

PENSAMIENTOS INTRUSOS EN OBSESIVOS SUBCLÍNICOS: CONTENIDOS, VALORACIONES, Y ESTRATEGIAS DE CONTROL

CARMEN MORILLO¹, AMPARO GIMÉNEZ¹, AMPARO BELLOCH¹,
MARIELA LUCERO¹, CARMEN CARRIÓ² Y ELENA CABEDO³

¹ Universidad de Valencia

² Unidad de Salud Mental Área 5 (Burjassot), Valencia

³ Unidad de Salud Mental Área 4 (Foios), Valencia.

(Aceptado en septiembre de 2002)

Desde un planteamiento cognitivo, las obsesiones difieren de los pensamientos intrusos (PI) en la frecuencia con que aparecen, las valoraciones negativas que suscitan, y las estrategias para su control. Este trabajo examina este supuesto, comparando las respuestas de sujetos normales (N= 239) y obsesivos subclínicos (N=28) a los instrumentos Revised Obsessional Intrusions Inventory, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, Inventario de Depresión de Beck, y Cuestionario de Ansiedad-Estado. Los resultados mostraron una sólida relación entre los tres índices del ROII y los otros cuestionarios. Las relaciones entre ROII y MOCI se mantuvieron significativas cuando se controló el peso de la asociación con BDI. Los obsesivos subclínicos puntuaron más que los normales en los BDI, MOCI y STAI-E, presentaron una mayor tasa de PI, experimentaban con más frecuencia su PI más molesto, lo valoraron más negativamente y utilizaron con más frecuencia 6 de las 10 estrategias de control analizadas.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, pensamientos intrusos, valoraciones cognitivas, estrategias de control de pensamientos.

Intrusive thoughts in subclinical obsessives: contents, valorative appraisals, and thought-control strategies

Recent cognitive theories of obsessions consider that they differ from unwanted intrusive thoughts (IT) in terms of frequency of occurrence, valorative appraisals, and thought control strategies. This paper examines that assumption comparing the responses provided by normal (N= 239) and subclinical (N=28) subjects to the following instruments: Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII), Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI), BDI, and STAI-S. Significant relationships were obtained among all the instruments, and the association between ROII and MOCI was maintained when depression scores were partialled out. Subclinically obsessive scored higher than normals on depressive, anxious and obsessional symptoms, reported more unwanted ITs, and rated their most upsetting IT as significantly more frequent. Moreover, showed higher negative valorative appraisal ratings and displayed most thought control strategies than normal subjects.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, intrusive thoughts, valorative appraisal, thought control strategies.

Correspondencia: Amparo Belloch, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia. Correo-e: Amparo.Belloch@uv.es.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación concedida por el Ministerio de Ciencia y Tecnología y fondos FEDER (Proyecto BSO2002-02330). Las autoras desean dejar constancia de su agradecimiento a los Dres. David Clark y Christine Purdon por su autorización expresa para la utilización del cuestionario ROII.

INTRODUCCIÓN

Las actuales teorías cognitivo-conductuales sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) otorgan un papel fundamental a los pensamientos intrusos (PI) en la patogénesis de este trastorno (Purdon y Clark, 1999; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989). Por este motivo,

el estudio de estos pensamientos como análogos válidos de las obsesiones clínicas es uno de los temas recurrentes de la investigación cognitiva sobre el TOC (Clark y De Silva, 1985; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991; Niler y Beck, 1989; Parkinson & Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993, 1994a,b; Rachman y De Silva, 1978; Salkovskis y Harrison, 1984). En la mayor parte de estas investigaciones se constata que una gran mayoría de las personas normales —entre el 80% y el 99%— indica haber experimentado al menos ocasionalmente PI desagradables, siendo su forma de aparición y sus contenidos similares a los de las obsesiones clínicas, aunque entre unos y otras existan diferencias de naturaleza cuantitativa: las obsesiones clínicas son más frecuentes que los pensamientos intrusos «normales», y como consecuencia se experimentan con mayor intensidad.

Este incremento de frecuencia tiene, según los mencionados autores, ciertas consecuencias negativas que, a su vez, incrementan la probabilidad de que un PI se convierta finalmente en una obsesión clínica. Una de tales consecuencias guarda relación con la interpretación valorativa que el sujeto haga de su PI, esto es, de cómo explique su aparición, a qué lo atribuya, cómo valore su contenido, o qué significado le otorgue. En este sentido, hay varios estudios que muestran cómo estos procesos de valoración sobre las intrusiones molestas y no deseadas están directamente relacionados con el aumento en la frecuencia de las mismas (Clark, 1986; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991). Sin embargo, no existe consenso entre los investigadores sobre cuáles son los contenidos más relevantes de tales valoraciones para explicar la transición de una intrusión normal a una idea obsesiva, clínicamente significativa. De hecho, las diferencias entre los diferentes modelos teóricos actuales

sobre el TOC se sitúan fundamentalmente en el tipo de interpretaciones y creencias que se consideran más importantes para explicar dicha transición desde los PI a las obsesiones. Por ejemplo, según el modelo de Salkovskis (1985, 1989; Salkovskis, Richards y Forrester, 1995), el patrón obsesivo se genera a partir de un tipo específico de interpretación: la *responsabilidad* por un posible daño, consecuente a la intrusión. El modelo de Rachman (1997, 1998) resalta explícitamente el papel de las *valoraciones catastróficas* que hace el sujeto sobre el significado personal que tienen sus pensamientos obsesivos, interpretando que estos pensamientos son reveladores de su «naturaleza oculta», con connotaciones *morales negativas*. Por su parte, Purdon y Clark (1993, 1999) señalan como fundamentales las valoraciones que realiza el sujeto sobre la *necesidad y la importancia de controlar y/o suprimir* sus PI desagradables.

