

INFORME FINAL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CONCEDIDO POR LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

Título

Nuevas perspectivas sobre la psicopatología del trastorno obsesivo-compulsivo: el papel del sí mismo.

Período de realización

1 Febrero 2017-31 Enero 2018

Equipo investigador

- García Soriano, Gemma. Profesora Titular del departamento de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València
- Llorens Aguilar, Sara. Psicóloga sanitaria. Doctoranda del departamento de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València
- Roncero Sanchis, María. Profesora Ayudante Doctor del departamento de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universitat de València

Resumen del proyecto solicitado

Desde un enfoque cognitivo, se ha concedido una gran relevancia al papel que el sí mismo podría jugar en el desarrollo y mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Desde los modelos basados en las valoraciones se ha asumido que aquellos pensamientos que resultan egodistónicos/inconsistentes con el sí mismo, se valorarán de forma disfuncional y convertirán en obsesiones. Y desde el modelo de confusión inferencial se plantea que el estilo de razonamiento

patológico se emplearía para desarrollar narrativas relacionadas con áreas relevantes para el sí mismo, áreas que constituirían una variable de vulnerabilidad para desarrollar TOC. El objetivo general de este proyecto es analizar el papel que juega el sí mismo en el TOC desde ambas perspectivas. Para responder al mismo se evaluará un grupo de población general y otro de clínica con diagnóstico principal de TOC. La evaluación de la muestra de la población general se realizará a través de diferentes instrumentos de autoinforme y permitirá, entre otros, la adaptación y validación en español del Cuestionario de miedo al sí mismo. La muestra clínica valorará su obsesión e intrusión más molesta en relación con el sí mismo a través de una entrevista semiestructurada, y autoinformes.

Ejecución: descripción de la muestra, procedimiento y material elaborado

Participantes. Se han recabado dos grupos de participantes, uno extraído de la población general (muestra 1) y otro de la población clínica (muestra 2). La Muestra 1 está formada por 359 participantes (271 mujeres) con una edad media de 29.16 ($DT=14.09$). La mayor parte (64%) son estudiantes universitarios de la Universitat de València, el resto proceden de la población general. El 8.1% tienen estudios básicos, el 11.7% medios, y el 80.3% están cursando o tienen estudios universitarios. La mayor parte de la muestra estaba soltera (71.6%) con un nivel socioeconómico medio (69%). La Muestra 2 está formada por 27 pacientes (14 mujeres) con diagnóstico principal de TOC, y gravedad moderada ($M=25.37$, $DT=4.63$) según el Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman et al., 1989). Presentan una edad media de 35 ($DT=9.97$) años, la mayor parte tienen estudios superiores (70%) y aproximadamente la mitad (55.6%) están casados. Respecto al contenido de su obsesión principal, algo menos de la mitad de los pacientes (44.4%) presentan como obsesión principal una de contenido religioso, sexual o agresivo.

Procedimiento. La evaluación de la muestra 1 se realizó entre abril-mayo de 2017, y la de la muestra 2 entre febrero de 2017 y enero de 2018. La muestra 1 se recogió a través del método de bola de nieve, y completaron los siguientes instrumentos en orden contrabalanceado: FSQ, CED-R, OCSQ, DASS-21, OCI-R. 102 de los participantes volvieron a completar el FSQ 15 días después. La muestra 2 (población clínica) ha sido reclutada a través de la práctica privada, de blogs y asociaciones de enfermos y familiares de pacientes con TOC. En primer lugar (Sesión 1) se les informó de las características del estudio, de la protección de datos de carácter personal, y se les entregó el consentimiento informado, una vez completado, se ha entregado un protocolo de evaluación a través de autoinforme (DASS-21, OCI-R, preguntas de evaluación del autoconcepto). Una vez cumplimentado y corregido, en una segunda sesión, se ha procedido a realizar las entrevistas de cribado y clínicas (MINI, ADIS-IV-L, Y-BOCS). Finalmente (Sesión 3) se ha realizado la Entrevista semiestructurada sobre intrusiones y obsesiones en el TOC (Llorens y García-

Soriano, 2016). La entrevista se ha cumplimentado referida a la obsesión más molesta y a una intrusión de contenido obsesivo.

Materiales elaborados. Se han elaborado cinco preguntas de evaluación del autoconcepto en las que siguiendo los planteamientos de diferentes autores (Ferrier & Brewin, 2005; Francis, Boldero, & Sambell, 2006; Higgins, Klein, & Strauman, 1985) se solicita a los participantes que a través de cinco adjetivos describan su yo real, yo ideal, yo temido, yo debido, y cómo otros les perciben. Siguiendo el trabajo de Francis et al. (2006) únicamente se han valorado cinco adjetivos, y no diez tal y como proponen Higgins et al. (1985) en el “Selves Questionnaire”. Por ejemplo: “si te pidiera que te definieras tal y como tú eres ahora, utilizando únicamente cinco palabras ¿Cuáles serían?”. Estas descripciones realizadas por los pacientes se han retomado durante la Entrevista semiestructurada para valorar en qué medida el contenido de la obsesión más molesta y/o de la intrusión de los pacientes se asociaba de algún modo a las descripciones del autoconcepto. Por ejemplo: “Teniendo en cuenta cómo te defines ¿consideras que la INTRUSIÓN que has definido como la más molesta dice algo de cómo eres? Si es que sí ¿qué dice de ti?”. Este instrumento se ha empleado únicamente en la muestra 2 (pacientes diagnosticados de TOC).

Resultados obtenidos y discusión en función de las hipótesis planteadas

El objetivo general de este trabajo ha sido avanzar en el conocimiento que tenemos del trastorno obsesivo-compulsivo desde una perspectiva cognitiva, concretamente profundizando en el conocimiento del papel que juegan diferentes aspectos del sí mismo en el TOC, y teniendo en cuenta tanto la heterogeneidad de los contenidos obsesivos como la gravedad del TOC.

A continuación se detallan los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados, y se discute en qué medida se han cumplido las hipótesis planteadas.

En primer lugar nos planteamos traducir y analizar las propiedades psicométricas y estructura factorial del Cuestionario de Miedo al Sí mismo (FSQ; Aardema et al., 2013) en población española (objetivo 1). En este sentido, se realizó la traducción del instrumento, y tanto la muestra 1 como la 2

han completado el FSQ junto con una batería de instrumentos más amplia. Los resultados que a continuación se presentan se han realizado con la Muestra 1. Los resultados del análisis factorial confirmatorio revelaron que el modelo unifactorial es el que mejor ajuste presentaba (CFI = .928, TLI = .919, RMSEA = .088). Los ítems del FSQ-20 tienen unas cargas factoriales entre medias y altas ($M_{\text{carga}} = .72$, rango [.58, .83]). La consistencia interna ($\alpha = .94$) es elevada. La correlación test-retest con un intervalo de dos semanas ($n=102$) fue también elevada: .88. Las correlaciones entre las diferentes variables objeto de estudio muestran asociaciones altas con el malestar emocional (DASS-21, $r = .65$) y a los síntomas obsesivo-compulsivos (OCI-R, $r = .50$), y bajas con los otros dos instrumentos que evaluaban variables asociadas al sí mismo (OCSQ, $r = .27$ y CED, $r = .15$). Cuando comparamos las puntuaciones en el FSQ de las muestras procedentes de la población general (muestra 1, $M (DT) = 43.84 (17.49)$) y clínica (muestra 2, $M (DT) = 140.17 (50.51)$) se observan diferencias significativas ($t(22.35) = -9.11, p \leq .001$); presentando una mayor desconfianza hacia sí mismos y miedo a desarrollar su yo temido en la población clínica. Los resultados obtenidos apoyan las hipótesis planteadas dado que el FSQ muestra una estructura unifactorial y unas buenas propiedades psicométricas del mismo modo que las versiones original (Aardema et al., 2013) e italiana (Melli, Aardema, & Moulding, 2016) (hipótesis 1). Además, se observa que la población clínica con TOC presenta un mayor miedo al sí mismo que la población no clínica (hipótesis 2).

En segundo lugar, nos planteamos desarrollar preguntas a modo de entrevista que permitan explorar en qué medida el autoconcepto (yo real, ideal, temido, debido, yo-otros) está asociado al contenido de la obsesión más molesta y/o de una intrusión de contenido obsesivo (objetivo 2). Tal y como se ha descrito en el apartado de materiales desarrollados, se han elaborado cinco preguntas con este fin. Concretamente las siguientes preguntas: (1) si te pidiera que te definieras tal y como tú eres ahora, utilizando únicamente cinco palabras ¿cuáles serían?; (2) Si te pidiera que definieras el tipo de persona que te gustaría ser en cinco palabras ¿cuáles serían?; (3) Si te pidiera que definieras el tipo de persona que no querrías ser en cinco palabras ¿cuáles serían? Cómo calificarías en una

palabra al tipo de persona que acabas de describir?; (4) Si te pidiera que definiras el tipo de persona que consideras que deberías ser en cinco palabras ¿cuáles serían?; y (5) Por lo general ¿Cómo crees que los demás te ven? Responde en cinco palabras.

En tercer lugar, planteamos analizar, en población general y clínica, en qué medida el miedo al sí mismo (FSQ) se asocia más a unos contenidos obsesivos que a otros (objetivo 3). En relación a este objetivo, hemos correlacionado las puntuaciones obtenidas en el FSQ con las diferentes escalas del OCI-R. En la muestra procedente de la población general (muestra 1) se observan correlaciones significativas entre moderadas y altas con las escalas del OCI-R en un rango entre .30 con la escala de acumulación del OCI-R y .58 con la escala de obsesiones del OCI-R. En la muestra clínica, se observan asociaciones bajas y no significativas entre el FSQ y las escalas del OCI-R de comprobación, neutralización y contaminación, y elevadas con las escalas de orden ($r=.59$) y obsesiones ($r=.67$), y moderadas con los síntomas de acumulación ($r=.43$). Estos datos confirman la mayor relevancia del miedo al sí mismo en relación a las obsesiones relacionadas con contenidos agresivos, sexuales o blasfemos, tal y como se ha propuesto en la literatura (Aardema & Connor, 2007) que respecto al resto de síntomas obsesivos.

En cuarto lugar, hemos analizado, en la población clínica (muestra 2), la relación entre la descripción del autoconcepto y el contenido de la obsesión más molesta y/o de una intrusión de contenido obsesivo (objetivo 4). A nivel descriptivo, observamos que los pacientes se describen a sí mismo empleando tanto adjetivos positivos como negativos. Analizamos la respuesta de los 27 pacientes que en su mayoría indicaron 5 adjetivos que les describían. Aproximadamente la mitad de los adjetivos fueron adjetivos negativos (53.5%, $n=68$). Respecto a los adjetivos negativos, un 48% de los pacientes se describió como inseguro, dubitativo o indeciso; un 41% como nervioso, ansioso o intranquilo; un 22% como obsesivo o pensativo; un 18.5% como miedoso; un 15% como triste o pesimista; y un 11% como impaciente. Respecto a los adjetivos positivos, un 22% de los pacientes se describieron como alegres; un 19% como trabajadores; un 19% como buenas personas; un 15%

como cariñosos; un 15% como empáticos y un 11% como responsables. Respecto a la relación entre el contenido de la obsesión/ intrusión y el autoconcepto, los resultados indican que el 58% de los pacientes consideraban que su obsesión principal mostraba consistencia con su forma de ser, frente al 32% que consideraba que su intrusión de contenido obsesivo era consistente con su forma de ser (*“Teniendo en cuenta cómo te defines, ¿consideras que la obsesión/ intrusión que has definido como la más molesta dice algo de cómo eres?”*). Por otro lado, el 52% de los pacientes indicó que su obsesión principal estaba relacionada con su yo temido, frente al 29% que consideraba que su intrusión principal era consistente con su yo temido (*“Teniendo en cuenta el tipo de persona que no querrías ser, ¿consideras que la obsesión/ intrusión que has definido como la más molesta te acerca más a ese tipo de persona?”*). Por tanto, aproximadamente la mitad de los pacientes consideran que el contenido de su obsesión principal tiene relación tanto con el modo en que ellos se definen a sí mismos, como con la persona que temen ser. Estos porcentajes son menores en el caso de las intrusiones. Estos resultados son consistentes con la hipótesis 3, dado que las obsesiones, en mayor medida que las intrusiones, presentan contenidos relacionados con características del sí mismo que la persona teme tener. Cuando analizamos estas variables únicamente en aquellos pacientes cuya obsesión principal es de contenido agresivo, sexual o blasfema ($n=10$), un 46.2% de los pacientes indica que el contenido de la obsesión revela algo respecto a cómo se definen a sí mismos, y el 61.5% indica que dice algo de cómo no querrían ser. Estos resultados son consistentes con nuestra hipótesis 3 dado que las obsesiones de contenido agresivo, sexual o blasfemo están más relacionadas con el yo temido, tal y como se ha sugerido en la literatura (Aardema & Connor, 2007).

En quinto lugar, hemos analizado en qué medida los pacientes (muestra 2) valoran que su obsesión principal (*vs* intrusión de contenido obsesivo) resulta egodistónica con el modo en que se valoran a sí mismos (objetivo 5) (*“¿Dirías que este pensamiento es consistente o coherente con tu forma de ser?”*). Los resultados indican que no se observan diferencias significativas (obsesión, *M*

(DT) =2.85 (1.71); intrusión $M (DT) = 3.85 (6.19)$; ($t (25)=-.852, p=.402$). Estos resultados no son consistentes con nuestras hipótesis (hipótesis 4).

Finalmente, nos planteamos explorar en población clínica la relación entre el miedo al sí mismo (FSQ) y la gravedad del TOC (Y-BOCS) (objetivo 6). Los resultados indican que ambas variables no están relacionadas. Se encuentran asociaciones bajas y no significativas entre el miedo al sí mismo y la gravedad de las obsesiones ($r= .032$) y de las compulsiones ($r= -.207$).

El desarrollo de este trabajo nos ha permitido poner a disposición de la comunidad científica y profesional un *instrumento de autoinforme* (FSQ) relevante para la evaluación y el tratamiento según el modelo basado en el estilo de razonamiento disfuncional del TOC, que hasta el momento no se ha traducido ni adaptado al español. La publicación de la validación de este instrumento está en proceso de elaboración. Además, hemos desarrollado una *entrevista de evaluación* que nos permitirá conocer la relación entre las características de las obsesiones e intrusiones de los pacientes y diferentes elementos del sí mismo. Esta entrevista aportará datos relevantes a nivel de investigación, pues hasta donde nosotras 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 respecto al papel que juega el sí mismo en el TOC. 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 del paciente, y facilita que el paciente se de cuenta de cómo la relevancia que un determinado contenido tiene para el sí mismo, puede facilitar que este se convierta o no en una obsesión. Finalmente, los resultados nos han proporcionado un mayor conocimiento sobre las características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo y especialmente en relación al autoconcepto y el yo temido. En este sentido, en la medida en que conozcamos más sobre el papel que el sí mismo juega en el TOC, podremos desarrollar paquetes de tratamiento que lo aborden de forma específica. Además, podremos ayudar a prevenir la aparición de este trastorno en aquellas personas que manifiesten una vulnerabilidad a desarrollar TOC debido a cómo se perciben así mismas, por ejemplo debido a las características de su yo temido.

Referencias bibliográficas

Aardema, F., & Connor, K. O. (2007). The Menace Within: Obsessions and the Self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(3), 182–198.

- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessiveness: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306–315.
<http://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.05.005>
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive – compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1363–1374. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.005>
- 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>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Freischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, Use and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Llorens, S. y García-Soriano, G. (2016). *Entrevista semiestructurada sobre intrusiones y obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo*. Material sin publicar.
- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Fear of Self and Unacceptable Thoughts in Obsessive – Compulsive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 226–235.
<http://doi.org/10.1002/cpp.1950>