

Evaluación de las creencias obsesivas en adolescentes

Eduardo Fonseca Pedrero, Seraffín Lemos Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón García, Susana Sierra Baigrie y José Muñiz

Universidad de Oviedo y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental

ABSTRACT

The assessment of obsessive beliefs in adolescents. The purpose of this paper was to study the psychometric properties of the Obsessional Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) in nonclinical adolescents. Additionally, the factorial structure of obsessive cognitions and its relationship with obsessive-compulsive symptoms were also analysed. A sample of 508 adolescents was used, 49% of them being boys. The age range was 12-19, with a mean age of 14.9 (SD= 1.6). The results indicated that the OBQ-44 has good psychometric properties. The internal consistency of the subscales ranged from 0.77 to 0.86. Confirmatory factor analyses indicated that both the three-factor (Responsibility/Threat estimation, Importance/Control of thoughts and Perfectionism/Certainty) and the four-factor (Importance/Control of thoughts, Responsibility, Perfectionism/Certainty, and Threat estimation) models showed an adequate fit to the data. Likewise, a statistically significant correlation was observed between obsessive-compulsive symptoms and obsessive beliefs. Consistent with previous literature, obsessive cognitions presented a multifactorial structure and were found to be associated to obsessive-compulsive symptoms. Hence, the OBQ-44 can be considered an adequate measurement instrument for the assessment of dysfunctional beliefs in nonclinical populations.

Key words: OBQ-44, obsessive beliefs, psychometric properties, adolescents.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue explorar las propiedades psicométricas del *Obsessional Beliefs Questionnaire-44* (OBQ-44) en adolescentes no clínicos. Se investigó la estructura factorial de las cogniciones obsesivas y su relación con los síntomas obsesivo-compulsivos en una muestra incidental de 508 participantes. Las edades oscilaron entre 12 y 19 años, con edad media de 14,9 años (DT= 1,6). Los resultados indicaron que el OBQ-44 presentó propiedades psicométricas adecuadas. La consistencia interna de las subescalas osciló entre 0,77 y 0,86. Los análisis factoriales confirmatorios llevados a cabo indicaron que tanto el modelo tridimensional (Responsabilidad/Sobrestimación del peligro, Importancia/Control de los pensamientos y Perfeccionismo/Certeza), como el modelo tetradimensional (Importancia/Control de los pensamientos, Responsabilidad, Perfeccionismo/Incertidumbre y Sobreestimación del peligro), mostraron un adecuado ajuste a los datos. Asimismo, los síntomas obsesivo-compulsivos se relacionaron de forma estadísticamente significativa con las creencias obsesivas disfuncionales. En consonancia con la literatura previa, las cogniciones obsesivas presentaron una estructura multidimensional y guardan relación con los síntomas obsesivo-compulsivos considerándose el OBQ-44 un instrumento de medida adecuado para la valoración de las creencias disfuncionales en población no clínica.

Palabras clave: OBQ-44, creencias obsesivas, propiedades psicométricas, adolescentes.

La correspondencia puede ser dirigida al primer autor: Facultad de Psicología, Plaza Feijoo, s/n, Oviedo 33003, España.
E-mail: efonseca@cop.es. Agradecimientos: este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, el Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y la Consejería de Educación del Principado de Asturias (Proyectos: BES-2006-12797, SEJ 2005-08924, SEJ-2005-08357, PSI 2008-03934-PSIC, IB-05-02 y COF-05-005).

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un síndrome psiquiátrico perteneciente al grupo de los trastornos de ansiedad que afecta alrededor de 2-3% de la población, y surge frecuentemente en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2000). Asimismo, es considerado como uno de los trastornos psicológicos más incapacitantes, afectando directamente en las esferas personal, familiar y social de los pacientes. En los últimos años ha aumentado el interés por el estudio y la comprensión de los posibles mecanismos etiológicos que se encuentran en la base de este trastorno, predominado el papel de los factores cognitivos. Dentro de estos modelos etiopatogénicos se considera que los procesos cognitivos, tales como las creencias disfuncionales, las valoraciones y/o los pensamientos intrusivos, se encuentran en la base del TOC, pudiendo jugar un papel importante tanto en su patogénesis como en su mantenimiento (Rachman, 1998; Salkovskis, 1985; Steketee, Frost y Cohen, 1998).