La segunda de las consecuencias de que se produzca un incremento notable en la frecuencia de aparición del pensamiento intruso, tiene que ver precisamente con la aportación de los últimos autores mencionados: si el sujeto valora que es necesario e importante controlar su PI, es muy probable que desarrolle estrategias para hacerlo incluyendo comportamientos de supresión y neutralización. Pero, paradójicamente, los esfuerzos por neutralizar las intrusiones producen un aumento en su frecuencia de aparición, y por tanto reducen la capacidad de controlarlas (Salkovskis, 1985, 1989). No obstante, la evidencia empírica sobre el papel que puedan tener la neutralización o las estrategias de control del pensamiento en la persistencia de las obsesiones, y en el paso de los PI a las ideas obsesivas, no está todavía bien establecida (Purdon y Clark, 1994a)

Hasta la fecha se han diseñado diversos instrumentos de auto-informe para

valorar la frecuencia natural de ocurrencia de PI no deseados que incluyen además la posibilidad de estimar los PI según diversas valoraciones o procesos tales como «controlabilidad», «inaceptabilidad» etc. Por otro lado, la gran mayoría de los estudios realizados hasta la fecha sobre estos aspectos han utilizado poblaciones «normales», no solo por el hecho evidente de una mayor facilidad de acceso, sino también por cuestiones conceptuales y metodológicas: si se postula que entre lo normal y lo patológico —entre PI y obsesiones— las diferencias son básicamente de grado, es ineludible demostrar la existencia de PI en poblaciones normales. No obstante, y en nuestra opinión, es necesario avanzar en esta dirección incluyendo grupos de sujetos sub-clínicos, puesto que ello permitiría establecer un puente necesario entre la clínica y la normalidad.

El presente trabajo se inscribe en este último aspecto y su objetivo fundamental es explorar las diferencias entre sujetos normales y obsesivos de baja intensidad (o subclínicos) en cuanto a la frecuencia de los PI, las valoraciones que se realizan de los mismos, y las estrategias que se utilizan para controlarlos. Para la consecución de este objetivo hemos utilizado el Obsessional Intrusions Inventory-Revised, ROII (Purdon y Clark, 1993, 1994a,b), adaptado por nuestro grupo a población española (Lucero, Morillo, Cabedo, Carrió y Belloch, 2001; Lucero, 2002; Morillo, Lucero, Carrió, Cabedo y Belloch, 2001). Este cuestionario rastrea un amplio abanico de PI de contenido obsesivo (violencia, sexo, accidentes, suciedad y contaminación), y propone siete dimensiones de valoraciones cognitivas, además de diez estrategias para controlar el PI que el respondente escoge como el más molesto. Esta adaptación, al igual que el original, ha mostrado unos índices de fiabilidad entre buenos y exce-

lentes, si bien está pendiente de delimitarse la relación del instrumento con sintomatología obsesiva. Por este motivo, y como objetivo preliminar, se incluye en este trabajo el análisis de esta relación. En síntesis, la formulación explícita de los objetivos de este trabajo es la que sigue:

Objetivo primero (preliminar): Examinar la relación de los indicadores proporcionados por la adaptación española del ROII con cuestionarios que evalúan obsesividad, depresión, y ansiedad.

Objetivo segundo: Estudiar los contenidos y frecuencia de las intrusiones que caracterizan a los obsesivos de baja intensidad (subclínicos) en comparación con los sujetos no obsesivos.

Objetivo tercero: Analizar qué tipo de valoraciones cognitivas y estrategias de control asociadas a la intrusión son características de los obsesivos subclínicos y observar las diferencias que presentan con sujetos no obsesivos.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio se compone de 267 sujetos normales (158 mujeres y 109 hombres), con una media de edad de 26.9 años (rango: 19-60 años). La distribución por edades muestra que el 62,2 % de los sujetos se sitúan entre los 20 y los 25 años. La mayoría son solteros (73,8 %), con un nivel socioeconómico medio (65,5%), y con estudios universitarios (63,7 %).

Para reclutar a los sujetos se realizaron seminarios sobre el TOC con estudiantes de último curso de Psicología, que fueron entrenados en el manejo de los instrumentos de evaluación así como en las bases conceptuales de los mismos. Cada uno de ellos administró la batería de ins-

trumentos a cinco sujetos de forma individualizada.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: 1) edad entre 18 y 60 años; 2) nivel adecuado de comprensión lectora; 3) sin historia reciente (en el último año) de trastorno psicológico o tratamientos relativos a salud mental; 4) ausencia de enfermedad médica incapacitante.

Medidas

Entrevista. Todos los sujetos cumplieron en primer lugar una entrevista estandarizada en la que además de los datos demográficos básicos (edad, género, profesión, nivel de estudios y nivel socioeconómico) se preguntaba por la presencia de trastornos mentales, enfermedades médicas, y tratamientos psicológicos o farmacológicos recibidos durante el último año.

Inventario Revisado de Intrusiones Obsesivas (Obsessional Intrusions Inventory-Revised, ROII; Purdon y Clark, 1993, 1994a,b). Se trata de un inventario auto-informado que evalúa pensamientos, imágenes o impulsos intrusos indeseados y egodistónicos, similares en contenido a las obsesiones clínicas. Consta de tres partes bien diferenciadas: en la primera parte se mide la frecuencia (según escalas Likert de 0= «Nunca he tenido este pensamiento» a 6= «Pienso en esto frecuentemente, durante todo el día») con que el sujeto experimenta 52 ítems correspondientes a distintos tipos de pensamientos intrusos, organizados a través de situaciones o escenarios que puedan estimular su aparición. En la parte segunda, se evalúan las reacciones cognitivas y emocionales de los sujetos a su pensamiento intruso principal o más perturbador. Para ello se pide al entrevistado que escoja el pensamiento intruso que le resulte más molesto o desagradable de

