal dialogue, the therapist could start working collaboratively with the client in order to change it..Moreover, further research should analyse its relevance in other disorders of the OCD spectrum. In fact, a recent study suggests its relevance in body dysmorphic and eating disorders (Aardema et al., 2017), thus suggesting the possibility to develop common strategies to different disorders.

CAPÍTULO 5

Estudio 1:

Is context a crucial factor to distinguish between intrusions and obsessions in patients with obsessive-compulsive disorder?

1. Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessions and/or compulsions (APA, 2013). Obsessions are characterized by recurrent and persistent thoughts, urges, or images that are experienced, at some time as intrusive and inappropriate, and that cause marked anxiety and distress to the individual. Most cognitive models for OCD have proposed that clinical obsessions have their origins in normal intrusive thoughts found in health populations, suggesting that there is a continuum between these cognitive phenomena with strong similarities in form and content (Rachman, 1997). According to this model, intrusions that are dysfunctionally appraised are more prone to become clinically relevant obsessions (Clark, 2004; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985), and OCD patients can experience both types of cognitive phenomena, normal intrusive thoughts and obsessions.

Although an important amount of research has supported the universality of intrusions and its similarities with obsessions (e.g., García-Soriano & Belloch, 2013; Purdon & Clark, 1993; Radomsky et al., 2014), thus supporting the proposal, other studies have challenged these similarities (Rassin et al., 2007; Rassin & Muris, 2007). In fact, it has been suggested that intrusive thoughts and obsessions may be different and unrelated phenomena despite their similarities in content, and that obsessions as they occur in OCD can be differentiated from intrusions in non-clinical populations-based on the context where they emerge (Julien et al., 2007, 2009). Specifically, these authors hold that intrusive thoughts occur in more “appropriate” contexts whereas clinical obsessions tend to occur in less “appropriate” contexts. Julien et al. (2009) hypothesized that intrusions experienced by non-clinical individuals emerge in a context directly linked to a trigger in the immediate environment. That is, the information from the context perceived in the moment of appearance of the thought justifies its content (e.g., someone who is having a discussion with another and the

thought pops into his/her mind: "I could hit him"). And clinical obsessions emerge mostly in contexts where there is an indirect association/ link or no association/ link between the obsession and the information from the context. Either there is a trigger in the context that is related with the content of the obsession but the information perceived is neither clear nor precise (e.g., while someone is watching a violent scene in a film, and the thought pops into his/her mind the thought "I could hit someone"); or the information perceived through the senses is not related at all with its content (e.g., thinking "I could hit someone" while having breakfast alone at home).

The context in which intrusions/obsessions occur is also a key issue in the autogenous-reactive model of obsessions (Lee & Kwon, 2003). These authors propose that autogenous and reactive obsessions differ in terms of their content, cognitive experiences, and identifiability of their evoking stimuli. In this sense, autogenous intrusions/ obsessions (sexual, aggressive, aversive or immoral contents), "tend to come abruptly into consciousness without identifiable evoking stimuli" (page 12). Whereas reactive intrusions/ obsessions (contamination, doubt about mistake or accident, loss of important things, dissymmetry contents), "tend to be evoked by identifiable external stimuli (...) usually connected with the content of the evoked thoughts in realistic and logical ways" (page 12).

Despite the implications of contrasting these proposals (Aardema & O'Connor, 2007; Lee & Kwon, 2003) in OCD conceptualization, including its therapeutic approach, a scarce number of studies have empirically analyzed the context in which intrusions and obsessions appear. In the pioneering study by Rachman and de Silva (1978), it was observed that at the onset of occurrence only 7.5% ($n=4$) of the intrusions (non-clinical participants, $N=40$) and 50% ($n=4$) of the obsessions (OCD participants, $N=8$) appeared linked to an observable context, while 80% ($n=32$) of the intrusions and 50% ($n=4$) of the obsessions were associated

with an external or internal trigger (Rachman & de Silva, 1978). However, given the small sample size of OCD participants, it is difficult to discuss these findings in a meaningful way.

Julien, O'Connor, and Aardema (2009) compared through a self-report questionnaire the context of occurrence of intrusive thoughts experienced by a non-clinical sample with those of clinical obsessions in OCD patients. They found that 51% of obsessions and 34% of intrusions emerged in a context with an indirectly link with the content; whereas 57% of intrusions and 33% of obsessions appeared in a context directly linked with triggers in the environment. Moreover, they reported that 16% of obsessions and 8% intrusions showed no link at all with the context in which they occurred. Thus, results confirmed the tendency of non-clinical intrusive thoughts to appear in appropriate contexts (direct linked), while obsessions were more prone to do it in inappropriate contexts (indirectly linked). Furthermore, taking into consideration the content of the intrusions and obsessions, those revolving around ordering/symmetry and hoarding were significantly more associated with direct than with indirect contexts.

Similar to these findings, but focused specifically on whether there was any evidence for the reality of the obsession or intrusion in the environment, Audet, Aardema, and Moulding (2016) observed that most of the intrusions reported by a non-clinical sample took place without direct evidence from the context that the intrusion could be potentially real (68.9%), as assessed by independent clinician expert raters. However, intrusions that occurred without evidence were associated with significantly higher levels of obsessionality than those that occurred with direct evidence. In addition, intrusions that were judged as non-OCD relevant by raters (67.2%) were associated with lower levels of obsessionality in comparison to intrusions that were judged to be OCD relevant (32.8%) on the basis of the context in which they occurred.

Overall, current empirical research does not fully clarify the role of the context in the emergence of clinical obsessions, neither as suggested by Julien et al. (2009) that context is the key element differentiating obsessions from intrusions; nor as proposed by Lee and Kwon (2003) that context differentiates between different obsessional content domains. In fact, in a review of the contextual determinants of intrusions and obsessions, Clark and Inozu (2014) raised the relevance of answering questions as to what proportion of intrusions and obsessions are unexpected, spontaneous intrusions versus context-dependent thoughts that are triggered by an external precipitant, and whether obsessions are more or less spontaneous than intrusions. Moreover, despite the fact that OCD patients can experience both intrusive thoughts and obsessions, there are no studies comparing the context of appearance of obsessions and intrusions in the same individual. As OCD patients experience normal intrusive thoughts and obsessions, it is of relevance to test if the context plays a crucial role distinguishing those intrusions –with an obsessional content- that remain intrusions from those intrusions that turned into an obsession in a patients diagnosed with OCD. The general aim of the current study is to analyze the context of appearance of obsessions and intrusive thoughts in the same patients diagnosed with OCD. We will analyze the following elements of the context at the onset of occurrence: emotional state, stress level, stressful events, and the association between the content of the obsession/ intrusion and evidence relevant to the content in the here and now. Moreover, we will analyze if the association between the content of the obsession/ intrusion and whether the evidence from the here and now differs according to the time (onset *versus* last time of occurrence), and the thematic content (autogenous *versus* reactive).

Although it is not an objective of this study, we hypothesize first that obsessions will be more frequent, disturbing, and dysfunctionally appraised than intrusions as proposed by the literature. Regarding the context, our main hypothesis is that clinical obsessions will more

frequently occur in contexts with an indirect link or no link (inappropriate contexts), and intrusions in contexts in which there is a direct link (appropriate contexts) with the evidence in the here and now. Additionally, we hypothesize that at the onset of occurrence, in the same patient, his/her obsessions (*versus* intrusive thoughts) will be associated with a higher negative mood state, stress level, and frequency of relevant life events. Finally, we also expect that autogenous intrusions/ obsessions will appear more spontaneously than reactive intrusions/ obsessions (Lee & Kwon, 2003).

2. Method

2.1 Participants

Sixty-eight patients with a primary Axis I DSM-IV OCD diagnosis participated in the study. The mean age was 35.59 (SD= 10.54) years and a near-equal gender representation (53% women). The majority of participants had a medium socio-economic level (74.6%), following the parameters of the Spanish National Institute of Statistics, and university education (77.6%). Nineteen patients (27.9%) had one or more secondary Axis I (DSM-IV) comorbid disorders: major depression (4 patients), panic disorder (2 patients), panic disorder with agoraphobia (1 patient), generalized anxiety disorder (6 patients), social phobia (3 patients), specific phobia (1 patients), hypochondriasis (3 patients), and eating disorder (1 patient).

2.2 Instruments

Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (Spanish original version: *Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos*, INPIOS; García-Soriano, 2008). This self-report questionnaire is designed to assess the frequency of unwanted obsessional intrusive thoughts, images and impulses, as well as the appraisals and control strategies associated with each participant's most upsetting intrusive thought. The first part consists of a list of 48 items grouped in six first-order factors: aggressive; sexual, religious, and immoral; contamination;

doubts, mistakes, and necessity to check; symmetry and order; and superstition intrusions. These six first-order factors are nested in a second-order structure composed of two dimensions: (1) Type I moral based intrusions/ obsessions (similar to autogenous intrusions/ obsessions), which include aggressive, sexual, religious and immoral themes; and (2) Type II non-moral based obsessions (similar to reactive intrusions/ obsessions), which include the contents not referring to moral issues. The two subtypes closely resemble the differentiation between autogenous and reactive obsessions proposed by Lee and Kwon (2003). Respondents rate each statement on a 7-point scale from 0 (“I have never had this intrusion”) to 6 (“I have this intrusion frequently during the day”). It also includes two options to include an idiosyncratic open intrusion. The second part of the INPIOS asks participants to choose from the 48 items the most upsetting intrusion they had experienced during the past three months. Based on their most upsetting intrusion, individuals evaluated the intrusion across several dimensions, using a 5-point scale ranging from 0 (“not at all”) to 4 (“extreme”). The scale included: (a) the emotional reactions linked to the intrusion recorded (i.e., unpleasantness, anxiety, sadness, guilt, and shame); (b) the difficulty in controlling the intrusion and the interference it produces (i.e., difficulty of controlling it success controlling/ suppressing (reverse scored), and interference); and (c) the dysfunctional appraisals associated with the intrusion (i.e., importance of the thought, thought-action fusion-moral, thought-action fusion-probability, responsibility, importance of control, over-estimation of threat, and intolerance to uncertainty). Finally, participants are asked to record how often (from 0 “never” to 4 “always”) they use a list of control strategies to get rid of the intrusion. These strategies are grouped in four empirically derived factors and one independent item: (i) general strategies to control anxiety (five items); (ii) covert thought control strategies (eight items); (iii) distraction (two items); (iv) overt compulsions (four items); and (v) do nothing. In this study, patients completed as a self-report the INPIOS-1st part. This data was used by the interviewer to help

patients choose their main obsession/ intrusion for conducting the interview described below. At the end of the interview, most of the INPIOS-2nd part was used as a face-to-face interview (i.e., emotional reactions, difficulty in controlling the intrusion and interference, and dysfunctional appraisals).

Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016). This is a semi-structured interview designed to explore obsessions and intrusions in the same OCD patient. The same questions are asked for either their main (most upsetting) obsession or intrusion, and it is conducted in a counterbalanced order. After a description about what an intrusive thought is, following the description of the INPIOS, patients are asked to choose their most upsetting intrusion that constitutes an obsession, describe it, and then, they are asked to describe an intrusion that has never become an obsession from those experienced during the last three months. Patients open answers are checked with their INPIOS-1st part answers in which a list of obsessional intrusive thoughts were appraised on frequency, including two open questions to include an idiosyncratic open intrusion. Patients' answers were also checked with their answers on the clinical interview when describing their OCD symptoms in order to ensure that they chose an actual disturbing obsession and a non-clinically significant intrusion. It was also checked that the intrusions selected had never been an obsession in the past.

The following areas are explored about their main obsession/ intrusion: thematic content (description), reasons for his/her level of discomfort, form (i.e., thought, impulse, image, feeling), frequency (from 1= I have this intrusion/ obsession once or twice in my life to 6 = I have this intrusion/ obsession frequently during the day), description of the context of appearance for the onset and last time of occurrence (*when was it?, where were you?, what were you doing?*), mood state (*what was your mood at that moment? positive, negative, neutral*), stressful life events (*can you remember any relevant event that was happening or*

happened recently in your life by that time?), and stress level (*what was your level of stress by that time –as habitual, higher or lower than habitual-*) associated with the onset of occurrence, inferential reasoning, and different areas of the self. Then, the INPIOS-2nd part (García-Soriano, 2008) was applied in an interview format in order to appraise the following functional consequences of the upsetting cognitive phenomena: emotional reactions, difficulty in controlling the intrusion and the interferences it produces, and the dysfunctional appraisals associated with the intrusion. In this study, we will focus on the variables associated with the context of appearance (description, mood state, stressful life events, stress level) and functional consequences.

2.3 Procedure

Participants were recruited from a private clinical practice, announcements in blogs and in an OCD patient's association. The evaluation process was divided into three sessions. Firstly, subjects received information about the purpose of the research and signed the written consent. Then, participants were individually screened with the ADIS-IV-L diagnostic interview (Di Nardo et al., 1994). Secondly, participants completed a set of questionnaires at home. And thirdly, participants were interviewed using the Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016) (average time 60-90 minutes). The present study received the approval of the Ethical Committee from the University.

2.4 Analysis Data

Statistical analyses were conducted using Statistics Package for Social Sciences [SPSS for Windows, 22.0, 2013]. Descriptive statistics were used to report frequencies, means, and standard deviations. Paired sample *t*-tests were then conducted to compare de quantitative variables associated with the most upsetting intrusion *versus* obsession in each patient. The effect size was calculated using Cohen's *d* index. Hence, small effect means $\leq .2$, medium \leq

.5, and large ≤ 8 . For categorical variables, we used the McNemar test to compare related groups (e.g., obsession first time vs. obsession last time) and Fisher's exact tests (two tailed) to compare independent groups (obsession vs. intrusion).

Due to the categorical characteristics of some of the data (thematic content, context of appearance, and stressful events), two PhD level psychologists with a strong background in cognitive-behavioural models of OCD, independently classified the information extracted from the interview from these variables for both the obsession and intrusion. None of the raters had evaluated the patients. Regarding thematic content, raters classified all the reported obsessions and intrusions as either autogenous or reactive (García-Soriano et al., 2011; Lee & Kwon, 2003). Obsessions/ intrusions were classified as autogenous if they were related to aggressive, sexual, blasphemous, or immoral thoughts, images, or impulses, and intrusions/ obsessions regarding doubts about mistakes and necessity to check, symmetry/order, contamination, or superstitious/ magical thinking contents, were classified as reactive. About the context of occurrence, it was categorized according to the proposal defined by Julien et al. (2009). A context with a direct link was described when the information perceived through the senses (sight, hearing, smell, taste, touch) in the moment of appearance of the thought justified its content (e.g., while being very angry and having a discussion with a work colleague and experiencing the intrusion "I could hurt someone"). A context with an indirect link would be when there was a trigger in the here and now that could justify partly the content of the thought but the information perceived was not clear nor precise (e.g., while using a knife cooking, having the intrusion "I could hurt someone"). And a context with no link would be when the information perceived through the senses does not justify at all the content of the thought (e.g., while taking a shower having the intrusion " I could hurt someone"). Finally, regarding the categorization of the stressful events, raters followed the classification by Fernández-Ballesteros (1987) (as cited in Aybar, 2007): physical (e.g.,

natural catastrophes), socio-cultural (e.g., unemployment), interpersonal (e.g., accidents, aggressions), educational (school troubles), economical (e.g., economic difficulties), personal (e.g., discussions, an undesired pregnancy) and labor (e.g., difficulties or work changes) events.

Inter-rater reliability was conducted using the kappa statistic to assess reliability of the thematic content, context of appearance, and type of stressful events categories. Following Cohen (1988) data was interpreted in the following way: values ≤ 0 as indicating no agreement, 0.01–0.20 as none to slight, 0.21–0.40 as fair, 0.41–0.60 as moderate, 0.61–0.80 as substantial, and 0.81–1.00 as almost perfect agreement. Moderate inter-judge agreement was found for categorization of obsessions and intrusions as autogenous and reactive (obsessions= 0.62; intrusions= 0.79), for the context of occurrence of obsessions (onset= 0.75; last time= 0.60), and type of stressful events experienced (obsessions= 0.82; intrusions= 0.85). The level of agreement between raters for the context of occurrence of the intrusions was substantial (onset=0.82, last time= 0.81). For each of the categories, disagreement was solved through discussion until a 100% of agreement between raters.

3. Results

3.1 Preliminary analyses. Do patients experience obsessions and intrusions? A comparison of the frequency, form, thematic content description, and functional consequences.

All patients reported experiencing an obsession during the last three months, but two of them could not remember having an intrusion with an obsessional content during this time interval. Thus, analyses were conducted with the 68 obsessions and 66 intrusions described by the 68 OCD patients. Results showed that patients experience obsessions ($Mean= 5.35$ [$SD= 0.832$]) with a higher frequency than intrusions ($Mean= 2.89$ [$SD= 1.152$]) ($t_{(65)} = 13.667$; $p < .001$).

Obsessions were fundamentally experienced in thought form (66.7%), followed by feeling (36.4%), image (30.3%) and impulse (15.2%), while intrusions were mainly experienced in thought form (75.8%) followed by image (25.8%), impulse (13.6%) and feeling (10.6%).

Regarding the thematic content, approximately half of the obsessions and intrusions could be categorized as autogenous (36 obsessions, 32 intrusions), and half as reactive (32 obsessions, 34 intrusions). Fisher's exact test revealed that there were no significant differences in content between obsessions and intrusions, $p = .090$.

Patients appraised their obsessions as more unpleasant compared to their intrusions, associated them with higher anxiety and sadness, more difficult to control, and in general, associated with higher dysfunctional appraisals. When we examined each of the appraisals at item level, the highest differences appeared on the importance of the thought (Table 1).

Table 1. Paired t test comparing the functional consequences of the obsession and intrusion in the patients diagnosed with OCD.

	Obsession ($N= 66$)	Intrusion ($N= 66$)	$t_{(65)}$	d
Unpleasantness	3.51 (0.63)	1.59 (0.92)	15.215***	2.43
Negative emotional reactions (anxiety and sadness mean)	3.11 (0.78)	1.25 (0.79)	12.682***	2.36
Difficult to control & interference	3.10 (0.83)	1.16 (1.30)	10.782***	1.77
Dysfunctional appraisals (total score mean)	2.74 (0.75)	1.42 (0.93)	7.993***	1.56
<i>Thought importance</i>	3.43 (0.70)	1.42 (1.08)	12.203***	2.20
<i>Thought-action fusion moral</i>	1.75 (1.52)	0.84 (1.21)	4.058***	0.66
<i>Thought-action fusion likelihood</i>	1.83 (1.44)	0.90 (1.12)	4.249***	0.72
<i>Responsibility</i>	2.89 (1.25)	1.90 (1.12)	4.560***	0.83
<i>Control Importance</i>	3.24 (0.96)	1.56 (1.32)	9.045***	1.45
<i>Overestimation of threat</i>	2.90 (1.33)	1.75 (1.44)	5.605***	0.82
<i>Intolerance of uncertainty</i>	3.13 (1.09)	1.62 (1.27)	7.556***	1.27

Note. Data are offered as mean (SD). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. $N=66$ as only those patients reporting an obsession and an intrusion are included in the analyses.

3.2 *The context of appearance of intrusions and obsessions*

Regarding the context of the onset of occurrence of their most upsetting obsession/intrusion, most of the participants remembered it regardless it took place between 10 (obsessions, $Mean = 10.46$, $SD = 10.87$ years) and 8 years (intrusions, $Mean = 8.37$, $SD = 10$) before. Specifically, 82.3% ($n=56$) of the participants remember the context in which their obsession appeared for the first time, and 57.6 % ($n=38$) remember the context of their intrusion. Regarding the context of the last time of appearance, 98.53% ($n=67$) and 90.9% ($n=60$) of the patients remembered it for their obsession and intrusion respectively.

Most of the patients reported that when the obsession appeared for the first time (onset), their mood was negative (72.6%, $n=45$), they were experiencing a higher stress level than habitual (78.6%, $n=44$), and they had experienced during this period a relevant stressful life event (74.6%, $n=44$). This occurred also in about half of the patients when they experienced the intrusion for the first time (negative mood: 42.10% [$n=16$]; high stress 52.6% [$n=20$]; stressful life event 50% [$n=19$]). Differences between obsessions and intrusions did not reach statistically significant levels (negative mood: $p = .450$, Fisher's exact test; higher stress: $p = .663$, Fisher's exact test; stressful life event: $p = .711$, Fisher's exact test). Regarding the stressful events type, most of them were classified as personal (e.g., pregnancy, marital/relationships problems, death of family member/ friend) (obsession: $n=23$; intrusion: $n=13$) and interpersonal (obsession $n=6$; intrusion $n=5$) (e.g., bullying, moving to a different place, difficulties with a friend/ work colleague).

About the context of appearance of obsessions and intrusions, for the onset and last time of appearance, taking into account the three categories proposed by Julien et al. (2009), results showed that a great proportion of the obsessions (49.3-67.9%) and intrusions (66.7-71.1%) appeared in a context with an indirect link with the content of the cognitive

phenomena (see Table 2). Moreover, only a minor proportion of obsessions (3-7.1%) and intrusions (6.7-7.9%) appeared in a context with a direct link with the content of the cognitive phenomena.

Table 2. Description of the context of occurrence of intrusions and obsessions

Context	Onset of appearance		Last time of appearance	
	Obsession (n=56)	Intrusion (n=38)	Obsession (n=67)	Intrusion (n=60)
Direct link	7.1% (4)	7.9% (3)	3% (2)	6.7% (4)
Indirect link	67.9% (38)	71.1% (27)	49.3% (33)	66.7% (40)
No link	25% (14)	21.1% (8)	47.8% (32)	26.7% (16)

Note. Data as % (n). Data calculated on those patients that remembered the context of appearance of their obsession/ intrusion.

3.3 Does the context of appearance of obsessions (and intrusions) change along time?

Next, we analyzed differences in the context of occurrence of the cognitive phenomena between the onset of appearance and the last time they appeared. We conducted these analyses separately for obsessions and intrusions. The context of appearance of the obsession significantly changed from the onset to the last time the obsession was experienced McNemar test, $X^2(3, N = 55) = 11.933, p = .008$. As seen in Table 2, at the time of onset the most frequent context was indirect, but on the last time, the most frequent associations between the content and the context were indirect and with no link. Regarding the intrusion, there were no statistically significant differences in the context between the onset and last time patients experience their intrusion McNemar, $X^2(2, N = 35) = 1.152, p = .562$.

1.1. Does the context of appearance of obsessions and intrusions differ?

Next, we compared the context of appearance between obsessions and intrusions. Analysis were conducted separately for each moment, as differences in the context between obsessions' onset and last time experience were found. There were no significant differences

in the context between obsessions and intrusions the first time they appeared (onset) ($p = .643$, Fisher's exact test); neither the last time ($p = .665$, Fisher's exact test).

3.5 Does the context of appearance of obsessions and intrusions differ depending on their thematic content?

Results show that there were no statistically significant differences between autogenous and reactive obsessions ($p = .247$, Fisher's exact test) neither intrusions ($p = .766$, Fisher's exact test) in the context of the onset (see Table 3). In all conditions, the most frequent context was with an indirect link. However, differences appeared between autogenous and reactive obsessions ($p = .006$, Fisher's exact test) and intrusions ($p = .032$, Fisher's exact test) in the context in which they were experienced for the last time. Both, autogenous obsessions and intrusions, were more frequently experienced in a context with an indirect link; whereas the reactive subtype was more frequently experienced in a context with no link (obsessions), or either indirect link or no link (intrusions).

Table 3. Description of the context of appearance of intrusions and obsessions taking into account the content.

	Onset of appearance				Last time of appearance			
	Obsession (n=56)		Intrusion (n=38)		Obsession (n=67)		Intrusion (n=60)	
	Autogenous (n=31)	Reactive (n=25)	Autogenous (n=18)	Reactive (n=20)	Autogenous (n=37)	Reactive (n=30)	Autogenous (n=29)	Reactive (n=31)
Direct link	9.7% (3)	4% (1)	5.6% (1)	10% (2)	0 % (0)	6.7% (2)	3.4% (1)	9.7% (3)
Indirect link	74.2% (23)	60% (15)	77.8% (14)	65% (13)	64.9% (24)	30% (9)	82.8% (24)	51.6% (16)
No link	16.1% (5)	36% (9)	16.7% (3)	25% (5)	35.1% (13)	63.3% (19)	13.8% (4)	38.7% (12)

Note. Data as % (n)

4. Discussion

This study explored, using an interview format, the differential characteristics of obsessions and intrusions in a clinical OCD sample focusing on the characteristics of the

context of occurrence of these cognitive phenomena, and taking into account their thematic content. We aimed to answer whether the context of appearance distinguishes between intrusions and obsessions in the same person, or if it is instead similar in both of them. This is a relevant issue as different OCD cognitive proposals assume either that “unwanted, intrusive thoughts are the raw material of obsessions” (p. 293) (Rachman, 1997), with obsessions being on a continuum with normality, or that intrusive thoughts and obsessions are unrelated phenomena (Julien et al., 2009). The latter proposes that intrusions and obsessions could be differentiated based on the context where they occur. This difference between proposals has relevant clinical implications since cognitive interventions are based on how these models understand OCD development and maintenance. Thus, is the context a relevant element to take into consideration to understand and treat OCD?

Previous to pursuing this principal aim, we tested that OCD patients experienced, and were able to identify and clearly distinguish in their own flow of thinking obsessions and intrusions with an OCD relevant content. Second, that obsessions and intrusions are similar in the form they are experienced, mainly as a thought as reported by Rachman and de Silva (1978), and did not differ in their thematic content taking into account the autogenous versus reactive classification (Lee & Kwon, 2003). And third, also as expected, obsessions were experienced more frequently, associated with higher negative emotions and interference, were more difficult to control, and in general were associated with higher dysfunctional appraisals than the intrusions experienced by the same patients. Although our results showed differences between intrusions and obsessions in all the dysfunctional appraisals, the highest differences appeared on the importance of the thoughts dimension; patients consider that their obsessions were important simply by having them. Thus results support, first, that OCD patient's experience, at the same time, both intrusions and obsessions, suggesting that these cognitive phenomena are similar in form and content but different in how they are experienced,

supporting the continuum hypothesis. Moreover, results show that the way intrusions are experienced by the OCD sample is similar to that reported in previous studies by non-clinical samples (see for example, García-Soriano & Belloch (2013)), and different from how obsessions are experienced. This is a relevant result as research contrasting the continuum proposal frequently has compared intrusions experienced by non-clinical individuals with obsessions experienced by clinical ones (e.g., Morillo et al., 2007; Rachman & de Silva, 1978) and not these cognitive phenomena in the same person.

