

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2009.

Diferencias entre pacientes con obsesiones endógenas y reactivas.

Rodríguez Biglieri, Ricardo.

Cita:

Rodríguez Biglieri, Ricardo (2009). *Diferencias entre pacientes con obsesiones endógenas y reactivas. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/187>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/fH4>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON OBSESIONES ENDÓGENAS Y REACTIVAS

Rodríguez Biglieri, Ricardo
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - CONICET

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar dos grupos de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), uno compuesto por pacientes con obsesiones endógenas (n=26) y otro integrado por quienes presentaban obsesiones de tipo reactivas (n=15). Las comparaciones se realizaron en relación a la sintomatología obsesivo-compulsiva, ansiosa, depresiva, y respecto de los principales tipos de creencias asociados al TOC. En concordancia con algunos estudios realizados por otros investigadores, los pacientes no presentaron diferencias respecto de la severidad de los síntomas depresivos o de ansiedad situacional. No obstante, los pacientes con obsesiones endógenas presentaron en forma significativa una mayor tendencia a experimentar ansiedad como caracterológico rasgo estable, y una mayor severidad respecto de la frecuencia y displacer asociado a las obsesiones. En relación a las creencias evaluadas, los pacientes con obsesiones endógenas registraron una tendencia mayor a presentar creencias de Sobrestimación de Peligro, Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y su necesidad de controlarlos, y de tipo Fusión Pensamiento-Acción. Finalmente, se discuten las implicaciones teórico-clínicas de los resultados.

Palabras clave

Trastorno obsesivo compulsivo Obsesiones reactivas Obsesiones endógenas Creencias

ABSTRACT

DIFFERENCES BETWEEN PATIENTS WITH AUTOGENOUS AND REACTIVE OBSESSIONS

The aim of the investigation was to compare two groups of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) patients. One group was composed of 26 patients with autogenous obsessions, and the other one was integrated by 15 patients with reactive obsessions. The comparative test was carried out regarding obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptomatology, and regarding OCD related beliefs. In concordance with other investigations, patients did not differ in depressive and state anxiety symptomatology severity. However, patients displaying autogenous obsessions report a higher tendency to anxiety as a stable characterological trait of personality, and more severe obsessive symptoms. Also, patients with autogenous obsessions scored significantly higher than patients with reactive obsessions in Overestimation of Threat, Importance and need of control of intrusive thoughts, and in Thought-Action Fusion beliefs. Finally, the theoretical and clinical implications of the findings are discussed.

Key words

Obsessive compulsive disorder Autogenous obsessions Reactive obsessions Beliefs

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la definición de obsesión de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), éstas se caracterizan por ser pensamientos, impulsos o imágenes de tipo intrusivo, involuntarias, los cuales generan displacer y ansiedad. El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ha sido caracterizado siempre como un cuadro heterogéneo desde el punto de vista clínico, dada la multiplicidad de temáticas sobre las que pueden

versar las obsesiones y compulsiones (Hood, Alderton, & Castle, 2001; Rachman, 2003; Riggs & Foa, 1994; Stein, 2002). Dicha heterogeneidad ha conducido a muchos investigadores a establecer subtipos del cuadro, basándose para ello en diferentes estrategias (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003; Baer, 1994; Leckman et al., 1997). En 2003, Lee y Kwon han propuesto un modelo que clasifica las obsesiones en dos subtipos: 1) *endógenas*, y 2) *reactivas*. Las obsesiones endógenas suelen aparecer de repente, sin que se asocien con un claro disparador externo, o bien guardan una relación remota o simbólica con un evento externo (por ejemplo, pronunciar una palabra que comienza con la letra "E" puede gatillar el pensamiento de matar a la esposa). En mayor medida este tipo de obsesiones suele incluir pensamientos sexuales, agresivos, blasfemos, o impulsos que son considerados por los pacientes como inaceptables o inmorales. Estas obsesiones suelen ser interpretadas como amenazantes en sí mismas, es decir, que es el pensamiento mismo el que suele ser considerado como peligroso. Las obsesiones reactivas, por otro lado, son desencadenadas generalmente por estímulos externos concretos, los cuales se vinculan de manera directa con la fuente de temor planteada por el pensamiento obsesivo (por ejemplo, observar un plato sucio puede disparar obsesiones de contaminación). Por lo tanto, las obsesiones reactivas suelen ser pensamientos, dudas, o preocupaciones conectadas de manera realista con la fuente externa de temor. En estos casos, la obsesión no es percibida como peligrosa en sí misma, sino que se temen las consecuencias que podría acarrear (accidentes, errores, contaminación, desorden, etc.). Algunos estudios han encontrado datos empíricos que apoyan esta clasificación de las obsesiones, hallando diferentes perfiles cognitivos y respuestas de afrontamiento en ambos subtipos. Algunas investigaciones encontraron que si bien ambos subtipos no diferían en cuanto a los niveles de depresión y ansiedad que registraban, sí lo hacían respecto de las respuestas emocionales ante las obsesiones (Lee, Kim, & Kwon, 2005; Lee, Kwon, Kwon, & Telch, 2005). En una muestra de 39 pacientes con TOC, Belloch, Morillo, y García Soriano (2006) hallaron que quienes presentaban obsesiones reactivas presentaban síntomas obsesivos y compulsivos más severos, y que solían utilizar con frecuencia a la preocupación como estrategia de control de los pensamientos. Por otro lado, quienes tenían obsesiones endógenas presentaron en mayor medida impulsos obsesivos creencias sobre responsabilidad por daño (RD), sobreestimación del peligro (SP), y con creencias metacognitivas (CM) (fusión pensamiento-acción, importancia otorgada a los pensamientos y de su control), así como con una tendencia general a ocultar los pensamientos. Utilizando muestras de análogos, Lee y Telch (2005) administraron una batería de instrumentos a 932 estudiantes de grado. Los autores encontraron que las obsesiones endógenas se asociaron más firmemente con rasgos esquizotípicos de personalidad que con depresión, ansiedad e incluso más que con sintomatología obsesiva y compulsiva. Por otra parte, este tipo de obsesiones se asociaron significativamente con rituales de tipo mental, mientras que las obsesiones reactivas lo hicieron con rituales de tipo manifiesto.

Posteriormente, Belloch, Morillo y García Soriano (2007), evaluaron el modelo de división del TOC mediante tipos de obsesiones en una muestra no clínica compuesta por 330 adultos. Hallaron que comparativamente, las obsesiones endógenas generaban mayor displacer, sentimientos de culpa y necesidad de controlar dichos pensamientos, que las obsesiones reactivas. Por su parte, este último tipo de obsesiones eran valoradas como más incontratables y propensas a hacerse realidad. Los autores hallaron, a diferencia de otros investigadores, que los sujetos con obsesiones endógenas presentaban síntomas depresivos más severos, asociaciones más firmes con algunos tipos de creencias relacionadas con el TOC, y un mayor empleo de estrategias de control de pensamiento, en comparación con quienes presentaban obsesiones reactivas. Por último, un estudio llevado a cabo en muestras de análogos (n = 372) registró que la frecuencia de las obsesiones reactivas se relacionaba significativamente con el malestar causado por rituales manifiestos, mientras que la frecuencia de las obsesiones endógenas lo hicieron más con el displacer causado por impulsos agresivos (Moulding, Kyrios, Doron, & Nedeljkovic, 2007). Además, los investigadores encontraron, en forma

opuesta a lo registrado en otros estudios, que las distintas creencias relacionadas con el TOC tenían un rol más relevantes en quienes presentaban obsesiones reactivas.

La presente investigación tuvo por objetivo determinar si existían diferencias significativas entre pacientes con TOC con obsesiones endógenas, y pacientes con TOC con obsesiones reactivas, en relación a la severidad de del cuadro, la sintomatología depresiva, ansiosa, y en relación a los tipos de creencias postulados como relevantes en el cuadro.

MÉTODO

Muestra

La muestra estuvo conformada dos grupos independientes, seleccionados intencionalmente. Ambos grupos estaban integrado por pacientes con diagnóstico de TOC según criterios DSM-IV (APA, 1994), sin comorbilidad con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, bipolaridad o retraso mental. En base a los resultados de la entrevista Y-Bocs los pacientes fueron divididos en dos grupos. Uno compuesto por pacientes que presentaban prioritariamente obsesiones de tipo endógenas, conformado por 12 hombres y 14 mujeres ($n = 26$; Rango de edad entre 20 y 50 años; media = 32.42 años, DT = 6,09), y otro con obsesiones reactivas (8 mujeres y 7 mujeres; $n = 15$; rango de edad entre 21 y 52 años, media = 35 años, DT = 5.45). No se registraron diferencias significativas entre los grupos respecto de las variables sociodemográficas sexo, edad, estado civil y nivel de instrucción.

Instrumentos

- *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV* (SCID-I; First et al., 1995). Es una entrevista diagnóstica semiestructurada, administrada por clínico, diseñada para ser utilizada tanto con pacientes psiquiátricos como con sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica.
- *Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown* (Y-Bocs; Goodman et al., 1989). Entrevista semiestructurada, que es empleada en forma predominante en la mayoría de las investigaciones sobre TOC. El instrumento se utiliza para determinar la severidad del cuadro así como sus características principales.
- *Cuestionario de Creencias Obsesivas* (CCO; Rodríguez Biglieri & Vetere, 2008). Cuestionario de 31 ítems que evalúa a través de una escala de tipo Likert de 1-7 puntos, la tendencia de los sujetos a presentar creencias que se consideran relacionadas con el perfil cognitivo de los pacientes con TOC. Posee cuatro subescalas denominadas: 1) Perfeccionismo y necesidad de certeza (PNC); 2) Sobrestimación de Peligro (SP); 3) Importancia otorgada a los pensamientos intrusivo y necesidad de controlarlos (IPC); y 4) Responsabilidad por daño (RD).
- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jabobs, 1994). El instrumento evalúa el constructo ansiedad en sus formas estado y rasgo, por medio de dos subescalas independientes.
- *Escala de Fusión Pensamiento Acción* (EFPA; Rodríguez Biglieri, Maglio, & Keegan, 2007). El instrumento posee 19 ítems que evalúan la tendencia del paciente a presentar creencias relacionadas con la fusión entre pensamiento y la acción. Posee tres subescalas que evalúan diferentes aspectos del constructo, a saber: 1) la vertiente mora; 2) la vertiente probabilística relacionada con daños a terceros, y 3) la vertiente probabilística relacionada con daño a sí mismo.
- *Inventario de Depresión de Beck, versión II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 2006). Escala de 21 ítems que evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión. La prueba ha sido validada en nuestro medio mostrando adecuadas propiedades psicométricas. Los índices de consistencia interna fueron muy buenos ($\alpha = .88$ y $\alpha = .86$ en muestras clínicas y no clínicas, respectivamente), así como los resultados de las pruebas de estabilidad test-retest evaluada en un período entre siete y diez días ($r = .90$).

RESULTADOS

En primer lugar se procedió a testear el supuesto de normalidad de las variables dependientes mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los resultados arrojaron valores que permitieron asumir dicho supuesto. El test de Levene para igualdad de varian-

zas no registró diferencias respecto de las varianzas de ambos grupos en relación a las variables dependientes, por lo que se asumió también el supuesto de homocedasticidad. En vista de los resultados se procedió al empleo de estadística paramétrica, comparando ambos grupos mediante una prueba t para muestras independientes. La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos por grupo y los resultados de dicha comparación.

Tabla 1

Variables Dependientes	Subtipo	N	Media	Desviación Típica	t
RD	O. Endógenas	26	37,77	6,3	0,23
	O. Reactivas	15	37,27	6,7	
SP	O. Endógenas	26	31,50	7,7	2,07*
	O. Reactivas	15	26,07	8,6	
PNC	O. Endógenas	26	40,15	6,7	- 1,58
	O. Reactivas	15	47,27	5,7	
IPC	O. Endógenas	26	49,19	7,9	6,73***
	O. Reactivas	15	24,73	6,9	
Moral	O. Endógenas	26	27,00	9,8	4,06***
	O. Reactivas	15	13,67	8,6	
Prob.-sí mismo	O. Endógenas	26	6,81	2,7	3,28**
	O. Reactivas	15	3,80	2,9	
Prob.-terceros	O. Endógenas	26	9,73	3,9	4,32***
	O. Reactivas	15	4,60	3,1	
BDI-II	O. Endógenas	26	21,65	9,8	1,25
	O. Reactivas	15	17,67	9,6	
Stai-rasgo	O. Endógenas	26	58,69	7,4	2,03*
	O. Reactivas	15	53,27	8,4	
Stai-estado	O. Endógenas	26	50,88	11,7	1,47
	O. Reactivas	15	45,53	10,1	
Y-Bocs-total.	O. Endógenas	26	30,35	7,1	1,46
	O. Reactivas	15	26,67	8,6	
Y-Bocs-obs.	O. Endógenas	26	16,31	4,0	2,46**
	O. Reactivas	15	12,73	5,1	
Y-Bocs-comp.	O. Endógenas	26	14,04	3,5	0,08
	O. Reactivas	15	13,93	3,9	

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Nota: Subescalas del CCO: RD= Responsabilidad por Daño; SP= Sobrestimación de Peligro; PNC= Perfeccionismo y Necesidad de Certeza; IPC= Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos. Subescalas de la EFPA: Moral= subescala vertiente moral; Prob.-sí mismo= vertiente probabilística relacionada con daño a sí mismo; Prob.-terceros= vertiente probabilística relacionada con daño a terceros. De la escala Y-Bocs: Y-Bocs-obs= subescala severidad de las obsesiones; Y-Bocs-comp= subescala severidad de las compulsiones.

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias entre los pacientes con obsesiones de tipo endógenas y reactivas respecto de la severidad de los síntomas depresivos o el grado de ansiedad a la hora de ser evaluados, resultados similares a los registrados por otros investigadores (Lee, Kim, & Kwon, 2005; Lee, Kwon, Kwon, & Telch, 2005). No obstante, si existieron diferencias en relación a la ansiedad como rasgo estable, presentando los pacientes con obsesiones endógenas una tendencia mayor a experimentar ansiedad como rasgo caracterológico estable. Si bien ambos grupos no difirieron respecto del puntaje total en la escala Y-Bocs, los pacientes con obsesiones endógenas mostraron de manera significativa síntomas obsesivos más severos. En cuanto a los tipos de creencias evaluados, los pacientes con obsesiones endógenas presentaron en mayor medida creencias sobre SP, IPC, y del tipo fusión pensamiento-acción en todas sus variantes. Estos resultados son congruentes con los que expresan que este subtipo de pacientes presenta una mayor tendencia a registrar creencias de tipo meta-cognitivas.

Los resultados deben tomarse con cautela dado el tamaño de la muestra, no obstante son concordantes con los efectuados por

investigadores independientes. Sería de suma relevancia tener en cuenta las diferencias encontradas en ambos subtipos de pacientes con TOC a la hora de diseñar intervenciones específicas. Es posible que los pacientes con obsesiones endógenas se vean beneficiados de la inclusión en los protocolos de tratamiento de intervenciones destinadas a flexibilizar creencias de tipo meta-cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOWITZ, J.; FRANKLIN, M.; SCHWARTZ, S. & FURR, J. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1049-1057.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a ed). Barcelona: Masson.
- BAER, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 18-24.
- BECK, A.; STEER, R. & BROWN, G. (2006). Inventario de depresión de Beck: BDI-II (2ª Ed.). Bs. As.: Paidós.
- BELLOCH, A.; MORILLO, C. & GARCÍA SORIANO, G. (2006). Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (2), 65-78.
- BELLOCH, A.; MORILLO, C. & GARCÍA SORIANO, G. (2007). Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 5-20
- FIRST, M.; SPITZER, R.; WILLIAMS, J. & GIBBON, M. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) :User's Guide and Interview, research version. New York Biometrics Research Department (Ed). New York: American Psychiatric Publishing.
- GOODMAN, W.; PRICE, L.; RASMUSSEN, S.; MAZUKE, C.; FLEISHMAN, R. & HILL, C. (1989). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.
- HOOD, S.; ALDERTON, D. & CASTLE, D. (2001). Obsessive-compulsive disorder: treatment and treatment resistance. *Australian Psychiatry*, 9 (2), 118-127.
- LECKMAN, J.; GRICE, D.; BOARDMAN, J.; ZHANG, H.; VITALE, A.; BONDI, C.; ALSOBROOK, J.; PETERSON, B.; COHEN, D.; RASMUSSEN, S.; GOODMAN, W.; MCDOUGE, C. & PAULS, D. (1997). Symptom of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917.
- LEE, H. & KWON, S. (2003). Two different types of obsession: autogenous and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (1), 11-19.
- LEE, H., & TELCH, M. (2005) Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Anxiety Disorders*, 19, 793-805
- LEE, H.; KIM, Z.; & KWON, S. (2005). Thought disorder in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 401-413.
- LEE, H.; KWON, S.; KWON, J., & TELCH, M. (2005). Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depression and Anxiety*, 21, 118-129.
- MOULDING, R.; KYRIOS, M.; DORON, G.; & NEDELJKOVIC, M. (2007). Autogenous and reactive obsessions: Further evidence for a two-factor model of obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 677-690.
- RACHMAN, S. (2003). The treatment of obsessions. Oxford: Oxford University Press.
- RIGGS, D. & FOA, E. (1994). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed), *Clinical Handbook of Psychological Disorders (2a ed.)* (pp. 189-239). New York: The Guilford Press.
- RODRÍGUEZ BIGLIERI, R. & VETERE, G. (2008). Adaptación Argentina del Cuestionario de creencias obsesivas: resultados preliminares. *Interdisciplinaria*, 25 (1), 53-76.
- RODRÍGUEZ BIGLIERI, R.; MAGLIO, A. & KEEGAN, E. (2007). Adaptación argentina de la escala de fusión de pensamiento acción: resultados preliminares de su aplicación en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, otros trastornos de ansiedad y población clínica. *Anuario de Investigaciones*, XIV, TOMO I, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología. UBA, 23-29.
- SPIELBERGER, C.; GORSUCH, R.; LUSHENE, R.; VAGG, P.; & JACOBS, G. (1994). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI. (4ª ed). Madrid: TEA.
- STEIN, D. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.