A mediados de los años 90 se crea el Grupo de Trabajo de Cogniciones Obsesivas Compulsivas (*Obsessive-Compulsive Cognition Working Group -OCCWG*) formado por un conjunto de expertos internacionales que desarrollan una serie de trabajos en torno a esta temática (1997, 2001, 2003, 2005), siendo de particular interés la revisión exhaustiva realizada de los diferentes instrumentos de medida utilizados para la evaluación de los procesos cognitivos asociados al TOC. A partir de esta revisión, el OCCWG seleccionó aquellas dimensiones cognitivas del TOC que consideraban más relevantes, y desarrollaron dos nuevos autoinformes: el Cuestionario de Creencias Obsesivas-87 (*Obsessive Beliefs Questionnaire-87 -OBQ87*) y el Inventario de Interpretación de Intrusiones (*Interpretations of Intrusions Inventory-III*). Los seis dominios cognitivos que este grupo de expertos consideró más relevantes fueron: sobrevaloración de los pensamientos obsesivos, responsabilidad excesiva, sobrevaloración de la importancia del control, sobreestimación del peligro, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo (OCCWG, 1997).

La utilización del OBQ-87 -o su versión reducida- en la investigación sobre el papel que juegan las creencias obsesivas en el TOC ha crecido rápidamente en los últimos años. La finalidad inicial de dicho cuestionario fue evaluar las creencias obsesivas disfuncionales en población clínica y no clínica. Los análisis de propiedades psicométricas indican que el OBQ-87 posee una fiabilidad adecuada, tanto de consistencia interna como de test-retest. También se han obtenido diferentes tipos de evidencias de validez (p. ej., convergente, discriminante y de criterio) (Faull, Joseph, Meaden y Lawrence, 2004; OCCWG, 2003; Sica, Coradeschi, Sanavio, Dorz, Manchisi y Novara, 2004; Teachman, 2007; Tolin, Woods y Abramowitz, 2003; Woods, Tolin y Abramowitz, 2004). Los resultados psicométricos del OBQ-87 señalan, no obstante, una alta correlación entre las distintas escalas que lo conforman; con la finalidad de reducir este solapamiento se creó una versión abreviada, el OBQ-44 (OCCWG, 2005). Al igual que el OBQ-87, el OBQ-44 también ha sido ampliamente investigado (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon y Rygwall, 2006; Abramowitz, Nelson, Rygwall y Khandker, 2007; Calamari, Cohen, Rector, Szacun-Shimizu, Riemann y Norberg, 2006; Coles, Cook y Blake, 2007; Doron, Kyrios y Moulding, 2007; Julien *et al.*, 2008; Julien, O'Connor, Aardema y Todorov, 2006; Myers, Fisher y Wells, 2008; Tolin, Brady y Hannan, 2008; Tolin, Worhunsky y Maltby, 2006). El análisis factorial del OBQ-44 llevado a cabo por

el OCCWG (2005) indicó la presencia de 3 factores, a saber: Responsabilidad/Sobrestimación del peligro (RT), Importancia/Control de los pensamientos (ICT) y Perfeccionismo/Certeza (PC). No obstante, Woods y colaboradores (Woods *et al.*, 2004), y posteriormente Ruiz, Gavino y Godoy (2008) y Julien *et al.* (2008), sometiendo a prueba este modelo tridimensional mediante un análisis factorial confirmatorio, encontraron unos índices de bondad de ajuste no satisfactorios. Recientemente, Myers, Fisher y Wells (2008) realizaron un análisis factorial exploratorio y hallaron 4 factores similares a los hallados por el OCCGW, donde el primer factor (RT) pareció disgregarse en dos: Responsabilidad (R) y Sobreestimación del Peligro (OT). Los datos de estos análisis muestran que el OBQ-44 presenta una estructura factorial de tres o cuatro factores, si bien es cierto que todavía necesita una mayor investigación, dado que aún no se ha encontrado una solución que presente índices de ajuste totalmente satisfactorios (Wu y Carter, 2008).

Las creencias disfuncionales asociadas al TOC se han relacionado con los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC). En líneas generales, los datos señalan que, comparativamente, los pacientes con TOC parecen presentar creencias obsesivas en mayor grado que aquellos pacientes con otros trastornos de ansiedad y controles sanos. Del mismo modo, se ha encontrado una mayor asociación entre las cogniciones obsesivas y los SOC (Julien *et al.*, 2008; OCCWG, 2001, 2003, 2005; Sica *et al.*, 2004; Tolin *et al.*, 2008), si bien es cierto que cuando se controlan la depresión y la ansiedad-rasgo, esta asociación parece mitigarse (Tolin *et al.*, 2006). No obstante, estas creencias parecen no jugar por igual un papel importante en todas las tipologías del TOC (Taylor *et al.*, 2006). Los datos indican que ciertos subtipos de SOC están asociados a dominios de creencias específicos (Julien *et al.*, 2006; Tolin *et al.*, 2008). Todos los estudios llevados a cabo hasta el momento sobre esta cuestión se han realizado con muestras clínicas, población universitaria y controles sanos, si bien no existe ningún trabajo empírico sobre la relación de las cogniciones obsesivas y los SOC en población adolescente.