Regarding our main objective, which was to explore the context in which obsessions and intrusions emerge, we defined the context in a broad way including different elements, as for example, mood, life events experienced or what the person was doing, and we appraised it at two different moments: the onset and the last time it was experienced. Our focus of interest was to evaluate the first time these cognitive phenomena appear, as differences between cognitive OCD models are referred to the development of the obsessions. The description and comparison of the first time of emergence of an intrusion and obsession could be interpreted differently from different cognitive perspectives. Either, if we assume a continuum proposal, it can be interpreted as the comparison between the first time that an intrusion that remained as an intrusion appeared, and the first time that an intrusion, which later developed into an obsession, appeared; or as the first time of occurrence of two unrelated phenomena, an intrusion and an obsession.

Our results suggest that at the onset both obsessions and intrusions emerged in a context where the OCD patient was experiencing a negative mood and higher stress levels than habitual. Moreover, most of the obsessions and fifty percent of the intrusions were associated with the experience of different negative life events, mostly personal. The high prevalence of stressful events is similar to that reported in previous studies when asking OCD patients for stressful life events in the year preceding the onset of the OCD (Roncero, Belloch,

Cabedo & Carrió, 2017; Rosso, Albert, Asinari, Bogetto & Maina, 2012). Rowa, Purdon, Summerfeldt, and Antony (2005) also reported in OCD patients a significant link between experiencing life events/ concerns and the occurrence of the most and least upsetting obsession. Although we found a tendency for a greater number of patients reporting their mood state was negative, their stress was higher than habitual, and also that they had experienced a stressful life event associated to their obsession rather than their intrusion, differences were not significant, thus not fully supporting our hypothesis.

Regarding the association between the cognitive phenomena and the evidence from the context linking it or not to immediate reality, data supports our main hypothesis, that is, obsessions occur more frequently in “inappropriate” contexts. In fact, in almost 93% of the obsessions reported, the information from context did not justify its content. Specifically, most of these obsessions (73%) appear in a context with an indirect link, and only a minor part (27%) appear out of the blue. This data does not support the idea of obsessions being mostly spontaneous in origin. However, when we analyzed the context of the onset of the intrusions, we observed a similar pattern, 92.2% of the intrusions appeared in “inappropriate” contexts. This percentage is higher than that reported by Julien et al. (2009) (42%) or Audet et al. (2016) (68.9%) in their respective studies. Hence, contrary to expectations, intrusions did not frequently emerged in “appropriate” contexts. Our results seem to suggest that there are no differences between intrusions and obsessions on the information or evidence provided by the context of their potential reality, at least between the intrusions and obsessions of clinical OCD samples. Hence, while data supported the notion that obsessions are frequently associated with inappropriate contexts (indirect link, no link), there was no evidence that intrusions were more frequently associated with appropriate contexts (direct link) in comparison with obsessions. In fact, only around 8% of intrusions (and 7% of obsessions) had a direct link with the context, that is, appeared in a context with evidence supporting the

intrusion. This percentage is lower than that reported in previous studies. For example, Julien et al. (2009) reported that 57% of intrusive thoughts and 33% of the obsessions maintained a direct link with the evidence from the context, and Audet et al. (2016) reported that 26.6% of the intrusions appear in contexts with direct evidence for the potential reality of the intrusion. Methodical differences between studies could provide a partial explanation for these results. For example, in the data reported by Julien et al. (2009), participants, and not an external clinician as in this study or in Audet et al. (2016), rated the type of association between their cognitive phenomena and the evidences from the here and now. Moreover, the intrusions described in these studies were experienced by non-clinical participants (Audet et al., 2016; Julien et al., 2009) and not by OCD patients as in the present study; and not all of these intrusions were OCD relevant (Audet et al., 2016). Importantly, although Audet et al. (2016) asked about the context “when they (intrusion) started”, Julien et al. (2009) evaluated the most frequent context from the three most disturbing intrusions. Probably patients were not thinking about the first time they appeared as in our study. In our current study, raters frequently chose the “indirect link” to categorize the context of occurrence of obsessions and intrusions. It could be that raters considered the contextual information provided to them to be too inconclusive to allocate them to any of the remaining more “extreme” categories (“no link” and “direct link”), favoring the “indirect link” as a result, thereby reducing the variability. However, the methodology was similar to that reported in other studies (Audet et al., 2016), in which patients were encouraged to give as much information as possible about the context in which the intrusion/ obsessions appeared (e.g., *when was it?*, *where were you?*, *what were you doing?*, *can you remember any relevant event that was happening or happened recently in your life by that time?*), all this information was provided to the raters, and inter-judge agreement was substantial.

When we asked participants about the context of obsessions and intrusions the last time they had experienced them, several differences did emerge. Although both obsessions and intrusions emerged more frequently in “inappropriate” contexts, there were differences between obsessions and intrusions, with the former appearing more out of the context than intrusions, as suggested by earlier proposals (Clark & Inozu, 2014). This could be due to the fact that obsessions emerge in a more automatic way as time passes by and the disorder worsens, or is more firmly established. It may be that dysfunctional appraisals of earlier intrusions that appear associated with indirect evidence from the context facilitate the intrusion in developing into an obsession that appears out-of-the blue. Another explanation for this may be that the OCD reasoning process becomes more elaborated with time, giving a major credibility to the obsession and a major presence in patients’ mind. The more real the obsession seems to the patient, the more probable it is to appear without any external cue.

Finally, we aimed to test whether evidences from the context were different taking into account the thematic content of the cognitive phenomena. Results show that, at the onset, autogenous and reactive obsessions/ intrusions do not differ in their context, but that they do differ in the context of the last time they appear. However, differences are not in the hypothesized direction following the autogenous versus reactive proposal (Lee & Kwon, 2003), which suggest that the autogenous intrusions/ obsessions emerge more spontaneously - or with no link within the context- than reactive intrusions/ obsessions, which will be then more “reactive” to trigger. In fact, our results suggest almost the opposite, autogenous obsessions and intrusions appear mostly in contexts with (indirect) associations to the context, whereas reactive obsessions appear mostly spontaneously. That is, it is more frequent that autogenous obsessions (e.g., I am a pedophile) appear associated with a trigger (e.g., seeing my little baby without clothes when changing diaper), and that reactive obsessions (e.g., I could be responsible of a misfortune) appear spontaneously (e.g., while going for a walk with

friends). Other results have not supported Lee and Kwon (2003) proposal regarding the context (Julien et al., 2009). In fact, Lee, Lee, Kim, Kwon, & Telch (2005) reported that autogenous and reactive intrusions, when compared with worries, did not differ in the identifiability of the triggers that evoked them. However, reactive intrusions were associated with higher scores on “I clearly know what evokes this thought”.

This study has some limitations. First, data obtained is retrospective and based on subjective patient reports. Second, although we have a relatively large OCD sample, larger than that used in previous studies, in the different analyses the sample size changed and decreased as not all patients remembered the context of their most upsetting obsession and intrusion. Moreover, we could not be totally sure that all the intrusions reported by patients were really “intrusions” and not less upsetting obsessions, although great effort was undertaken to ensure that participants understood the differences between obsessions and intrusions, and data was obtained through an interview. Moreover, the data collected show differences between intrusions and obsessions on frequency, interference and dysfunctional appraisals. This data is similar to that reported previously with patients appraising their obsessions and non-clinical individuals evaluating their intrusions (Emerson, Heapy, & Garcia-Soriano, 2018; García-Soriano, Roncero, Perpiñá, & Belloch, 2014; García-Soriano & Belloch, 2013). A strength of the present study was the use of structured interviews to assess intrusions and obsessions.

5. Conclusions

Despite these limitations, the present study has the potential of using a relatively big clinical OCD sample and exploring, through an interview, the relevant and complex issue of the context in which intrusions appear; a variable that although proposed as relevant in the development and maintenance of OCD, it has been so far understudied in research. Moreover, this study analyzed the context of obsessions and intrusions in the same patient, and

differentiated between the first and the last time of that experience, allowing us to compare changes in the context across time. This is important as current cognitive OCD models are based on the differentiation between intrusive thoughts and obsessions, making this research especially relevant for both, the theoretical basis of OCD and clinical practice. Taken together, our results suggest that the context may not be a key issue in differentiating those intrusions that remain intrusions from those that became obsessions. Rather, results support that cognitive phenomena appear in a similar context characterized by a negative emotional state, with a higher stress than what it is habitual, experiencing diverse stressful events and mostly with some kind of precipitant from the context. Moreover, results suggest that once the obsession is established, they appear at the same percentage spontaneously or with an indirect association with the context. Answering the questions reached by Clark and Inozu (2014), clinical obsessions are not more context inappropriate than nonclinical intrusive thoughts; and at the last time of occurrence, a higher proportion of obsessions than intrusions are unexpected, spontaneous and not triggered by an external precipitant, although differences appeared depending on the content of the obsession. Autogenous obsessions (and intrusions) appear more frequently in contexts with an indirect relation with the content, and reactive obsessions spontaneously. Results could suggest that the intrusions evaluated in this study are “similar” to the intrusive thoughts at the moment of emergence, and depended upon the appraisals and/or the sort of reasoning afterwards to transform them into obsessions that appear more out-of-the blue. Therefore, the context reveals itself as a determinant factor distinguishing between intrusive thoughts and clinical obsessions, not at the emergence, but when the obsession is already established. Results also support that there is a continuum or progression of intrusions into obsessions. Future research should replicate these findings, and explore other possible variables as determinants to explain differences between intrusive thoughts and obsessions at the onset, as for example the role of the self (García-Soriano &

Belloch, 2012). Our results show that in general, obsessions appear in inappropriate contexts. Thus, focusing attention in the context of occurrence to discredit obsessions in OCD seems a useful clinical intervention, providing patients another cognitive resource to easier discredit their obsessions.

CAPÍTULO 6

Estudio 2:

*Do my obsessions speak about me or about a
fictional feared me?*

1. Introducción

Current cognitive models for OCD propose that the dysfunctional appraisal or misinterpretation of an intrusive thought based on specific OCD-related beliefs facilitates its conversion into an obsession (e.g., Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Some authors have suggested that the conversion of intrusive thoughts into obsessions could be determined not only by the general significance (dysfunctional appraisal) the patient give to them, but also because their content contradict the own self-view (Aardema and O'Connor, 2007). This hypothesis has its roots in a study carried out by Rachman and De Silva (1978), who observed that most of OCD participants (6 out of 8 participants) felt that the content of their main obsession was quite contrary to their self. From the other two patients one considered that his obsession was consistent with his nature, a person prone to worry and be anxious about everything; and the other patient considered that her obsession was no entirely alien to herself. According to Rachman (1997), the obsessive content represented somehow a hidden negative part of the own identity. In fact, obsessions have frequently been described as with an egodystonic nature, defined by Purdon et al., (2007) as a thought "...that is perceived as having little or no context within one's own sense of self or personality" (p. 200). Other authors have also related the self with clinical obsessions. It has been proposed that those intrusive thoughts that become obsessions are those whose content represents a perceived failure to maintain standards in one or more obsession relevant self-evaluative domains (García-Soriano et al., 2012); Doron and Kyrios (2005) argued that when a life event or an intrusive thought threatens a valued self-worth area, individuals try to restore their self-worth with the activation of cognitions and behavioral coping strategies. While most individuals are able to protect their self-worth in difficult life circumstances, individuals with OCD can react activating negative self-cognitions and maladaptive coping strategies such as neutralizing, which, in turn, can contribute to the development of clinical obsessions. All these findings

emphasize the relevance of self-worth contingencies as possible vulnerability factors for the development of OCD. Other authors have suggested that a patient experiences obsessions due to underlying vulnerable self-themes that could constitute a vulnerability factor to develop OCD (Aardema et al., 2013). In this sense, it is proposed that the person with OCD would distrust the own self, *the sort of person I am*, and would rely more in a possible or fictional self, *the sort of person I could be or become*. Regarding this, the *fear of self*, which represents *the sort of person I am afraid of becoming* (e.g., I could become a dangerous person; I could become an ill person; I could become immoral) is the self-theme that has received more theoretical and empirical attention (Aardema & O'Connor, 2003; Aardema & Connor, 2007; Julien et al., 2016). Recently, Aardema and Wong (2019), have proposed that the unsuccessful resolution of the own identity during some critical life periods (e.g., the parenthood) results in a vulnerable self-identity, that combined with an erroneous inferential reasoning (that is the mistrust of the own senses, relying more in the imagination over the reality) leads to the development of a feared self (e.g., "I could be a dangerous person"). According to this proposal, the fear of self influences the development of obsessions prior to and independent of the dysfunctional appraisals based on OCD-beliefs identified by traditional cognitive-behavioural models (e.g., Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). That is, intrusions and obsessional self-doubts are more likely to be interpreted as significant and threatening to the person if they are thematically related to the feared self.

Although in general the research carried out until now supports the hypothesis of the self as a relevant variable in the OCD development, the specific role that it plays is still uncertain. In this sense, it has been reported that OCD patients rate that their most upsetting obsession contradicts important aspects of the self to a greater degree than their least upsetting obsession (Rowa et al., 2005). Moreover, it has been reported that OCD patients tend to make more negative inferences about themselves from the experience of having obsessions than other

groups of patients. Specifically, OCD patients describe their feared self as being dangerous, immoral or insane, whereas anxious patients tend to describe a feared self related to anxiety traits (e.g., fearfulness or hopelessness) (Ferrier and Brewin, 2005). These authors carried out a content analysis of the feared self traits reported by OCD patients, and described a feared self characterized by the presence of the following themes: moralistic, depressive/anxiety, rejection and negative personality. Moreover, results also show that the fear of self of OCD patients evaluated through a self report instrument predicts obsessions, even when controlling negative mood states, related self-themes and obsessive belief domains (Melli, Aardema and Moulding, 2015). It has also been proposed that the self could play a differentiated role depending on the thematic content. In this sense, some authors have suggested that the role of the feared self could be more relevant in repugnant/ autogenous obsessions (Aardema, 2013; Aardema & O'Connor, 2007, 2008; Melli et al., 2015; Rachman, 1997). Aardema and O'Connor (2003) suggested that people with autogenous obsessions, that is with obsessions about blasphemy, sexuality and aggression, will show internal narratives based in remote possibilities (imagination), where the feared self is the main theme. In other words, people with repugnant obsessions seem strongly invested in a possible or fictional self with negative connotations, a feared self, as opposed to an actual self. Some studies have supported this hypothesis (Aardema et al., 2013, 2017). Aardema et al. (2018) observed in an OCD sample that improvements in the fear of self through treatment significantly predicted improvements in repugnant obsessions, independent of improvements in depressive symptoms. A recent study (Llorems Aguilar et al., 2019) supported the relevance of possible selves associated with obsessive-compulsive symptoms, especially those associated with autogenous/ repugnant obsessions.

Evidences suggesting that the fear of self is relevant in OCD, particularly for repugnant obsessions, could offer a plausible explanation to why some intrusive thoughts become

obsessions while others do not. Research has been focused on the relation between the self and the OCD but further research is required to archive general conclusions about the role of this construct in the OCD. In the present study we aim to shed some light on the role that the actual self (real self) and the fear of self (fictional self) plays in OCD and its differential relation with obsessions and intrusive thoughts taking into account the content of the thought.

We propose the following aims: (1) to explore and describe the actual-self of OCD patients; (2) to explore and describe the feared self of OCD patients; (3) to explore and compare the relation between the actual self and the content of the most upsetting obsession and intrusive thought; and (4) to analyse and compare the relation between the fear of self and the content of the most upsetting obsession and intrusive thought.

According to our aims we hypothesize: (1) that OCD patients will be characterized by a general negative actual self; (2) a significant higher score in the fear of self measured by a self-report questionnaire in OCD clinical population than that reported by general population; and a dangerous fear of self description in OCD population above other sort of feared selves; (3) that the actual self will be associated with intrusive thoughts and specially with obsessions; (4) that we will find a relation between the feared self and the content of the intrusive thoughts and obsessions, predicting a significantly higher relation with the latter. We also expect that this relation will be more relevant for autogenous/ repugnant obsessions.

5. Method

2.1 Participants

The sample consisted on 58 patients with a primary Axis I DSM-IV OCD diagnosis. The mean age was 35.07 ($SD= 10.05$) years and a near-equal gender representation (48.3% women). The majority of participants had a medium socio-economic level (70.2%), following the parameters of the Spanish National Institute of Statistics, and university education (80%).

Seventeen patients (29.31%) had one or more secondary Axis I (DSM-IV) comorbid disorders: major depression (4 patients), panic disorder (2 patients), generalized anxiety disorder (4 patients), social phobia (3 patients), specific phobia (1 patients), and hypochondriasis (3 patients).

2.2 Instruments

Fear of Self Questionnaire (FSQ-20; Aardema et al., 2013; Spanish version: Llorens Aguilar, et al., 2019).

The FSQ- 20 is a 20-item questionnaire that assesses the feared self, the sort of person we would be afraid to become. Items are rated on a six-point scale from 1 = strongly disagree to 6 =strongly agree. The Spanish version of the FSQ has strong internal consistency (Cronbach's alpha = .94) and test-retest reliability ($r = .88$), retaining the psychometric properties of the original version of the instrument (Aardema et al., 2013) and replicating the properties of the Italian version (Melli et al., 2015).

Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016). This is a semi-structured interview designed to explore obsessions and intrusions in the same OCD patient. The same questions are asked for either their main (most upsetting) obsession or intrusion, and it is conducted in a counterbalanced order. After a description about what an intrusive thought is, following the description of the *Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos* (INPIOS; García-Soriano, 2008), patients are asked to choose their most upsetting intrusion that constitutes an obsession, describe it, and then, they are asked to describe an intrusion that has never become an obsession from those experienced during the last three months. Patients open answers are checked with their INPIOS-1st part answers in which a list of obsessional intrusive thoughts were appraised on frequency, including two open questions to include an idiosyncratic open intrusion. Patients' answers were also checked with their answers on the clinical interview when describing their OCD

symptoms in order to ensure that they chose an actual upsetting obsession and an intrusion none clinically significant. It was also checked that the intrusions selected have never been an obsession in the past. This was the information read to the patient during the interview, and the procedure proposed to ensure that the obsessions and intrusion were correctly identified:

“Mental intrusions are thoughts, feelings, images or impulses upsetting or unpleasant that most people experience from time to time. These thoughts are named “intrusions” as suddenly intrude into our minds against our will and interrupt what we are doing or what we are already thinking. Frequently, it is difficult to control these unwanted intrusive thoughts. No matter how hard we try, it can be difficult to get them out of our mind or stop them from re-appearing. The unwanted intrusive thoughts are usually uncomfortable, unpleasant, and sometimes unacceptable, because they refer to things we do not like to think about; or simply seem quite strange or bizarre. These unwanted intrusive thoughts occur in one of the following forms: as images, that is to say, as pictures that suddenly appear in our heads; as a strong urge to do or say something; as a thought about something, or as a feeling. We are not talking about worries, but about “intrusive thoughts, images, sensations or impulses” that suddenly appear in our minds, as a kind of brief and annoying “flashes”. For example, the typical summer song that gets into your head and even if you don't like it, you can't stop singing it mentally or humming it. We are interested in knowing if you have also experienced mental intrusions, and with which frequency. Some examples are those that you have completed in the questionnaire named INPIOS. Have you understood what an intrusion is? Do you have any questions? Do you want to start already with the interview?. Following the description of an intrusion that I have read you previously,, do you think you have had an intrusion in the last three months o at this moment? Yes, No. If yes, could you describe me your most upsetting intrusion?

Following the instructions of the interview, the interviewer will then check that this intrusion coincides with one of the most frequent intrusions from INPIOS-1st part (including the idiosyncratic ones), and from the clinical interview. If they are different, interviewer will say: *I see that the most frequent(s) intrusion(s) from INPIOS was (read the intrusion), now you just described a different one (read the intrusion), which one bothers you more when you have them? Why? This intrusion has become frequent and upsetting, we named them obsession. Now, I will like you to describe me an intrusion that you have had experience during the last three months but that has never become an obsession (interviewer can use the INPIOs-1st part list to help patient). The following areas are explored about their main obsession/ intrusion: thematic content (description), reasons for his/her level of discomfort, form, frequency, description of the context of appearance, consistence with the self, mood state, stressful life events, stress level, inferential reasoning ,emotional reactions, interference and dysfunctional appraisals.*

Self-description questionnaire (Llorens & García-Soriano, 2016).

This is an idiographic self-report, that is based on previous self-discrepancies measures (Carver, Lawrence & Scheier, 1999; Ferrier & Brewin, 2005; Francis, Boldero & Sambell, 2006; Higgins, Bond, Klein & Strauman, 1986; Kinderman & Bentall, 1996) asks participants to generate 5 attributes they would use to describe the person they actually are (actual-self: *describe in five words how you see yourself*), would ideally like to be (ideal-self: *describe in five words how you would like to be*), should be or ought to be (ought-self to be: *describe in five words how you should be*), fear being or worry about being (feared self: *describe in five words the sort of person you would be afraid to become*) and they believe other people would use to describe them (other´s-actual self: *describe in five words how you think the others see you*). After this, they are asked to complete the following questions regarding the obsession and intrusion identified in the *Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts*

in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016) that were written with the patients' own words in the self-report: *Taking into account how you define yourself, do you think this thought (patients' obsession/ intrusion is written here) says something about how you are?*. (answer options: yes, no, I do not know). If the participant answers "yes", they are asked to explain in which way. And regarding the feared self: *Taking into account the sort of person you would be afraid to become, do you think this thought (patients' obsession/ intrusion is written here) gets you closer to that sort of person?* (answer options: yes, no, I do not know). If the participant answers "yes", they are asked to explain in which way. In this study, we will focus on the questions regarding the actual and feared self and its relation with the obsessive and intrusive contents.

2.3 Procedure

Participants were recruited from private clinical practice, announcements in blogs and in an OCD patient's association. Evaluation process was divided into three sessions. First, subjects received information about the purpose of the research and signed the written consent. Then, participants were individually screened with the ADIS-IV-L diagnostic interview (Di Nardo et al., 1994). Second, participants completed a set of questionnaires at home. And third, participants were interviewed using the Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016) (average time 60-90 minutes). Then, they were asked to complete the *Self-description questionnaire* (Llorens & García-Soriano, 2016) at home, in which the identified intrusion/ obsession were included. The present study received the approval of the Ethical Committee from the University.

2.4 Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using Statistics Package for Social Sciences [SPSS for Windows, 22.0, 2013]. Descriptive statistics were used to report frequencies, means, and

standard deviations. Differences between groups (OCD patients *versus* general population) were examined by using *t* test. Chi-square tests were used to compare qualitative values.

The adjectives used by patients to describe their actual- and feared self answering to the questions raised in the “Self-description questionnaire” (Llorens & García-Soriano, 2016) were compiled by one of the authors (S.LL.) using the synonyms Thesaurus Word Office to group adjectives with the same meaning in order to observe what kind of adjectives were the most frequently used by patients. Only adjectives mentioned three or more times by participants were taken into account for analyses as considered more representative of the sample.

Due to the categorical characteristics of the data (obsessions/ intrusions thematic content, feared self categories and open questions from the *Self-description questionnaire*; Llorens & García-Soriano, 2016), two PhD level psychologists with a strong background in cognitive-behavioural models of OCD, independently classified the information extracted from the interview for those variables of interest both for the obsession and intrusion. None of the ratters had evaluated the patients. Inter-rater reliability was conducted using the kappa statistic to assess reliability of the thematic content. Following Cohen (1988) data was interpreted in the following way: values ≤ 0 as indicating no agreement, 0.01–0.20 as none to slight, 0.21–0.40 as fair, 0.41– 0.60 as moderate, 0.61–0.80 as substantial, and 0.81–1.00 as almost perfect agreement.

First, obsessions and intrusions were classified regarding their thematic content as either autogenous or reactive (García-Soriano et al., 2011; Lee & Kwon, 2003). Obsessions/ intrusions were classified as autogenous if they were about aggressive, sexual, blasphemous, or immoral thoughts, images, or impulses, and intrusions/ obsessions regarding doubts about mistakes and necessity to check, symmetry/order, contamination, or superstitious/ magical thinking contents, were classified as reactive. Substantial inter-judge agreement was found for

categorization of obsessions and intrusions as autogenous and reactive (obsessions= 0.60; intrusions= 0.77).

Second, departing from the Thesaurus classification, ratters grouped adjectives used to describe the feared self in the four categories proposed by Ferrier and Brewin (2005) to describe the feared self: moralistic theme, depressive/anxiety theme, rejection theme and negative personality theme. Ratters followed the same description used by ratters in Ferrier and Brewin's (2005) study. Adjectives were categorized as a "moralistic theme" if they involved "the possibility of harm coming to others or of being out-of-control. This was closely related to Rachman's (1997) description of self-perceptions in OCD as involving bad, evil, dangerous, immoral, or insane traits"; as a "depressive/anxiety theme" if adjectives reflect "symptom-related self-perceptions (e.g., fearful or hopeless traits)"; as a "rejection theme" if adjectives involved "self-perceptions of being lonely or unloveable"; and as a "negative personality theme" if adjectives involved "traits that are perceived as undesirable but not inherently dangerous to self or others (e.g., selfish, proud)". Perfect inter-judge agreement was found for categorization of the feared self adjectives in the four categories (0.82). Agreement was reached after discussion between the ratters.

Finally, we examined the answer of patients to the open questions of the *Self-description questionnaire* (Llorens & García-Soriano, 2016). Ratters analyzed both open answers (actual self and feared self) in order to determine if participants included in their explanations adjectives similar to those used to describe their actual (real self) or feared self (fictional self), categorizing open answers as including adjectives coincident or not with the actual/fear self description. Between substantial and excellent inter-judge agreement was found (obsession: actual self= .72, feared self= .86; intrusion: actual self=.92, feared self= 1.00).

6. Resultados

3.1 Preliminary analysis

All patients reported having experienced an upsetting obsession ($n=58$), although only 56 identified an upsetting intrusion during the last three months, thus analysis will be conducted with those patients. Moreover, not all patients reported the five adjectives asked to describe their actual and feared self (*Self-description questionnaire*; Llorens & García-Soriano, 2016). Specifically, eight patients gave an actual self description of between 2 and 4 adjectives instead of 5 as requested (i.e., 2 adjectives, $n=2$; 4 adjectives, $n=6$) and twelve patients gave a fear of self description of between 1 and 4 adjectives (i.e., 1 adjective, $n=1$; 2 adjectives, $n=2$; 3 adjectives, $n=4$; 4 adjectives, $n=5$). Analysis were conducted with those adjectives mentioned by 3 or more participants (actual self $n=154$; feared self $n=156$). Finally, regarding the open questions (*Self-description questionnaire*; Llorens & García-Soriano, 2016), between 5 and 14 patients did not answer those questions as they reported that they did “not know” if there was an association between their described actual/ feared self and their most upsetting intrusion/ obsession (i.e., number of patients that indicated “I do not know” regarding: obsession: actual self $n=5$; feared self $n=6$; intrusion: actual self $n=14$; feared self $n=14$). Thus analysis will be used with a different number of patients in each case (number of patients that answered that they did know (yes or not) if there was an association: obsession: actual self $n=53$; feared self $n=52$; intrusion: actual self $n=42$; feared self $n=42$).