entre todos los expuestos en la primera parte, y que lo evalúe a través de 10 ítems (según escalas Likert de 5 pasos, desde 0=«en absoluto» hasta 4= «extremadamente») referidos a las siguientes dimensiones valorativas: molestia, culpa, preocupación por las consecuencias, incontrolabilidad o dificultad para eliminar, inaceptabilidad, probabilidad de que pueda ocurrir en la vida real, importancia de controlar, amenaza, responsabilidad y evitación de situaciones desencadenantes de la intrusión. En la tercera parte, el respondente debe evaluar con escalas Likert de 5 pasos (de 0 = «en absoluto» a 4 = «extremadamente») el grado de utilización de 10 posibles estrategias de control ante la aparición del PI escogido como el más molesto: distracción cognitiva, distracción conductual, neutralización cognitiva, neutralización conductual, reestructuración cognitiva, reaseguración, parada de pensamiento, no hacer nada, rezar, y autotranquilización. La adaptación a población española del ROII (Lucero et al, 2001; Lucero, 2002; Morillo et al., 2001) ha mostrado valores excelentes de consistencia interna ($\alpha = 0,93$) y estabilidad temporal (coeficiente de correlación intraclase (CCI)= 0,82-0,92). En el Anexo I se ofrece una versión resumida del cuestionario.

Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory, MOCI; Hodgson y Rachman, 1977). Es un cuestionario auto-informado utilizado muy frecuentemente en muestras normales y clínicas para evaluar la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos. Consta de 30 ítems, con respuestas verdadero/falso, distribuidas en cuatro subescalas, básicamente relacionadas con síntomas manifiestos: lavado, comprobación, lentitud/repetición, y dudas/escrupulosidad. Las puntuaciones totales se sitúan en un rango de 0-30. Hemos utilizado este cuestionario como criterio para detectar la

presencia de obsesivos de baja intensidad o subclínicos, al igual que se viene realizando en otros muchos estudios, desde la publicación del instrumento: por ejemplo, Gibbs y Oltmanns (1995), Frost, Lahart, Dugas y Sher (1988), Frost, Sher y Green (1986), Frost, Steketee, Cohn y Gries (1994), Goodwin y Sher (1992), Sher, Frost y Otto (1983), Sternberg y Burns (1990), Wegner y Zanakos 1994).

Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Se trata de un instrumento integrado por 21 grupos de 4 enunciados cada uno que describen síntomas depresivos (p. ej., tristeza, lloro, indecisión, pensamientos de suicidio) de los que el sujeto tiene que elegir el que considere que describe mejor los sentimientos que ha experimentado durante la última semana. La puntuación de los ítems oscila en un intervalo de 0 a 3. Para este estudio hemos utilizado la versión española que aparece en la traducción castellana del libro de Beck et al. (1979) *Terapia Cognitiva de la Depresión*, con las correcciones de errores correspondientes a los ítems 10 y 20.

Inventario de Ansiedad-Estado (Anxiety Inventory-State, STAI-E; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Medida autoinformada de ansiedad general. Consta de 40 ítems, los 20 primeros (STAI-E) evalúan ansiedad-estado y se refieren a cómo el sujeto se siente en el momento de la evaluación. Se ha utilizado la versión española del cuestionario (Seisdedos, 1988).

RESULTADOS

La exposición de los resultados obtenidos se realizará de forma secuencial según cada uno de los tres objetivos del presente trabajo.

ROII y medidas de síntomas

Para cumplimentar el objetivo preliminar de este estudio se realizaron distintos análisis dirigidos a examinar la relación entre las puntuaciones del ROII y las medidas de síntomas obsesivos, depresivos y ansiosos obtenidas con los restantes instrumentos. En primer lugar, se calcularon coeficientes de correlación bivariados (Rho de Spearman) entre las puntuaciones totales de las tres partes del ROII (frecuencia de pensamientos intrusos, valoración cognitiva y estrategias de control) y las puntuaciones totales obtenidas en los cuestionarios MOCI, BDI y STAI-E. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

Las tres medidas obtenidas con el ROII correlacionaron significativamente con las de síntomas obsesivos, depresivos, ansiosos. Dado que los coeficientes obtenidos entre los índices del ROII y las puntuaciones del BDI fueron especialmente elevados, se calcularon correlaciones parciales, controlando la puntuación en depresión con el fin de constatar la solidez de la relación entre los índices del ROII y la sintomatología obsesiva. Se

Tabla 1. Correlaciones (Spearman) y correlaciones parciales (controlando BDI) entre las puntuaciones del ROII y medidas de síntomas.

Índices ROII	Correlaciones Spearman			Correlaciones parciales (controlando para BDI)	
	MOCI	BDI	STAI-E	MOCI	STAI-E
ROII (frecuencia PI)	0,30**	0,25**	0,16*	0,23**	-0,06
ROII (valoraciones)	0,32**	0,33**	0,23**	0,19*	-0,05
ROII (estrategias)	0,30**	0,18**	0,17**	0,16*	0,06

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

observó que las tres medidas del instrumento (frecuencia de pensamientos intrusos, valoraciones cognitivas y estrategias de control) siguieron manteniendo asociaciones significativas con síntomas obsesivos (MOCI), mientras que desaparecieron las previamente constatadas con ansiedad (SATI-E).

A continuación se realizó un análisis de regresión lineal mediante el método de pasos sucesivos (VD: puntuación en MOCI) para analizar qué variables predecían mejor la sintomatología obsesiva medida por el MOCI. Se consideraron como variables predictoras todas las demás medidas de cuestionarios. La ecuación de regresión explicó en conjunto el 24 % de la varianza. La primera y más importante de las variables introducidas fue la puntuación en BDI ($R^2 = 0,152$), seguida de la puntuación total de estrategias de control ($R^2 = 0,053$), la frecuencia de pensamientos intrusos ($R^2 = 0,021$) y por último la puntuación total de estrategias de control ($R^2 = 0,015$).