Por lo tanto, el OBQ-44 es un autoinforme del que aún no se han examinado sus propiedades psicométricas de forma exhaustiva en población adolescente española. Asimismo, tampoco está clara la estructura de las cogniciones obsesivas en población no clínica y su relación con los SOC. El objetivo del presente trabajo fue llevar a cabo un estudio de las propiedades psicométricas del OBQ-44 en adolescentes. También se trató de determinar la estructura dimensional de las cogniciones obsesivas mediante análisis factorial confirmatorio, así como las relaciones existentes entre los SOC y las creencias obsesivas.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron un total de 568 adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria del Principado de Asturias (España), seleccionados mediante un muestreo incidental. Se eliminaron los cuestionarios que presentaban errores en la cumplimentación,

relativos a datos sociodemográficos o respuestas de omisión. La muestra final se compuso por un total de 508 adolescentes, de los que un 50,2% fueron mujeres, con una edad media de 14,9 años (DT=1,6). El rango de edad osciló entre los 12 y los 19 años. Esta muestra fue seleccionada teniendo en cuenta diferentes áreas geográficas (rural, urbana y costera) y distintos estratos sociodemográficos.

Instrumentos

Cuestionario de Creencias Obsesivas-44 (OCCWG, 2005). Es un autoinforme formado por 44 ítems en un formato de respuesta tipo Likert de 7 alternativas (1= totalmente en desacuerdo; 4= neutral; 7= totalmente de acuerdo) que ha sido desarrollado a partir del OBQ-87 (OCCWG, 2003). El OBQ-44 está compuesto por 3 subescalas (OCCWG, 2005): Responsabilidad/Sobrestimación del peligro (RT), Importancia/Control de los pensamientos (ICT) y Perfeccionismo/Certeza (PC). Las propiedades psicométricas del OBQ han sido ampliamente investigadas y se ha aplicado en muestras clínicas (Julien *et al.*, 2006; Lavender, Shubert, de Silva y Treasure, 2006; OCCWG, 2003, 2005; Tolin *et al.*, 2008; Tolin *et al.*, 2006), a estudiantes universitarios (Myers *et al.*, 2008; Woods *et al.*, 2004; Wu y Carter, 2008), a población anciana (Teachman, 2007), a través de Internet (Coles *et al.*, 2007) y en estudios longitudinales (Abramowitz *et al.*, 2007). En este estudio, se empleó la versión traducida y adaptada al español por Ruiz, Gavino y Godoy (2008) en universitarios y población general, en donde los niveles de consistencia interna oscilaron entre 0,81 y 0,94 y la fiabilidad test-retest entre 0,54 y 0,64. Señalar asimismo que el OBQ ha sido también adaptado a las poblaciones italiana (Sica *et al.*, 2004) y francesa (Julien *et al.*, 2008).

Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (*Maudsley Obsesional Compulsive Inventory* -MOCI; Hodgson y Rachman, 1977). Es un cuestionario ampliamente utilizado en investigación y en la práctica clínica para la evaluación de los SOC. Consta de un total de 30 afirmaciones en formato de respuesta dicotómico verdadero/falso. Está compuesto de cuatro subescalas: Limpieza, Comprobación, Duda y Lentitud. Se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 30 puntos, así como una puntuación para cada una de las subescalas. Las propiedades psicométricas de este cuestionario han sido investigadas sobre diferentes tipos de población (Woods, 2002), y ha sido traducido y adaptado a diferentes culturas (Li y Chen, 2007; Støylen, Larsen y Kvale, 2000). El MOCI también ha sido empleado en población clínica y no clínica española (Berrocal, Ruiz Moreno, Montero, Rando, Rucci y Cassano, 2006; Cabedo, Belloch, Morillo, Jiménez y Carrió, 2004). En este estudio se utilizó la versión validada en adolescentes no clínicos españoles de Fonseca Pedrero *et al.* (en prensa); en esta versión los niveles de consistencia interna de las subescalas oscilaron entre 0,42 y 0,87 (Fonseca Pedrero *et al.*, in press; Fonseca Pedrero, Paino y Lemos Giráldez, 2008).

Procedimiento

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo en grupos de entre 15 y 25 estudiantes. El estudio se presentó a los alumnos como una investigación sobre las diversas características de la personalidad. Se informó en todo momento de la

confidencialidad de sus respuestas, así como de la participación voluntaria en el estudio. En el caso de los menores de edad, se solicitó el consentimiento informado a los padres de los alumnos. Las pruebas se aplicaron bajo la supervisión del investigador, con la finalidad de minimizar posibles fuentes de error durante esta parte del proceso.