3.2 Actual self description

Patients described their actual self as caring/ warm/ attentive/ tender/ nice/ well educated/ good person/ sociable ($n=31$); insecure/weak/volatile/fragile ($n=27$); anxious/ impatient/worried ($n=27$); fearful ($n=13$); honest/loyal/fair ($n=8$); obsessive ($n=8$); empathetic ($n=8$); hard-worker ($n=8$); joyful/dreamer/happy ($n=7$) and doubtful/ indecisive ($n=5$); perfectionist ($n=3$); sincere ($n=3$); intelligent ($n=3$); and sad/depressed ($n=3$).

3.3 Feared self description

First, patients' feared self was evaluated through a self-report instrument (FSQ-20). Patients ($n=58$) reported a mean of 3.87 ($SD=1.57$). This mean was compared with that obtained in the FSQ-20 by the non-clinical Spanish sample included in Study 2 ($n=359$; $M=2.19$, $SD=1.28$; Llorens-Aguilar et al., 2019) using the same version of the instrument. Patients reported significantly higher scores on the FSQ-20 than non-clinical participants ($t_{(415)}= 8.969$; $p=.001$). In relation with the feared self description, patients described their feared self as selfish/materialist ($n=22$); heartless/cruel/violent/aggressive ($n=17$); liar ($n=14$); fearful/coward/afraid ($n=12$); bad person($n=12$);insecure ($n=10$); proud/arrogant ($n=10$);depressed/sad/pessimistic ($n=9$); nervous/anxious ($n=7$); lazy ($n=6$); disloyal/unfaithful ($n=6$); insensitive/indifferent/cold ($n=5$); self-centred ($n=5$); repugnant/despicable/disgusting ($n=5$);crazy/out of control/irrational ($n=5$); manipulative ($n=4$); introvert ($n=4$); and no empathetic ($n=3$).

When those adjectives were categorized following the four categories used to describe the fear of self proposed by Ferrier and Brewin (2005), results showed that patients more frequently fear their self to have a Negative personality theme ($n= 75$) and Moralistic theme ($n= 38$), followed by Depressive/anxiety theme ($n= 38$), and they do not frequently fear to be Rejection theme ($n= 5$). See a further description in Table 1.

Table 1. Adjectives used to describe the feared self by the OCD patients ($n= 58$) grouped following Ferrier and Brewin (2005) proposal.

NEGATIVE PERSONALITY THEME ($n=75$)	MORALISTIC THEME ($n=38$)	DEPRESSIVE/ANXIETY THEME ($n=38$)	REJECTION THEME ($n=5$)
Liar (14)	Heartless/ cruel/ violent/ aggressive (17)	Insecure (10)	Repugnant/ despicable/ disgusting (5)
Proud/ arrogant (10)	Crazy/ out of control/	Nervous/ anxious (7)	

	irrational (5)		
Lazy (6)	Manipulative (4)	Depressed/ pessimistic (9)	sad/
Disloyal/unfaithful (6)		Fearful/coward (12)	
	Bad person (12)		
Insensitive/indifference/cold (5)			
Self-centred (5)			
Introvert (4)			
No empathetic (3)			
Selfish/materialist (22)			

Note. Adjective (number of patients reporting the adjective)

3.4 Actual self description and its association with the most upsetting obsession and intrusion

Regarding the relation between the actual self and the content of the most upsetting obsession, results show that from the 53 patients that answered that they did find or find not a relation ($n=5$ patients answered “I do not know”), 38 (71.7%) patients found a relation between their obsession and their self. According to ratters, 63.15% of the patients (24 out of 38) explained that their obsession indicated something about them using similar or equivalent adjectives to those used when describing their actual self. Table 2 summarizes the association between obsessional contents and adjectives in these 24 patients. The other participants ($n=14$), even recognizing that the most upsetting obsession said something about themselves, did not describe adjectives that ratters consider similar or equivalent to those included in their actual self description.

Table 2. Obsessional content ($n=24$ patients) and “what they say about the actual self” according to patients description.

Description of the obsessional content	Says that I am:
Maybe I have talked to someone and I did not realize I could be homosexual	Insecure

If I do not love my partner anymore	
If I did not understand it properly	
If things do not go well with my partner	
If I am a pederast	
if I live in a lie	Anxious
If I am a pederast	
If I am the only one in the world	Fearful
If I get hired	
if I do not love my husband anymore	Pessimistic
If I am homosexual	Controlling
if I do not love my partner anymore	good person
if I have a mental illness	Ambitious
If I overwhelm my psychologist and she leaves me	Dependant
if I hurt my baby	Insensitive
if I do not love my partner anymore	Nervous
if I do not believe in God	Instable
if I hurt someone	Cheeky
I hurt someone I love	Rare
if I get contaminated	Obsessive
if I lose all my savings	Envious
if I hurt someone	Protector
if I die the 19th July	manipulating
if I bring bad luck	Irascible
if I do not love my partner anymore	no empathetic
if I do not touch something, someone will die	Loyal

Among the 38 patients who found a relation, regarding the content of the obsession, 20 were autogenous and 18 were reactive, so no significant difference were found according to the sort of content ($\chi^2 [1, N= 38] = 0.105, p = .746$).

Regarding the relation between the actual self and the content of the intrusive thought, from the 42 patients that indicated that they did or did not find an association ($n=14$ answered, “I do not know”), most of them (59.5%, $n=25$) did not find an association. From the 17 patients that find an association, according to ratters, 8 patients justified that their intrusion indicated something about them using similar or equivalent adjectives to those used when describing their actual self. Table 3 summarizes the association between intrusive contents and adjectives.

Table 3. Intrusive content ($n=8$ patients) and “what they say about the actual self” according to patients description.

Description of the intrusive content	Says that I am:
I could hurt my dad	Insecure
I could crash with the car if my father becomes ill	Controlling
If phone waves could affect my son	Fearful
If one day I disconnect from the world	Empathetic
If I run over someone	Nice
If I don't kiss my mother, she would die	Superstitious
My cat will be poisoned	Decisive

Regarding the content of the intrusions that “said something” about the actual self: 7 patients reported an autogenous intrusive thoughts while 10 reported reactive thoughts, no significant difference were found according to the intrusive content ($\chi^2 [1, N= 17] = 0.529, p = .467$).

More patients (71.7%) reported that their obsession (*versus* intrusion, 43.2%) said something about their actual self, but differences were not statistically significant ($\chi^2 [3, N= 53] = 4.756, p = .191$).

3.5 Feared self description and its association with the most upsetting obsession and intrusion.

Regarding the relation between the feared self and the content of the most upsetting obsession, from the 52 patients that answered that they found or did not find an association, most of them (69.2%, $n= 36$) found a connexion between their feared self and their obsessive content. From these 36 patients, according to ratters, 9 patients justified that their obsession indicated something about them using similar or equivalent adjectives to those used when describing their feared self. Following Ferrier and Brewin (2005) proposal, most of the patients described a feared self characterized by *depressed/anxiety* and *moralistic themes*. There is a description of these associations in Table 4.

Table 4. Obsessional content ($n=9$ patients) and “what they say about the feared self” according to patients description.

Description of the obsessional content	Says that I fear to be:	Fear of self categories ¹
I could fall in love with a child If I run out of money	bad person	moralistic theme
If I am homosexual	controlling person and dramatic	negative personality theme
If my partner relation finish If I am a paedophile	Insecure	depressed/anxiety theme
If I have anhedonia	Depressed	depressed/anxiety theme
If I don't love my husband anymore	Poor	rejection theme
If I hurt someone	Aggressive	moralistic theme
If I get contaminated or I contaminate someone	Pessimistic	depressed/anxiety theme

Note. ¹ Adjectives categorized following Ferrier and Brewin (2005) classification of the fear of self themes.

The other patients ($n=27$), although they found an association between their obsession and description of the fear of self, they not did not use any specific coincident adjective(s) in their description. Some of them justified their answer describing other adjectives not used to describe the fear of self; and other patients wrote general or abstract answers as “yes, I become closer to the kind of person I would not like to be” or “yes, it is opposite to my values”.

From the 36 patients that found an association between their obsession and their feared self, most of them ($n=22$) had an autogenous content, and 14 reactive content, however, no significant differences were found ($\chi^2 [1, N= 36] = 1.778, p = .182$). From those 16 patients that did not find a relation between their obsessions and their feared identity, most of them ($n= 11$) experienced a reactive obsession and just 5 experience autogenous obsessions, although no significant differences were found ($\chi^2 [1, N= 16] = 2.250, p = .134$).

Regarding the relation between the feared self and the content of the intrusive thought, 42 patients answered that they did or did not find an association. Most of them (66.7%) did not

find an association between their intrusive thought and their feared self. According to ratters, none of patients who found an association ($n=14$, 33.3%) gave an adjective that was the same or similar to the fear of self description. Some of these patients justified their answer with abstract or general answers (e.g., “*it is opposite to my values*”) or they gave adjectives but a different ones from the fear self description.

Regarding the content, from those 14 patients who found a relation, 6 were autogenous intrusive thoughts and 8 were reactive, so no significant difference were found ($\chi^2 [1, N= 14] = .286, p = .593$).

In general, more patients (69.2%) reported that their obsession (*versus* intrusion, 33.3%) said something about their feared self, and the differences were statistically significant- ($\chi^2 [1, N= 42] = 6.482, p < .01$).

7. Discussion

The self has been proposed as a relevant construct in OCD although the nature of this association is still unsolved. It has been suggested that the self, and the feared self could play a relevant role in this sense. Regarding the fear of self, the kind of person I am afraid to become, according to Aardema (Aardema et al., 2010, 2013) is one of the *self-themes* that would be at the base of the disorder making the individual more prone to suffer from specific obsessions and would be more relevant in repugnant obsessions. The aim of the present study was to take another step in the research of the self and its relation with the OCD. We consider this study novel and interesting because is the first to explore the actual self and the fear of self in intrusive thoughts and obsessions in the same patient, which allow us to analyze more directly the differences between both cognitive elements regarding their relation with the real self (actual self) and the fictional self (feared self).

Regarding the description of the actual self in patients with OCD, results show that OCD patients frequently describe themselves as doubtful, insecure, anxious, obsessive and fearful but also as good persons, empathetic, honest, joyful, and hard-workers. It seems that OCD patients do not have necessarily a general negative self-concept but they clearly show a low self-confidence, what could make them more vulnerable to the doubt. Regarding the fear of self, patients report higher self-report scores than non-clinical samples (Llorens-Aguilar et al., 2019). These results are consistent with some previous studies that reported higher FSQ scores in OCD samples (Aardema et al., 2008) than in non-clinical samples (Aardema et al., 2007; Melli et al., 2015). When patients were asked to describe with five adjectives their feared self, as expected, they described a feared self characterized by the fear to have “negative” attributes. Patients mainly fear to be materialists or selfish, liars, cruel or aggressive and fearful or coward. According to the four categories of Ferrier and Brewin (2005), patients specially fear to have a negative personality. This means that OCD patients fear an imperfect self, that is, the one with undesirable characteristics but not representing a danger for the own and/or others, above a dangerous, depressed/anxious or rejected self. This result contradicts Ferrier and Brewin (2005) study, as they reported that the morality theme (dangerous self) was the predominant feared self in the OCD group. This difference in results could be due to the different size of the sample and different obsessional contents reported by patients, in fact Brewin and Ferrier had a small sample ($n=24$), while in the present study the OCD sample was slightly larger ($n=58$). It is also worth mentioning that the large number of patients (18.96%, $n=14$) who fear having a "liar identity", this could be due to the credibility that patients give to their obsessions, hiding them to the rest of the world to avoid a possible rejection and then feeling themselves as liars. This goes in line with the usual comments of OCD patients in the clinical practice: *"if people would know that I have these thoughts..."*. This sort of thinking could be related with feelings of shame that could explain the long delay

in OCD patients to ask for professional help (García-Soriano et al., 2014; NICE, 2006). From the perspective of the appraisals model this fear of being a liar would be a result of the Overestimation of the Importance of the Thoughts, which would make the patient believe that the thought in itself says something relevant and negative about them, making them feeling as liars for hiding it: *"If the thought appears is because it reveals something about my actual self so I am a liar because I hide the real me to the rest of the world"*.

Even if it was expected a dangerous general fear of self, the results suggesting an imperfect self as the most feared one by the clinical population has also a plausible explanation: the dangerous self found in OCD patients by Brewin and Ferrier (2005) could be expected regarding the content of the clinical obsessions (e.g., hurting someone; contaminating someone; doing something immoral to someone; making a mistake and being responsible of a disaster; representing a danger due to superstitious thoughts) but maybe answers coming from patients were related to other more abstract and general aspects derived of having obsessions, as for example the fact of hiding them to the rest of the world, which could justify the high feared "liar identity", as we have explained above. Having obsessions make the individual being very focused in oneself and all the OCD dynamic, what can distract the patient from the rest of the world and other's issues making oneself feeling selfish for being so self-focused. This could explain the high rate of the feared "selfish identity" obtained in this study.

The majority of patients find a relation between the content of their obsession and their actual self, and most of them highlighted how the obsession meant something about their own self description. As expected, the obsession "meant" negative self attributes, being the most frequently reported the insecurity (i.e., being insecure). This is consistent with the nature of the OCD because being insecure increases the possibility to give more credibility to the obsessive doubt. Results show that this is true independently of the autogenous or reactive

content of the obsession. Moreover, as expected, the percentage of patients who found a relation between the actual self and the content of their thoughts was higher in obsessions, and this tendency was independent of the autogenous versus reactive content of obsessions and intrusions. Compared to the obsessions where the characteristic of "insecure" stood out over the rest, in the case of the intrusive thoughts there was no remarkable attribute.

Also as hypothesized, the majority of patients found a relation between their most upsetting obsession and their feared self. The sort of relation between this feared self and the content of the obsessions seems to go in this line: the possibility of the doubt or obsessional content being true will approach me to the sort of person I do not want to be, for instance violent, manipulative, out of control or a bad person. As expected, on one hand, we have found that more patients with autogenous obsessions reported an association between the feared self and autogenous obsessions. And on the other hand, most of the patients that did not find a relation between their feared self and their clinical obsession had reactive obsessions. However, none of the differences reach the statistical significance. If we examine the feared self adjectives related to the obsessive content taking into account Ferrier and Brewin's (2005) categories, we observe that the largest category in this case is the depressive/anxiety theme. This result is different to the one obtained for the general fear of self in the present study, where the predominant theme was the negative personality theme (imperfect). This could mean that, even the general feared self is the one who is imperfect, patients could think that their obsessions get them closer to a fearful, hopeless, anxious and or depressive individual, although we need to be cautious with those conclusions as the size of the sample is limited. This is consistent with one of the main "consequences" of the disorder: anxiety and depressive mood. Two emotions that may be present in those patients, in fact, they scored 16.50 (SD=7.47) in DASS-21 depression and 14.05 (SD=5.91) in DASS-21 anxiety, which means they presented moderate levels of anxiety and depressive mood. If we take into

account that the majority of the patients had suffered from their obsessions for a long period of time, it is not surprising that the OCD had affected their mood. Hence, the thought of obsessions getting them closer to a depressive and/or anxious individual is coherent with their situation.

More patients reported associations between their obsession and feared self than between their intrusion and feared self, those differences although no significant shows a tendency that could reach statistical significance with higher sample size. These results would be congruent with our hypothesis as it was expected to find a higher association between the feared self and obsessions than intrusions.

This study has some limitations, the transversal nature of the study did not allow us to establish causal relations among the constructs measured. The data of the present study are qualitative and, due to the high rate of "I don't know" to the two open questions, the size of the sample changed depending on the construct evaluated, and was limited. Regarding the instruments, the way some of the questions were formulated could be one of the reasons for the high absence of answers in some of the cases (for example, the question asking them how their obsession/ intrusion brought them closer to their feared self). We analysed obsessional contents with the autogenous and reactive classification, although using other proposals (García-Soriano et al., 2011) could give more information about possible differences between the self and the obsessional contents.

On the whole, results suggest that OCD patients do not necessarily have a negative self concept but they are insecure individuals with a higher tendency to doubt. Also that general the fear of self in OCD patients seems to be focused on an imperfect self, an identity with negative characteristics without representing a danger for the others, that could be related not only with the obsessions in themselves but also with a more general and abstract implications derived of suffering from this psychological disorder. On the other hand, not just the fear of

self has a significant relation with clinical obsessions but also the actual self does, specifically the negative characteristics of the actual self. Regarding the intrusive thoughts, both the actual and feared self seem to have a certain relation with the intrusive contents, although in a lesser extent that in relation to obsessions. On the other hand, results show that the fear of self has relation with both, intrusive thoughts and obsessions, even results were higher for obsessions, although the difference is not statistically significant (66.2% in obsessions versus 33.3% in intrusions). Maybe this construct is not the main criteria which distinguish both elements but in fact it seems to have a relevant role in the maintenance of the disorder, because all these patients are clinical population and it seems that the fear of self is relevant for all of them and has relation with the obsessive content, while results of the Fear of Self Questionnaire suggest that this is not the case for general population. The present study supports the role of the fear of self in obsessions. These results suggest the need of complementing the current psychological treatments for OCD with strategies focused in identifying the own feared self and modifying it in order to lower the vulnerability of the patient to suffer from obsessions and hence, to reduce the possibility of relapse. Moreover, we need to address the actual self as results suggest that clinical population often relates negative attributes of themselves with clinical obsessions. For instance, our results suggest that insecurity seems to be a common characteristic among OCD patients, thus we should include in the therapeutic treatment strategies focused in helping the patient to develop a higher self confidence. Nevertheless, we continue in the shadow regarding some questions: is the fear of self a key element in the OCD? If it is the case, does it play it in the origin and development of the disorder? maybe in its maintenance? or in all of the phases of the disorder? Longitudinal research with larger samples would be required in order to shed some light on these questions. It is also necessary to replicate this study with larger samples to be able to archive more general conclusions about the role of the actual and feared self of OCD patients. If future studies confirmed the

relevance of the actual and fear of self in the OCD, clinicians should add vulnerable self-themes in existing cognitive-behavioural protocols for OCD. The proposal from the inference based model (O'Connor & Aardema, 2012; O'Connor et al., 2005) explicitly addresses feared self in OCD and helps the patient to develop a greater level of self-trust by utilizing more reality-based criteria in defining their sense of self, and most importantly, showing them that their feared possible self solely arises on the basis of an imaginary narrative that stands in sharp opposition to their actual self (Aardema & O'Connor, 2007; Moulding et al., 2014). Once the patients realizes that obsessions come from an imaginary feared self, intrusions become more understandable and it becomes easier to process them.

CAPÍTULO 7

Estudio 3:

When the OCD is the product and narrative the best marketing strategy

1. Introduction

The obsessive–compulsive disorder (OCD) is a serious and disabling psychiatric condition characterised by two distinct components (DSM-5; APA, 2013): obsessions, defined as intrusive and unwanted thoughts, images, sensations or impulses that generate intensive negative emotions in those who suffer them. And, compulsions, which have been defined as specific behavioural actions (including covert mental rituals) intended to neutralize the obsessions or to verify behaviours that are the subject of doubts. The most employed therapies in psychological treatments for OCD are the cognitive therapy, which focuses on modifying domain specific beliefs, and behavioural therapy, which is based on exposure with prevention response. Different studies have analysed and compared the efficacy of both components (Belloch, Cabedo & Carrió, 2008; Cottraux et al., 2001; Van Balkom et al., 1998; Whittal, Thordason & McLean, 2005), showing equal results for both. According to Belloch et al. (2008), results were established after a one year follow-up and even increased over time in the cognitive therapy group, but this was not the case for the group treated with exposure with prevention response. Although the current guidelines for OCD recommend exposure with prevention response as the first-line treatment (NICE, 2015), there is a complete remission in only the 50% of patients who receive it (Hezel & Simpson, 2019). Different factors could be associated with this poor response, as for example, the lack of adherence to treatment, poor insight of some OCD patients, the frequent comorbid depression or the severity of the disorder. On the other hand, studies have reported that not all OCD patients show relevant dysfunctional beliefs about thoughts (Calamari et al., 2006; Taylor et al., 2006; Tolin et al., 2006) which inevitably questions the effectiveness of the cognitive therapy in treating OCD. The use of the exposure with prevention response is based on the view that OCD is a type of

phobic avoidance. However, various authors (O'Connor & Robillard, 1995) suggest that this is an erroneous approach since obsessions do not seem to be maintained by the sight of an object, person or situation, as it occurs in phobias, but by an imaginary narrative that convinces the patient that *what could be there* is actually more real than *what there is*. In this sense, a cognitive alternative to the appraisals model would be the inference based model, which aim consists in identifying and modifying the dysfunctional inductive reasoning that leads the patient to the obsession and helps maintaining it (Aardema et al., 2006; Aardema, et al., 2005; O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Aardema, 2003; O'Connor et al., 2005). The inference-based model proposes this erroneous inductive reasoning, called *inferential confusion*, as the key factor responsible for the development and maintenance of clinical obsessions in OCD. It refers to how the person invests more time in remote possibilities than in reality, and it is based in a distrust of the senses and an overestimation of imagination beyond reality. The model states that the inferential confusion is selective and it is only present in the obsessive area, while the perception through the senses is correct for the rest of the areas. According to O'Connor and Aardema (2011), all doubts, including obsessive ones, seem logical on the surface because there is reasoning behind them; a sort of internal narrative that justifies the doubt. The problem arises when the information coming from reality contradicts this internal narrative and the person still trusts more the self-generated arguments than the information perceived through the senses. Research has demonstrated that OCD patients doubt more than the general population (Pelissier, O'Connor & Dupuis, 2008), and that the level of inferential confusion in OCD patients is higher than in the general population, patients with anxiety disorders and patients with delusions (Aardema et al., 2010, 2005; Gangemi et al., 2015; Yorulmaz et al., 2010). The inferential confusion reasoning would then lead to the development of and maintenance of the OCD narratives, which would be based on *what it could be there* (imagination) instead of *what it is there* (reality). According to this, we

could say that narratives are the marketing strategy that the OCD (the seller) uses to convince the patient (the client) of how good the product is (the obsession).

According to the inference based model, the *inferential confusion* leads to the OCD narrative, and the more elaborated the OCD narrative is, the more credible will seem the obsessive doubt (O'Connor & Aardema, 2011). Narratives are characterized by the use of a series of devices or categories used in order to give sense to the doubt (O'Connor & Aardema, 2011). These authors distinguish between devices behind all kind of doubts (normal and OCD doubts) and those specific of OCD doubts (O'Connor et al., 2005). On one hand, regarding the former they propose the following: *common knowledge* (i.e., using general knowledge based on facts, realities or empirical proved to justify the doubt); *authority* (i.e., justifying the doubt based on what authorities in an specific area say or do); *hearsay* (i.e., using popular knowledge or rumours to justify the doubt); *previous experience* (i.e., justifying the doubt using experiences that the person has lived in the past); and *logical calculation* (i.e., applying statistics to justify the doubt). For example, applying these reasoning categories to the intrusion about "Am I homosexual?", a person could have this chain of thinking: many people realize that they are homosexual with the time, not necessarily when they are children (common knowledge); some experts affirm that some people take a lot of time to admit their homosexuality (authority); I heard about a friend that admitted to be homosexual after 5 years of being married to his wife (hearsay); I once got excited with a homosexual porn film (previous experience); if I do not get excited every time with a woman, I am gay (logical calculation). For the patient, this way of thinking will seem logical, thus the doubt will seem reasonable. As we have previously explained, the inferential confusion can be present in any sort of doubt, however, the main difference between normal doubts and obsessive doubts is that the former will always have some information from the *here and now* that justifies their appearance, while the latter do not have any information perceived through the senses that

justifies its occurrence. Hence, the inferential reasoning will be correct for normal doubts because it is somehow based in reality, whilst in obsessive doubts the inferential reasoning comes at 100% from the imagination of the patient. On the other hand, the proposed devices specific of obsessive doubts (O'Connor & Aardema, 2011; O'Connor, Koszegi, Goulet, & Aardema, 2013) are the following: *category errors* (i.e., the patient confuses two categories of information or objects as if one has something to do with the other although it does not); *apparently comparable events* (i.e., confusing two distinct events separated by time and place); *selective use of out-of-context facts* (i.e., inappropriately applying abstract facts to specific personal contexts); *purely imaginary sequences* (i.e., creating convincing stories and living them as if they were real); *inverse inference* (i.e., inferencing about reality precede, rather than follow from, observation of reality); *distrust of normal perception* (i.e., disregarding the senses in favour of going deeper into reality). According to O'Connor and colleagues (O'Connor et al., 2005; O'Connor et al., 2009), the main aim of these OCD specific devices is to make the patient to distrust their own senses and invest more time and energy in creating remote possibilities based on imagination, and these are present in every OCD narrative no matter the obsessional content. Applying this reasoning categories to the obsessive doubt about "What if I lose control and hurt my sister?" a person could have this chain of thinking: when I am angry I imagine myself hitting her, so that means I will do it (category errors); in the past I hit a child in school, so I could also hit her (apparently comparable events); I could act as sleepwalker night, go to her room, hurt her and remember nothing (purely imaginary sequences); yesterday while playing, I touched her, but maybe I really hit her and did not realize it (distrust of normal perception); many people lose their mind and hurt someone they love, it could also happen to me (inverse inference).

Although narratives are crucial in the inference based model and therapeutic approach, little research has been conducted in this area. There is only one study (O'Connor, 2013) in which

the pre-treatment narratives of eight OCD patients with checking symptoms were compared to those of six OCD individuals with contamination symptoms. In this study, judges rated the extent to which OCD specific reasoning devices and belief domains of the cognitive behavioural model (dichotomous thinking, intolerance of uncertainty, control over thoughts, inflated responsibility) were present in these OCD narratives. Results showed that OCD specific reasoning devices were reported significantly more frequently in the narratives than the belief domains. Although these results are in line with the inferential model, additional research is required additional to explore if narratives belonging to clinical obsessions have specific characteristics and if they are different from narratives belonging intrusive thoughts.

In this sense, in the present study, we aimed to test through narratives how OCD patients use the inferential reasoning and reasoning devices, that is, if they tend to trust their imagination over the reality in relation to their obsessional contents. With this general aim, we pretend to answer different unsolved questions, for instance: (1) are narratives behind obsessions longer and more elaborated compared to narratives supporting normal doubts or intrusive thoughts?; (2) which is the association between OCD narratives and the level of inferential confusion? In this sense, as inferential confusion is based on specific narratives, do people with higher ICQ-EV scores present more elaborated or longer narratives? Is there any correspondence between the level of inferential confusion and the specific OCD categories typical of the OCD narratives?

Specifically we aim to: (1) analyse the level of inferential confusion in a clinical population measured by a self-report questionnaire, (2) explore and compare narratives behind obsessions and intrusive thoughts in terms of their extension/ length; (3) analyse the number of general (non specifically OCD) and OCD- reasoning devices used in the narratives; (4) explore if there is an association between the characteristics of the narratives (extension of the narratives and use of reasoning devices) and the level of inferential confusion.

We hypothesize that: (1) a significant higher level of inferential confusion in the clinical population, similar to that reported in previous studies; (2) OCD narratives will be more elaborated and will show a higher use of OCD logic devices than narratives behind intrusive thoughts; (3) there will not be significant differences in the use of general reasoning devices between the narratives behind obsessions and intrusions; and (4) more elaborated narratives will be associated with higher levels of inferential confusion.

2. Method

2.1 Participants

Sixty-eight patients (53% women) with a primary Axis I DSM-IV OCD diagnosis participated in the study. The mean age was 35.59 (SD= 10.54) years. The majority of participants had a medium socio-economic level (74.6%), following the parameters of the Spanish National Institute of Statistics, and university education (77.6%). Nineteen patients (27.9%) had one or more secondary Axis I (DSM-IV) comorbid disorders: major depression (4 patients), panic disorder (2 patients), panic disorder with agoraphobia (1 patient), generalized anxiety disorder (6 patients), social phobia (3 patients), specific phobia (1 patients), hypochondriasis (3 patients), and eating disorder (1 patient).

2.2 Instruments

Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version (Aardema et al., 2013; Llorens Aguilar et al., 2019). The questionnaire measures the inferential confusion in OCD participants. The expanded version, consisting of 30 items, has an excellent internal consistency and test–retest accuracy as well as good divergent and convergent validity. In this sense, a person scoring high on this questionnaire “confuses an imagined possibility with an actual probability based from the senses, and then acts ‘as if’ the imagined possibility was real” (Aardema et al., 2005, p. 295). Responses are made on a 6-point scale ranging from

strongly disagree to strongly agree. The ICQ-EV Spanish version maintains the original unifactorial structure, showing a satisfactory internal consistency ($\alpha=.95$) and test-retest reliability ($r=.88$). The ICQ-EV also demonstrated a stronger association with most of the obsessive-compulsive symptoms independently of the mood and obsessive beliefs (Aardema et al., 2010), and an appropriate capacity to distinguish between OCD and non-OCD participants (Aardema et al., 2010).

Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (Spanish original version: *Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos*, INPIOS; García-Soriano, 2008). This self-report questionnaire is designed to assess the frequency of unwanted obsessional intrusive thoughts, images and impulses, as well as the appraisals and control strategies associated with each participant's most upsetting intrusive thought. The first part consists of a list of 48 items grouped in six first-order factors: aggressive; sexual, religious, and immoral; contamination; doubts, mistakes, and necessity to check; symmetry and order; and superstition intrusions. These six first-order factors are nested in a second-order structure composed of two dimensions: (1) Type I moral based intrusions/ obsessions (similar to autogenous intrusions/ obsessions), which include aggressive, sexual, religious and immoral themes; and (2) Type II non-moral based obsessions (similar to reactive intrusions/ obsessions), which include the contents not referring to moral issues. The two subtypes closely resemble the differentiation between autogenous and reactive obsessions proposed by Lee and Kwon (2003). Respondents rate each statement on a 7-point scale from 0 ("I have never had this intrusion") to 6 ("I have this intrusion frequently during the day"). It also includes two options to include an idiosyncratic open intrusion. The second part of the INPIOS asks participants to choose from the 48 items the most upsetting intrusion they had experienced during the past three months. Based on their most upsetting intrusion, individuals evaluated the intrusion across several dimensions, using a 5-point scale ranging from 0 ("not at all") to 4 ("extreme"). The scale

included: (a) the emotional reactions linked to the intrusion recorded (i.e., unpleasantness, anxiety, sadness, guilt, and shame); (b) the difficulty in controlling the intrusion and the interference it produces (i.e., difficulty of controlling it success controlling/ suppressing (reverse scored), and interference); and (c) the dysfunctional appraisals associated with the intrusion (i.e., importance of the thought, thought-action fusion-moral, thought-action fusion-probability, responsibility, importance of control, over-estimation of threat, and intolerance to uncertainty). Finally, participants are asked to record how often (from 0 “never” to 4 “always”) they use a list of control strategies to get rid of the intrusion. In this study, patients completed as a self-report the INPIOS-1st part. This data was used by the interviewer to help patients to choose their main obsession/ intrusion for conducting the interview described below.

Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016). This is a semi-structured interview designed to explore both obsessions and intrusions in an OCD patient. The same questions are asked for either their main obsession or intrusion, and it is conducted in a counterbalanced order. After a description about what an intrusive thought is, patients are asked to choose their most upsetting intrusion that constitutes an obsession, describe it, and then, they are asked to describe an intrusion that has never become an obsession from those experienced during the last three months. Patients open answers are checked with their INPIOS-1st part answers in which a list of obsessional intrusive thoughts were appraised on frequency, including two open questions to include an idiosyncratic open intrusion. Patients’ answers were also checked with their answers on the clinical interview when describing their OCD symptoms in order to ensure that they chose an actual disturbing obsession and an intrusion no clinically significant. It was also checked that the intrusions selected have never been an obsession in the past. The following areas regarding their main obsession/intrusion are explored: thematic content, reasons for his/her

level of discomfort, form, frequency, context of appearance, mood state, stressful life events, stress level associated, self, inferential reasoning, and narratives behind the obsessive doubts and intrusive thoughts. In this study, we will focus on the variables associated with the narratives. Participants were asked: *"(...) describe what kind of things you say to yourself to give credibility to your obsession /intrusive thought. Even if you know that your obsession /intrusive thought is not real, sometimes we use certain arguments that make us doubt and consequently, make the obsession /intrusive thought to look real even when we rationally know this is not like that. We will like to know which are those arguments in your case, those arguments that make the obsession to seem reasonable"*. The interviewer wrote the narratives with the exact words of the patient.

2.3 Procedure

Participants were recruited from a private clinical practice, announcements in blogs and in an OCD patient's association. The evaluation process was divided into three sessions. Firstly, subjects received information about the purpose of the research and signed the written consent. Then, participants were individually screened with the ADIS-IV-L diagnostic interview (Di Nardo et al., 1994). Secondly, participants completed a set of questionnaires at home. And thirdly, participants were interviewed using the Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD (Llorens & García-Soriano, 2016) (average time 60-90 minutes). The present study received the approval of the Ethical Committee from the University.

2.4 Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using Statistics Package for Social Sciences [SPSS for Windows, 22.0, 2013]. Descriptive statistics were used to report frequencies, means, and standard deviations. Students' *t*-tests were conducted for analysing differences between quantitative variables, and Fisher's exact tests (two tailed) test were used for qualitative

variables. Cohen's d values were calculated to estimate the effect size of comparisons within quantitative variables, and Cramer's V-Test Cramer's V to describe the strength of the relation within qualitative variables. Cramer's V varies from 0 to 1, with small, medium, and large effect sizes represented by 0.1, 0.3, and 0.5, respectively (Cohen, 1988).

Narratives were examined following two criteria. First, the number of words used in each narrative was counted using the counter of Word Office by one of the authors. Second, the main author of the present study (therapist specialized in the inference based therapy) categorized each of the narratives taking into account if each of the general (i.e., common knowledge, authority, hearsay, previous experience, and logical calculation) and OCD specific (category errors, apparently comparable events, selective use of out-of-context facts, purely imaginary sequences, inverse inference, distrust of normal perception) devices appeared. Thus, the presence or not of each of the devices was accounted for. The ratter categorized the narratives following a description of each category similar to that described in the introduction section (O'Connor & Aardema, 2011).

3. Results

3.1 Preliminary results

From the 68 OCD patients, all identified an upsetting obsession, and 66 identified an upsetting intrusion experienced during the last three months. From those patients, two affirmed not finding any argument to maintain their obsession and six did not find an argument to maintain their intrusion. Hence, there was no narratives in those cases, and subsequent analysis will be carried out with the narratives of 66 patients regarding their most upsetting obsession, and 60 patients regarding their most upsetting intrusion.

Inferential confusion reasoning

From those 66 patients that reported a narrative to maintain their intrusion, 60 completed the ICQ-EV, the self-report instrument used to measure the level of inferential confusion reasoning, they reported a mean of 132.04 ($SD=26.62$; $N=60$). Data from the patients was compared with that from a non-clinical sample reported in Study preliminary 1 ($N=342$; $M=66.32$, $SD= 25.92$; Llorens-Aguilar et al., 2019) using the same version of the instrument. Patients reported significantly higher scores on the ICQ-EV than non-clinical participants ($t_{(400)} = 18.042$, $p < .001$; Cohen's $d= 2.50$).

3.2 Analysis of narrative length and use of reasoning devices

Regarding the length of the narratives, patients used a mean of 31.37 ($DT=16.07$) words for their obsessions' narratives and a mean of 16.91 ($DT=10.63$) for their intrusions' narratives. Results show a significant difference, with obsessions' narratives being significantly larger than intrusions' narratives ($t(65)=5.82$, $p<.0001$; Cohen's $d=1.06$).

About the general reasoning devices (non OCD specific), the “common knowledge”, and “previous experience” were the devices used by a greater number of patients. Analysis of the data shows that obsessions and intrusions were associated with similar use of device by OCD patients (Table 1). Although a tendency of patients using more frequently the “previous experience” device in their OCD narratives was found, differences were non-significant.

Table 1. Percentage (number) of patients that use in their narratives each of the general reasoning devices.

Device label	Obsession narrative	Intrusion narrative	Fisher's exact p	Cramer's V
common knowledge	68.2% (45)	55% (33)	1.00	.018
Authority	4.5% (3)	3.3% (2)	.102	.383
Hearsay	9.1% (6)	11.7% (7)	.149	.222

previous experience	47% (31)	21.7% (13)	.535	.097
logical calculation	6.1% (4)	5% (3)	1.00	.055

Note. Percentage and *n* were calculated with the narratives of 66 (obsession narrative) and 60 (intrusion narrative) patients. Fisher's exact test was calculated with those participants that have a narration for their intrusion and obsession, *n*=58.

Regarding the OCD specific devices, the devices more frequently used were “inverse inference”, “apparently comparable events”, and “category errors”. “Distrust of normal perception”, “selective use of out-of-context facts” and “purely imaginary sequences” were the least frequently used. Results also show a similar use of these categories by OCD patients regarding both their obsessions and intrusions (Table 2). However, an examination of the data shows a tendency of a higher number of patients using the device of “apparently comparable events” in the narratives associated to their obsessions (versus intrusions).

Table 2. Percentage (number) of patients that use in their narratives each of the OCD-devices.

Device label	Obsession narrative	Intrusion narrative	Fisher's exact <i>p</i>	Cramer's V
category errors	30.3% (20)	31.7% (19)	.219	.170
apparently comparable events	34.8% (23)	6.7% (4)	1.000	.045
selective use of out-of-context facts	10.6% (7)	28.3% (17)	1.000	.006
purely imaginary sequences	15.2% (10)	13.3% (8)	.618	.082
inverse inference	45.5% (30)	45% (27)	.434	.115
distrust of normal perception	0	5% (3)	-	-

Note. Percentage and *n* were calculated with the narratives of 66 (obsession narrative) and 60 (intrusion narrative) patients. Fisher's exact test was calculated with those participants that have a narration for their intrusion and obsession, *n*=58.

3.3 Obsessions' narratives and inferential confusion

Next, we compared the narratives used to support their obsessions between those patients above and below percentile 50 in the ICQ-EV score ($P50= 135$). Results show that there were no significant differences between patients with different inferential confusion levels in the length of their obsessions' narratives ($M=30.20$, $SD= 15.82$ versus $M= 32.97$, $SD= 17.53$; $t_{(58)} = .678$, $p = .499$). However, those patients with higher inferential confusion used a significantly higher number of words to describe their intrusions' narratives than patients with lower inference confusion ($M=13.41$, $SD= 10.65$ versus $M= 21.23$, $SD= 9.58$; $t_{(56)} = 2.942$, $p < .01$, Cohen's $d=.77$).

Then, we compared the logical devices used by patients below and above ICQ percentile 50. Data shows no significant differences in the number of logical devices used in neither the obsession (see Table 3) nor the intrusion (Table 4).

Table 3. Percentage (number) of patients that use in their narratives each of the general and OCD-devices depending on their inferential confusion level (ICQ-EV).

Device label	Above ICQ- EV P50	Below ICQ-EV P50	Fisher's exact p	Cramer's V
<i>General devices</i>				
common knowledge	65.5% (19)	71% (22)	.783	.059
Authority	4.9% (2)	3.2% (1)	.606	.084
Hearsay	10.3% (3)	9.7% (3)	1.000	.011
previous experience	41.4% (12)	51.6% (16)	.451	.103
logical calculation	10.3% (3)	3.2% (1)	.346	.143
<i>OCD-devices</i>				
category errors	20.7% (6)	34.4% (11)	.258	.164
apparently comparable events	27.6% (8)	41.9% (13)	.287	.150
selective use of out-of-context facts	17.2% (5)	6.5% (2)	.247	.168
purely imaginary sequences	13.8% (4)	16.1% (5)	1.000	.033
inverse inference	48.3% (14)	41.9% (13)	.796	.064
distrust of normal perception	-	-	-	-

Note. ICQ-EV= Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version ($n=60$).

Table 4. Percentage (number) of patients that use in their narratives each of the general and OCD-devices depending on their inferential confusion level (ICQ-EV).

Device label	Above ICQ- EV P50	Below ICQ- EV P50	Fisher's exact <i>p</i>	Cramer's V
<i>General devices</i>				
common knowledge	50% (12)	71% (22)	.789	.048
Authority	4.2% (1)	3.2% (1)	1.000	.025
Hearsay	8.3% (2)	9.7% (3)	.451	.116
previous experience	25% (6)	51.6% (16)	1.000	.028
logical calculation	8.3% (2)	3.2% (1)	.575	.112
<i>OCD-devices</i>				
category errors	41.7% (10)	35.5% (11)	.152	.205
apparently comparable events	8.3% (2)	41.9% (13)	1.000	.036
selective use of out-of- context facts	16.7% (4)	6.5% (2)	.226	.178
purely imaginary sequences	8.3% (2)	16.1% (5)	.443	.155
inverse inference	45.8% (11)	41.9% (13)	1.000	.025
distrust of normal perception	-	-	-	-

Note. ICQ-EV= Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version ($n=55$).

4. Discussion

The objective of this study was to analyse and compare the narratives corresponding to an intrusive thought and to a clinical obsession in the same patient. This was done in order to explore deeper into the role that inferential confusion reasoning plays in the maintenance of the OCD. Besides the relevance of narratives in the inference based therapy, as far as we know there is only one study exploring the narratives in a small OCD sample (O'Connor et al., 2013), and there are no previous studies comparing the way of reasoning in the same subject associated to an intrusive thought and an obsessive doubt. We consider the purpose of the present study of great interest as results could help us shed some light over the question of

whether obsessive doubts and intrusive thoughts are part of a continuum, or instead, if they are actually two different phenomena that emerge and develop according to different processes (Julien et al., 2009). That is, if results showed that intrusive thoughts and clinical obsessions differ significantly in narratives behind them, this could suggest that these cognitive elements are different phenomena that are born and maintained by different factors, and the sort of narrative behind could be one of these factors. This would imply that current cognitive models for OCD should consider the identification and modification of the OCD narratives as part of the psychological treatment of the OCD.

Regarding our first aim, as expected, OCD patients presented higher scores in the level of inferential confusion based on the Spanish version of the Inferential Confusion Questionnaire-Expanded Version than non-clinical samples (Study 1). This questionnaire was validated in Study Preliminary 1 demonstrating its optimal psychometric properties (Llorens et al., 2019). Patients showed scores similar to that reported by OCD patients in previous studies (Aardema et al., 2010; 2018).

Regarding the narratives used to justify an obsession and intrusion, those narratives associated to the obsessions in the same patient were significantly longer and more elaborated than the narratives corresponding to the intrusive thoughts. Thus, results confirm our hypothesis, and support theoretical proposals (O'Connor & Aardema, 2011). It seems that obsessions are based on more elaborated narratives that will lead them to be more credible and reasonable than intrusions. In this sense, data also shows that six patients affirmed not having any narrative or reasoning argument behind their intrusive thoughts, while in the case of obsessions this happened just in two participants. In these two patients, one of them was a "just right" obsession, and the other was associated with disgust (intrusive disgusting images of animals). This sort of patients, *just right*, affirm that they feel forced to perform their compulsions not because of any dysfunctional beliefs, but because of the need to attain a

sensory-affective 'feeling' that things are 'just right' (Summerfeldt, 2004; Taylor et al., 2006) Maybe this is the explanation why we do not find narratives in this kind of patients. In the second patient, the obsession consisted of disgusting images of animals, she informed that although the images did not have any sort of meaning for her, they were disturbing ("they just show up and are disturbing"). Thus, it could be that they acted like a *just right* obsession.

Regarding the use of general devices in the narratives, the "previous experience" and the "common knowledge" were the most used by patients. This means that patients tend to use more the general knowledge based in facts, realities or empirically proved knowledge (common knowledge) to justify their obsessive doubt, as well as justify the doubt using experiences that they have lived in the past (previous experience). Moreover, as expected, there were no significant differences between the narratives corresponding intrusive thoughts and obsessions (O'Connor et al., 2005), although there was a tendency of more patients to use the "previous experience" device in their OCD narratives. "Previous experience" is the only device based in personal experience. Maybe this makes this category more powerful for obsessional doubts than other devices, as it allows the patient to justify its obsessional doubt by relating it to the self.

When examining the OCD specific reasoning categories used by a greater number of patients to support their obsessive doubt, it can be observed that patients tend to confuse on two categories of information or objects as if one has something to do with the other while it actually does not (category errors), to confuse two distinct events separated by time and place (apparently comparable events), and to make inferences about reality that precede, rather than follow, from observation of reality (inverse inference). Furthermore, results do not support our hypothesis, as there were no significant differences in the frequency of use of these OCD devices in the intrusions and obsessions narratives. Future research should try to replicate our

study with a greater sample to observe if these unexpected results can be due partly to the sample size.

Regarding the relationship between the characteristics of the narratives, data shows that patients with higher inferential confusion presented similarly elaborated narratives for their obsessions, but more elaborated narratives for their intrusions. More elaborated narratives would be expected in patients with a higher level of inferential confusion. The majority of our sample had a long term established OCD. Maybe there is a point along the time when this type of patients achieve a definitive level (a limit) of elaboration of their narratives and this could be the reason why we did not find a lineal relation between OCD narratives and the level of inferential confusion in the present study. On the other hand, a plausible explanation to the fact that higher levels of inferential confusion corresponded to more elaborated intrusive narratives could be due to this same fact: intrusive thoughts are not as upsetting for the patient, hence they do not receive special attention and narratives are not as developed. Then they would be far from arriving to their limit of elaboration and still allow us to observe the lineal relation with the level of inferential confusion. A longitudinal research or a study with OCD patients in different stages of the disorder would be required in order to resolve this question.

Again, no significant differences were found on the use of general nor OCD specific devices depending on the inferential confusion level. These results were also unexpected, as according to our hypothesis, higher inferential confusion levels should correspond to a higher use of OCD reasoning tools. Maybe this is due partly to the fact that we took into account the presence or absence of each device but not the number of times that different devices appeared in the narrative. Future research should count the number of times each device appears, as it could shed some light into this question.

This study has some limitations that need to be consider. First of all, the transversal nature of the study did not allow us to establish causal relationship between inferential confusion, narratives and OCD. It would be desirable to have more ratters categorizing the narratives and a higher number of participants. It would be of interest to compare the narratives associated with the intrusions with those of non-clinical participants, as although great effort was undertaken to ensure that participants reported intrusions and not obsessions, we could not be totally sure that all the intrusive thought reported by patients were really “intrusions” and not less upsetting obsessions. Finally, it would also be interesting to analyse the number of times that a category is present in a narrative, and not only its presence.

5. Conclusions

Our results suggest that OCD narratives tend to be more elaborated than narratives corresponding to normal doubts or intrusive thoughts, and that general devices were similarly used in the narratives associated to both intrusions and obsessions. However, other assumptions from the inference-based model were not supported, as specific OCD narratives were similarly used to justify obsessions and intrusions, and the inference confusion level was not associated with more elaborated OCD narratives or a higher use of reasoning devices. As we have mentioned above, longitudinal studies and/or research with OCD patients in different states of the disorder would be required to clarify these unexpected results.

CAPÍTULO 8

Discusión general

Dado que un porcentaje relativamente elevado de población clínica no obtiene beneficios o rechaza las terapias cognitivo-conductuales basadas en el modelo de las valoraciones y la exposición con prevención de respuesta (Hezel y Simpson, 2019), se hace necesaria una mayor investigación en el campo del TOC a fin de encontrar alternativas terapéuticas para estos pacientes. Por ello, el objetivo de la serie de estudios que aquí presentamos consiste en analizar y ahondar en ciertos constructos de origen cognitivo poco explorados hasta el momento y que pueden tener un papel relevante en el mantenimiento del TOC. Es por esta razón que nos hemos centrado en el rol que el contexto, el sí mismo y las narrativas puedan tener en el desarrollo del trastorno. Como hemos citado en a lo largo de esta Tesis, desde el modelo inferencial se han llevado a cabo investigaciones en los últimos años que dan a entender que dichos constructos tienen relevancia en el trastorno, si esto fuera así, deberían ser objetivos terapéuticos, y sin embargo, no son considerados en la práctica clínica por la mayor parte de los terapeutas. De replicar los resultados de dichos estudios, cabría considerar la necesidad de complementar estas prácticas terapéuticas con estrategias dirigidas a la educación y tratamiento de estos elementos.

Para poder explorar en profundidad estos aspectos, en primer lugar (Estudios preliminares 1 y 2), nos planteamos validar en población española los dos instrumentos que hasta el momento se han desarrollado para valorar la confusión inferencial (ICQ-EV) y el miedo al sí mismo (FSQ-20) en el contexto del TOC. Estos instrumentos han sido desarrollados por el equipo de O'Connor, el grupo que ha desarrollado el modelo inferencial y la terapia basada en el mismo. En este sentido, en el Estudio preliminar 1 (objetivo 1), presentamos la traducción y validación de la versión española del Inferential Confusion Questionnaire- Expanded Version (ICQ-EV; Aardema et al., 2010), que nos ha permitido por lado explorar en población española (general y clínica) la relevancia de un constructo clave en el modelo de razonamiento inferencial, y por otro, disponer de un instrumento para poder analizar la

relevancia del constructo en población clínica con TOC y su relación con las narrativas que subyacen a las obsesiones e intrusiones de los pacientes con diagnóstico de TOC (Estudio 3).

En el Estudio preliminar 2 (objetivo 2), presentamos la traducción y validación de la versión española del Fear of Self Questionnaire (FSQ; Aardema et al., 2013). Con este estudio nos propusimos replicar las investigaciones previas que destacaban la relevancia del papel del miedo al sí mismo a la hora de predecir síntomas OC y creencias disfuncionales típicas del TOC. Este estudio nos ha permitido disponer de un instrumento con el que analizar la relevancia del constructo en población clínica con TOC, y relacionarlo con una evaluación más idiosincrásica del papel que juega el miedo al sí mismo en el TOC, y que presentamos en el Estudio 2.

En el Estudio 1 (objetivo 3), nos propusimos analizar el rol del contexto en el TOC, concretamente se pretendió explorar las diferencias de contexto en el que surgían las obsesiones y pensamientos intrusivos en un mismo paciente con TOC. Se analizaron las siguientes variables del contexto en el que surgieron por primera y última vez tanto la intrusión como la obsesión en un mismo paciente: estado emocional, nivel de estrés, eventos vitales estresantes y vínculo existente entre el contexto de aparición de la intrusión y de la obsesión del paciente con su *aquí y ahora*. También se analizó si la relación entre el contenido de la obsesión y de la intrusión con el *aquí y ahora* cambiaba con el paso del tiempo (primera vez *versus* última vez) así como si se relacionaba con el contenido temático de las intrusiones y obsesiones del paciente (autógenas *versus* reactivas)

En el Estudio 2 (objetivo 4) nos propusimos analizar en la misma muestra clínica el sí mismo y su relación con el contenido de las intrusiones y las obsesiones en un mismo individuo. Dentro de este área nos propusimos explorar los siguientes elementos: descripción del autoconcepto y miedo al sí mismo de los pacientes con TOC; la relación entre estos constructos y el contenido de obsesiones e intrusiones.

En el Estudio 3 (objetivo 5) nos propusimos analizar otro de los elementos clave en el modelo de confusión inferencial: las narrativas de los pacientes con TOC. Dentro de esta área, quisimos explorar el nivel de confusión inferencial de la muestra de población clínica comparándolo con la población general; comparar las narrativas de las obsesiones y de las intrusiones en un mismo sujeto (extensión de narrativas, uso de las herramientas de razonamiento generales y específicas del TOC); y analizar la relación entre el nivel de confusión inferencial y las características de las narrativas (extensión de narrativas, uso de las herramientas de razonamiento generales y específicas del TOC), tanto en las obsesiones como en las intrusiones de un mismo sujeto.

A lo largo de cada uno de estos estudios, se han discutido los resultados de manera detallada. En este capítulo realizaremos una breve presentación de dichos resultados, así como de las limitaciones de nuestro estudio y las direcciones futuras e implicaciones clínicas derivadas de nuestros hallazgos.

En primer lugar, objetivo 1, quisimos analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la versión española del ICQ-EV, así como valorar la relevancia del constructo de confusión inferencial (Estudio Preliminar 1). Creemos que este estudio es relevante porque resultados de anteriores investigaciones sugieren que el razonamiento inferencial erróneo (confusión inferencial) podría ser un factor cognitivo clave en el origen de las obsesiones (Aardema y O'Connor, 2003, 2007; O'Connor y Robillard, 1995, 1999). Hasta ahora existía un cuestionario que medía el nivel de este constructo (Aardema et al., 2013) pero no disponíamos de la versión en castellano del mismo, por lo que decidimos llevar a cabo la traducción y validación del ICQ-EV afín de poder tener una medida de evaluación de dicho constructo para población clínica española. Creemos que disponer de este instrumento en nuestro idioma es relevante ya que si futuros estudios confirman el rol de la confusión inferencial en pacientes con TOC y su relación con la sintomatología OC, será necesario

disponer de una medida de evaluación de dicho constructo tanto en la práctica clínica como a nivel de investigación. Los resultados muestran que la versión española del ICQ-EV es válida para su aplicación en población española, se ajusta a la estructura unifactorial original y muestra una consistencia interna de $\alpha = .95$. Este resultado es consistente con otros estudios previos llevados a cabo con población clínica y general cuya consistencia interna fue de .83 a .97 (Aardema et al., 2010, 2018; Wu et al., 2009). Por lo tanto la versión española del ICQ-EV es óptima para valorar el nivel de razonamiento inferencial en población clínica. Así mismo, observamos que el nivel de confusión inferencial está positiva y significativamente relacionado con los síntomas obsesivo-compulsivos. Si bien es cierto que la confusión inferencial parece jugar un papel más relevante en algunos síntomas OC (obsesiones, comprobaciones, lavado y acumulación). Los resultados también apoyan la idea de que la confusión inferencial y las valoraciones disfuncionales juegan diferentes roles a la hora de predecir los síntomas, algo que anteriores estudios ya habían señalado (Aardema et al., 2005). El estudio también demuestra que hay una diferencia significativa entre los niveles de confusión inferencial de la población clínica y de la población general, siendo significativamente mayores en el primer grupo. Esta diferencia es consistente con otros trabajos anteriores (Aardema et al., 2010, 2018). De forma general, nuestros resultados indican que el de razonamiento inferencial parece ser un elemento de importancia en el TOC, lo que sugiere que la relevancia de profundizar en su investigación para conocer hasta qué punto es importante en el trastorno y si, como propone el modelo inferencial, es la base del origen de las dudas obsesivas que posteriormente serían alimentadas por las valoraciones disfuncionales (OCCWG, 1997).

