

MEMORIA FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Creencias obsesivas y estrategias de control de los pensamientos: su relación con el Trastorno Obsesivo Compulsivo y los Trastornos Alimentarios”

Gemma García Soriano y María Roncero Sanchis

A continuación se exponen, siguiendo los objetivos propuestos en la memoria inicial, los datos y resultados obtenidos durante el año de disfrute de la ayuda de investigación (noviembre 2009-noviembre 2010).

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA RECOGIDA: siguiendo el procedimiento planteado en la solicitud, 1.486 participantes procedentes de la comunidad sin diagnóstico de trastorno mental han completado el protocolo propuesto. De esta muestra total se extrajeron 3 subgrupos: población con Riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria (R-TA, n=86; EAT>20), población con Riesgo de padecer un trastorno obsesivo-compulsivo (R-TOC, n=163; C-BOCI>25) y población Sin Riesgo (SR, n=100; EAT≤20 y CBOCI≤25). Se excluyeron aquellos participantes con riesgo de padecer ambos trastornos. Así mismo, se seleccionó a los participantes que habían experimentado su pensamiento intruso (PIO) más molesto (INPIOs- 1ª parte) con una frecuencia de al menos 1 vez al mes y se agruparon en función del contenido del PIO escogido (véase objetivo 7). Así mismo se han recogido datos de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TA) y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que se han juntado con pacientes previamente evaluados, obteniendo un total de 81 pacientes TA y 50 TOC.

RESULTADOS OBTENIDOS EXPUESTOS POR OBJETIVOS Y EN FUNCIÓN DEL TIPO DE MUESTRA EMPLEADA.

Objetivos 1 (estudiar la adscripción de las creencias obsesivas en cada una de las poblaciones en estudio) y **2** (estudiar si se observan creencias asociadas a poblaciones específicas)

POBLACIÓN GENERAL Y SUBCLÍNICA. En la muestra de población general (n= 1486) se observa que las creencias obsesivas se asocian significativamente con síntomas obsesivo-compulsivos, depresivos, ansiosos, preocupación ansiosa y alimentarios. Además, cuando se comparan las creencias en población subclínica de TOC (R-TOC), de trastorno alimentario (R-TA) y sin síntomas subclínicos (SR), se observa que el grupo R-TOC puntúa significativamente más alto que R-TA y SR en todas las creencias. A su vez, el grupo R-TA mostró puntuaciones más elevadas en todas las creencias que el grupo sin riesgo clínico

(SR), sin embargo estas diferencias sólo fueron significativas para el Perfeccionismo. Estos resultados se encuentran recogidos en: Roncero, García-Soriano, Belloch y Perpiñá (2010).

POBLACIÓN CLÍNICA TA. En el primer objetivo de este trabajo se ha comparado la adscripción de creencias obsesivas de un grupo de 50 participantes sin patología con un grupo de 81 pacientes con trastorno alimentario divididas en función del tipo de patología alimentaria. Los resultados, controlando las diferencias en obsesionalidad, índice de masa corporal y edad, indican que no hay diferencias entre los subtipos de pacientes alimentarias ni entre estos y la población general en la adscripción de las creencias obsesivas. Únicamente se encuentran diferencias significativas entre los grupos con bulimia nerviosa purgativa y trastorno por atracón y la población general en las creencias de Fusión pensamiento-acción (TAF) moral y probabilidad. Estos resultados se encuentran recogidos en: Roncero, García-Soriano, y Perpiñá (2010).

Objetivos 3 (estudiar si se observa un patrón de creencias altas *versus* bajas) y **4** (analizar si el patrón de creencias altas *versus* bajas se asocia a sintomatología concreta depresiva, ansiosa, obsesiva y/o alimentaria).

POBLACIÓN CLÍNICA CON TOC. En este trabajo se realizó un análisis cluster sobre las puntuaciones en creencias obsesivas de 50 pacientes con TOC que dio lugar a dos subtipos de pacientes: aquellos con altas puntuaciones en creencias (n=26) y aquellos con bajas puntuaciones en creencias obsesivas (n=24). A continuación se compararon en diferentes variables psicopatológicas ambos grupos clínicos (altos y bajos en creencias obsesivas) con un grupo de participantes no clínicos (n=326). Los dos grupos de pacientes no mostraron diferencias en cuanto a la gravedad del TOC, sintomatología obsesiva-compulsiva, dificultad para neutralizar sus obsesiones, sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo obtuvieron mayores puntuaciones que la población general en estas variables. Respecto a las diferencias en creencias obsesivas y relevancia del orden, la limpieza y la acumulación para la autoestima se observa un patrón diferente: el grupo de altas creencias se diferencia de forma significativa del grupo de pacientes con bajas creencias y de la población general (que no se diferencian entre ellos). Estos resultados se encuentran recogidos en: García-Soriano, Roncero, y Belloch (2010).