Análisis de datos

En primer lugar, se llevó a cabo el estudio de las propiedades psicométricas del OBQ-44. Para la recoger evidencias de validez referidas a la estructura interna del OBQ-44 se realizaron diferentes análisis factoriales confirmatorios, sometiendo a prueba varios modelos teóricos. Debido a la naturaleza ordinal de los ítems, se utilizó la matriz de correlaciones policóricas y el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados diagonalizados (DWLS) (Jöreskog y Sörbom, 1993). La varianza de las variables latentes se fijó a 1 y no se permitió la correlación entre los términos de error. Para determinar la bondad de ajuste de los modelos se tuvieron en cuenta: la solución factorial, los índices de bondad del ajuste, los coeficientes estandarizados, el porcentaje de varianza explicada y la significación estadística. Siguiendo las directrices de Brown (2006) y Kline (2005), los índices de bondad de ajuste utilizados fueron los siguientes: el test chi-cuadrado, el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de ajuste general (GFI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) (y su intervalo confidencial), la raíz del residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) y el criterio de información de Akaike (AIC).

Los modelos teóricos sometidos a prueba fueron: (a) el modelo unidimensional, que considera las creencias obsesivas disfuncionales asociadas al TOC como un constructo de naturaleza esencialmente unidimensional; (b) el modelo tridimensional del OCCGW (2005), que postula las siguientes dimensiones: Responsabilidad/Sobrestimación del peligro (RT), Importancia/Control de los pensamientos (ICT) y Perfeccionismo/Certeza (PC); y (c) el modelo tetradimensional (Myers *et al.*, 2008), que postula un conjunto de dimensiones similares al modelo anterior, si bien el primer factor (RT) se disgrega en dos: Responsabilidad (R) y Sobreestimación del peligro (OT).

En segundo lugar, se calcularon las correlaciones de Pearson entre las subescalas del MOCI y las del OBQ-44. Para determinar si las subescalas del OBQ-44 predicen los SOC, evaluados por el MOCI, se realizaron una serie de análisis de regresión lineal múltiple. Las subescalas y la puntuación total del MOCI actuaron como variables criterio y las dimensiones del OBQ-44 como variables predictoras.

Finalmente, para estudiar el porcentaje de varianza asociada entre las creencias obsesivas y los SOC, se empleó un análisis de correlación canónica. Esta técnica multivariada nos indica el grado de asociación existente entre los dos conjuntos de variables. La contribución de cada variable a la correlación canónica se llevó a cabo en función de los pesos estandarizados. La correlación canónica al cuadrado indica el porcentaje de varianza asociado entre ambos grupos de variables. Para el análisis de los datos se emplearon los programas estadísticos SPSS 13.0 y LISREL 8.73 (Jöreskog y Sörbom, 1993).

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos del OBQ-44. Los estadísticos descriptivos de los ítems del OBQ-44 referidos a la media y desviación típica para la muestra total se recogen en la tabla 1. Los valores de asimetría y curtosis se encontraron dentro del rango de la normalidad, a excepción del ítem 44, cuyos valores fueron superiores a 1,5. La puntuación total en el OBQ-44 para las mujeres fue 137,6 (36,3), mientras que para los varones fue de 143,8 (36,8) ($t = 1,918$, $p = 0,56$). Las puntuaciones medias de las mujeres en las subescalas RT, ICT y PC fueron, respectivamente, 53,1 (15,5), 53,4 (15,7) y 31,1 (10,6); en cambio, los varones puntuaron 54,4 (16,3) (RT), 57,1 (15,5) (ICT) y 32,4 (10,8) (PC). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en la subescala PC ($t = 2,607$, $p = 0,009$).

Análisis factorial confirmatorio del OBQ-44. Los índices de bondad de ajuste para los modelos propuestos se recogen en la tabla 2. Como se observa, el modelo tetradimensional fue el que presentó mejores índices de ajuste en comparación con el resto de los modelos propuestos. En este modelo, las dimensiones Responsabilidad (R) y Sobreestimación del Peligro (OT) se corresponden con dos factores diferenciados. El valor de chi-cuadrado fue estadísticamente significativo, los índices CFI y GFI fueron superiores a 0,90 y el valor RMSEA inferior a 0,07. Asimismo, el valor de AIC fue claramente inferior al resto de los modelos propuestos. Todos los coeficientes estandarizados fueron estadísticamente significativos, oscilando entre 0,26 y 0,75 (véase tabla 1). El porcentaje de varianza explicado osciló entre 0,06 y 0,57. La correlación entre las variables latentes también fue estadísticamente significativa, oscilando entre 0,67 (ITC-PC) y 0,84 (R-OT). No obstante, cabe puntualizar que el modelo tridimensional propuesto por el OCCWG (2005) también presentó adecuados índices de bondad de ajuste, siendo todos los coeficientes estandarizados estadísticamente significativos, en donde las correlaciones entre las variables latentes se situaron entre 0,66 (ITC-PC) y 0,77 (RT-ITC).

Estudio de la consistencia interna del OBQ-44. Una vez determinado que el modelo tetradimensional era el que mejor ajustaba a los datos se calculó la consistencia interna de las dimensiones del OBQ-44. El coeficiente alfa de Cronbach de la subescala Importancia y Control de los Pensamientos (ICT) fue de 0,77, de la subescala de Responsabilidad (R) fue de 0,78, de la subescala de Perfeccionismo/Incertidumbre (PC) fue de 0,86, y de la subescala de Sobreestimación del Peligro (OT) fue de 0,77.

Correlaciones entre las subescalas del OBQ-44 y MOCI. La correlación entre las subescalas y la puntuación total del MOCI y del OBQ-44 se presentan en la tabla 3. Las correlaciones entre las subescalas del OBQ-44 oscilaron entre 0,65 y 0,53, siendo todas estadísticamente significativas. Las correlaciones entre las subescalas del MOCI y del OBQ-44 fueron también, en líneas generales, estadísticamente significativas, oscilando los valores entre 0,09 y 0,38; se exceptúan las correlaciones de las distintas subescalas del OBQ-44 con la subescala Lentitud del MOCI, que no alcanzaron la significación estadística.

Estudio de la regresión lineal múltiple. Se llevaron a cabo una serie de análisis de regresión lineal múltiple por el método de pasos sucesivos. La puntuación total del

Tabla 1. Estadísticos descriptivos, cargas factoriales y proporción de varianza explicada de los ítems del Cuestionario de Creencias Obsesivas-44.

Ítems OBQ	Media	DT	OT	PC	ITC	R	R ²
1	2,79	1,57	0,40				0,16
2	3,98	1,75		0,63			0,13
3	3,26	1,82		0,61			0,37
4	2,45	1,68		0,64			0,41
5	4,67	1,71				0,37	0,14
6	3,98	1,75				0,60	0,36
7	3,33	1,84			0,47		0,22
8	3,70	1,89				0,58	0,34
9	2,41	1,62		0,68			0,46
10	5,01	1,73		0,32			0,10
11	4,37	1,62		0,43			0,19
12	3,52	1,75		0,62			0,39
13	2,73	1,93			0,45		0,20
14	5,61	1,48		0,26			0,06
15	3,01	1,66				0,66	0,43
16	3,58	1,94	0,55				0,30
17	3,43	1,91				0,68	0,46
18	4,07	1,95		0,59			0,35
19	3,84	1,75				0,52	0,27
20	2,67	1,69		0,71			0,51
21	2,47	1,55			0,63		0,39
22	2,78	1,74	0,72				0,52
23	3,71	1,81	0,65				0,42
24	3,52	1,83			0,39		0,15
25	2,68	1,75		0,75			0,57
26	3,33	1,84		0,67			0,45
27	2,52	1,62			0,63		0,40
28	3,81	1,88				0,51	0,26
29	2,33	1,65			0,58		0,34
30	2,07	1,45			0,53		0,28
31	3,80	1,95		0,40			0,16
32	2,63	1,80			0,40		0,16
33	4,46	1,91			0,37		0,13
34	3,13	1,91	0,66				0,43
35	2,32	1,53			0,63		0,39
36	2,34	1,49	0,70				0,49
37	3,43	1,86		0,65			0,42
38	2,22	1,54			0,58		0,33
39	2,85	1,77				0,73	0,53
40	2,11	1,36		0,64			0,41
41	3,05	1,87	0,41				0,31
42	2,26	1,41			0,72		0,51
43	2,50	1,75		0,67			0,45
44	1,79	1,37			0,64		0,40

OT: Sobreestimación del Peligro; PC: Perfeccionismo/Certeza;
ICT: Importancia/Control de los Pensamientos; R: Responsabilidad.

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste para los modelos propuestos.

Modelo	χ^2	df	GFI	CFI	RMSEA	RMSEA 90% IC	SRMR	AIC
Unidimensional	4349,8	902	0,92	0,90	0,087	0,084/0,087	0,087	4525,8
OCCGW (2005)	3235,4	899	0,94	0,93	0,072	0,069/0,074	0,078	3417,4
Tridimensional								
Myers et al. (2008)	3031,5	896	0,94	0,93	0,069	0,066/0,071	0,078	3219,5
Tetradimensional								

df: grados de libertad; GFI: índice de ajuste comparativo; CFI: índice de ajuste general; RMSEA: error cuadrático medio de aproximación; IC: intervalo de confianza; SRMR: raíz del residuo estandarizado cuadrático medio; AIC: criterio de información de Akaike

de regresión lineal múltiple por el método de pasos sucesivos. La puntuación total del MOCI o sus diferentes subescalas fueron las variables criterio, y las subescalas del OBQ-44 las predictoras. Los resultados indicaron que las subescalas PC ($\beta= 0,27, p <0.001$) y OT ($\beta=0,26, p <0.001$) del OBQ-44 predijeron de forma estadísticamente significativa la puntuación total del MOCI (R^2 ajustado= 0,23). Las subescalas OT ($\beta= 0,28, p <0.001$) y PC ($\beta= 0,16, p <0.001$) también predijeron, de forma estadísticamente significativa, la subescala Comprobación del MOCI (R^2 ajustado= 0,16). Si se toma la subescala Limpieza del MOCI como criterio, nuevamente las subescalas PC ($\beta= 0,23, p <0.001$) y OT ($\beta= 0,15, p <0.004$) predijeron de forma estadísticamente significativa (R^2 ajustado= 0,11). Del mismo modo ocurre con la subescala Duda del MOCI, donde las subescalas PC ($\beta= 0,27, p <0.001$) y OT ($\beta= 0,17, p <0.001$) se mostraron como predictoras significativas (R^2 ajustado= 0,15). Finalmente, la subescala PC fue la única predijo de forma estadísticamente significativa ($\beta= 0,13, p <0.004$), aunque con un valor reducido (R^2 ajustado= 0,14), la subescala de Lentitud del MOCI.

Análisis de correlación canónica entre las subescalas del MOCI y del OBQ-44.

El coeficiente de correlación canónica entre las subescalas del MOCI y del OBQ-44 fue de 0,49, lo que indica un 24% de la varianza asociada entre las subescalas de ambos autoinformes. Los coeficientes estandarizados de las subescalas del análisis de corre-

Tabla 3. Matriz de correlaciones entre las subescalas del Cuestionario de Creencias Obsesivas-44 y el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley.

Subescalas	OBQ PC	OBQ ITC	OBQ R	OBQ OT	MOCI comprob.	MOCI Lavado	MOCI Duda
OBQ ITC	0,53**						
OBQ R	0,58**	0,58**					
OBQ OT	0,61**	0,61**	0,65**				
MOCI Comprob.	0,34**	0,30**	0,28**	0,38**			
MOCI Lavado	0,32**	0,23**	0,19**	0,29**	0,47**		
MOCI Duda	0,37**	0,27**	0,23**	0,33**	0,43**	0,36**	
MOCI Lentitud	0,13**	0,09*	0,04	0,08	0,05	0,33**	0,15**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

MOCI: Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley; OBQ: Cuestionario de Creencias Obsesivas; OBQ ITC: Importancia y Control de los Pensamientos; OBQ R: Responsabilidad; OBQ PC: Perfeccionismo y Certeza; OBQ OT: Sobreestimación del Peligro.

lación canónica se presentan en la tabla 4.

En el caso de los SOC, medidos mediante el MOCI, las dos subescalas con mayor coeficiente son Duda (-0,50) y Comprobación (-0,46). En el caso del OBQ-44, fueron las subescalas Perfeccionismo/Incertidumbre (-0,59) y Sobreestimación del pe-

Tabla 4. Coeficientes estandarizados de las subescalas en el análisis de correlación canónica.

Conjunto 1: Creencias obsesivas disfuncionales (OBQ -44)		Conjunto 2: Síntomas obsesivo-compulsivos (MOCI)	
Importancia y control de los pensamientos	-0,18	Comprobación	-0,46
Responsabilidad	-0,17	Limpieza	-0,29
Perfeccionismo/Incertidumbre	-0,59	Duda	-0,50
Sobreestimación del peligro	-0,52	Lentitud	-0,06

Correlación canónica: 0,49

ligo (-0,52).

DISCUSIÓN

El presente estudio trató de evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Creencias Obsesivas-44 (OBQ-44) en adolescentes españoles no clínicos. Adicionalmente, se estudió la estructura factorial de las cogniciones obsesivas a través del OBQ-44, y su relación con los síntomas obsesivo-compulsivos (SOC). En líneas generales, el OBQ-44 presentó un adecuado comportamiento psicométrico. Los resultados indicaron que el OBQ-44 es una prueba útil y adecuada para la medición de las creencias disfuncionales relacionadas al TOC en población adolescente.

El coeficiente alfa del OBQ-44 en esta muestra osciló entre 0,77 y 0,86, siendo similar a los valores encontrados en la literatura previa (Julien *et al.*, 2008; Myers *et al.*, 2008; Wu y Carter, 2008). Los análisis factoriales confirmatorios llevados cabo muestran que el modelo de Myers y colaboradores (2008), que considera las dimensiones Importancia y Control de los Pensamientos (ICT), Responsabilidad (R), Perfeccionismo/Incertidumbre (PC) y Sobreestimación del Peligro (OT), fue el que presentó mejores índices de ajuste en comparación con el resto de los modelos. Este modelo es muy similar al propuesto por el OCCWG (2005), con la diferencia que la dimensión RT se disgregó a su vez en dos factores R y OT, no obstante es cierto que la correlación entre estos factores, alcanzó el valor de 0,84, lo cual indica una escasa validez discriminante entre ambos. Sin embargo, contrariamente a lo que ocurre en otros estudios (Julien *et al.*, 2008.; Ruiz *et al.*, 2008; Woods *et al.*, 2004; Wu y Carter, 2008), el modelo tridimensional propuesto por el OCCWG (2005), también mostró adecuados índices de bondad de ajuste en esta muestra. Teniendo en cuenta las diferencias culturales entre los estudios, la edad y el tipo de muestra, los datos parecen ser bastante consistentes con una estructura multidimensional de las cogniciones obsesivas, si bien futuros estudios deberían seguir avanzando en la delimitación de la estructura factorial de las creencias obsesivas en otro tipo de poblaciones.

En consonancia con la literatura previa en este trabajo también se encontró una

relación estadísticamente significativa entre los SOC y las creencias obsesivas disfuncionales, medidos a través del OBQ-44 y el MOCI (OCCWG, 2005; Tolin *et al.*, 2008); no obstante hay que tener en cuenta que la estricta comparación entre estudios se encuentra dificultada por la heterogeneidad de las muestras y los diversos instrumentos de medida empleados. En este estudio se utilizaron adolescentes no clínicos con las consabidas limitaciones que conlleva a la hora de generalizar los datos a muestras de pacientes diagnosticados de TOC. Contrariamente a lo que indica la literatura (Julien *et al.*, 2006; Tolin *et al.*, 2008), los resultados de nuestro estudio indican que ninguna de las subescalas del MOCI parece estar particularmente asociada con creencias obsesivas del OBQ-44. Los análisis de regresión lineal múltiple indicaron que las subescalas PC y OT fueron las únicas predictoras, tanto de los SOC específicos como de la sintomatología global, a excepción de la subescala Lentitud que presentó un comportamiento psicométrico deficitario. Los resultados mostraron que las subescalas PC y OT del OBQ-44 no se encuentran asociadas en particular con ningún SOC específico. Al respecto de esta cuestión, la literatura indica que las creencias disfuncionales parecen jugar un papel específico importante en las distintas presentaciones fenomenológicas del TOC (Taylor *et al.*, 2006), encontrándose asociadas a distintos subtipos de SOC (Julien *et al.*, 2006; Myers *et al.*, 2008; Tolin *et al.*, 2008). Así, aunque los datos no han encontrado relaciones diferenciadas y específicas entre los subtipos de TOC y las creencias obsesivas, sí es cierto que las cogniciones obsesivas parecen predecir un porcentaje de SOC.

Finalmente, el estudio de correlación canónica indicó que las creencias obsesivas disfuncionales y los SOC, medidos a través de autoinformes, compartieron un porcentaje importante de varianza asociada. La subescalas que parecen estar jugando un papel preponderante a la hora de explicar la varianza asociada, fueron las subescalas Duda y Comprobación del MOCI, y las subescalas PC y OT del OBQ-44. Es más, si sólo se realiza la correlación canónica sobre este conjunto de subescalas, los resultados indican que comparten casi el mismo porcentaje de varianza asociada que si se realiza sobre los dos conjuntos de subescalas propuestas en el primer análisis. Este dato es claramente indicativo de que estas dos subescalas de Duda y Comprobación del MOCI, y PC y OT del OBQ-44, son las más relevantes a la hora de explicar la relación existente entre los SOC y las creencias obsesivas en adolescentes no clínicos.

Los datos encontrados en el presente estudio deberían interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, edad, tipo y tamaño de la muestra son factores relevantes a tener en cuenta. La adolescencia es un período madurativo donde se dan una serie de cambios a nivel afectivo, social y biológico, que podrían estar jugando un rol importante en los resultados del estudio. En segundo lugar, hubiese sido interesante la aplicación de autoinformes que registraran los síntomas ansioso-depresivos, presentes con relativa frecuencia en este grupo de edad. En tercer lugar, existe la problemática inherente a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme, con las posibles dificultades en la interpretación y comprensión de algunos de los ítems, por lo que hubiese sido interesante utilizar informantes externos, padres o profesores, vía autoinforme hetero-aplicado, si bien es cierto que conlleva un coste añadido. Finalmente, también hay que considerar las posibles diferencias étnicas y culturales a la hora de la compa-

ración de nuestros resultados con los de otros estudios.

Futuras líneas de investigación deberían llevar a cabo estudios donde se relacionen las cogniciones obsesivas con otro tipo de autoinformes y variables psicológicas, como son el funcionamiento social o los rasgos de personalidad (Fonseca Pedrero, Paino, *et al.*, 2009), así como el análisis de la invarianza de medición en otras poblaciones (Byrne, 2008). Por otro lado, la literatura reciente indica que las creencias obsesivas pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos tipos de TOC (Abramowitz *et al.*, 2006; Abramowitz *et al.*, 2007), si bien se destaca la necesidad de incluir otros niveles de análisis complementarios (p.ej., biológicos). Asimismo, sería interesante seleccionar a sujetos con puntuaciones elevadas en el OBQ-44, como ya viene ocurriendo en otras áreas (Fonseca Pedrero, Lemos Giráldez, Paino, Sierra Baigrie, Villazón García y Muñiz, 2009), seguirlos prospectivamente y observar qué rasgos predicen su transición al TOC y trastornos relacionados.

En suma, el OBQ-44 parece ser un instrumento útil para la medición de las creencias disfuncionales asociadas al TOC en población adolescente no clínica. Las dimensiones del OBQ-44 parecen indicar la naturaleza multidimensional del constructor, así como cierta estabilidad a lo largo de las distintas culturas de los participantes. El estudio en población adolescente de los síntomas y las creencias disfuncionales relacionados al TOC proporciona un acercamiento que puede mejorar nuestro conocimiento acerca de los mecanismos y procesos involucrados y permite optimizar la implementación de tratamientos psicológicos.

REFERENCES

- Abramowitz JS, Khandker M, Nelson CA, Deacon BJ y 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 JS, Nelson CA, Rygwall R y Khandker M (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 91-104.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed. revised)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Berrocal C, Ruiz Moreno MA, Montero M, Rando MA, Rucci P y Cassano GB (2006). Social anxiety and obsessive-compulsive spectra: Validation of the SHY-SR and the OBS-SR among the Spanish population. *Psychiatry Research*, 147, 241-251.
- Brown TA. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Byrne BM (2008). Testing for multigroup equivalence of a measuring instrument: A walk through the process. *Psicothema*, 20, 872-882.
- Cabedo E, Belloch A, Morillo C, Jiménez A y 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.
- Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC y Norberg MM (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Coles ME, Cook LM y Blake TR (2007). Assessing obsessive compulsive symptoms and cognitions

- on the internet: Evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2232-2240.
- Doron G, Kyrios M y 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.
- Faull M, Joseph S, Meaden A y Lawrence T (2004). Obsessive beliefs and their relation to obsessive-compulsive symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 158-167.
- Fonseca Pedrero E, Lemos Giráldez S, Paino M, Sierra Baigrie S, Villazón García U y Muñiz J (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente. *Papeles del Psicólogo*, 30, 63-73.
- Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Villazón-García U, García-Cueto E y Muñiz J (en prensa). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*.
- Fonseca Pedrero E, Paino M y Lemos Giráldez S (2008). La diversidad psicopedagógica en el aula: evaluación de problemas emocionales y comportamentales. *Aula Abierta*, 36, 39-48.
- Fonseca Pedrero E, Paino M, Lemos Giráldez S, Villazón García U, García Cueto E, Bobes J y Muñiz J (2009). Versión reducida del Cuestionario TPSQ de Estilos Perceptuales y de Pensamiento. *Psicothema*, 21, 499-505.
- Hodgson RJ y Rachman S (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Jöreskog KG y Sörbom D. (1993). *LISREL 8 User's Reference Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Julien D, Careau Y, O'Connor KP, Bouvard M, Rhéaume J, Langlois F, Freeston MH, Radomsky AS y Cottraux J (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1029-1041.
- Julien D, O'Connor KP, Aardema F y Todorov C (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Kline RB. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2ed.). New York: The Guilford Press.
- Lavender A, Shubert I, de Silva P y Treasure J (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 331-342.
- Li C-SR y Chen S-H (2007). Obsessive-compulsiveness and impulsivity in a non-clinical population of adolescent males and females. *Psychiatry Research*, 149, 129-138.
- Myers SG, Fisher PL y Wells A (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 475-484.
- 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.
- Rachman S (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Ruiz C, Gavino A y Godoy A (2008). Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ). *Ansiedad y Estrés*, 14, 175-185.
- Salkovskis P (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Sica C, Coradeschi D, Sanavio E, Dorz S, Manchisi D y Novara C (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Steketee G, Frost RO y Cohen I (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Støylen IJ, Larsen S y Kvale G (2000). The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory in a Norwegian non clinical sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 283-286.
- Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Calamari JE, Sookman D, Kyrios M, Wilhelm S y Carmin C (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 85-97.
- Teachman BA (2007). Linking obsessional beliefs to OCD symptoms in older and younger adults. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1671-1681.
- Tolin D, Brady RE y Hannan S (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 31-42.
- Tolin D, Woods CM y Abramowitz JS (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 657-669.
- Tolin DF, Worhunsky P y Maltby N (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Woods CM (2002). Factor analysis of scales composed of binary items: Illustration with the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 215-223.
- Woods CM, Tolin D y Abramowitz JS (2004). Dimensionality of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 113-125.
- Wu KD y Carter SA (2008). Further investigation of the Obsessive Beliefs Questionnaire: Factor structure and specificity of relations with OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 824-836.

Recibido, 10 octubre, 2008

Aceptado, Mayo 28, 2009