En segundo lugar, objetivo 2, quisimos analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la versión española del FSQ-20, así como explorar la relevancia del miedo sí mismo en el TOC. La relevancia de este estudio (Estudio Preliminar 2) reside en que

resultados de investigaciones anteriores sugieren que el miedo al sí mismo podría ser un constructo cognitivo relevante en el origen y mantenimiento del TOC que estaría relacionado con el contenido de las obsesiones, y que podría condicionar el hecho de que un pensamiento se convirtiera o no en obsesión (Aardema et al., 2010, 2013, 2018). Nuestros resultados sugieren que la versión española del FSQ-20 es una medida apropiada para valorar el miedo al sí mismo en población española. También muestran una relación más elevada entre el miedo al sí mismo y la obsesividad que con el resto de síntomas OC, resultado congruente con anteriores estudios (Aardema et al., 2013, 2017; Melli et al., 2015). Los resultados de este estudio apoyan la importancia del miedo al sí mismo y otros posibles *self-themes* en el trastorno obsesivo-compulsivo, especialmente en lo que respecta a las obsesiones de contenido repugnante; y ofrecen una herramienta para investigadores o clínicos, que pueden emplear la versión española de este cuestionario, bien para analizar el rol del miedo al sí mismo en el TOC, o bien como una herramienta clínica para evaluar los niveles de miedo al sí mismo del paciente. Desde nuestro punto de vista es importante continuar investigando el miedo al sí mismo así como otros posibles *self-themes*, ya que los resultados obtenidos hasta el momento sugieren que podrían ser constructos de relevancia en el TOC, constructos que a día de hoy no contemplan las terapias actuales basadas en los modelos de las valoraciones. De confirmarse su papel en el trastorno tendríamos que plantearnos la implementación de estrategias específicas dirigidas a la modificación de la percepción de la propia identidad.

Respecto a los objetivos principales de esta tesis, en primer lugar, nos planteamos analizar el contexto de aparición de las intrusiones y obsesiones de un mismo paciente. Según el modelo inferencial, el contexto podría ser un elemento diferenciador entre intrusiones y obsesiones (Julien et al., 2007, 2009) que definiría dos fenómenos cognitivos distintos. Las obsesiones surgirían en contextos inapropiados, es decir, sin vínculo con el aquí y ahora del individuo; mientras que las intrusiones surgirían en contextos apropiados, es decir, con una relación

directa con el aquí y ahora del individuo. Hasta ahora no se le ha dado relevancia a dicho constructo pero los pocos estudios llevados a cabo al respecto (Julien et al., 2007, 2009; Lee & Kwon, 2003; Rachman and de Silva, 1978) sugieren que el contexto puede tener un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento del TOC. En esta Tesis nos propusimos ahondar en el estudio del rol del contexto en el TOC para averiguar si realmente podría ser un constructo diferenciador entre obsesiones e intrusiones tal y como propone el modelo inferencial, o característico de algunos tipos de intrusiones/ obsesiones como proponen otros autores (Lee & Kwon, 2003). Consideramos que esta investigación es de gran relevancia porque si nuestros resultados apoyan la hipótesis propuesta por el modelo inferencial, esto implicaría que quizás intrusiones y obsesiones no sean parte de un mismo continuo, poniendo en cuestión uno de los pilares fundamentales en los que se sostienen los modelos basados en las valoraciones. Esta cuestión también podría ser en parte una de las razones por las que los tratamientos actuales específicos para el TOC no benefician a un porcentaje moderado de población clínica (Hezel y Simpson, 2019) ya que los mismos no consideran el contexto en su protocolo. Los resultados presentados en el Estudio 1, sugieren que no existen diferencias en cuanto al tipo de contexto en el que surgen las intrusiones y las obsesiones, este resultado es contrario al esperado según la propuesta del modelo inferencial. Es más, los datos sugieren que ambos fenómenos cognitivos surgen en contextos similares caracterizados por un estado emocional negativo, un elevado nivel de estrés, relacionado con experiencias estresantes y en la mayoría de los casos con algún tipo de precipitante ambiental o contextual. Además, los datos sugieren que una vez la obsesión se asienta (la última vez que aparece), aparece en porcentaje similar tanto de forma espontánea como asociada indirectamente con el contexto. Por lo tanto, parece que el contexto en el que surgen las obsesiones no es más inapropiado que aquel en el que surgen las intrusiones. Si bien es cierto que, teniendo en cuenta la línea temporal, en la última vez de aparición las obsesiones tienen una mayor tendencia que las

intrusiones a aparecer de forma espontánea, es decir, sin que haya nada en el contexto (aquí y ahora) que justifique su aparición. Aunque parece ser que esto también depende del contenido obsesivo: en la última vez de aparición, obsesiones e intrusiones autógenas aparecen más frecuentemente en contextos en los que el contenido tiene una relación indirecta con el aquí y ahora, mientras que las intrusiones y obsesiones reactivas lo hacen de forma espontánea, es decir, aparecen sin ningún tipo de vínculo con el aquí y ahora. Por lo tanto, los resultados parecen sugerir que las obsesiones son similares a los pensamientos intrusivos en el momento en que aparecen por primera vez pero que, debido a factores desconocidos entre los que podría estar la confusión inferencial y/o las valoraciones disfuncionales entre otros, la relación con el contexto va cambiando con el tiempo y las obsesiones acaban apareciendo de forma más espontánea. Por lo tanto, el contexto sí parece tener un rol importante pero no en la primera vez que surgen las intrusiones y obsesiones sino una vez la obsesión está asentada. Nuestros resultados apoyan la idea de que sí hay un continuo intrusión-obsesión y que a pesar de que el contexto pueda ser un factor a tener en cuenta en el TOC, no parece ser un elemento crucial diferenciador entre intrusiones y obsesiones. De forma general, nuestros resultados indican que las obsesiones aparecen en contextos inapropiados, por lo que focalizarse en el mismo para desacreditar a las obsesiones pudiera ser una estrategia útil a la hora de la intervención con pacientes con TOC.

Respecto al objetivo 4, explorar el papel del sí mismo en el TOC, presentado en el Estudio 2, los resultados sugieren que el sí mismo es un constructo relevante tal y como se ha planteado desde las propuestas cognitivas, tanto desde los modelos basados en las valoraciones disfuncionales (Doron y Kyrios, 2005; García-Soriano et al., 2012; Rachman and De Silva 1978; Rowa et al., 2005) como aquellos basados en el razonamiento disfuncional (Aardema, et al., 2013, 2016; Aardema y O'Connor, 2007, 2008; Rachman, 1997). Se trata de un estudio novedoso ya que evalúa en pacientes con TOC tanto el sí mismo como el miedo al sí mismo a

través de un autoinforme (*Self-description questionnaire*; Llorens and García-Soriano, 2016) diseñado explícitamente para este estudio y basado en los autoinformes que usó Higgins en anteriores estudios para evaluar el self (Higgins, Shah y Friedman, 1997). La evaluación del miedo a sí mismo a través de este instrumento, nos ha permitido describir cómo creen que son y como temen ser los pacientes con TOC, algo que no se había valorado en un mismo paciente con TOC en estudios previos. El abordaje de este trabajo ha permitido observar que en general los pacientes con TOC no se caracterizan por un autoconcepto negativo, si bien es cierto que el la inseguridad es una atributo que resalta especialmente a la hora de describirse a sí mismos (sí mismo real) lo que en un principio aumentaría su tendencia a dudar, lo que aumentaría las posibilidades de que dichas dudas derivaran en obsesiones clínicas. También podría ser que el paciente se convierta con el tiempo en una persona más insegura debido a sus obsesiones que podrían hacerle dudar de sí mismo más que en condiciones normales, llevándole a mayores niveles de inseguridad. Además, hemos podido corroborar que los pacientes con TOC informan de niveles significativamente más elevados de miedo a sí mismo que la población no clínica, este dato es congruente con las propuestas teóricas (Aardema y O'Connor, 2003, 2007; Julien et al., 2016), sin embargo este es el primer trabajo en comparar estos datos a nivel estadístico. En general, los pacientes con diagnóstico de TOC temen ser personas con características negativas de la personalidad, es decir, temen a un sí mismo imperfecto. Esto no es congruente con el trabajo previo de Ferrier y Brewin (2005) que sugería que los pacientes con TOC temen ser personas peligrosas, es decir, a un sí mismo capaz de hacer daño. En los resultados llama la atención que uno de los tipos de "identidad imperfecta" que más temen sea la mentirosa, lo que resulta congruente con el hecho de que gran parte de la población clínica esconda sus obsesiones a sus allegados y al mundo en general por miedo a ser juzgados (Belloch et al., 2009; García-Soriano et al., 2014; Newth y Rachamn, 2001). Esta actitud podría justificar en parte ese miedo a considerarse a sí mismos

unos mentirosos o unos estafadores, por estar ocultando al mundo "su verdadera identidad". Desde el modelo de las valoraciones, este hecho estaría relacionado con la sobrevaloración de los propios pensamientos: "si lo pienso, debe de significar algo, revela algo de mi propia identidad ... y yo estoy ocultando esa parte al resto de gente". En este estudio, nos planteamos contrastar si la descripción de sí mismo, o bien de aquel sí mismo temido, estaba asociada a las obsesiones y su contenido, y por tanto representaban una posible variable facilitadora en la conversión de intrusión a obsesión clínica, tal y como se ha propuesto desde diferentes perspectivas (García-Soriano et al., 2012; Doron y Kyrios, 2005; Rachman, 1997). Los resultados sugieren que la mayoría de la población clínica sí encuentra relación entre el contenido de sus obsesiones y atributos negativos de su sí mismo, especialmente con el de "inseguro", algo que pudiera deberse a que este rasgo de su personalidad estaría directamente relacionado con su tendencia a la duda y a darle credibilidad a la misma. Esta relación parece ser independiente del contenido obsesivo. Hubieron pacientes que relacionaron su sí mismo real con el contenido intrusivo pero el número fue mucho menor que en el caso de las obsesiones. Además, en este caso no hubo ninguna característica específica del sí mismo que los pacientes relacionaran más con el contenido intrusivo. Estos resultados podrían explicarse en parte debido a la baja tasa de participantes que respondieron a esta pregunta en concreto: *Teniendo en cuenta cómo te defines a ti mismo ¿crees que tu pensamiento intrusivo (escribe el pensamiento) dice algo de cómo eres? (sí/no) Si la respuesta ha sido "sí" explica en qué sentido.*

Por otro lado, hemos observado que de acuerdo a nuestras hipótesis, la mayor parte de pacientes encontraron relación entre aquel sí mismo temido y el contenido de sus obsesiones. Los resultados apuntan a que los pacientes piensan que la obsesión les acerca más a su identidad temida y esta relación parece ser independiente del contenido obsesivo. El sí mismo temido más relacionado con los contenidos obsesivos fue el sí mismo depresivo/ ansiógeno,

lo que sugiere que los pacientes con TOC creen que sus obsesiones les acercan a ser alguien de rasgos depresivos y/o ansiógenos. Estos resultados difieren del sí mismo temido más frecuente que era el "imperfecto". En cuanto a relación entre el miedo al sí mismo y el contenido intrusivo, tal y como cabía esperar fue baja, uno de los criterios que el modelo inferencial sostiene como prueba de que pensamientos intrusivos y obsesiones son fenómenos diferentes. En este caso, la relación del miedo al sí mismo y las obsesiones sí estaba relacionada con el contenido obsesivo, de forma que la relación era mayor con las obsesiones autógenas. Además, la mayoría de las obsesiones de los pacientes que no encontraron relación entre su sí mismo temido y sus obsesiones era de tipo reactivo. De todas formas, aunque sí hubieron diferencias respecto al contenido, estas no fueron estadísticamente significativas.

Respecto al objetivo 5, analizar el rol de las narrativas en las intrusiones y obsesiones de un mismo paciente, presentado en el Estudio 3, el modelo inferencial sostiene que las obsesiones clínicas se originan debido a un razonamiento inferencial erróneo denominado confusión inferencial, que básicamente consiste en desconfiar de los sentidos prevaleciendo la imaginación por encima de la realidad (Aardema et al., 2006, 2008; O'Connor y Robillard, 1995; O'Connor y Aardema, 2003; O'Connor et al., 2005). Las narrativas TOC son el discurso interno que el paciente construye a través de la confusión inferencial y cuya función principal es dar credibilidad y fuerza a la duda obsesiva. Cuanto más elaborada esté la narrativa, más creíble parecerá la duda obsesiva. Por lo tanto cabe esperar que a mayor elaboración de la narrativa, mayor será el nivel de dicha confusión inferencial. Estas narrativas correspondientes a las obsesiones se componen de una serie de herramientas de razonamiento generales y otras específicas del TOC, estas últimas serían únicas y exclusivas de las narrativas que sostienen las obsesiones mientras que las primeras serían comunes a las narrativas que sostienen tanto dudas normales como obsesiones (O'Connor et al., 2005).

Según el modelo inferencial, todo tipo de dudas, normales y obsesivas, se sostienen por estas narrativas, lo que diferencia a las narrativas correspondientes a las obsesiones del resto sería estas herramientas de razonamiento específicas que hacen que las narrativas de las obsesiones no tengan ninguna base en el aquí y ahora del individuo. Este estudio es de gran relevancia porque a día de hoy no se tiene en cuenta este constructo cognitivo en los tratamientos específicos para el TOC. Por lo tanto nos proponemos ahondar más en las diferencias entre las narraciones que sostienen las intrusiones y aquellas que sostienen las obsesiones para ver si hay diferencias significativas en cuanto al nivel de elaboración, uso de herramientas de razonamiento generales y específicas del TOC así como la relación que todas estas características tienen con el nivel de confusión inferencial. En lo que respecta a nuestros resultados, la población clínica mostró niveles significativamente más elevados de confusión inferencial que la población general, tal y como el modelo inferencial propone. Como se esperaba, casi toda la muestra tenía una narrativa detrás de la obsesión y la intrusión. Dentro de los pocos pacientes que no mostraron narrativa, el número de ausencias fue mayor en las intrusiones que en las obsesiones. Esto va en línea con la propuesta del modelo inferencial, que afirma que detrás de toda duda, obsesiva o no, existe una narrativa que le da cierta credibilidad. Sin narrativa, no habría duda. Acorde también a lo esperado, las narrativas obsesivas fueron significativamente más extensas (elaboradas) que las narrativas pertenecientes a las intrusiones. Según el modelo inferencial, cuanto más elaborada está la narrativa, más creíble parece la duda y por ende más malestar genera. Por otra parte, en relación a la lógica que según el modelo contienen las narrativas tanto de las dudas normales como las dudas obsesivas, nuestros resultados van acorde a nuestra hipótesis y no parecen haber diferencias significativas entre ambos tipos de narrativas. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, tampoco se observaron diferencias significativas entre ambas narrativas en el uso de las herramientas de razonamiento características de las dudas obsesivas. Si bien es

cierto que los pacientes tienden más a realizar inferencias que preceden la observación o la realidad en lugar de seguirla, así como a confundir dos categorías de información o de objetos, estableciendo entre ellos una relación que no existe; y a confundir dos situaciones diferentes que están separadas en tiempo y espacio a la hora de argumentar y sostener su duda obsesiva. No obstante, ninguna de estas diferencias fue significativa. Respecto a la relación entre la elaboración de las narrativas, el uso de herramientas de razonamiento y el nivel de confusión inferencial, los resultados fueron contrarios a los esperados, ya que no hubo correspondencia entre nivel de confusión inferencial y extensión de las narrativas a la base de las obsesiones. Sin embargo, sí se observó que a mayor nivel de confusión inferencial, más desarrolladas estaban las narrativas a la base de las intrusiones. Una posible explicación para esto es que los pacientes que llevan mucho tiempo padeciendo el trastorno han llegado a un límite en cuanto al desarrollo de la narrativa correspondiente a la obsesión, impidiendo este hecho que se observen diferencias entre pacientes en la elaboración de la historia TOC que mantiene la obsesión. Tampoco se encontró relación entre el número de herramientas de razonamiento generales y específicas del TOC y el nivel de confusión inferencial.

Los estudios recogidos en este trabajo no están exentos de limitaciones, que sugieren la necesidad de seguir trabajando en esta línea. Aunque las limitaciones ya han sido descritas en cada uno de los estudios, aquí las describiremos a nivel general y relacionaremos con las líneas futuras de investigación que nos parece necesario seguir. En primer lugar, sería interesante contrastar en muestras clínicas las propiedades psicométricas del ICQ-EV y FSQ analizando en mayor profundidad la validez divergente de ambos instrumentos. En segundo lugar, gran parte de los resultados descritos en los Estudios 3 y 5 se han obtenido a partir de una entrevista en que se pregunta de forma retrospectiva sobre diferentes aspectos en relación a su sintomatología, basados todos ellos en los recuerdos y la opinión del propio paciente, lo

que representa una limitación debido al carácter subjetivo, y muy probablemente sesgado por cuestiones memorísticas, de las respuestas. En tercer lugar, la muestra de pacientes con diagnóstico TOC ha ido variando en diferentes análisis debido a que no todos los pacientes recordaban todas cuestiones planteadas (por ejemplo, el contexto en que apareció por primera vez su obsesión o su intrusión), o a que no respondieron algunas cuestiones; por ello sería de interés aumentar el número de pacientes para poder replicar algunos de los resultados. En cuarto lugar, los Estudios 1, 2 y 3 se basan en la comparación entre intrusiones y obsesiones, sin embargo, no podemos tener la certeza de que las intrusiones eran realmente intrusiones y no obsesiones menos molestas. Si bien es cierto que se hizo mucho hincapié con cada participante en dejar claras las diferencias entre intrusiones y obsesiones para evitar confusión, y se emplearon el INPIOS y la entrevista clínica para confirmar que estas eran obsesiones e intrusiones, y que las intrusiones nunca habían sido una obsesión. Además los datos muestran diferencias significativas entre obsesiones e intrusiones en lo que respecta a la frecuencia, interferencia y valoraciones disfuncionales (Estudio 1), que son consistentes con los obtenidos anteriormente en los que se apreciaban claramente las diferencias entre las valoraciones de las obsesiones en población clínica y las valoraciones de las intrusiones de población general (Emerson, Heapy y Garcia-Soriano, 2018; García-Soriano, Roncero, Perpiñá y Belloch, 2014; García-Soriano y Belloch, 2013). En quinto lugar, aunque hemos analizado el papel de la heterogeneidad del TOC en la mayor parte de los estudios, hemos empleado la clasificación de obsesiones/ intrusiones autógenas *versus* reactivas, futuros estudios deberían analizar estas cuestiones teniendo en cuenta otras clasificaciones que permitan diferenciar la heterogeneidad de contenidos dentro de estas dos categorías (García-Soriano et al., 2011). Finalmente, todos los estudios fueron transversales, lo que no nos permite en ningún caso establecer algún tipo de vínculo de causalidad entre los diferentes

conceptos estudiados y el TOC. Se necesitaría llevar a cabo futuros estudios longitudinales para ahondar en el tipo de relación que existe entre estos elementos y el TOC.

Los resultados de la presente Tesis tienen importantes implicaciones clínicas y terapéuticas, puesto que una mejor comprensión y mayor conocimiento de todos estos constructos y su relevancia en el TOC podría resultar de gran utilidad en la práctica clínica a la hora de implementar nuevas estrategias dirigidas a la identificación y modificación de los mismos. Concretamente, el desarrollo de este trabajo nos permite poner a disposición de la comunidad científica y profesional dos instrumentos de autoinforme relevantes para la evaluación y el tratamiento del TOC según el modelo inferencial: el ICQ-EV (Aardema et al., 2010) y el FSQ (Aardema et al., 2013), que hasta ahora no estaban traducidos ni adaptados a la población española. Esto nos va a permitir medir variables, tales como la confusión inferencial y el miedo al sí mismo, variables que hasta ahora no podíamos valorar en población clínica española por no tener las herramientas de medida adecuadas para ello. Esto es relevante ya que, como hemos mencionado a lo largo de este trabajo, tanto la confusión inferencial como el miedo al sí mismo han demostrado su relevancia en el mantenimiento del trastorno, así como su predicción de síntomas OC y valoraciones disfuncionales (Aardema et al., 2010, 2013; Melli et al., 2015). Además se ha mostrado que la disminución del nivel de confusión inferencial así como la mejora de la percepción del miedo al sí mismo predecían mejorías en síntomas OC (Aardema et al., 2018). Además, nuestros resultados indican que las obsesiones, una vez asentadas en el tiempo, aparecen en contextos inapropiados, por lo que focalizarse en el mismo para desacreditar a la obsesiones clínicas podría resultar una herramienta útil para el tratamiento de pacientes con TOC, algo que hasta ahora no se contemplaba en los tratamientos cognitivo-conductuales específicos para este trastorno, aunque sí en la propuesta del modelo basado en la inferencia (O'Connor y Robillard, 1995). Por otro lado, nuestros resultados sugieren la utilidad de introducir la modificación de la percepción del miedo al sí

mismo en las terapias actuales para el TOC. Es decir, convendría que los profesionales clínicos dedicaran parte de la terapia a analizar y modificar las percepciones negativas del paciente sobre su propia identidad relacionadas con sus pensamientos intrusivos y obsesiones. Si futuras investigaciones demuestran que el miedo al sí mismo también se relaciona significativamente con otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Aardema et al., 2017), se podría desarrollar un protocolo de estrategias comunes a todos ellos. Así mismo, con respecto al rol de las narrativas, el hecho de que los resultados apoyen la relevancia de las categorías de razonamiento específicas del TOC en las narrativas obsesivas, de algún modo enfatiza la necesidad de trabajar los argumentos que el paciente se da a sí mismo, y que construyen la narrativa TOC, para sostener y dar credibilidad a su obsesión. De demostrarse que las narrativas obsesivas sí difieren significativamente de las narrativas intrusivas, cabría plantearse la inclusión de su identificación y modificación en la práctica clínica, ya que podría representar un aumento de la tasa de respuesta a los tratamientos actuales para el TOC (Hezel y Simpson, 2019). Por ello, una alternativa cognitiva a tener en cuenta en el tratamiento del TOC sería la terapia basada en la inferencia, ya que contempla en su protocolo de tratamiento todos los elementos estudiados en esta investigación y se focaliza en los mismos por considerarlos elementos clave en el mantenimiento del trastorno. La terapia incluye un apartado de psicoeducación sobre los diferentes constructos, de modo que el paciente entienda mejor el papel que el contexto, el sí mismo y las narrativas juegan en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, algo que es vital para la comprensión del funcionamiento del problema.

Por otra parte, este estudio ha dado como resultado una nueva herramienta de evaluación en el TOC: *la Entrevista semiestructurada sobre intrusiones y obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo* (Llorens y García-Soriano, 2016), que permite tanto a nivel de investigación como clínico conocer en profundidad las características de las obsesiones e intrusiones de los

pacientes, abordando aspectos que hasta el momento apenas se han estudiado, como el papel del contexto o del sí mismo. Esta entrevista, en la que se evalúan las características (contexto, valoraciones, estilo razonamiento, si mismo, etc.) asociadas a una obsesión y a una intrusión, aportará datos relevantes a nivel de investigación, pues hasta donde nosotros sabemos es el primer trabajo que, comparando en un mismo paciente una obsesión y una intrusión, propone poner a prueba los supuestos de los modelos cognitivos, tanto de aquellos basados en las valoraciones como en el estilo de razonamiento. Pero también será de gran relevancia para el trabajo del clínico con el paciente, pues ofrece al terapeuta un mayor conocimiento de las características de las obsesiones (por ej., variables relacionadas con la aparición y mantenimiento de las obsesiones). Así mismo, realizar la entrevista sobre obsesiones e intrusiones facilitará que el paciente se dé cuenta de cómo emplea de modo diferente sus valoraciones o estilo de razonamiento en función de que se trate de una intrusión o una obsesión, algo que permitirá la reflexión guiada sobre el papel que estos elementos juegan en el desarrollo y mantenimiento del TOC.

Esta Tesis doctoral se desarrolló con el fin de responder a diferentes cuestiones que consideramos relevantes para la investigación en el campo del TOC, y que planteamos en el Capítulo 3. Los resultados obtenidos nos ayudan a responder, al menos en parte a estas cuestiones, y abren muchas otras preguntas. Respecto a las primeras cuestiones que nos planteábamos (i.e., ¿es el TOC un trastorno de la percepción o de imaginación? ¿las intrusiones se dan en un contexto diferente al de las obsesiones? ¿podría ser el contexto un elemento clave diferenciador entre obsesiones clínicas e intrusiones? ¿el contexto tiene relación con el contenido obsesivo?), en base a nuestros resultados, no podemos concluir que el TOC sea un trastorno de la imaginación dado que nuestros resultados no confirman que las obsesiones aparezcan más que las intrusiones sin un vínculo en el aquí y ahora, lo que pone en duda la hipótesis del modelo inferencial que sugiere que las obsesiones siempre vienen de

uno mismo, de la imaginación del paciente y nunca del contexto. Sin embargo, nuestros resultados tampoco indican que debamos excluir esta posibilidad ya que el contexto parece no ser clave pero sí tener cierta relevancia y puede que esta difiera según contenidos obsesivos, algo que es necesario continuar investigando. En segundo lugar, en relación al papel del sí mismo (¿qué papel juega el sí mismo? ¿y el miedo al sí mismo? ¿los contenidos obsesivos están asociados a áreas específicas y relevantes de su identidad?), podemos afirmar que tanto el sí mismo como el miedo al sí mismo son constructos relevantes en el TOC y parece que, efectivamente, el segundo tiene una relación más significativa con las obsesiones clínicas y quizás más con aquellas de contenido repugnante o autógeno. En tercer lugar, y en relación a las cuestiones referidas al estilo de razonamiento (¿las personas con TOC emplean un razonamiento normal para sus intrusiones y patológico para sus obsesiones? ¿son estas narrativas correspondientes a las obsesiones diferentes a las que hay detrás de las intrusiones? ¿existe una relación entre estas narrativas y el nivel de razonamiento inductivo erróneo?), podemos afirmar que la población clínica con diagnóstico de TOC muestra niveles de confusión inferencial significativamente mayores que la población general, que las narrativas a la base de las dudas obsesivas están significativamente más elaboradas que las de las intrusiones, y que ambas comparten una serie de herramientas de razonamiento generales. Sin embargo, necesitamos ahondar más sobre si realmente las herramientas de razonamiento específicas del TOC según el modelo inferencial son tan específicas y si realmente representan un factor diferencial entre ambos tipos de narrativas, algo que no queda claro en los resultados de nuestros estudios y que creemos que merece más investigación antes de llegar a conclusiones estables, así como la relación entre las características de las narrativas y el nivel de confusión inferencial. Por lo tanto y para concluir, la propuesta del modelo inferencial de que intrusiones y obsesiones son dos fenómenos diferentes que se distinguirían, entre otros, por el contexto de aparición, su relación con el sí mismo temido y las narrativas,

no parece confirmarse aunque los resultados al respecto sugieren la necesidad de seguir trabajando en esta línea, dado que dejan claramente entrever que, si estos constructos no tienen un papel clave en el TOC, al menos sí tienen cierta relevancia, por lo que deberíamos darles el lugar que les corresponde e integrarlos en los modelos cognitivo conductuales específicos para el TOC y, consecuentemente, en la práctica clínica.

CAPÍTULO 9

Conclusiones

Las principales conclusiones que se pueden extraer de este trabajo son las siguientes:

1. La versión en castellano del Cuestionario de confusión inferencial es una herramienta apropiada para valorar el nivel de dicho constructo en población española (objetivo 1.1); el nivel de confusión inferencial está positiva y significativamente relacionado con los síntomas obsesivo-compulsivos (objetivo 1.2); el nivel de confusión inferencial parece ser un criterio diferenciador entre población clínica con TOC y población general (objetivo 1.3) (Estudio Preliminar 1).

2. La versión en castellano del cuestionario del miedo al sí mismo es una herramienta apropiada para valorar dicho constructo en población española (objetivo 2.1); el miedo al sí mismo se asocia significativamente con síntomas obsesivo-compulsivos especialmente con las obsesiones de tipo autógeno/ repugnante (objetivo 2.2) (Estudio Preliminar 2).

3. Los datos sugieren que obsesiones e intrusiones surgen en contextos similares caracterizados por un estado emocional negativo, un elevado nivel de estrés, relacionado con experiencias estresantes y en la mayoría de los casos con algún tipo de precipitante ambiental o contextual (objetivo 3.1); con respecto a la línea temporal, sí parece existir una diferencia entre obsesiones e intrusiones: una vez las obsesiones se asientan, tienden a surgir más en contextos inapropiados que las intrusiones (objetivo 3.2); la relación entre el contexto y el contenido es independiente en la primera aparición pero esto cambia en la última aparición, de forma que tanto intrusiones como obsesiones autógenas parecen tener un vínculo indirecto con el contexto mientras que las obsesiones reactivas parecen surgir más espontáneamente (objetivo 3.3) (Estudio 1).

4. El sí mismo de los pacientes con TOC se caracteriza por un elevado nivel de inseguridad (objetivo 4.1); los pacientes con diagnóstico de TOC muestran niveles

significativamente más elevados de miedo a sí mismo que la población no clínica. Describen temer a un sí mismo imperfecto (objetivo 4.2); las obsesiones se relacionan con la descripción del sí mismo real, concretamente con atributos negativos del mismo, especialmente con la inseguridad; la relación de la intrusiones y el sí mismo real es menor que en el caso de las obsesiones. Esta relación entre descripción del si mimo y contenido de obsesiones/ intrusiones, es independiente del contenido (objetivo 4.3); el miedo al sí mismo se relaciona significativamente con las obsesiones y parece ser que el sí mismo temido más relacionado con los contenidos obsesivos es el sí mismo depresivo/ ansiógeno. La relación del miedo al sí mismo y las intrusiones fue baja. Tanto en el caso de las obsesiones como en el de las intrusiones, la relación es independiente del contenido (objetivo 4.4) (Estudio 2).

5. El nivel de confusión inferencial en población clínica es elevado (objetivo 5.1); las narrativas a la base de las obsesiones son significativamente más elaboradas (extensas) que las correspondientes a las intrusiones (objetivo 5.2); los pacientes emplean las mismas categorías de razonamiento general y específicas del TOC para justificar sus obsesiones y sus intrusiones (objetivo 5.3); los pacientes con mayores niveles de confusión inferencial presentan narrativas más elaboradas a la base de sus intrusiones, pero no se observan diferencias en las narrativas de sus obsesiones. Tampoco se encuentra relación entre el razonamiento inferencial erróneo y el uso de herramientas de razonamiento generales y herramientas de razonamiento específicas del TOC (objetivo 5.4) (Estudio 3).

Bibliografía

- Aardema, F., Emmelkamp, P. M. G., & O'Connor, K. (2005) Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 337–345.
- Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J. S., & Purcell-Lalonde, M. (2017). The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, 19–29. <https://doi.org/10.1002/cpp.2121>
- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 306-315. doi:10.1016/j.jocrd.2013.05.005
- Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23-37. doi:10.1891/jcop.17.1.23.58270
- Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 182–197. <https://doi.org/10.1891/088983907781494573>
- Aardema, F., O'Connor, K., Delorme, M.E & Audet, J.S (2016). The inference-based approach (IBA) to the treatment of obsessive–compulsive disorder: An open trial across symptom subtypes and treatment-resistant case. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 289-301.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293–308. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.003>
- Aardema, F., O'Connor, K. P., & Emmelkamp, P. M. G. (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3), 138–147. <http://doi.org/10.1080/16506070600621922>

- Aardema, F., Pélissier, M. C., O'Connor, K. P., & Lavoie, M. (2009). The quantification of doubt in obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 188–205
- Aardema, F., Radomsky, A. S., O'Connor, K. P., & Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 227–238. <https://doi.org/10.1002/cpp.581>
- Aardema F., & Wong S.F (2019) Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model (Manuscript to be published)
- Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J. S., Melli, G., & Baraby, L. P. (2018). Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1111/bjc.12214
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K. P., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 448–462. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9157-x>
- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Abramowitz, J.S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., & Storch, E.A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and

compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34, 206-217.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.004>

Abramowitz, J.s., Khandker, M., Nelson, C., Deacon, B. & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive–compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1361-1374.

Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 489-497.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-540. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00026-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00026-8)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153

Anholt, G. E., Emmelkamp, P. M. G., Cath, D. C., Van Oppen, P., Nelissen, H. y Smit, J. H. (2004). Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 529-537.

Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S.J. Rachman, & M.A. Richter (Eds), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.

Audet, J.-S., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal*

of *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96–106.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.04.003>

Aybar-Zurita, R. (2007). Factores estresantes y familia de riesgo social. *Formación médica continuada en atención primaria*, 14, 60-74

Bados A. (2005) Trastorno Obsesivo-Compulsivo Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona

Baer, L., & Jenike, M. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.

Belloch, A., Cabedo, E. & Carrió, C. (2011). *TOC. Obsesiones y compulsiones*. Tratamiento cognitivo. Madrid: Alianz

Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2008). Empirically Grounded Clinical Interventions: Cognitive Versus Behaviour Therapy in the Individual Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in Cognitions and Clinically Significant Outcomes at Post-Treatment and One-Year Follow-Up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 521. <http://doi.org/10.1017/S1352465808004451>.

Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Fernández-Alvarez, H., García, F. & Larsson, C. (2011). Group versus individual cognitive treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Research*, 187, 174-179.

Belloch, A., Carrió, C., Cabedo, E., & García-Soriano, G. (2015). Discovering what is hidden: The role of non-ritualized covert neutralizing strategies in obsessivecompulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 180-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.006>

Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C. & Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 573-580

Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2007). Obsessive themes, evaluative

appraisals, and thought control strategies : Testing the autogenous-reactive model of obsessions 1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 5–20.

Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: Which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89.

Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V, García-Soriano, G., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 376–88.

Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 94–106

Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E., & Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 249–256

Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C. & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 257-264

Bellodi L., Sciuto G., Diaferia G., Ronchi P. & Smeraldi E (1992) Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder *Psychiatry Research* 42(2), 111-120.

Bhar, S. S., & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1845-57.<http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.005>

Black, D.W., Yates, W.R., Noyes, R., Pfohl, B., Kelley, M. Pharm, D. (1989). DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive study volunteers: A controlled study. *Journal of Personality Disorders*,3,58-62

- Bouvard, M. (Ed.). (2002). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment and Treatment*. Oxford: Elsevier.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A. & Barlow, D.H. (Ed.). (1993). *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford
- Brown, T.A., O'Leary, T.A & Barlow, D.H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Nueva York: Guilford
- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Jimenez, A. & Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 465-479.
- Cabedo, E., Morillo, C., Carrió, C., Belloch Fuster, A. & Lucero, M. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 235–250.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 263–84. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.001>
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. a, Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1347–60. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.005>
- Calamari, J. E., Chik, H. M., Pontarelli, N. K., & DeJong, B. L. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. New York: Oxford University Press.

- Careau, Y., O'Connor, K.P., Turgeon, L., & Freeston, M.H. (2012) Childhood experiences and adult beliefs in obsessive-compulsive disorder: evaluating a specific etiological model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 236-256.
- Cottraux, J., Note, I., Nan Yao, S., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M. & Dartigues, J-F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.;
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 783-792. doi:10.1177/0146167299025007002
- Chik, H. M., Calamari, J. E., Rector, N. a, & Riemann, B. C. (2010). What do low-dysfunctional beliefs obsessive-compulsive disorder subgroups believe? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 837-46. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.006>
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioural therapy for OCD*. New York: The Guildford Press.
- Clark, D.A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press
- Clark, D. A., & O'Connor, K. (Ed.). (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Clark, David A., & Inozu, M. (2014). Unwanted intrusive thoughts: Cultural, contextual, covariational, and characterological determinants of diversity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.002>
- Clark, D.A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 655-669

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crino R.D & Andrews G.,(1996) Obsessive Compulsive Disorder and Axis I comorbidity, *Journal of Anxiety Disorders*,10,37-46
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 24, 195–205
- Del Borrello, L. & O'Connor, K. (2014). The role of obsessive beliefs and inferential confusion in predicting treatment outcomes for different subtypes of obsessive compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7, 43-66
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. New York: Graywind Publications Inc.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive-compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432. doi:10.1016/j.cpr.2005.02.002
- Doron , G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 433–444.
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self beliefs in obsessive–compulsive disorder (OCD). *Anxiety and Depression*, 25, 874–884
- Eddy K.T., Dutra L., Bradley R.,& Westen D. (2004) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder, 24(8),1011-30.
- Emerson, L. M., Heapy, C., & Garcia-Soriano, G. (2018). Which Facets of Mindfulness Protect Individuals from the Negative Experiences of Obsessive Intrusive Thoughts? *Mindfulness*, 9(4), 1170–1180. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0854-3>

- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, F. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139–145.
- Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (Ed.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- Ehnholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 771–781.
- Fernández Ballesteros R., (1987) Ciencia, ideología y política en evaluación de programas. *Revista de Psicología Social*, Vol. 2 (1), 191-216
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1363-1374. doi:10.1016/j.brat.2004.10.005
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive–Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496.
- Foa, E. B., & Wilson, R. (1991). *Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam Books.
- Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor analysis with ordinal indicators: A Monte Carlo study comparing DWLS and ULS estimation. *Structural Equation Modeling*, 16, 625-641.
- Francis, J. J., Boldero, J. M., & Sambell, N. L. (2006). Self-Lines: A new, psychometrically sound, “user-friendly” idiographic technique for assessing self-discrepancies. *Cognitive Therapy and Research*, 30(1), 69–84. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9009-x>

- Freeston, M.H, Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H. & Bujold, A. (1997). Cognitivebehavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, O., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive – Compulsive Inventory — Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893–903
- García-Soriano, G. (2008). Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (INPIOS). Retrieved from *PsycTESTS*. <https://doi.org/10.1037/t23131-000>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D. a. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 474–482. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- García-Soriano, G., Clark, D. A., Belloch, A., del Palacio, A., & Castañeiras, C. (2012). Self-worth contingencies and obsessionality: A promising approach to vulnerability? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 196–202.
- García-Soriano, G., & Belloch, A. (2012). Exploring the role of obsessive-compulsive relevant self-worth contingencies in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry Research*, 198(1), 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.011>
- García-Soriano, G., & Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 441–448. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.005>
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 220, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.009>
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis.

European Eating Disorders Review, 22(3). <https://doi.org/10.1002/erv.2285>

- García-Soriano, G., Carrió, C., & Belloch, A. (2016). Psicopatología de las compulsiones de lavado en el trastorno obsesivo compulsivo: no todos los pacientes lavan por los mismos motivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 219-230. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.15901>
- Gangemi, A. Mancini, F., & Dar, R. (2015). An experimental re-examination of the inferential confusion hypothesis of obsessive-compulsive doubt. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 90-97
- Grabe, H., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H. & John U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 262-268.
- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Hezel, D.M, & Simpson, H.B (2019) Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal of Psychiatry* 61 (Suppl 1), 85-S92. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability - how magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5-15.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Higgins, E. T., Shah, J., & Friedman, R. (1997). Emotional responses to goal attainment: Strength of regulatory focus as moderator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 515-525

- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Insel, T.R. & Akiskal, H.S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1527-1533
- Julien D, O'Connor KP, Aardema F & Todorov C.(2006) The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1205–1216
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 366–383. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.004>
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2009). Intrusions related to obsessive-compulsive disorder: a question of content or context? *Journal of Clinical Psychology*, 65, 709–722. <https://doi.org/10.1002/jclp>
- Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2016). The Inference-Based Approach to Obsessive-Compulsive Disorder: A Comprehensive Review of its Etiological Model, Treatment Efficacy, and Model of Change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187-96. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.060>
- Karno M, Golding J.M., Sorenson S.B. & Burnam M.A (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- Karno, M. & Golding, J. M. (Ed.). (1991). *Psychiatry Disorder in America: The epidemiological catchment area study*. New York: The Free Press.

- Kaye, W.H., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 161, 2215-2221. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 106–113
- Kobak KA, Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ & HenkHJ (1998) Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*, 136(3), 205
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 57–62.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rheaume, J., Gagnon, F., Thibodeau, N., Dugas, M. J., & Fournier, S. (2000). Strategies Used With Intrusive Thoughts : A Comparison of OCD Patients With Anxious and Community Controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 179–187. <http://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.179>
- Lee, Han-Joo, Lee, S.-H., Kim, H.-S., Kwon, S.-M., & Telch, M. J. (2005). A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a nonclinical population: a test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(8), 999–1010. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.017>
- Lee, H., & Kwon, S. (2003). Two different types of obsession : autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11–29.
- Lensi, P.; Cassano, G. B.; Correddu, G.; Ravagli, S.; Kunovac, J. L. & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*; 169, 101-107
- Llorens Aguilar & García-Soriano, 2016. *Semi-structured interview of obsessions and intrusive thoughts in OCD*
- Llorens, S., & García-Soriano, G., 2016. *Self-description questionnaire*

- Llorens Aguilar S., Garcia-Soriano, G., Roncero, M., Barrada, J. R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2019). Validation of the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 69-74. doi:10.1016/j.jocrd.2018.12.006
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343
- Lozano-Vargas A.(2017) Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuropsiquiatría*. 80,1
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954–969
- Matsunaga H, Miyaga A, Iwasaki H, Matsui T, Fujimoto K, & Kiriike N. (1999) A comparison of clinical features among Japanese eating disordered women with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 337–342
- McLean PH.,Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Söchting I, Koch WJ, Paterson R., & Anderson KW (2001) Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*.69(2), 205-14
- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R., 2015 Fear of self and unacceptable thoughts in obsessive compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother*. doi: 10.1002/cpp.1950
- Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the s in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3, 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.006>
- Morillo, C., Belloch, A., & García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1319–1333. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.005>

- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Newth S. & Rachman SJ. 2001. The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 39,457–464.
- Neziroglu, F., Stevens, K., McKay, D., & YaryuraTobias, J. A. (2001). Predictive validity of the overvalued ideas scale: Outcome in obsessive compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 745–756.
- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 164–172. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.005>
- 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 I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- O'Connor, K. P., & Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 887–896.

- O'Connor K. P., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to modifying primary inferences in obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 1-17.
- O'Connor, K. (2002). Intrusions and inferences in obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 38–46. <https://doi.org/10.1002/cpp.303>
- O'Connor, K. P., Aardema, F., & Pelissier, M. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2007). Self Themes in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 179–181.
- O'Connor, K., & Aardema, F., (2012). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: Inference-based therapy*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009) An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders. *Cognitive and Behavioural Practice*, 16, 420-429.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Goulet, G., & Aardema, F. (2013) Distrust of the senses, imagined possibilities, reasoning errors and doubt generation in obsessional-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry: J Treat Eval*, 10, 65-71
- O'Connor, K. (2014). Introduction to the special issue: Behavioral, cognitive, and emotional processes and symptom change during inference-based therapy for obsessional compulsive disorder. *Int J CognTher*, 7, 1-5.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*, 10a edición. (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Pélissier, M.-C., O'Connor, K.P., & Dupuis, G. (2009) When doubting begins: Exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 39-49

- Polman A., O'Connor K., & Huisman M. (2011) Dysfunctional belief-based subgroups and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences* 50(2):153-158DOI: 10.1016/j.paid.2010.09.017
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 713–720
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 6(2), 102–110.
- Purdon C., Cripps E., Faull M., Joseph S., & Rowa, K. (2007) Development of a measure of ego-dystonicity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 198-21
- Purdon, C., Rowa, K. & Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93-108
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99. [http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402\(81\)90007-2](http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402(81)90007-2)
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802. doi:10.1016/S0005-7967(97)00040-5
- Rachman, S.J. (2003) *The Treatment of Obsessions*. Oxford: Oxford University Press
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233–248. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. EnglewoofCliffs, NJ: Prentice-Hall
- Rachman, S.J., & Shafran, R. (Ed.). (1998). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. Nueva York: Guilford Press.

- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.002>
- Rassin, E., Cogle, J. R., & Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2800–2803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.006>
- Rassin, E., & Muris, P. (2007). Abnormal and normal obsessions: a reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1065–1070. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.05.005>
- Renshaw, K. D., Caska, C. M., Rodrigues, C. S. & Blais, R. K. (Ed.). (2011). *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. Oxford: Oxford University Press
- Roncero, M., Perpiñá, C., & García-Soriano, G. (2011). Study of obsessive compulsive beliefs: Relationship with eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 457–470.
- Roncero, M., Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2017). Sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno obsesivo-compulsivo: un estudio retrospectivo. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*, XXVI(II). <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1016>
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: Clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197(3), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005>
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1453–65.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <http://doi.org/10.1038/mp.2008.94>

- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583. doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6
- Salkovskis, P.M. & Kirk, J. (Ed.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (Ed.). (1996). *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford
- Salkovskis, P. M. & Forrester, E. (Ed.). (2002). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment and Treatment*. Oxford: Pergamon.
- Salkovskis, P. M. & Wahl, K. (Ed.). (2003). *Cognitive Therapy Across the Lifespan: Evidence and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sánchez Meca, J., Gómez, A. & Méndez, F.X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 11, 213-237
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127
- Steketee, G. S., Grayson, J. B., & Foa, E. B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 197-201.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89(3), 229-238. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00104-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00104-3)
- Steketee, G., Quay, S., & White, K. (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 359-367.

- Summerfeldt, L. J., Huta, V. & Swinson, R. P. (Ed.). (1998). *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*. Nueva York: Guilford Press
- Taillon, A., O'Connor, K., Dupuis, G., & Lavoie, M. (2013). Inference-based therapy for body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 67–76.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive-compulsive disorders: A cognitive and neuropsychological perspective*. New York: Wiley.
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., McKay, D., Kim, S-K., Carmin, C., & Tolin, D. F. (2010). How Are Dysfunctional Beliefs Related to Obsessive-Compulsive Symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 165-176.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 85–97. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.11.005>
- Tolin, D. F., Woods, C. M. & Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., & Maltby, N.(2006) Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders.*Behaviour Research and Therapy* 44(4):469-80
- Torres,A.R., Prince,M.J., Bebbington,P.E., Bhugra,D., Brugha,T.S., Farrell,M.,...Singleton,N. (2006).Obsessive compulsive disorder:prevalence, comorbidity,impact, andhelpseekingin the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am.J.Psychiatry*,163,1978–1985.
- Vallejo, M.A. (Ed.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide

- Van Balkom, A. J. L. M., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., & van Dyk, R. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 492-499.
- Van Balkom, A.J.L.M., van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., van Dyck, R., Nauta, M.C.E. & Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- van Oppen P., & Arntz, A. (1994) Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1):79-87.
- Veale, D. (2002) Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 383–40.
- Viar, M. A., Bilsky, S. A., Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2011). Obsessive beliefs and dimensions of obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 108-117
- Von Ranson, K. M., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R., & Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1703-1708.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior therapy*, 29(3), 357-370. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(98\)80037-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(98)80037-3)
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & Malean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-1576.
- Wu K, Aardema F & O'Connor K (2009) Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders* 23(6): 746–752

Yorulmaz, O., Dirik, G., Karaali, O., & Uvez, E. (2010). The psychometric properties of the Inferential Confusion Scale based in Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Turk Psikiyatri Derg*, 21, 135-142

Anexos

HOJA DE RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES (POBLACIÓN CLÍNICA)



¿QUIERES PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN SOBRE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?

BUSCAMOS VOLUNTARIOS

Estamos desarrollando un estudio sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en la Universidad de Valencia (España) con el objetivo de conocer mejor las características del trastorno y poder mejorar los tratamientos terapéuticos actuales.

¿QUIÉN PUEDE PARTICIPAR?

Cualquier persona mayor de 18 años, de **cualquier nacionalidad**, capaz de **hablar y comprender español y/o inglés** de forma fluida:

- **Con un diagnóstico de TOC.**
- **Sin trastorno psicológico.**

¿EN QUÉ CONSISTE LA PARTICIPACIÓN?

- Completar una entrevista (presencial o por Skype) en español o inglés (tiempo estimado 1.5 minutos)
- Completar unos cuestionarios (tiempo estimado 45 minutos)
- Una vez finalizada la investigación, los participantes interesados se les proporcionará una **valoración individualizada de los resultados**, que podrán 15/1999 de 13 de diciembre consultar en un link que se publicará en este mismo blog.

¿CONLLEVA ALGÚN PELIGRO?

- No
- Se trata de obtener información sobre los pensamientos intrusivos y obsesiones, tanto en población con TOC como en población general.
- El estudio es totalmente anónimo y se ajusta a lo establecido por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Los datos obtenidos serán anónimos y serán tratados única y exclusivamente con fines de investigación.
- Además ha recibido la aprobación comité ético de la Universitat de València

¿QUÉ HAGO SI ESTOY INTERESADO?

Para mostrar interés u obtener más información sobre el estudio, los datos de contacto son:

Sara Llorens Aguilar
Email: sllorens@cop.es
Teléfono 670 55 37 53

Os estamos muy agradecidos por vuestra colaboración.

DO YOU WANT TO TAKE PART IN A RESEARCH ABOUT THE OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER?

WE SEARCH FOR VOLUNTEERS

We develop a research study about the Obsessive Compulsive Disorder (OCD) at the University of Valencia (Spain). Our aim is to acquire a better knowledge of this disorder in order to improve the current psychological treatments.

WHO CAN TAKE PART?

Anyone older than 18, **from any nationality and able to speak/ understand Spanish or/and English fluently:**

- Withan OCD diagnosis.
- With no psychological disorder.

WHAT WOULD I HAVE TO DO?

- You will pass a clinical interview (face-to-face or by Skype) in Spanish or in English (1.5 h aprox.)
- You will complete some questionnaires (45 minutes aprox.)
- Once the study research will be finished, those who are interested **will obtain a personal assessment of their results** through a link that we will published in this blog.

IS THERE ANY KIND OF RISK?

- No.
- The aim is to obtain more information about intrusive thoughts and obsessions, in both samples OCD population and general population.
- In accordance with the Organic Law 15/1999 on the Protection of the Personal Data, we inform you that your personal information will be completely anonymous and will be used only with research purposes
- The study has obtained the approval of the ethical committee at the University of Valencia.

WHAT TO DO IF I AM INTERESTED:

If you are interested in the study or you want to ask for more information, please contact to:

Sara Llorens Aguilar

Email: sllorens@cop.es

Phone: 670 55 37 53

We really appreciate your collaboration.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (POBLACIÓN GENERAL)

Código identificación _____

CONSENTIMIENTO

Acepto participar en este estudio, dirigido por la Dra. Gemma García, en la Universitat de València (Facultad de Psicología), de forma absolutamente voluntaria.

Asimismo, doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.

En _____, a _____ de _____ de 20__

Firmado

Nombre y apellidos:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

Estudio de investigación en el TOC

Nos gustaría invitarle a participar en una investigación sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo que estamos llevando a cabo desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia. Antes de que decida si quiere o no formar parte de este estudio es importante que entienda por qué lo estamos llevando a cabo y qué implicaría su participación. Por favor, tómesese su tiempo para leer detenidamente la siguiente información.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

Nuestro objetivo es investigar nuevas relaciones entre el Trastorno Obsesivo Compulsivo y factores hasta ahora no estudiados en profundidad para poder desarrollar nuevas estrategias terapéuticas que puedan beneficiar a los pacientes con este trastorno que hoy en día no consiguen mejoría con los tratamientos actuales.

¿Quién puede participar en este estudio?

Nos gustaría invitar a participar en este estudio a hombres y mujeres de entre 16 y 65 años de edad, tanto si padecen el trastorno (estando o no en tratamiento psicológico y/o farmacológico) como si no. La participación en esta investigación conlleva responder a las preguntas de una entrevista clínica y completar algunos cuestionarios. Por lo tanto, no hay preguntas correctas o incorrectas y no es necesario tener ningún conocimiento previo para participar.

¿Qué implicaría su participación?

Si acepta participar en esta investigación le solicitaremos que realice una entrevista (ésta podrá realizarse vía Skype o de forma presencial) y complete una serie de cuestionarios. El tiempo estimado de la participación estará entre 1h-1:30h. Sus respuestas serán completamente confidenciales y su anonimato estará preservado en todo momento.

¿Qué uso se va a hacer de las respuestas obtenidas?

Las respuestas de todos los participantes de esta investigación serán tratadas siempre de forma global. El análisis de estos datos se hará siempre desde un punto de vista estadístico y descriptivo.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio no dude en ponerse en contacto con el equipo investigador en la siguiente dirección de correo electrónico: sllorens@cop.es

Le agradecemos su interés y su colaboración en este estudio.

- Acepto participar en esta investigación.

- He leído y entendido la información proporcionada más arriba en la que se informa de las características del estudio, y entiendo que implica mi participación en este estudio.

- Entiendo que mi participación es voluntaria y anónima, y que puedo abandonar mi participación en cualquier momento a lo largo de la recogida de datos

-Doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.

En.....a.....de.....de.....

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

EDAD: _____

PROFESIÓN: _____

SEXO: Varón Mujer

ESTADO CIVIL:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto

NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios o elementales Medios Superiores (universitarios) ESTUDIOS QUE ESTÁS CURSANDO: Grado en _____;
Máster en _____ Otro: _____¿Tienes algún problema de salud mental que en la actualidad haya requerido atención especializada? SI NO

☞ A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN UNA SERIE DE CUESTIONARIOS A LOS QUE TIENES QUE CONTESTAR SEGÚN LAS INDICACIONES CONCRETAS QUE SE DAN EN CADA UNO DE ELLOS.

☞ POR FAVOR, RESPONDE CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y ASEGÚRATE DE QUE RESPONDES A TODAS LAS PREGUNTAS.

☞ TEN EN CUENTA QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. ÚNICAMENTE NOS INTERESA CONOCER TU PROPIA EXPERIENCIA

TODOS LOS DATOS SERÁN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE

CUESTIONARIO DE CONFUSIÓN INFERENCIAL- VERSIÓN EXTENDIDA (ICQ-EV)

Por favor, valora tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones utilizando la siguiente escala:

- 1 = Muy en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Algo en desacuerdo
- 4 = Algo de acuerdo
- 5 = De acuerdo
- 6 = Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5	6
1. A veces estoy más convencido de lo que podría ser que de lo que en realidad veo.						
2. A veces invento historias sobre ciertos problemas que podrían darse sin prestar atención a lo que realmente estoy viendo.						
3. Algunas veces ciertas ideas descabelladas me parecen tan reales que podrían estar ocurriendo.						
4. A menudo mi mente empieza a correr y me surgen todo tipo de ideas descabelladas.						
5. Puedo quedarme fácilmente absorto en posibilidades remotas que vivo como si fueran reales						
6. A menudo confundo situaciones diferentes como si fueran la misma.						
7. A menudo relaciono ideas o situaciones en mi cabeza que resultarían descabelladas para cualquier otra persona, incluso para mí.						
8. A veces, ciertos pensamientos perturbadores ensombrecen todo lo que me rodea.						
9. A veces olvido quién soy o dónde me encuentro cuando me quedo absorto en ciertas ideas o historias.						
10. A veces mi imaginación es tan						

fuerte que me bloqueo y soy incapaz de ver las cosas de otra forma.						
11. Invento reglas arbitrarias a través de las cuales siento que tengo que vivir.						
12. A menudo no puedo decir si algo es seguro porque las cosas no son lo que parecen ser.						
13. A veces todas las posibilidades descabelladas que pasan por mi cabeza me parecen reales.						
14 A veces me quedo tan absorto en ciertas ideas que soy totalmente incapaz de ver las cosas de forma diferente, aunque lo intente						
15. Para decir si hay o no un problema tiendo a buscar más lo que pudiera ser que lo que en realidad ocurre.						
16. Aunque no tenga evidencias reales de un problema concreto, mi imaginación puede convencerme de lo contrario.						
17. La mera idea de que podría haber un problema o de que algo va mal, para mí es prueba suficiente de que lo hay.						
18. Puedo quedarme tan atrapado en algunas de mis ideas que llego a olvidarme de todo lo que me rodea.						
19. A menudo, cuando estoy seguro/-a de algo, me viene algún pequeño detalle a la cabeza y me hace dudar de todo						
20. A veces llego a tener razones descabelladas sobre el por qué de un problema o de algo que no vaya bien y de repente esas razones empiezan a parecerme reales.						
21. A menudo me resulta imposible deshacerme de ciertas ideas porque no dejo de pensar en posibilidades						

que las confirman.						
22. Mi imaginación puede hacer que pierda confianza en aquello que realmente percibo.						
23. A menudo una mera posibilidad me impacta tanto como la realidad en sí misma.						
24. Incluso teniendo todo tipo de pruebas en contra de la existencia de un problema en concreto, sigo sintiendo que ocurrirá.						
25. Incluso la más mínima posibilidad puede hacerme perder la confianza en lo que sé.						
26. Puedo imaginar algo y acabar viviéndolo como si fuera real						
27. A menudo me preocupo más con algo que no puedo ver que con algo que sí puedo ver.						
28. A veces me vienen a la cabeza posibilidades raras que siento como reales.						
29. A menudo reacciono ante una situación que podría ocurrir como si realmente estuviera ocurriendo.						
30. A veces no puedo decir si todas las posibilidades que me vienen a la cabeza son reales o no.						

Traducido al castellano por Sara Llorens y Gemma García-Soriano con permiso de los autores.

Fear of Self Questionnaire (FSQ-20)

Por favor, valora tu nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases utilizando esta escala.

1	2	3	4	5	6
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

	Responde (del 1 al 6)
1. A menudo me cuestiono mi propio carácter	
2. Requiere atención constante asegurarme de que pienso y me comporto correctamente.	
3. A menudo me preocupo sobre lo que mis propios pensamientos puedan revelar sobre mi carácter	
4. Temo ser quizás una persona violenta o loca.	
5. Me puedo imaginar fácilmente como el tipo de persona que debería sentirse culpable	
6. A menudo cuestiono mi moralidad	
7. A menudo cuestiono mi propia cordura.	
8. A menudo me cuestiono mi propia identidad.	
9. A menudo me cuestiono mis propias intenciones o deseos.	
10. A veces me asusta mirar dentro de mí mismo porque temo lo que pueda encontrar.	
11. Siento como si una parte mala de mí estuviera siempre intentando expresarse	
12. Me preocupa ser el tipo de persona que pueda llegar a hacer cosas muy inmorales	
13. A menudo me preocupa tener malas intenciones.	
14. Me asusta el tipo de persona que podría ser.	
15. A menudo me culpo a mí mismo de haber hecho algo mal.	

1	2	3	4	5	6
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

16. Me asusta pensar en el tipo de persona en la que puedo convertirme si no soy muy cuidadoso.	
17. A menudo dudo sobre si soy una buena persona	
18. Me asusta convertirme en el tipo de persona que detesto	
19. A menudo tengo la sensación de que no muestro de forma honesta la realidad negativa dentro de mí.	
20. Debo ser muy cuidadoso para evitar hacer algo horrible	

FSQ, Frederick Aardema & Adam Radomsky (2008). Traducido al castellano por Sara Llorens y Gemma García-Soriano con permiso de los autores.

The Depression Anxiety Stress Scale-DASS 21

POR FAVOR, INDIQUE EN QUÉ MEDIDA HA EXPERIMENTADO LAS SENSACIONES O ESTADOS DE ÁNIMO SIGUIENTES DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

1	Me resultó difícil estar tranquilo/a, no sentir presión	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
3	No conseguí tener sentimientos positivos	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
4	Tuve dificultades para respirar (por ej., respiración excesivamente rápida, o quedarme sin aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
5	Me resultó difícil tener ganas de hacer cosas	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
6	Tuve tendencia a reaccionar exageradamente en ciertas situaciones	No me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
7	Sentí temblores (por ejemplo, en las manos o en las piernas)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
8	Me sentí muy nervioso	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
9	Estuve preocupado por situaciones en las que me asusto y hago el ridículo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
10	Sentí que no había nada que me hiciese ir adelante, que no tenía nada que esperar	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
11	Sentí que yo solo me ponía nervioso a mi mismo	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
12	Me resultó difícil relajarme	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
13	Me sentí desanimado y triste	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
14	No toleraba que algo me impidiera hacer lo que tenía que hacer	Nunca, no me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
15	Estuve a punto de entrar en pánico	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
16	Me sentí incapaz de entusiasmarme con nada	Nunca, no me pasó	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
17	Sentí que no valía mucho como persona	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
18	Sentí que estaba susceptible, irritable	Nunca lo sentí	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
19	Sentía el latido de mi corazón sin hacer ningún esfuerzo físico (por ej., sentir el corazón acelerado, o que perdía algún latido)	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
20	Sentí miedo sin ninguna razón, sin motivo	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Casi todo el tiempo

OCI-R

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe CUÁNTO malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

0= En absoluto/Ninguno/Nada
 1= Un poco
 2= Bastante
 3= Mucho
 4= Muchísimo

1. Acumular cosas hasta el punto que le estorban.	0	1	2	3	4
2. Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario.	0	1	2	3	4
3. Que las cosas no estén bien ordenadas.	0	1	2	3	4
4. Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas.	0	1	2	3	4
5. Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas.	0	1	2	3	4
6. No poder controlar sus propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumular cosas que no necesita.	0	1	2	3	4
8. Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9. Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Tener necesidad de repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a.	0	1	2	3	4
12. Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad.	0	1	2	3	4
13. Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después.	0	1	2	3	4
14. Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/apagado.	0	1	2	3	4
15. Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera.	0	1	2	3	4
16. Sentir que existen números buenos y malos.	0	1	2	3	4
17. Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

The Obsessive-compulsive Inventory short version. Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002) *Psychological Assessment*, 14, 485-405. Traducción española de Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andino, O., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2004). *Anxiety Disorders*.

OCSQ-S

Instrucciones:

Todas las personas tenemos características, cualidades o valores personales que influyen en cómo nos comportamos. Intentamos hacer cosas que nos hacen sentir bien con nosotros mismos y que aumenten nuestra autoestima. Y por otro lado, tendemos a evitar todo aquello que nos hace sentirnos mal con nosotros mismos, o que disminuye nuestra autoestima. Sin embargo, otras características o valores pueden ser menos importantes para nosotros, y, por lo tanto, afectan muy poco a nuestra autoestima, es decir, a la opinión que tenemos de nosotros mismos.

Por favor lee las siguientes afirmaciones y **RODEA EL NÚMERO** que indica en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Si no hago caso a mis valores religiosos o morales, siento que pierdo el respeto hacia mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
2. Me encuentro mejor conmigo mismo si sé que he hecho todo lo posible para evitar que los demás se contagien con mis gérmenes	1	2	3	4	5	6	7
3. Me siento bien conmigo mismo cuando sé que he hecho todo lo posible para proteger la salud y seguridad de las personas que me rodean	1	2	3	4	5	6	7
4. Me resulta muy difícil tirar cosas, incluso las poco importantes, porque quedarme sin ellas hace que me sienta mal conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
5. Cuando siento que mi ropa está aseada y limpia, aumenta mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando siento que algo que he hecho está "bien", o "exactamente como tiene que estar" me siento mucho mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
7. Traer a casa cosas nuevas hace que me encuentre especialmente bien conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
8. Ser ordenado y organizado hace que me sienta mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento mucho mejor conmigo mismo si cumplo con mis prácticas y creencias religiosas (por ej., si he ido a misa, he rezado, he leído los textos sagrados, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
10. Me encuentro mejor conmigo mismo cuando hago las cosas siguiendo un determinado orden o secuencia	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo más confianza en mí mismo cuando sé que he conseguido reducir al máximo los riesgos	1	2	3	4	5	6	7
12. Es importante para mi autoestima ser educado con cualquier persona con la que me encuentre	1	2	3	4	5	6	7
13. Para sentirme bien conmigo mismo mis actos o mis decisiones deben basarse en mis creencias y valores religiosos o morales	1	2	3	4	5	6	7
14. Sería difícil que me perdonara a mí mismo si, de forma accidental, le hiciera daño a alguien (aunque fuera un daño pequeño)	1	2	3	4	5	6	7
15. Me hace sentir bien conmigo mismo ser más cuidadoso y meticuloso que el resto de la gente	1	2	3	4	5	6	7
16. Para encontrarme bien conmigo mismo, es importante sentir la salvación y el perdón de Dios en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
17. Si no encuentro alguna cosa en mi casa o en el trabajo me siento mal y me critico a mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
18. La posibilidad de haber sido grosero con alguien me provocaría bastante vergüenza y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
19. Si me deshago de algún objeto, por insignificante que sea, y después lo necesito, me siento muy mal conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
20. Solo el mero hecho de pensar en ser cruel o descuidado con los animales, haría que me avergonzara de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
21. No me sentiría bien conmigo mismo si la gente pensara que huelo mal	1	2	3	4	5	6	7
22. No puedo sentirme bien conmigo mismo si he tenido algún contacto físico con otras personas, especialmente si son extraños (por ej., rozarme con alguien de forma accidental)	1	2	3	4	5	6	7
23. Ser capaz de conservar o guardar objetos aumenta mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
24. La posibilidad de haber podido ocasionar algún daño a otra persona disminuiría mi respeto hacia mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento peor conmigo mismo cuando en mi casa las cosas están "fuera de su sitio"	1	2	3	4	5	6	7
26. Mi autoestima mejora cuando he seguido mis principios morales y religiosos	1	2	3	4	5	6	7
27. Coleccionar objetos hace que me sienta mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
28. Es importante para mi autoestima esforzarme por mantener mi integridad moral y sexual	1	2	3	4	5	6	7
29. No me respetaría a mí mismo si hubiera el más mínimo indicio de perversión sexual en mi forma de ser	1	2	3	4	5	6	7
30. Cuando tengo dudas sobre mis convicciones religiosas o morales me siento mal conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
31. Me siento especialmente bien conmigo mismo si puedo dar un buen uso a alguna cosa por el mero hecho de haberla guardado	1	2	3	4	5	6	7
32. Me siento mejor conmigo mismo cuando tengo bajo control pensamientos o imágenes sexuales que considero sucias	1	2	3	4	5	6	7
33. Es importante para mi autoestima que mi mente no tenga ningún pensamiento sexual impuro	1	2	3	4	5	6	7
34. Cualquier indicio de deshonestidad por mi parte haría que me sintiera decepcionado conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
35. Me siento muy mal conmigo mismo si pienso que en mi vida hay pecados no confesados	1	2	3	4	5	6	7
36. Si tuviera pensamientos o fantasías de hacerle daño a alguien, me avergonzaría de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
37. Tengo normas morales estrictas sobre cuestiones sexuales, y seguirlas hace que me sienta mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
38. Mi autoestima depende mucho de saber que	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
trato bien a otras personas							
39. Para sentirme bien conmigo mismo es importante que los demás me consideren una persona amable y bondadosa	1	2	3	4	5	6	7

Obsessional Concerns and Self Questionnaire-Spanish version; OCSQ-S (G. Garcia-Soriano, 2006, Universidad de Valencia).

INPIOs²

Este cuestionario recoge un listado de pensamientos molestos o desagradables que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez. Estos pensamientos **INVADEN NUESTRA MENTE** en contra de nuestra voluntad, e **INTERRUMPEN** lo que estamos haciendo o pensando en ese momento. En muchas ocasiones puede ser **DIFÍCIL CONTROLARLOS**, es decir quitarlos de la mente, pararlos, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos.

Además, esos pensamientos resultan **MOLESTOS, DESAGRADABLES**, y en ocasiones hasta **INACEPTABLES**, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o porque van en contra de nuestras creencias, nuestros valores o nuestro sentido de la ética o la moralidad, o simplemente porque nos parecen raros o inoportunos.

Este tipo de pensamientos se denominan “INTRUSIONES MENTALES”, y pueden presentarse en nuestra mente de alguna o más de estas formas:

1. Como **IMÁGENES**, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
 2. Como una **NECESIDAD IMPERIOSA Y URGENTE** de hacer o decir algo
 3. O, simplemente como **PENSAMIENTOS** sobre algo.
- Nos interesa saber si tú has experimentado también **INTRUSIONES MENTALES**.
 - En las páginas siguientes encontrarás un listado de intrusiones mentales que fueron relatadas por estudiantes universitarios en estudios previos. Junto a cada pensamiento hay una escala que va de “0” (nunca la he experimentado) a “6” (la experimento continuamente, todo el tiempo).
 - Te pedimos que indiques **CON QUÉ FRECUENCIA** tienes cada una de las intrusiones mentales de la lista. Recuerda que estas intrusiones pueden aparecer como **imágenes, como pensamientos, o como necesidades urgentes de hacer o decir algo**. No pienses demasiado en las respuestas. No hay contestaciones buenas o malas, ni válidas o erróneas. Todos los datos que obtengamos serán tratados confidencialmente, de modo que nadie pueda saber de quién son las respuestas. Por lo tanto, **responde con la máxima sinceridad**.
 - En la segunda parte del cuestionario, te pediremos que respondas algunas cuestiones relacionadas con la intrusión que te resulta más molesta.

©Basado en el Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROI, D.A. Clark & Ch. Purdon), por el grupo de investigación sobre el TOC. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia (España), en colaboración con Prof. Dr. David A. Clark, University of New Brunswick (Canadá). Información: Amparo.Belloch@uv.es

- 0. NUNCA:** "Nunca he tenido esta intrusión mental"
1. RARA VEZ: "He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"
2. OCASIONALMENTE: "He tenido este pensamiento algunas veces al año"
3. A VECES: "Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"
4. A MENUDO: "Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"
5. MUY A MENUDO: "Lo pienso a diario"
6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

Conduciendo, he tenido intrusiones mentales de:								
1.	Atropellar a alguien (peatones, animales, etc.) o provocar un accidente	0	1	2	3	4	5	6
2.	Chocar o estrellarme contra algo (un poste, un escaparate, un árbol, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Utilizando un objeto cortante (como un cuchillo, unas tijeras, etc.) o una herramienta, he tenido intrusiones mentales de:								
3.	Herirme o hacerme daño (con un cuchillo, unas tijeras, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
4.	Herir o hacer daño a alguien desconocido (con un cuchillo, unas tijeras, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
5.	Herir o hacer daño a una persona cercana (un familiar, un amigo)	0	1	2	3	4	5	6
Estando en un lugar alto (como un acantilado, un puente o un edificio alto, etc.), he tenido intrusiones mentales de:								
6.	Saltar al vacío	0	1	2	3	4	5	6
7.	Empujar a alguien al vacío	0	1	2	3	4	5	6
Estando cerca del tráfico, o de las vías del tren, del metro, etc., he tenido intrusiones mentales de:								
8.	Tirarme delante del tren, del metro, o de un coche	0	1	2	3	4	5	6
Estando con otras personas, y sin que nadie me haya provocado antes, he tenido intrusiones mentales de:								
9.	Agredir (pegar, golpear, empujar violentamente) a personas desconocidas, o a animales.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Agredir (pegar, golpear, empujar violentamente) a personas conocidas	0	1	2	3	4	5	6
Estando con otras personas, y sin que nadie me haya provocado, he tenido intrusiones mentales de:								
11.	Decir algo inadecuado, molestar, o insultar a alguien desconocido	0	1	2	3	4	5	6
12.	Decir una grosería o insultar a alguien conocido (familiares, amigos)	0	1	2	3	4	5	6
13.	Que llevo la bragueta desabrochada o la blusa abierta	0	1	2	3	4	5	6
Sin estar enfadado, y sin que nadie me haya provocado, he tenido intrusiones mentales de:								
14.	Robar o coger dinero (p.ej. en una tienda, a alguien, etc.), aunque en realidad no lo necesite para nada	0	1	2	3	4	5	6
15.	Romper o estropear a propósito algo (p. ej. un plato, un adorno, rayar un coche, "hacer una pintada", etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de:								
16.	Tener relaciones sexuales con una persona con la que nunca se me ocurriría tenerlas	0	1	2	3	4	5	6
17.	Participar en una actividad sexual que vaya en contra de mis preferencias sexuales (p. ej. hombre/mujer, animales, muertos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6

- 0. NUNCA:** "Nunca he tenido esta intrusión mental"
1. RARA VEZ: "He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"
2. OCASIONALMENTE: "He tenido este pensamiento algunas veces al año"
3. A VECES: "Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"
4. A MENUDO: "Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"
5. MUY A MENUDO: "Lo pienso a diario"
6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de:								
18.	Participar en una actividad sexual que me parezca inapropiada o repugnante.	0	1	2	3	4	5	6
19.	Tener relaciones sexuales en un lugar público	0	1	2	3	4	5	6
20.	Desnudar a, mirar los genitales de, o tener relaciones sexuales con, gente desconocida	0	1	2	3	4	5	6
Ante símbolos o imágenes religiosas, o en un lugar de culto, he tenido intrusiones mentales de:								
21.	Decir en voz alta una obscenidad o una blasfemia	0	1	2	3	4	5	6
22.	Insultar a una autoridad religiosa (un sacerdote, un rabino, una monja, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Así porque sí, sin ningún motivo especial, he tenido intrusiones mentales de								
23.	Imágenes relacionadas con temas repugnantes o escabrosos (por ej., muertos, violencia)	0	1	2	3	4	5	6
24.	Dudas existenciales sin sentido (por ej., sobre mí mismo, mis sentimientos, la vida, el mundo, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque un lugar (por ej., el despacho, mi casa, etc.) parezca ordenado, he tenido intrusiones mentales de:								
25.	Que los papeles, documentos, cheques, etc. están desordenados o fuera de su lugar	0	1	2	3	4	5	6
26.	Que determinados objetos (p. ej. muebles, ropa, CDs, etc.) no están correctamente ordenados, o no siguen un determinado orden (por ej., simetría, color, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
27.	Que determinadas cosas deben estar en "su" sitio	0	1	2	3	4	5	6
En mi vida cotidiana,								
28.	Necesito seguir un orden determinado para realizar algunas actividades como vestirme, desvestirme, lavarme, etc.	0	1	2	3	4	5	6
Estando en un lugar público, he tenido intrusiones mentales de:								
29.	Si me he contaminado o he podido contraer una enfermedad por tocar algo que han tocado desconocidos (p. ej. los pomos de las puertas, la tapa de un retrete, dinero, un teléfono público, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que seguramente no es cierto, he tenido intrusiones mentales de este tipo:								
30.	¿Me habré dejado encendido algo en casa? (por ej., el fuego de la cocina, la calefacción, el gas, la estufa, las luces, un cigarrillo, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
31.	¿Me habré dejado la puerta o las ventanas de la casa sin cerrar y puede haber entrado alguien?	0	1	2	3	4	5	6
32.	¿Me habré dejado algún grifo abierto?	0	1	2	3	4	5	6
33.	¿Habré cometido algún error en el trabajo o en la escuela? (por ej., no haber respondido bien al examen, no haber tomado bien las notas, no haber escrito bien las direcciones, no haber contado bien el dinero, no haber entendido o escrito bien un texto, etc.)	0	1	2	3	4	5	6

34.	¿Habré dejado algo peligroso (p. ej. cristales, productos tóxicos, etc.) en un lugar al que pueden acceder los niños?	0	1	2	3	4	5	6
35.	¿Habré olvidado algo importante?	0	1	2	3	4	5	6

- 0. NUNCA:** "Nunca he tenido esta intrusión mental"
1. RARA VEZ: "He tenido este pensamiento una o dos veces en toda mi vida"
2. OCASIONALMENTE: "He tenido este pensamiento algunas veces al año"
3. A VECES: "Tengo este pensamiento una o dos veces al mes"
4. A MENUDO: "Tengo el pensamiento una o dos veces por semana"
5. MUY A MENUDO: "Lo pienso a diario"
6. SIEMPRE: "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

De repente, y aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
36.	Si habré hecho o no alguna tarea (por ej., "¿regué las plantas?")	0	1	2	3	4	5	6
37.	Si puedo haberme hecho daño, o contraído alguna enfermedad	0	1	2	3	4	5	6
38.	Si puedo haber provocado una desgracia involuntariamente	0	1	2	3	4	5	6
39.	Si puedo haber ofendido a alguien sin darme cuenta	0	1	2	3	4	5	6
40.	Si necesitaré más adelante algo que iba a tirar porque hace tiempo que no utilizo (por ej., ropa vieja, periódicos, bolsas o cajas vacías, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
41.	Estar sucio o contaminado aunque no haya tocado nada sucio	0	1	2	3	4	5	6
42.	Estar contaminado por el contacto con cosas, personas, o lugares, que me resultan desagradables por cualquier cosa.	0	1	2	3	4	5	6
43.	Habermelo ensuciado o contaminado por haber tenido un contacto, aunque sea muy leve, con secreciones corporales (sudor, saliva, orina, deposiciones, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
44.	Que me he podido contaminar, o haber contraído una enfermedad, al tener contacto con una sustancia tóxica o venenosa (por ej., productos domésticos, plantas, etc.) o contaminante (por ej., basura, desechos, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
Aunque sé que es poco probable, he tenido intrusiones mentales de:								
45.	Ciertas acciones o situaciones pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pasar por debajo de una escalera, ver un gato negro, que alguien me mire mal, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
46.	Determinados pensamientos o imágenes pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pensar en algo malo, recordar cierta canción, contar números, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
47.	No tocar ciertos objetos o repetir determinadas acciones, puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0	1	2	3	4	5	6
48.	No seguir cierto orden o rutinas en mi vida cotidiana (por ej., en el aseo, al vestirme, al irme a dormir, etc.) puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general	0	1	2	3	4	5	6
He tenido también estas otras intrusiones mentales:								
49.		0	1	2	3	4	5	6
50.		0	1	2	3	4	5	6

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

PARTE II- A

➤ Ahora fíjate por favor en las intrusiones mentales de la **lista anterior QUE HAYAS EXPERIMENTADO EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES.**

➤ Decide cuál de esas intrusiones es la más **MOLESTA**, la más DESAGRADABLE, o la que más te afecta CUANDO LA TIENES, y anótala a continuación:

_ No tocar ciertos objetos o repetir determinadas acciones, puede ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general

__ Ciertas acciones o situaciones pueden ocasionar futuras desgracias o mala suerte en general (por ej., pasar por debajo de una escalera, ver un gato negro, que alguien me mire mal, etc.)

➤ La intrusión que me resulta **MÁS MOLESTA**, de entre las que **he experimentado en los últimos tres meses**, es la número 46 de la lista anterior (Parte A).

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS ÚNICAMENTE CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO COMO LA MÁS MOLESTA. POR FAVOR SEÑALA EL NÚMERO QUE MEJOR REFLEJA TU EXPERIENCIA

<p>1. ¿Cómo es de MOLESTA esa intrusión?</p> <p>0. No es nada molesta</p> <p>1. Es algo molesta</p> <p>2. Es molesta</p> <p>3. Es muy molesta</p> <p>4. Es extremadamente molesta.</p>	<p>2. ¿Hasta qué punto te sientes ANSIOSO o NERVIOSO cuando tienes esa intrusión mental?</p> <p>0. No me siento ansioso o nervioso</p> <p>1. Me siento algo ansioso o nervioso</p> <p>2. Me siento ansioso o nervioso</p> <p>3. Me siento muy ansioso o muy nervioso</p> <p>4. Me siento extremadamente ansioso o nervioso</p>
<p>3. ¿Hasta qué punto te sientes TRISTE cuando tienes esa intrusión?</p> <p>0. No me siento triste</p> <p>1. Me siento algo triste</p> <p>2. Me siento triste</p> <p>3. Me siento muy triste</p> <p>4. Me siento extremadamente triste</p>	<p>4. ¿En qué medida te sientes CULPABLE cuando tienes la intrusión?</p> <p>0. No me siento nada culpable</p> <p>1. Me siento algo culpable</p> <p>2. Me siento culpable</p> <p>3. Me siento muy culpable</p> <p>4. Me siento extremadamente culpable.</p>
<p>5. ¿Te sientes AVERGONZADO cuando tienes esa intrusión?</p> <p>0. No me siento avergonzado</p> <p>1. Me siento algo avergonzado</p> <p>2. Me siento avergonzado</p> <p>3. Me siento muy avergonzado</p>	<p>6. ¿Hasta qué punto te resulta DIFÍCIL CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No es difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>1. Es algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>2. Es difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p>

<p>4. Me siento extremadamente avergonzado</p>	<p>3. Es muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p> <p>4. Es extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella</p>
--	--

<p>7. ¿En qué medida CONSIGUES CONTROLAR la intrusión, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <p>0. No lo consigo en absoluto</p> <p>1. Lo consigo un poco</p> <p>2. Lo consigo</p> <p>3. Lo consigo mucho</p> <p>4. Lo consigo del todo</p>	<p>8. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración?</p> <p>0. No interrumpe mi concentración</p> <p>1. Interrumpe un poco mi concentración</p> <p>2. Interrumpe mi concentración</p> <p>3. Interrumpe mucho mi concentración</p> <p>4. Interrumpe completamente mi concentración</p>
---	--

<p>9. ¿En qué medida es IMPORTANTE para ti la intrusión?</p> <p>0. No es en absoluto importante para mí</p> <p>1. Es algo importante para mí</p> <p>2. Es importante para mí</p> <p>3. Es muy importante para mí</p> <p>4. Es extremadamente importante para mí</p>	<p>10. ¿Hasta que punto te resulta INACEPTABLE EL MERO HECHO DE PERMITIRTE PENSAR en la intrusión?</p> <p>0. No es en absoluto inaceptable</p> <p>1. Es algo inaceptable</p> <p>2. Es inaceptable</p> <p>3. Es muy inaceptable</p> <p>4. Es completamente inaceptable</p>
--	--

<p>11. ¿En qué medida te planteas si la intrusión REVELA algo sobre el tipo de persona que eres?</p> <p>0. No creo que revele nada sobre mí</p> <p>1. Creo un poco que revela algo sobre mí</p> <p>2. Creo que revela algo sobre mí</p> <p>3. Creo que revela bastante sobre mí</p> <p>4. Estoy convencido de que revela algo muy importante sobre mí</p>	<p>12. ¿En qué medida te planteas que POR EL SIMPLE HECHO DE TENER LA INTRUSIÓN pueden suceder con mayor facilidad COSAS NEGATIVAS?</p> <p>0. No creo que por tener la intrusión puedan suceder más fácilmente cosas negativas</p> <p>1. A veces creo que por tener la intrusión, es más fácil que sucedan cosas negativas</p> <p>2. A menudo creo que por tener la intrusión es mucho más probable que sucedan cosas negativas</p> <p>3. Creo que es muy probable que sucedan cosas negativas por tener la intrusión</p> <p>4. Estoy convencido de que por tener la intrusión ocurrirán cosas negativas</p>
--	---

<p>13. Cuando tienes la intrusión, ¿En qué medida te sientes RESPONSABLE de prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con el pensamiento intrusivo?</p> <ol style="list-style-type: none">0. No me siento responsable1. Me siento un poco responsable2. Me siento responsable3. Me siento muy responsable4. Me siento extremadamente responsable	<p>14. Cuando tienes la intrusión ¿hasta qué punto es IMPORTANTE para tí CONTROLARLA, o DEJAR DE PENSAR en ella?</p> <ol style="list-style-type: none">0. No es importante para mí controlarla1. Es algo importante para mi controlarla2. Es importante para mi controlarla3. Es muy importante para mi controlarla4. Es extremadamente importante para mi controlarla
<p>15. Cuando tienes la intrusión, ¿en qué medida PIENSAS que podrían suceder COSAS MALAS?</p> <ol style="list-style-type: none">0. No pienso que pudieran suceder cosas malas1. Pienso un poco en que podrían suceder cosas malas2. Pienso que podrían suceder cosas malas3. Pienso en un montón de cosas malas que podrían suceder4. No puedo dejar de pensar en las cosas malas que pueden suceder	<p>16. Cuando tienes la intrusión, ¿hasta qué punto eso hace que te sientas INSEGURO, O te plantea DUDAS SOBRE TI MISMO o sobre las circunstancias de la vida?</p> <ol style="list-style-type: none">0. No hace que me sienta inseguro ni tener dudas1. Hace que me sienta un poco inseguro o con algunas dudas2. Me siento inseguro o con dudas3. Hace que me sienta muy inseguro o me plantea muchas dudas4. Hace que me sienta extremadamente inseguro o me hace dudar continuamente

COMPRUEBA QUE NO TE HAS DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER

PARTE II- B

➤ A continuación hay una lista con diferentes **ESTRATEGIAS** que la gente utiliza para aliviar el malestar que le provocan las intrusiones, o para deshacerse de ellas.

➤ Lee cada una de las estrategias, y marca, de acuerdo con la siguiente escala, la frecuencia con que empleas cada una de ellas para **afrentar la intrusión que has seleccionado antes como LA MÁS MOLESTA**.

0: Nunca uso esta estrategia
1: Raramente uso esta estrategia
2: A veces uso esta estrategia
3: A menudo uso esta estrategia
4. Siempre uso esta estrategia

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON LA INTRUSIÓN QUE HAS ELEGIDO ANTES COMO LA MÁS MOLESTA.

1.	Me distraigo pensando en otra cosa	0	1	2	3	4
2.	Me distraigo haciendo algo (p. ej. pongo la radio, la TV, hablo con alguien)	0	1	2	3	4
3.	Intento formar en mi mente otro pensamiento o imagen, que yo sé que contrarresta el malestar que me causa la intrusión (p.ej. una palabra o frase en particular, repetir una oración, pensamientos opuestos, imágenes agradables...)	0	1	2	3	4
4. Hago algo que yo sé que alivia o contrarresta el malestar que me causa la intrusión, como por ejemplo:						
a	Lavar o limpiar	0	1	2	3	4
b	Comprobar algo	0	1	2	3	4
c	Repetir varias veces una acción o un pensamiento	0	1	2	3	4
d	Ordenar cosas	0	1	2	3	4
5.	Razono conmigo mismo intentando demostrarme que la intrusión no tiene importancia, o que no tiene sentido, o que no debo preocuparme por tenerla	0	1	2	3	4
6.	Intento buscar una explicación a la aparición de la intrusión	0	1	2	3	4
7.	Busco tranquilizarme o asegurarme con otras personas de que la intrusión no tiene importancia, o de que no va a pasar nada malo por tenerla	0	1	2	3	4
8.	Trato de convencerme de que todo está bien	0	1	2	3	4
9.	Me digo a mí mismo: “para” “no pienses más” “déjalo ya”, etc..	0	1	2	3	4
10.	No hago nada para liberarme de la intrusión, la dejo estar ahí	0	1	2	3	4
11.	Trato de relajarme	0	1	2	3	4
12.	Me riño a mí mismo por tener esa intrusión	0	1	2	3	4
13.	Trato de evitar cualquier cosa que pueda provocar que me venga la intrusión	0	1	2	3	4
14.	Hago un esfuerzo por no pensar, por suprimir la intrusión y eliminarla de mi cabeza	0	1	2	3	4
15.	Intento centrarme en otras preocupaciones	0	1	2	3	4
16.	Me esfuerzo para controlar la intrusión	0	1	2	3	4
17.	No hablo con nadie acerca de esa intrusión	0	1	2	3	4
18.	Otras cosas (indica cuáles): Fumar	0	1	2	3	4

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cuestionario de la descripción de la identidad (Llorens y García-Soriano, 2016)

A continuación, voy a hacerte algunas preguntas sobre lo que piensas de ti mismo, sobre cómo te defines a ti mismo, es decir, sobre el autoconcepto.

1. *Describe en cinco palabras como te ves a ti mismo.*
2. *Describe en cinco palabras el tipo de persona que te gustaría ser.*
3. *Describe en cinco palabras el tipo de persona que no querrías ser.*
4. *Describe en cinco palabras el tipo de persona que crees que deberías ser.*
5. *Describe en cinco palabras cómo crees que los demás te ven.*
6.
 - 6a. *Teniendo en cuenta cómo te defines a ti mismo ¿crees que tu pensamiento intrusivo (escribe el pensamiento: _____) dice algo de cómo eres? (sí/no) Si la respuesta ha sido "sí" explica en qué sentido.*
 - 6b. *Teniendo en cuenta cómo te defines a ti mismo ¿crees que tu obsesión más molesta (escribe la obsesión: _____) dice algo de cómo eres? (sí/no) Si la respuesta ha sido "sí" explica en qué sentido.*
7.
 - 7a. *Teniendo en cuenta el tipo de persona que no querrías ser ¿crees que tu pensamiento intrusivo (escribe el pensamiento: _____) te acerca a ese tipo de persona? (sí/no) Si la respuesta ha sido "sí" explica en qué sentido.*
 - 7b. *Teniendo en cuenta el tipo de persona que no querrías ser ¿crees que tu obsesión más molesta (escribe la obsesión: _____) te acerca a ese tipo de persona? (sí/no) Si la respuesta ha sido "sí" explica en qué sentido.*

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA DE OBSESIONES Y PENSAMIENTOS INTRUSIVOS EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Fecha de la entrevista: _____ Formato entrevista: ____ presencial; ____ Skype
Forma de recogida del paciente: ____ paciente de la entrevistadora; ____ foro (especificar):

Como sabes este estudio está formado por dos partes, en primer lugar has completado una serie de cuestionarios y a continuación voy a realizarte una entrevista.

Antes de empezar, te recuerdo que eres libre de no contestar cualquier pregunta y puedes finalizar tu participación en la entrevista en cualquier momento.

En primer lugar voy a hacerte unas preguntas muy específicas sobre posibles problemas psicológicos, a los podrás responder en gran medida con sí/no.

PARTE I-CONTEXTO

A continuación voy a recordarte (ya lo leyó en el INPIOS) lo que en psicología llamamos pensamiento intrusivo o intrusión. Si no entiendes algo de lo que te digo o tienes alguna duda, por favor pregúntame.

Las intrusiones mentales son pensamientos, sensaciones, imágenes o impulsos molestos o desagradables que la mayoría de personas hemos tenido alguna vez. Se llaman “intrusiones” porque invaden nuestra mente en contra de nuestra voluntad, e interrumpen lo que estamos haciendo o pensando en ese momento.

En muchas ocasiones puede ser difícil controlarlas, es decir quitarlas de la mente, pararlas, o impedir que aparezcan, por mucho que nos esforcemos y lo intentemos.

Además, resultan molestas, desagradables, y en ocasiones hasta inaceptables, porque se refieren a cosas en las que no nos gusta pensar, o simplemente porque nos parecen inoportunas.

Estas intrusiones mentales se pueden experimentar como:

- Imágenes, es decir, como fotografías que de pronto aparecen en nuestra mente
- El impulso o la necesidad imperiosa y urgente de hacer o decir algo
- Pensamientos o como
- Sensaciones

No se trata de preocupaciones a las que damos vueltas, sino de “pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos intrusivos”, que aparecen de pronto en nuestra mente, como una especie de “flashes” breves y molestos. Por ejemplo, la típica cancioncita del

verano que se te mete en la cabeza e incluso aunque no te guste, no puedes parar de cantarla mentalmente o de tararearla.

Nos interesa saber si tú has experimentado también intrusiones mentales, y con qué frecuencia. Algunos ejemplos de pensamientos intrusivos no deseados son los que has completado en las preguntas correspondientes al cuestionario llamado INPIOS(mencionar verbalmente algún ejemplo para recordarle)

- ✓ ¿Te ha quedado claro qué son las intrusiones?
- ✓ ¿Tienes alguna pregunta?
- ✓ ¿Quieres que empecemos la entrevista?

Según la descripción que te acabo de dar de lo que es una intrusión ¿Crees que has tenido EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES o tienes alguna actualmente? __SI __NO

Si la respuesta es que sí, ¿podrías describirme **LA MÁS MOLESTA** que has tenido?
OBSESIÓN:

El entrevistador mira si coincide con alguna de las más frecuentes de la entrevista clínica y de la 1ª parte del INPIOS.

Si son diferentes: Veo que la más frecuente era (leer la intrusión que indicó con mayor frecuencia), ahora me has indicado (leer la intrusión que acaba de describir, que es otra distinta) ¿cuál dirías que te molesta más cuando la tienes y por qué?

ANOTAR AQUÍ:

Esta intrusión se ha convertido en muy frecuente y molesta, le solemos denominar intrusión obsesiva u obsesión

Nota. En el caso de las personas cuya entrevista sea por Skype, el entrevistador habrá reenviado previamente al entrevistado e cuestionario INPIOS para que pueda tenerlo presente a lo largo de la entrevista

Ahora querría que me indicaras algún PI que has experimentado pero que no se ha convertido en una obsesión. Acudir al listado del INPIOS para ayudarle. Frecuencia de entre 1 (una o dos veces en mi vida) y 3 (una o dos veces al mes)**Anotar la INTRUSIÓN**

ENTREVISTA OBSESIÓN MÁS MOLESTA/ INTRUSIÓN

Ahora voy a hacerte algunas preguntas sobre tus obsesiones, ciñéndome al que hemos definido como la **OBSESIÓN MÁS MOLESTA/INTRUSIÓN**

CONTENIDO-La obsesión que has mencionado como la más molesta/intrusión (leemos textualmente la escogida) ¿Por qué te resulta más molesta que el resto?

Anotar contenido:

Como hemos comentado antes, la obsesión puede aparecer en forma de pensamiento (frase o palabras) imagen, impulso o sensación

¿Cómo dirías que se manifiesta la tuya?

_____pensamiento (frase o palabras)_____ imagen, _____impulso _____ sensación

¿Lo hace siempre de la misma forma o varía según el momento?

Dirías que la frecuencia con la que se presenta es:

1. **RARA VEZ:** "He tenido este pensamiento **una o dos veces en toda mi vida**"
2. **OCASIONALMENTE:** "He tenido este pensamiento **algunas veces al año**"
3. **A VECES:** "Tengo este pensamiento **una o dos veces al mes**"
4. **A MENUDO:** "Tengo el pensamiento **una o dos veces por semana**"
5. **MUY A MENUDO:** "Lo pienso **a diario**"
6. **SIEMPRE:** "Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día"

NARRACIONES TOC - Ahora me gustaría que intentarás describir brevemente qué tipo de cosas te dices a ti mismo para darle credibilidad a tu obsesión/intrusión. Aunque sabes que el contenido de la obsesión/intrusión no es cierto, a veces empleamos ciertos argumentos que nos hacen dudar, que hacen que en determinados momentos la obsesión/intrusión parezca cierta aunque racionalmente sabemos que no es así ¿sabrías decirme cuáles son esos argumentos, que en el momento en que tienes la obsesión parecen razonables?

Entrevistador anota argumentos TOC:

CONTEXTO- Por favor, piensa en la **PRIMERA VEZ** que te vino a la cabeza esa obsesión/intrusión.

¿Cuándo fue?

¿Dónde estabas?

¿Qué estabas haciendo?:

¿Cuál dirías que era tu estado de ánimo?

¿ En qué otros lugares y/o momentos se da la obsesión/intrusión?

¿Podrías recordar si coincidió la intrusión con algún evento en tu vida en aquel momento?

¿Dirías que en aquel momento tu nivel de estrés era alto o normal?

-Por tanto, ¿consideras que hubo algún tipo de estímulo desencadenante que provocó que pensaras eso?

___ SI Si responde sí: ¿cuál?

___ NO Si responde NO: ¿Crees que no encontrar un estímulo externo que justifique la aparición de ese pensamiento, convierte a éste en más preocupante?

1. Nada en absoluto 2. Un poco de acuerdo 3. Bastante de acuerdo 4. Muy de acuerdo

- Si respondiste la anterior...¿Qué te preocupa más ¿que el contenido vaya en contra de tus principios, valores...de cómo tú eres o el hecho de que el pensamiento haya aparecido "de la nada", es decir, sin ningún estímulo externo que justifique su aparición?

CONTEXTO- Por favor, piensa en la **ÚLTIMA VEZ** que te vino a la cabeza esa obsesión/intrusión. (leer la obsesión/intrusión si pensamos que puede no acordarse)(Anotar exactamente cuándo fue, qué estaba haciendo, el contexto, averiguar si asociado al contenido)

¿Cuándo fue? (anotar fecha) Anotar número de meses que hace desde fecha actual: _____

¿Dónde estabas? Especificar

¿Recuerdas qué estabas haciendo? ¿podrías describírmelo? (anotar)

¿Cuál dirías que era tu estado de ánimo?

¿ En qué otros lugares y/o momentos se da la obsesión/intrusión?

¿En qué forma te vino?
 _____pensamiento (frase o palabras)_____ imagen _____impulso _____ sensación (justright)

-¿Por qué crees que sigues teniendo esta obsesión/intrusión?

¿Consideras que hubo algún tipo de estímulo desencadenante que provocó que pensaras eso?
 ___ SI Si responde sí: ¿cuál?
 ___ NO Si responde NO:¿Crees que no encontrar un estímulo externo que justifique la aparición de ese pensamiento, convierte a éste en más preocupante?

A COMPLETAR POR ENTREVISTADOR <i>¿Cuál es vínculo entre el contenido de la intrusión y la situación en la que la intrusión tiene lugar?</i>	Vínculo Directo	Vínculo Indirecto	No vinculado
<i>Si "vínculo indirecto"¿Has experimentado alguna vez esta intrusión incluso si tus sentidos te indicaban algo diferente (por ejemplo, pensabas que tenías las manos sucias a pesar de que parecían limpias)? Buscar un ejemplo para autógena: Estoy estudiando y me viene el pensamiento "¿tendré las manos sucias?"</i>	Sí	No	-

PARTE II- VALORACIONES, RAZONAMIENTO INFERENCIAL Y SELF

A continuación, voy a hacerte una serie de preguntas sobre tu obsesión/intrusión (leer con sus propias palabras la intrusión o la obsesión)

Te voy a dar una serie de alternativas de respuesta y tienes que indicar la opción que más se ajuste a tu situación, en una escala de 0 a 4.

SELF Y EGODISTONÍA, estrategias	
<p>1-¿Dirías que este pensamiento es consistente o coherente con tu forma de ser?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. De acuerdo 4. Bastante de acuerdo 5. Completamente de acuerdo <p>¿En qué sentido? Recoger textualmente</p>	<p>2-¿Crees que el pensamiento representa una parte de ti que hasta ahora estaba escondida o tus deseos ocultos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. De acuerdo 4. Bastante de acuerdo 5. Completamente de acuerdo <p>¿Cuál? Recoger textualmente</p>
<p>3. ¿En qué medida temes hacer algo que convierta ese pensamiento en realidad?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Algo 4. Bastante 5. Completamente <p>¿Qué es lo que temes concretamente?</p>	<p>4- ¿Crees que las compulsiones impiden que se manifieste una parte negativa o “mala” (que no te gusta) de ti mismo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Algo en desacuerdo 3. De acuerdo 4. Bastante de acuerdo 5. Completamente de acuerdo
<p>5.En qué medida crees que tus compulsiones/acciones (las cosas que haces para sentirte mejor cuando tienes obsesiones/intrusiones o para evitar que ocurra aquello que temes. Por ejemplo, realizar alguna comprobación, o repasar mentalmente lo que ha ocurrido) tienen</p>	<p>6.Crees que tus compulsiones se centran más en modificar algo del ambiente (motoras, por ejemplo comprobar algo) o se centran más en cambiar tu pensamiento intrusivo/obsesión (cognitivas, por ejemplo, analizar mentalmente algo)?</p>

<p><i>una relación LÓGICA con tu obsesión?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente relacionadas 2. Algo relacionadas 3. Un poco relacionadas 4. Algo relacionadas 5. En absoluto relacionadas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se centran en cambiar algo del contexto 2. Se centran en cambiar lo que pienso 3. Se centran en cambios en ambos <p>Poner ejemplo:</p>
--	--

EMOCIONES, VALORACIONES	
<p>7. <i>¿Cómo es de MOLESTO ese pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es nada molesta 2. Es algo molesta 3. Es molesta 4. Es muy molesta 5. Es extremadamente molesta. 	<p>8. <i>¿Hasta qué punto te sientes ANSIOSO o NERVIOSO cuando tienes ese pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento ansioso o nervioso 2. Me siento algo ansioso o nervioso 3. Me siento ansioso o nervioso 4. Me siento muy ansioso o muy nervioso 5. Me siento extremadamente ansioso o nervioso
<p>9. <i>¿Hasta qué punto te sientes TRISTE cuando tienes ese pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento triste 2. Me siento algo triste 3. Me siento triste 4. Me siento muy triste 5. Me siento extremadamente triste 	<p>10. <i>¿En qué medida te sientes CULPABLE cuando tienes el pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento nada culpable 2. Me siento algo culpable 3. Me siento culpable 4. Me siento muy culpable 5. Me siento extremadamente culpable.
<p>11. <i>¿Sientes ASCO cuando tienes ese pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Algo 4. Bastante 5. Mucho 	<p>12. <i>¿Te sientes AVERGONZADO cuando tienes ese pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento avergonzado 2. Me siento algo avergonzado 3. Me siento avergonzado 4. Me siento muy avergonzado 5. Me siento extremadamente avergonzado
<p>13. <i>¿Hasta qué punto te resulta DIFÍCIL CONTROLAR el pensamiento o DEJAR</i></p>	<p>14. <i>¿En qué medida CONSIGUES CONTROLAR</i></p>

<p><i>DE PENSAR en él?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es difícil controlarla o dejar de pensar en ella 2. Es algo difícil controlarla o dejar de pensar en ella 3. Es difícil controlarla o dejar de pensar en ella 4. Es muy difícil controlarla o dejar de pensar en ella 5. Es extremadamente difícil controlarla o dejar de pensar en ella 	<p><i>el pensamiento, o DEJAR DE PENSAR en él?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No lo consigo en absoluto 2. Lo consigo un poco 3. Lo consigo 4. Lo consigo mucho 5. Lo consigo del todo
<p><i>15. ¿Hasta qué punto la intrusión INTERRUMPE tu concentración</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No interrumpe mi concentración 2. Interrumpe un poco mi concentración 3. Interrumpe mi concentración 4. Interrumpe mucho mi concentración 5. Interrumpe completamente mi concentración 	<p><i>16. ¿En qué medida es IMPORTANTE para ti el pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es en absoluto importante para mí 2. Es algo importante para mí 3. Es importante para mí 4. Es muy importante para mí 5. Es extremadamente importante para mí
<p><i>17. ¿Crees que TENER ESA INTRUSIÓN equivale moralmente a llevar a cabo el contenido de ese pensamiento?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En absoluto 2. En desacuerdo 3. Algo de acuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	<p><i>18. ¿Cómo de PROBABLE ves que pueda darse la intrusión/obsesión?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es muy probable 2. Bastante probable 3. Poco probable 4. Posible 5. Imposible

<p>19. ¿En qué medida crees que si lo piensas es más probable que ocurra o que sea cierta la intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No creo que por tener la intrusión puedan suceder más fácilmente cosas negativas 2. A veces creo que por tener la intrusión, es más fácil que sucedan cosas negativas 3. A menudo creo que por tener la intrusión es mucho más probable que sucedan cosas negativas 4. Creo que es muy probable que sucedan cosas negativas por tener la intrusión 5. Estoy convencido de que por tener la intrusión ocurrirán cosas negativas 	<p>20. Cuando tienes el pensamiento, ¿En qué medida te sientes RESPONSABLE de prevenir cualquier consecuencia negativa relacionada con el pensamiento?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me siento responsable 2. Me siento un poco responsable 3. Me siento responsable 4. Me siento muy responsable 5. Me siento extremadamente responsable <p>¿Qué temes que ocurra? (para estar seguros entiende correctamente)</p>
<p>21. Cuando tienes el pensamiento ¿hasta qué punto es IMPORTANTE para ti CONTROLARLO, o DEJAR DE PENSAR en él?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No es importante para mí controlarla 2. Es algo importante para mi controlarla 3. Es importante para mi controlarla 4. Es muy importante para mi controlarla 5. Es extremadamente importante para mi controlarla 	<p>22. Cuando tienes el pensamiento ¿TIENDES A PONERTE EN LO PEOR respecto a las consecuencias de la obsesión/intrusión?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No pienso que pudieran suceder cosas malas 2. Pienso un poco en que podrían suceder cosas malas 3. Pienso que podrían suceder cosas malas 4. Pienso en un montón de cosas malas que podrían suceder 5. No puedo dejar de pensar en las cosas malas que pueden suceder
<p>23. Cuando tienes el pensamiento ¿hasta qué punto eso hace que te sientas INSEGURO, O te plantea DUDAS SOBRE TI MISMO o sobre las circunstancias de la vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No hace que me sienta inseguro ni tener dudas 2. Hace que me sienta un poco inseguro o con algunas dudas 3. Me siento inseguro o con dudas 	

4. *Hace que me sienta muy inseguro o me plantea muchas dudas*
5. *Hace que me sienta extremadamente inseguro o me hace dudar continuamente*

CONFUSIÓN INFERENCIAL. *Las dudas son todas aquellas cosas que “podrían ser”, pensamientos sobre personas/situaciones/cosas que, en cierta medida, creemos que pueden ser posibles. Estas dudas no surgen de la nada sino que existe cierta lógica o razonamiento detrás de ellas que nos lleva a plantearlas y a darles cierta credibilidad. Esto se da incluso en las dudas que a veces parecen irracionales o ilógicas, como es el caso del TOC. Con las siguientes preguntas querría analizar el razonamiento que utilizas para tratar tu obsesión*

24. *Los argumentos de tu pensamiento se basan en :*

1. Lo imposible
2. Cosas posibles
3. Cosas probables
4. Cosas muy probables
5. Cosas reales

25. *¿Hay algo en tu aquí y ahora que justifique que tengas la obsesión?*

1. Nada
2. Un poco
3. Algo
4. Bastante
5. Completamente

Anotar en qué sentido:

26. *Los argumentos que utilizas para dar credibilidad al pensamiento ¿reflejan la situación que vives actualmente, tu realidad?*

1. Nada
2. Un poco
3. Algo
4. Bastante
5. Completamente

Anotar en qué sentido: