

Resultados preliminares de la aplicación de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción.

Rodríguez Biglieri, Ricardo, Vetere, Giselle, Bunge Eduardo y Keegan, Eduardo.

Cita:

Rodríguez Biglieri, Ricardo, Vetere, Giselle, Bunge Eduardo y Keegan, Eduardo (2005). *Resultados preliminares de la aplicación de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/95>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/hxE>

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE FUSIÓN PENSAMIENTO-ACCIÓN

Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri, Lic. Giselle Vetere, Lic. Eduardo Bunge, Dr. Eduardo Keegan
UBA

Resumen

En los últimos años surgieron modelos cognitivos que evaluaron la presencia de creencias de tipo fusión pensamiento-acción en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Según algunos desarrollos, las mismas predispondrían a la aparición y mantenimiento de los síntomas. En la actualidad no contamos con datos obtenidos en población local, por lo que el presente estudio se propone evaluar este tipo de creencias en una muestra compuesta por: 30 pacientes con TOC, 60 pacientes con otros trastornos de ansiedad y una muestra no clínica compuesta por 100 sujetos. A todos los participantes se les administró la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I), la Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs) y la Escala de Fusión pensamiento-Acción (EFPA). Los resultados obtenidos son congruentes con las hipótesis cognitivas respecto de que los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo presentan una mayor tendencia a la fusión pensamiento-acción que los pacientes con otros trastornos de ansiedad y que la población no clínica. Se discutirán las implicancias teóricas y prácticas de estos hallazgos.

Palabras Clave

Trastorno Obsesivo Compulsivo Creencias obsesivas Fusión Pensamiento Acción

Abstract

PRELIMINARY OUTCOMES OF THOUGHT ACTION FUSION SCALE ADMINISTRATION

In the last years cognitive models have evaluated the presence of thought-action beliefs in patient with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). According to some developments, these beliefs would predispose to appearance and maintenance of symptoms. To date, we haven't such kind of data in local population, so the aim of this study is to evaluate this type of beliefs in 30 OCD patients, 60 anxious patients and 100 non clinic sample. All participants were evaluated with the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders of DSM-IV (SCID I), the Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs) and the Thought-Action Fusion Scale (TAFS). Findings are congruent with cognitive hypotheses regarding that OCD patients have a greater tendency to present thought-action fusion beliefs than other anxious patients and non clinic subjects. The theoretical and practical implications of these findings will be discussed.

Key words

Obsessive Compulsive Disorder Obsessive beliefs Thought Action Fusion

INTRODUCCIÓN

Existe consenso clínico respecto de la importancia de identificar y evaluar los sistemas de creencias que pueden relacionarse con la aparición y/o mantenimiento de los diversos trastornos que son objeto de atención clínica (10).

Son varios los estudios que observaron las similitudes entre las obsesiones que caracterizan al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y los pensamientos intrusivos registrados por la mayoría de las personas (5, 11, 12, 17, 20, 24). Las hipótesis cognitivas sostienen que los pensamientos intrusivos pueden transformarse en obsesiones dependiendo del significado que les sea atribuido (16, 21, 23). Se han identificado diversos tipos de creencias, las cuales estarían involucradas la adscripción de significado a los pensamientos intrusivos de los pacientes con TOC. Salkovskis y sus colaboradores (20, 23, 25) resaltan el rol de las creencias relacionadas con la responsabilidad por daño. Clark y Purdon (2) sostienen que ciertas creencias sobre la necesidad de control estarían involucradas en el desarrollo del cuadro. Por otro lado, Rachman (13,14,16) introdujo el concepto de "fusión pensamiento-acción" (Thought-action fusion, TAF) para referirse a la tendencia de los pacientes a considerar sus pensamientos como equivalentes a acciones. Numerosos estudios evaluaron el rol de este tipo de creencias en la aparición y mantenimiento del TOC (7,18, 19, 26, 29, 30), sin embargo, poco se sabe respecto de su papel en otros cuadros de ansiedad. Además, los datos existentes corresponden a estudios con poblaciones extranjeras, por lo que es necesario estudiar este fenómeno en población local. Los objetivos del presente estudio fueron: 1) Obtener estadísticos descriptivos respecto de la aplicación de la EFPA en cada grupo; 2) observar si existen diferencias significativas entre los grupos, tal como predicen ciertos modelos cognitivos; 3) discutir las implicancias de los resultados tanto a nivel teórico como práctico.

MÉTODO

Muestra

La muestra estuvo conformada por tres grupos independientes. El primer grupo estuvo compuesto por 30 pacientes con diagnóstico primario de TOC según criterios DSM IV (APA, 1994). La edad media del grupo fue de 33 años (DT= 9, rango de edad entre 21 y 52 años). 15 integrantes eran hombres y 15 mujeres, la mayoría permanecía soltero (70%), de nivel socio-económico medio (80%) y se encontraban cursando o habían terminado estudios superiores (65%).

Un segundo grupo estuvo compuesto por 60 pacientes con otros trastornos de ansiedad (20 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, 13 con Fobia social, 25 con Trastorno de Angustia con Agorafobia y 2 con Fobia simple), 25 hombres y 35 mujeres, con una media de edad de 31 años (DT= 6,2; rango entre 21 y 50 años), con características socio-demográficas equivalentes. Finalmente el tercer grupo estuvo integrado por 100 sujetos que no presentaban trastornos especificados en el eje I del DSM IV (1), de los cuales 50 eran hombres y 50 mujeres, seleccionados en forma de equiparar la edad y características socio-demográficas a los grupos anteriores. La edad media del grupo fue de 34 años (DT= 9,1; rango de edad entre 21 y 55 años).

Instrumentos

- Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (6). Esta entrevista está diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (1). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
- Escala de Fusión Pensamiento Acción, versión en español (22). El instrumento posee 19 ítems que evalúan la propensión del paciente a presentar este tipo de sesgo cognitivo. La medición se efectúa a través de una escala tipo Likert de 0-4 puntos que reflejan el grado de acuerdo del individuo con cada sentencia. Posee tres subescalas que evalúan diferentes aspectos del constructo, a saber: 1) la vertiente moral, evaluada a través de 12 ítems ("Desearle daño a alguien es casi tan malo como hacerle daño"); 2) vertiente probabilística relacionada con daños a terceros, evaluada por 4 ítems ("Si pienso que un familiar o amigo puede sufrir un accidente de tránsito, eso aumenta el riesgo de que le suceda"); 3) Vertiente probabilística relacionada con daño a sí mismo, evaluada por medio de 3 ítems ("Si pienso que me puedo enfermar, aumenta el riesgo de que me enferme").
- Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs). Versión castellana (3) Original inglés (8). Entrevista para determinar la presencia de TOC, sus características principales y su severidad. Posee dos subescalas, los síntomas son evaluados en base a una escala tipo Likert de 5 puntos. Posee satisfactorias propiedades psicométricas y es considerada sensible a los efectos del tratamiento. (9).

Procedimiento

En primer lugar se obtuvo el consentimiento informado de parte de los participantes del estudio. Con el acuerdo de los sujetos, éstos completaban una pequeña encuesta sobre sus datos socio-demográficos básicos (edad, sexo, estado civil, nivel socio-económico y nivel de estudio). Luego se administró la SCID-I con la finalidad de establecer el diagnóstico. Posteriormente, completaban la EFPA y para finalizar se administraba la entrevista Y-Bocs. Los pacientes conformaron los grupos de acuerdo a los resultados de la entrevista SCID-I y los puntajes obtenidos en la escala Y-Bocs. Para que un paciente entrara al grupo TOC debía cumplir dichos criterios según la entrevista diagnóstica y obtener un puntaje mínimo de 16 en la Y-Bocs (Punto de corte que indica presencia de TOC) (4). De este modo se buscaba la convergencia en el resultado de los instrumentos, con el fin de obtener mayor seguridad respecto del diagnóstico. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versión 11.5.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

La media total obtenida por el grupo TOC en la EFPA fue de 47,89 puntos (DT=13,2), mediana = 45. En las subescalas moral, probabilística relacionada con daños a sí mismo y la relacionada con daño a terceros los puntajes medios fueron de 30 (DT=5,3, md=28,50); 7,79 (DT=2,3, md=9) y 9,79 (DT=2,2, md=10), respectivamente. La media obtenida en la escala Y-Bocs fue de 25,5 puntos (DT=2,15).

El Grupo denominado Control no clínico obtuvo una media de 11,35 (DT=5,3, md=10) en la EFPA. La puntuación media fue de 8,16 (DT=2,5, md=7); 2,72 (DT=1, md=2) y 0,49 (DT=0,35, md=0,50), en las subescalas moral, probabilística relacionada con daños a sí mismo y la relacionada con daño a terceros respectivamente. La puntuación media en la escala Y-Bocs fue de 4 (DT=0,68).

En relación al grupo compuesto por pacientes con otros cuadros de ansiedad, la media en la EFPA fue de 23,67 (DT=8,5, md=27). En las subescalas, moral, probabilística relacionada con daños a sí mismo y la relacionada con daño a terceros las medias

fueron 15,67 (DT= 5,5, md=16); 4,67 (DT=1,7; md=3) y 3,33 (DT=1,5, md=3), respectivamente. En relación a la Y-Bocs la media fue de 9 (DT=1,1).

Estadísticos de contraste

Para testear la existencia de diferencias significativas entre los grupos, respecto de los resultados obtenidos en la EFPA, se procedió a comparar las puntuaciones de cada grupo mediante una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Como resultado de las mismas, se observó que los pacientes del grupo TOC puntuaron significativamente más alto que los sujetos del grupo control tanto en el puntaje total (U = 7,500; Z = -6,999; p<0,001), como en las subescalas Moral (U = 34,500; Z = -6,683; p<0,001), probabilística relacionada con daño a sí mismo (U = 152,500; Z = -5,319; p<0,001) como la relacionada con daño a terceros (U = 38; Z = -6,945; p<0,001).

En relación a las diferencias entre el grupo TOC y en control ansioso, los resultados muestran que los primeros obtienen puntuaciones significativamente más elevadas tanto en el total (U = 0,500; Z = -2,777, p<0,005) como en la subescala moral (U = 6,500; Z = -2,376; p<0,018) y la relacionada con daño a terceros (U = 9; Z = -2,22; p<0,002). No se observaron diferencias significativas en la subescala probabilística relacionada con daño a sí mismo (U = 20,500, Z = 1,452, p<0,146).

En lo referente a la comparación entre grupo control ansioso y control no clínico, se observaron diferencias altamente significativas respecto de la subescala de daño a terceros (U = 5,5, Z = -3,104, p<0,002). Respecto del puntaje total, y las subescalas de daño a sí mismo y moral, también se registraron diferencias significativas aunque en menor proporción (U = 12, Z = -2,340, p<0,019; U = 37, Z = -1,241, p<0,42; U = 20, Z = -1,987, p<0,047, respectivamente).

Por otro lado, se examinó la presencia de posibles diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones de la EFPA. No se hallaron diferencias significativas entre sexos en ningún caso, si bien las mujeres del grupo TOC obtuvieron puntuaciones levemente superiores a los hombres en la puntuación total y en la subescala probabilística de daños a terceros. Asimismo, en el grupo control, los hombres tendieron a puntuar en forma ligeramente superior a las mujeres en la subescala moral.

Discusión

Los resultados obtenidos son congruentes con las hipótesis cognitivas respecto de que los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo presentan una mayor tendencia a la fusión pensamiento-acción que los pacientes con otros trastornos de ansiedad y que la población no clínica. Sin embargo, esta afirmación parece sostenerse en cuanto a las diferencias entre el grupo TOC y el control no clínico, ya que respecto de la vertiente relacionada con daño a sí mismo no se hallaron diferencias significativas entre el grupo TOC y el control ansioso. Cabe pensar si este último hecho representa una característica presente en todos los cuadros de ansiedad, o bien si los resultados podrían estar influenciados por la composición de dicho grupo. Serían necesarios diversos estudios para testear la presencia de este tipo de fusión pensamiento-acción en los distintos trastornos de ansiedad.

Por otro lado, la marcada tendencia de los pacientes con TOC a presentar los sesgos morales y probabilísticos relacionada con daño a terceros, parece indicar que estas cogniciones podrían ser una característica propia del cuadro, lo que va en el mismo sentido que las conceptualizaciones cognitivas del mismo. Además, arrojan luz al dilema planteado por algunos investigadores respecto de lo común de la presencia de este tipo de creencias en la población en general (28). Según dichos autores, dada la frecuencia con que se halla este tipo de creencias en población no clínica, éstas no podrían jugar un papel significativo en el desarrollo y/o mantenimiento de los cuadros de ansiedad. No obstante, los resultados encontrados

en el presente estudio parecen abogar en favor de la existencia de un espectro dentro del cual la tendencia a la fusión pensamiento-acción debería evaluarse de manera dimensional. Es decir, no se trata de pensar en términos de presencia o ausencia de dichas creencias, sino del grado en que un sujeto presenta esta tendencia. Tanto los sujetos del grupo control no clínico como los grupos control ansioso y TOC presentaron creencias de este tipo pero de manera significativamente diferente. Este dato va en el mismo sentido de los hallados por otros grupos de investigación (7, 14, 15, 16, 18, 27). Este hecho conlleva implicancias para la práctica clínica ya que sería pertinente evaluar si la modificación de este tipo de cogniciones traería aparejado cambios en la sintomatología.

Agradecimientos:

Los autores agradecen la valiosa colaboración de los Lics. Fernán Arana y Francisco Palacín, integrantes de la 2° Cátedra de clínica Psicológica y Psicoterapias de la Facultad de Psicología de la UBA; así como al equipo de Psicopatología del Hospital Gral de Agudos Dr. Cosme Argerich.

- la Escala de Fusión Pensamiento-Acción: Resultados preliminares de su aplicación en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, otros trastornos de ansiedad y población no clínica.* Manuscrito enviado para su publicación.
23. Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583.
 24. Salkovskis, P., Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behavior Research and Therapy*, 22, 549-552.
 25. Salkovskis, P., Richards, H. & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
 26. Shafran, R., Thordarson, D., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 579-91
 27. Thordarson, D. & Shafran, R. (2002). Importance of thought. En Randy Frost & Gail Steketee (Eds) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions* (pp 15-28). Oxford, England: Pergamon Press.
 28. Vallejo Pareja, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema* (13), 3, 419-427.
 29. Wells, A. (1998). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.
 30. Zucker, B., Craske, M., Barrios, V. & Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: can it be corrected?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-655.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, IV edición. Washington, DC: Author. (Ed. Massón edición castellana).
2. Clark, D. & Purdon, C. (1993). New perspectives of a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167
3. Cía, A. (1995) *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*. Bs.As: Ateneo.
4. Demal, U., Zitterl, W., Lenz, G., Zapotoczky, H. & Zitterl-Eglseer, K. (1996). Obsessive compulsive disorder and depression—first results of a prospective study on 74 patients. *Neuropsychopharmacol and Biological Psychiatry*, 20, (5), 801-13.
5. Edwards, S. & Dikerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: a two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 317-328.
6. First, M., B., Spitzer, R., L., Williams, J., B., y Gibbon, M., (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) :User's Guide and Interview, Research Version*. New York, Biometrics Research Department, New York. Psychiatric Institute.
7. Freeston, M., Ladouceur, R., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
8. 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.
9. Hiss, H., Foa, E., y Kozak, M. (1994). A relapse prevention program for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808
10. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
11. Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 229-235.
12. Rachman, S. (1976). The modification of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 14, 437-443.
13. Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.
14. Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802
15. Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
16. Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford. Oxford University Press.
17. Rachman, S., de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
18. Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behavior Research and Therapy*, 37, 231-237.
19. Rassin, E.; Muris, P., Schmidt, H. & Merckelbach, H. (2000). Relationships between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behavior Research and Therapy*, 38, 889-897.
20. Reynolds, M. & Salkovskis, P. (1991). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population; an attempted replication. *Behavior Research and Therapy*, 30, 259-265.
21. Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas. *Vertex*, 15, (56), 85-90.
22. Rodríguez Biglieri, R.; Vetere, G., Bunge, E. & Keegan, E. *Adaptación de*