Pensamientos intrusos: Contenido y frecuencia

El primer paso consistió en decidir el punto de corte más adecuado en el MOCI para establecer los dos grupos de sujetos, normales y subclínicos, de la muestra. Se consideró que una puntuación total de 14 era el valor más adecuado, después de inspeccionar la curva de distribución de las puntuaciones, así como el cálculo de percentiles y los valores de tendencia central. Esta puntuación se corresponde con el percentil 90 y con algo más del valor de $\text{Media} \pm 1\text{DT}$ ($8,3 \pm 4,71$), además de mostrar una caída en pendiente significativa en la curva de distribución. El grupo 1, de no-obsesividad incluyó a 239 sujetos (89,5%) con puntuaciones MOCI ≤ 13 , mientras que en el grupo 2 (obsesivos subclínicos) agrupó a 28 individuos (10,5%) con MOCI

≥ 14 . No hubo diferencias entre ambos grupos en ninguna de las variables socio-demográficas consideradas. Sin embargo, los subclínicos puntuaron más en depresión ($15,5 \pm 10$ vs. $7,2 \pm 7$; $t=5,5$; $p < 0,0001$) y ansiedad estado ($26,7 \pm 10,6$ vs. $18,6 \pm 11$; $t= 3,53$; $p < 0,0001$)

El grupo de subclínicos obtuvo una puntuación significativamente mayor en la frecuencia total de pensamientos intrusos (ROII) que experimentaban ($50,8 \pm 32$ vs. 37 ± 26 ; $t= 2,62$; $p < 0,001$). Asimismo difirieron del grupo 1 en cuanto a la frecuencia con que experimentaban su pensamiento intruso más molesto ($3 \pm 1,8$ vs. $2,3 \pm 1,4$; $t= 2,10$; $p < 0,03$). Dadas estas diferencias, era interesante analizar cuáles de los 52 pensamientos incluidos en el ROII discriminaban realmente a los sujetos con alta obsesividad: es decir, cuáles eran los pensamientos intrusos significativamente más frecuentes en el grupo 2 en comparación con el grupo 1. Los resultados indicaron la existencia de diferencias significativas en 10 ítems (pruebas t , con $p < 0,05$ en todos los casos): dos de ellos refieren a intrusiones de autolesión (1,6), cuatro a ideas de contagio/contaminación (45, 46, 47, 48), tres a conductas de comprobación (50, 51 y 52), y uno a dudas sobre la presentación pública (37). Para constatar el contenido específico de cada uno de estos ítems, puede consultarse el Anexo I.

Posteriormente examinamos cuáles eran los 5 PI que más frecuentemente eran experimentados por los sujetos considerados como subclínicos. Fueron los siguientes: 50, 52, 22, 45, 47 y 51 (ordenados según medias descendentes, que van de 2,28 a 1,75). Asimismo, se realizó un análisis de las frecuencias de los pensamientos intrusos seleccionados en la segunda parte del ROII por el grupo subclínico. Recuérdese que cada sujeto debía seleccionar un único pensamiento intruso como el más importante o perturbador. De los 52 ítems del ROII, 18 fueron selec-

cionados al menos por un sujeto como su pensamiento intruso más molesto, presentando la mayoría frecuencias bajas. Se obtuvo que los PI más frecuentemente elegidos por los obsesivos subclínicos fueron: 22 (escogido por el 11,5% de los sujetos), 40 (11,5 %), 8 (7,7 %), 23 (7,7%), 45 (7,7 %) y 47 (7,7%).

Pensamientos intrusos: valoración cognitiva y estrategias de control

Al igual que en el apartado anterior, se hicieron algunos análisis utilizando sólo el grupo 2 (subclínicos) y otros en los que se contemplaban ambos grupos para explorar sus diferencias. Se realizaron comparaciones entre grupos para cada tipo de valoración, y como puede observarse en la Tabla 2, se obtuvieron diferencias significativas en todos los casos, indicando que los sujetos con alta obsesividad realizaron valoraciones más negativas de su pensamiento intruso más molesto que el grupo de no obsesividad.

Se examinaron también las medias obtenidas en el grupo subclínico en las valoraciones de su PI más molesto. No se observaron grandes diferencias entre las medias de las distintas dimensiones valorativas (rango: 2,46-1,25). Las medias

obtenidas, de mayor a menor, fueron: «Preocupación porque se haga real» (2,46), «Molestia» (2,46), «Inaceptabilidad» (2,14), «Importancia de controlar» (1,93), «Deseo de evitar situaciones» (1,75), «Culpa» (1,71), «Daño/peligro para sí mismo u otros» (1,68), «Responsabilidad» (1,61), «Dificultad para eliminar» (1,61) y «Probabilidad de que se haga real» (1,25).

A continuación se analizaron las relaciones entre todas las valoraciones para cada uno de los grupos por separado. El análisis del grupo subclínico mostró un número relativamente bajo de asociaciones, pero cuando estas se producían los coeficientes eran entre moderados y altos en todos los casos (rango: 0,67-0,40). Además, *probabilidad* y *culpabilidad* presentaron un escaso número de asociaciones (2 y 4 respectivamente). Sin embargo, en el grupo de sujetos normales, prácticamente todas las valoraciones mantuvieron correlaciones significativas entre sí, si bien los coeficientes fueron en todos los casos entre bajos y moderados (rango: 0,50-0,17).

En cuanto a las estrategias utilizadas para controlar el PI más molesto, ambos grupos difirieron en 6 de las 10 contempladas en el ROII, obteniendo los subclínicos las puntuaciones más elevadas a

Tabla 2. Valoraciones asociadas al pensamiento intruso principal: Diferencias entre sujetos con baja y alta obsesividad

Valoraciones ROII	Normales		Subclínicos	
	Media	DT	Media	DT
Molestia	1,89	1,13	2,46 [*]	1,23
Culpa	1,04	1,12	1,71 [*]	1,38
Preocupación porque se haga real	1,12	1,14	2,46 ^{***}	1,14
Dificultad para eliminar	0,59	0,84	1,61 ^{***}	1,26
Inaceptabilidad	1,55	1,30	2,14 [*]	1,21
Probabilidad de que se haga real	0,67	0,84	1,25 [*]	1,17
Importancia de controlar	1,23	1,29	1,93 ^{**}	1,21
Daño/peligro para sí mismo u otros	0,63	1,08	1,68 ^{**}	1,54
Responsabilidad	0,89	1,06	1,61 [*]	1,31
Deseo de evitar situaciones disparadoras del P.I.	0,93	1,18	1,75 ^{**}	1,38
Puntuación total	10,92	7,49	19,64 ^{***}	9,83

*p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabla 3. Estrategias de control asociadas al pensamiento intruso principal: diferencias entre sujetos con baja y alta obsesividad.

Estrategias de control-ROII	Normales		Subclínicos	
	Media	DT	Media	DT
Distracción cognitiva	1,86	1,32	2,36	1,03
Neutralización conductual	1,22	1,26	1,86*	1,15
Distracción conductual	1,62	1,31	2,04	1,29
Neutralización cognitiva	1,75	1,33	2,29*	1,01
Reestructuración cognitiva	2,37	1,37	2,54	1,26
Búsqueda de reaseguración	0,80	1,24	1,64**	1,50
Parada del pensamiento	1,40	1,39	2,43***	1,29
No hacer nada	0,66	1,13	0,61	0,99
Rezar	0,32	0,82	0,96*	1,29
Auto-tranquilización	1,47	1,38	2,64**	1,10

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

excepción de la estrategia *No hacer nada*. Las 4 estrategias en las que no se observaron diferencias fueron: *Distracción cognitiva*, *Distracción conductual*, *Reestructuración cognitiva* y *No hacer nada*. Los resultados se encuentran en la Tabla 3.

Por su parte, el examen de las medias obtenidas indicó valores algo superiores a los de las valoraciones, aunque tampoco demasiado elevados (rango: 2,64-0,61). Las medias obtenidas, de mayor a menor, fueron: «Autotranquilización» (2,64), «Reestructuración cognitiva» (2,54), «Parada del pensamiento» (2,43), «Distracción cognitiva» (2,36), «Neutralización cognitiva» (2,29), «Distracción conductual» (2,04), «Neutralización conductual» (1,86), «Búsqueda de reaseguración» (1,64), «Rezar» (0,96) y «No hacer nada» (0,61).

Por lo que se refiere a las comparaciones de las matrices de correlaciones en ambos grupos, los resultados muestran que, como en el caso de las valoraciones, las asociaciones entre las diversas estrategias fueron escasas en el grupo de subclínicos, si bien los coeficientes estuvieron entre moderados y altos (0,44-0,70). Por el contrario, los sujetos no-obsesivos mostraron un mayor número de correlaciones significativas, pero con coeficientes entre moderados y bajos (0,50-0,15). Resulta llamativa la ausencia de relación, en el grupo normal, entre la estrategia de *rezar* y la

de *no hacer nada*: sin embargo, en el grupo subclínico, ambas estrategias mantuvieron una fuerte asociación ($r = 0,50$; $p < 0,01$).

DISCUSIÓN

Relación del ROII con medidas de síntomas

Los resultados obtenidos indican que existe una elevada asociación entre los tres índices derivados del ROII y las medidas procedentes de los cuestionarios de obsesividad, depresión y ansiedad. Con el fin de descartar que la relación entre el ROII y el MOCI estuviera mediada por la estrecha asociación previamente observada con depresión (BDI), se volvieron a calcular las correlaciones pero controlando el peso de la asociación con depresión. En este caso, desapareció la relación con ansiedad-estado, y el ROII siguió manteniéndose asociado al cuestionario de obsesividad MOCI. Estos resultados indican una buena validez convergente del ROII, un instrumento diseñado para medir intrusiones desagradables en población normal, con el MOCI, un cuestionario específicamente desarrollado para valorar la presencia de sintomatología obsesiva. En consecuen-

cia, nuestros datos indican que el ROII es útil para identificar PI en población normal general, además de sugerir que estos PI pueden ser considerados como los precursores normales de las obsesiones clínicas, tal y como plantean las actuales teorías cognitivas sobre el TOC. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por los autores del instrumento Purdon y Clark (1993), a pesar de que estos autores utilizaron otro instrumento diferente para evaluar la presencia de obsesividad: el Padua Inventory (Sanavio, 1988).

Los resultados obtenidos a través del análisis de regresión mostraron que la variable predictora más importante de síntomas obsesivos fue el BDI, aunque también se incluyeron en la ecuación los tres índices del ROII. Estos datos no son congruentes con la afirmación de Purdon y Clark (1993) acerca de que las escalas del ROII tienen una relación específica y única con obsesividad. Estos autores encuentran que los índices del ROII son los únicos predictores de obsesión (medida, como se ha dicho, con el Padua Inventory). A pesar de esta discrepancia, entendemos que nuestros resultados no son sorprendentes si consideramos que el BDI y el MOCI son medidas de síntomas, y la comorbilidad entre las patologías obsesiva y depresiva es un hecho ampliamente sustentado en la literatura y en la práctica clínica (De Silva y Rachman, 1992).

En definitiva, a través de los distintos análisis se objetiva una relación significativa y sólida entre los índices proporcionados por el ROII y la sintomatología obsesiva. Sin embargo, esta relación no es específica, ya que se ha observado también una elevada relación del instrumento con síntomas depresivos. Podemos por tanto afirmar que el ROII es un instrumento útil para el estudio del TOC, y entendemos que su falta de especificidad en relación con la sintomatología

depresiva, no supone a priori un inconveniente grave, ya que su finalidad no es de índole diagnóstica sino más bien investigadora, en la medida en que se concibe como una herramienta útil para aproximarnos a la caracterización psicopatológica del TOC a partir del estudio de poblaciones «normales».

Pensamientos intrusos: Contenido y frecuencia.

En primer lugar, y aunque no era un objetivo de nuestro estudio, es interesante recordar que la tasa de sujetos que pueden ser considerados como subclínicos u obsesivos de baja intensidad ha sido del 10,5%. Cuando se revisa la literatura sobre este importante aspecto, los datos son enormemente dispares. Por ejemplo, cuando como en nuestro caso se toma como instrumento de screening el MOCI, los datos varían entre el 2% (Sternberg y Burns, 1990) y el 24%, (Frost, Steketee, Cohn y Griess, 1994), estando la media en torno al 10% (Gibbs, 1996), lo que desde luego se aproxima mucho a nuestros resultados. Del mismo modo es variable el punto de corte utilizado por los distintos investigadores, que oscila entre el más estricto de 17 (Sternberg y Burns, 1990) y el más laxo de 6 (Frost, Steketee, Cohn y Griess, 1994), lo que a su vez incide directamente en las tasas de sujetos subclínicos encontrados. Nuestro punto de corte ($MOCI \geq 14$), coincide con el escogido por otros autores (por ejemplo, Gibbs y Oltmanns, 1995), aunque estos últimos solo detectaron un 6% de obsesivos de baja intensidad en su estudio. Cuando se utilizan otros instrumentos, como el Padua Inventory, la tasa de subclínicos todavía es menor (entre el 0,7 y el 3%).

Es muy posible que una buena parte de semejante disparidad de resultados se deba al instrumento escogido para medir

obsesividad, pero obviamente influyen otros factores, ya que incluso utilizando un mismo instrumento los datos difieren notablemente. En nuestra opinión, debería alcanzarse un acuerdo acerca de esta cuestión, dada la enorme importancia que tiene la investigación con muestras subclínicas para la comprensión del TOC. Pensamos que el punto de corte que hemos escogido es acertado, en la medida en que se basa en varios criterios (percentil 90, $M \pm 1DT$, y caída en pendiente de la curva de distribución). Además, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos disponibles sobre la incidencia del TOC (prevalencia vital estimada en torno a un 2,5%, según el estudio ECA), no parece que la tasa de sujetos subclínicos detectada en este trabajo sea disparatada.

Por lo que se refiere a los PI más frecuentemente experimentados por los obsesivos subclínicos, sólo algunos coinciden con los PI más frecuentes encontrados en población «normal»: los ítems 50, 22 y 45 citados en los trabajos previos de nuestro grupo (Lucero et al, 2001; Lucero, 2002; Morillo et al., 2001), y el 22 reseñado a su vez en el trabajo de Purdon y Clark (1993). Este dato podría sugerirnos que el contenido de los PI más frecuentes es distinto para los sujetos con alta obsesividad que para la población «normal», si no fuera porque los PI más frecuentes en población «normal» de los dos trabajos citados también difieren entre sí. Por tanto, una conclusión provisional es la de que existe una gran variabilidad en los contenidos de los PI más frecuentes en obsesivos subclínicos, análoga a la variabilidad encontrada en poblaciones «normales».

En cuanto a la elección del pensamiento intruso más molesto, destaca también la gran variabilidad. Un número elevado de ítems fue escogido al menos por un sujeto como su PI más molesto, sin destacar ninguno de ellos sobre los

demás. Esta variabilidad se constata también en poblaciones «normales» (Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993). También observamos que entre los PI escogidos como los más molestos o perturbadores, sólo tres (22, 45 y 47) presentaban además frecuencias elevadas. Por tanto, parece que al referirnos a los PI, frecuencia y molestia no son parámetros inter-dependientes.

En definitiva, considerando la naturaleza idiosincrática de los PI, y que los parámetros de frecuencia y molestia aparecen como parcialmente independientes, su estudio como análogos válidos de las obsesiones clínicas debe centrarse en la respuesta de los sujetos a sus intrusiones no solo más frecuentes, sino también más perturbadoras o molestas. Además, como señalan Purdon y Clark (1993) debemos contar con instrumentos lo suficientemente amplios como para abarcar los variados contenidos de la experiencia intrusa.

En cuanto a la comparación entre sujetos con alta y baja obsesividad, el resultado de una frecuencia aumentada de pensamientos intrusos en general y de una mayor frecuencia del pensamiento intruso más molesto en los sujetos con tendencias obsesivas constata resultados obtenidos en trabajos anteriores (Purdon y Clark, 1993). Sin embargo, un análisis pormenorizado mostró que de los 9 PI cuya frecuencia discrimina entre sujetos con alta y baja obsesividad, sólo los ítems 22 y 45 están entre los PI más frecuentes, y sólo el 45 está además entre los más perturbadores. Es decir, un PI puede ser muy frecuente y/o molesto para los obsesivos subclínicos, pero estos índices por sí solos no nos permiten caracterizar esa intrusión de forma psicopatológica, y por tanto, parece necesario apelar a otros criterios de diferenciación. Numerosos trabajos ya han apuntado distintas variables, además de la frecuencia o la molestia, como criterios de diferenciación entre

intrusiones normales y obsesiones: La egodistonia (Purdon y Clark, 1993), las valoraciones disfuncionales sobre el contenido o la mera aparición del pensamiento intruso (Freeston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau, 1993; Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester, Richards y Torpe, 2000), o las estrategias de control que los sujetos ponen en marcha para controlar o neutralizar la intrusión (Freeston, Ladouceur, Provencher y Blais, 1995).

Pensamientos intrusos: valoración cognitiva y estrategias de control

Como se indicaba en la introducción de este trabajo, los distintos modelos teóricos sobre el TOC difieren en el tipo de valoraciones que señalan como más relevantes para explicar la transición de los PI a las obsesiones clínicas.

Nuestros resultados muestran que no hay grandes diferencias entre las valoraciones disfuncionales que realizan los obsesivos subclínicos en relación con su pensamiento intruso más molesto. Entre las valoraciones que obtienen puntuaciones medias más elevadas no figura la «Responsabilidad», dimensión destacada por Salkovskis (Salkovskis, 1985, 1989) como específica del patrón obsesivo, ni la «Probabilidad de que se haga real», destacada en el modelo de Purdon y Clark (1994a). Sí aparecen con medias más altas la «Importancia de controlar» y la «Molestia», las cuales, según Purdon y Clark (1994a) juegan un papel significativo en la frecuencia y controlabilidad de las intrusiones cognitivas.

En cualquier caso, al rastrear la presencia de diferencias en el tipo de valoraciones disfuncionales realizadas por sujetos con alta y baja obsesividad, encontramos que los primeros puntúan significativamente más alto en todas las dimensiones contempladas por el ROII

que los sujetos con baja obsesividad. Aunque estos datos se refieren a una población de obsesivos *subclínicos*, son congruentes con los aportados por el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001) acerca de que los sujetos con TOC puntúan significativamente más alto en los 6 dominios de creencias disfuncionales incluidos en el *Obsessive Beliefs Questionnaire* (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997) que los sujetos que no presentan dicho trastorno.

En resumen, nuestros datos indican que en los sujetos con *tendencias obsesivas* no destaca un tipo específico de valoración disfuncional sobre las demás, sino la manifestación de todas las valoraciones disfuncionales contempladas con mayor intensidad que en los sujetos con niveles bajos de obsesividad. Es importante ampliar los estudios con poblaciones clínicas para analizar si determinados tipos de valoraciones disfuncionales, tal como se postula a nivel teórico, pueden discriminar a personas con un TOC de personas con otros trastornos, y de controles normales. Asimismo, como Sookman y Pinard (1995) apuntan, distintos tipos de valoraciones pueden ser particularmente importantes para distintos subgrupos de pacientes con TOC (p. ej. comprobadores *versus* limpiadores).

Por otro lado, al igual que ocurría con las valoraciones disfuncionales, el estudio de las distintas estrategias de control empleadas por los obsesivos subclínicos para neutralizar su pensamiento intruso más molesto, no reveló la preeminencia clara de una o varias de estas estrategias sobre las demás. Todas las estrategias fueron utilizadas en mayor o menor medida por los sujetos.

Los estudios sobre estrategias de afrontamiento de las intrusiones en sujetos normales (Freeston et al., 1995) han mostrado que éstos poseen repertorios extensos y bien desarrollados de estrategias. El

patrón de respuesta obtenido en nuestro estudio por los obsesivos subclínicos se asemeja mucho al obtenido en población normal en dichos estudios. Por ejemplo, al igual que en los trabajos de Purdon y Clark (1993) y en los previos de nuestro grupo, las estrategias de «no hacer nada» y «rezar» están entre las que presentan una menor frecuencia de respuesta. Esto implica que los obsesivos subclínicos afrontan sus pensamientos más molestos desplegando una serie de estrategias voluntarias para controlarlos o eliminarlos, en lugar de limitarse a no hacer nada o rezar (lo que equivaldría a encomendar la neutralización de los pensamientos a agentes externos al propio sujeto). Otro dato interesante es que entre las estrategias más utilizadas predominan las de índole cognitivo (por ej., autotranquilización, reestructuración cognitiva) frente a las conductuales (por ej. distracción conductual, neutralización conductual, resultado muy similar al aportado por Purdon y Clark (1993) en su estudio con población normal.

Cuando analizamos las diferencias entre sujetos normales y subclínicos, aparecieron diferencias en 6 de las 10 estrategias de control analizadas. Este resultado es divergente de lo señalado por Purdon y Clark (1994a) quienes no detectaron diferencias significativas en las estrategias de control utilizadas por sujetos con altas y bajas puntuaciones en el Padua Inventory. Sin embargo, apoyarían las tesis de Salkovskis (1985, 1989) sobre la implicación de las estrategias de control en el desarrollo de la sintomatología obsesiva y la transición de las intrusiones normales a las obsesiones clínicas. En nuestra muestra, la frecuencia de uso de 6 estrategias de control aparece aumentada para los sujetos con alta obsesividad.

En definitiva, nuestros resultados indican que los obsesivos subclínicos difieren netamente de los normales en varios aspectos importantes: tienen con más fre-

cuencia pensamientos intrusos desagradables, estiman que la frecuencia de ocurrencia de su pensamiento intruso más perturbador es mayor, lo valoran de un modo más negativo en todos los aspectos, y utilizan en mayor medida diversas estrategias para controlarlo. Además, exhiben mayores índices de depresión y ansiedad.

En nuestra opinión, estos resultados son lo suficientemente alentadores como para proseguir en la investigación de los aspectos aquí planteados, y prestan un apoyo importante a las actuales teorías cognitivas sobre el TOC en relación con el hipotético papel que juegan los pensamientos intrusos «normales» en la génesis de las obsesiones clínicas. En cualquier caso, es necesario redefinir mejor las muestras de sujetos sobre las que se realizan los estudios, especialmente cuando se utilizan poblaciones subclínicas, ya que ello nos permitirá avanzar en el esclarecimiento de las diferencias entre PI normales y obsesiones clínicamente significativas, y el papel que juegan en la definición de tales diferencias las valoraciones cognitivas de las intrusiones desagradables y las estrategias de control en el desarrollo del TOC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press (Traducción castellana en Bilbao, Desclée de Brover, 1983).
- Clark, D.A. (1986). Factors influencing the retrieval and control of negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 151-159.
- Clark, D.A. y De Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: distinct or uniform phenomena?. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 383-393.
- De Silva, P., & Rachman, S. (1992). *Obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.

- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Provencher, M. y Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: context, appraisal, mood and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Frost, R.O., Lahart, C.M., Dugas, K.M. y Sher, K.J. (1988). Information among non-clinical compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 275-277
- Frost, R.O., Sher, K.J. y Green, T. (1986). Psychopathology and personality characteristics of non-clinical compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 135-143.
- Frost, R.O., Steketee, G., Cohn, L. y Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and nonobsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.
- Gibbs, N.A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 16, 729-773.
- Gibbs, N.A. y Oltmanns, T.F. (1995). The relation between obsessive-compulsive personality traits and subtypes of compulsive behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 397-410.
- Goodwin, A.H. y Sher, K.J. (1992). Deficits in set-shifting ability in nonclinical compulsive checkers. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14, 81-91.
- Hodgson, R.J. & Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Lucero, M. (2002). *Pensamientos intrusivos en población general*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universitat de Valencia.
- Lucero, M., Morillo, C., Cabedo, E., Carrió, C., y Belloch, A. (2001). Diferencias transculturales en pensamientos intrusos análogos a las obsesiones. *Actas del III Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)*. Valencia: Promolibro.
- Morillo, C., Lucero, M., Carrió, C., Cabedo, E. y Belloch, A. (2001). Validación de un cuestionario que mide pensamientos intrusos análogos a las obsesiones. *Actas del III Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)*. Valencia: Promolibro.
- Niler, E.R. y Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- 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.
- Parkinson, L. y Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.
- Purdon, C. y 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, 713-720.
- Purdon, C. y Clark, D.A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C. y Clark, D.A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Cognitive-Behavioural Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Purdon, C. y Clark, D.A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.

- Rachman, S. y De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-584.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M. y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P.M., Richards, H.C. y Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., y Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristics of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación Española*. Madrid: TEA.
- Sher, K.J., Frost, R.O. y Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357-363.
- Sookman, D., y Pinard, G. (1995). The Cognitive Schemata Scale: a multidimensional measure of cognitive schemas in obsessive compulsive disorder. *World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark*.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- Sternberg, I.G. y Burns, G.I. (1990). Maudsley Obsessional-compulsive Inventory: Obsessions and compulsions in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 337-340.
- Wegner, D.M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 62, 615-640.

ANEXO I. Listado de pensamientos intrusos del ROII

Situación/contexto	Nº Ítem	Contenido del pensamiento intruso*
Cuando conduzco...	1	Chocar contra escaparate tienda
	2	Dar volantazo y salirme de la carretera
	3	Atropellar a peatones/ animales
	4	Dar volantazo y meterme en carril contrario
	5	Chocar contra poste/ árbol
Cuando veo o utilizo un objeto cortante...	6	Cortarme muñeca/ cuello
	7	Cortarme dedo/ mano entera
Cuando estoy en un lugar alto...	8	Saltar al vacío
	9	Empujar a alguien
	10	Empujar a amigo / familiar
Cuando estoy cerca del tráfico o las vías del tren...	11	Tirarme delante del tren/ metro/ coche
	12	Empujar a extraño contra el tren/ metro/ coche
	13	Empujar a amigo/ familiar contra tren/metro/coche
Cuando estoy con otras personas, y sin que nadie me haya provocado...	14	Herir o causar dolor-desconocidos
	15	Decir algo inadecuado o insultar-desconocidos
	16	Chocar contra gente, meter prisa
	17	Insultar persona de autoridad
Cuando estoy con amigos o familiares, y sin que nadie me haya provocado...	18	Decir una grosería o insultar
	19	Empujar violentamente/ puñetazo
	20	Golpear con fuerza
	21	Apuñalar
Aunque se que seguramente no es cierto...	22	Haber dejado encendido fuego/ calefacción /estufa/ luces
	23	Haber dejado la puerta de casa sin cerrar
	24	Haber dejado los grifos abiertos
Cuando estoy en una reunión pública...	25	Decir una grosería al que está hablando
	26	Eructar o «tirarme un aire»
	27	Tirar algo al que está hablando
	28	Salir de repente y molestar
Aunque no esté enfadado, y sin que nadie me haya provocado...	29	Rayar la pintura del coche
	30	Coger algo y tirarlo por la ventana
	31	Romper algo a propósito
	32	Robar objeto de una tienda
	33	Coger dinero de la caja
	34	Entretener empleado banco
Así por que sí, sin ningún motivo especial...	35	Tener relaciones sexuales- quien no se me ocurriría nunca
	36	Tener relaciones sexuales-persona de autoridad
	37	Que llevo bragueta desabrochada/ blusa abierta
	38	Abrazar/ besar- figura autoridad
	39	Levantarme la falda/ bajarme los pantalones
	40	Actividad sexual contra mis preferencias

Situación/contexto	Nº Ítem	Contenido del pensamiento intruso*
De repente, y sin ningún motivo en especial...	41	Desnudar- figura autoridad
	42	Desnudar gente
	43	Relaciones sexuales en un lugar público
	44	Participar en actividad sexual repugnante
Cuando estoy en un lugar público...	45	Coger enfermedad por tocar tapa del retrete
	46	Contaminarme por tocar pomos de la puertas
	47	Contaminarme por usar teléfono público
	48	Enfermedad mortal por tocar cosas de desconocidos
	49	Transmitir enfermedad mortal
Incluso si la casa parece ordenada o limpia...	50	Comprobar que está todo en su lugar
	51	Comprobar que no haya polvo
	52	Comprobar suciedad en lugares no visibles

* El contenido de los 52 ítems está expuesto de forma resumida