POBLACIÓN CLÍNICA CON TA. Se ha realizado un análisis cluster sobre las puntuaciones en el ICO de 81 pacientes alimentarias, y se ha observado que las pacientes se dividen en dos grupos en función de su nivel de creencias: altas (n=36) *versus* bajas creencias obsesivas (n=45). A continuación se han comparado en una serie de variables psicopatológicas, y se ha observado que el grupo de altas creencias obsesivas presentó una puntuación más alta en todas las creencias obsesivas (ICO), control oral (EAT-control oral), síntomas obsesivos (CBOCI), depresivos (BDI-II), ansiosos (BAI) y en el empleo del castigo como una estrategia de control de los pensamientos (TCQ-castigo). El grupo de altas creencias también presentaba un menor nivel de autoestima (RSE) y eran significativamente más jóvenes. Pero ambos

grupos no se diferenciaron en: índice de masa corporal, años de evolución del TA, algunas de sus actitudes hacia la comida (EAT Dieta y Bulimia), grado de restricción (RS), el resto de estrategias de control de los pensamientos (TCQ), supresión de pensamientos (WBSI), tendencia a preocuparse (PSWQ). Este trabajo está en elaboración.

Objetivo 5 (determinar en qué medida la adscripción a creencias obsesivas explica parte de la sintomatología principal de las poblaciones en estudio).

POBLACIÓN CLÍNICA TA (publicación Roncero, García-Soriano y Perpiñá, 2010). En el segundo objetivo de este trabajo se aborda en qué medida las creencias obsesivas explican la sintomatología alimentaria de un grupo de 81 pacientes con TA. Los resultados indican que la sintomatología alimentaria fue predicha en primer lugar por la sintomatología obsesiva, seguida de las creencias de sobreestimación de la amenaza y TAF-moral, y por el índice de masa corporal.

Objetivo 6 (estudiar si las creencias específicas se asocian a subtipos específicos de PIO (en población clínica/ subclínica TOC) y PIA (en población clínica/ subclínica TA))

POBLACIÓN SUBCLÍNICA TOC y CLÍNICA TOC. Se han analizado las creencias asociadas a subtipos específicos de TOC y de PIO y no se ha hallado un patrón claro. Este resultado no está publicado.

POBLACIÓN CLÍNICA TA (publicación Roncero, García-Soriano, y Perpiñá, 2010). En el primer objetivo de este trabajo se analizan las diferencias a nivel de creencias obsesivas entre 81 pacientes TA divididas en función su patología (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa purgativa, bulimia nerviosa no purgativa y trastorno por atracón). En general no se encuentra un patrón específico de asociación entre subtipos de TA y creencias específicas, aunque el grupo de Bulimia nerviosa purgativa y trastorno por atracón obtuvieron mayores puntuaciones en TAF moral y probabilidad que la población general. Este resultado es congruente con el informado por otros autores.

Objetivos 7 (determinar qué estrategias de control son más patológicas *versus* adaptativas (i.e., más empleadas por población subclínica o clínica, asociadas a mayor frecuencia pensamientos intrusos, a mayor sintomatología depresiva, ansiosa, obsesiva, alimentaria)), **8** (analizar diferencias en el empleo de las estrategias de control en función de la sintomatología principal (TOC *versus* TA)) y **9** (estudiar si las estrategias de control se asocian a subtipos específicos de PIO (en población clínica/ subclínica TOC) y PIA (en población clínica/ subclínica TA)).

POBLACIÓN SUBCLÍNICA TOC y CLÍNICA TOC. Se confirman los resultados obtenidos por el propio grupo de investigación en otros trabajos con otras muestras: la estrategia de castigo (TCQ) se asocia a una mayor sintomatología patológica (depresiva, ansiosa y obsesiva).

POBLACIÓN CLÍNICA TA y TOC. En general se observa que los pacientes con TOC emplearon con una mayor frecuencia las estrategias del control de los pensamientos (TCQ, WBSI).

POBLACIÓN NO CLÍNICA con alta frecuencia de pensamientos intrusos obsesivos y CLÍNICA TOC. Se han seleccionado a aquellas personas de la población general que habían experimentado su PIO más molesto con una frecuencia de al menos 1 vez al mes (“a veces”), agrupado en función del contenido del PIO escogido (siguiendo la estructura del INPIOs-1ª parte) y comparado a nivel de empleo de estrategias de control (INPIOs- 2ª parte, TCQ). Se observa que las personas con PIO religiosos/sexuales, agresivos y de duda emplean más la distracción para hacerles frente que quienes tienen PIO de contaminación; y que quienes tienen PIO de duda (*versus* religiosos/sexuales) emplean más las compulsiones para afrontarlos. Para poder confirmar estos resultados se tendrán que repetir los mismos análisis en población clínica, sin embargo con la muestra recogida de pacientes TOC no se alcanza el N suficiente para hacer comparaciones en función del contenido de su obsesión principal.

PUBLICACIONES donde se han recogido algunos de los resultados obtenidos:

-García-Soriano, G., Roncero, M. y Belloch, A. (2010) Obsessive-compulsive subgroups based on dysfunctional belief domains: further evidence. *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Boston, junio 2010.

-Roncero, M., García-Soriano, G., Belloch, A., Perpiñá, C. (2010) Creencias obsesivas en población con y sin riesgo de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos alimentarios. *VII Congreso AEPCP*. Benicasim, 21-23 de octubre 2010.

-Roncero, M., Perpiñá, C., y García-Soriano, G. (2010 en proceso de revisión). Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders.

A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA