

Propiedades psicométricas de la versión española del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica

Raquel Nogueira Arjona, Antonio Godoy Ávila, Pablo Romero Sanchíz, Aurora Gavino Lázaro
y María Pilar Cobos Alvarez
Universidad de Málaga

En este estudio se realiza la adaptación y validación del Obsessive Belief Questionnaire-Children Version (OBQ-CV) en una muestra no clínica de niños y adolescentes españoles. Los análisis factoriales confirmatorios revelaron que el modelo que mejor se ajusta a los datos es el de tres factores de primer orden (Responsabilidad/Estimación de la amenaza, Perfeccionismo/Incertidumbre, Importancia/Control del pensamiento) que, a su vez, constituyen un factor de segundo orden. Los resultados mostraron que las puntuaciones del OBQ-CV presentan una alta fiabilidad, así como adecuada validez de criterio con medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de creencias obsesivas, y una buena validez discriminante con medidas de depresión y ansiedad.

Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive Belief Questionnaire-Children's Version in a non-clinical sample. The aim of this study was the adaptation to Spanish of the Obsessive Belief Questionnaire-Children's Version (OBQ-CV) in a non-clinical sample. Confirmatory factor analyses revealed the best fit for a model of three factors (Perfectionism/Certainty, Importance/Control of Thoughts, and Responsibility/Threat Estimation) and one higher-order factor. Moreover, results showed that the Spanish OBQ-CV is a reliable measure. This version also showed good criterion validity with obsessive-compulsive symptom measures and with scores of beliefs relevant to obsessive-compulsive disorder. Lastly, this version showed good divergent validity with depression and anxiety measures.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) infantil es un problema poco frecuente pero que produce un deterioro importante en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños afectados (Piacentini, Bergman, Keller y McCracken, 2003). Además, un porcentaje alto de adultos con TOC localizan el origen de sus síntomas a edades tempranas (Eichstedt y Arnold, 2001), siendo frecuente en la población general la ocurrencia de obsesiones y compulsiones que no alcanzan el nivel de trastorno clínico, pero que afectan la vida de la persona (Fullana et al., 2009). Debido a estos motivos, en los últimos años se ha producido un incremento en el número de trabajos relacionados con el TOC infantil, en general, y con sus factores potenciales de vulnerabilidad cognitiva, en particular.

Los principales modelos cognitivos del TOC postulan que las personas que poseen ciertas creencias disfuncionales valorarán la ocurrencia de los pensamientos intrusos (comunes en la mayoría de los individuos) como algo altamente significativo. Esta valoración magnificada hace que dichas intrusiones terminen por convertirse en obsesiones (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG]*, 1997; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). En opinión

del OCCWG (1997), pueden diferenciarse seis dominios de creencias obsesivas disfuncionales, según su contenido: responsabilidad sobredimensionada, sobre-estimación de la amenaza, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, importancia de los pensamientos e importancia del control de los pensamientos.

Diversas investigaciones han comprobado que existe una relación significativa entre medidas de creencias disfuncionales y medidas de síntomas obsesivo-compulsivos en niños (v.g., Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach y Campbell, 2001; Reynolds y Reeves, 2008). Sin embargo, a la hora de averiguar si estos constructos están específicamente relacionados con el TOC o si están asociados de un modo más general con la psicopatología y el afecto negativo, los resultados son poco consistentes, tanto en estudios correlacionales (v.g., Barret y Healy, 2003; Libby, Reynolds, Derisley y Clark, 2004), como en estudios que han manipulado experimentalmente estas creencias (Barrett y Healy-Farrell, 2003; Reeves, Reynolds, Coker y Wilson, 2010).

Determinar si estos constructos están relacionados con síntomas obsesivo-compulsivos y concretar la importancia relativa de cada creencia es importante, puesto que ayudaría a diseñar terapias psicológicas más eficaces. No obstante, algunas de estas investigaciones han empleado medidas idiográficas o bien instrumentos que no han sido validados en jóvenes, por lo que es difícil determinar si la falta de consistencia entre los resultados se debe al uso de instrumentos vinculados a distintos métodos de medida. Por otro lado, de cara al estudio de los modelos cognitivos en diferentes estadios evolutivos (v.g., Farrell y Barrett, 2006), sería útil contar

con una medida que evaluase distintos dominios de creencias y que, además, estuviese disponible tanto en población adulta como infantil. La única prueba disponible hasta el momento que cumple estos requisitos es el *Obsessive Belief Questionnaire* (OBQ-44).

El OBQ-44 se creó como una prueba para adultos (OCCWG, 2005), aunque posteriormente Coles et al. (2010) la han adaptado en población infanto-juvenil (*Obsessive Belief Questionnaire-Children Version*; OBQ-CV). En ambos casos, el OBQ está formado por tres dominios de creencias: Responsabilidad/Estimación de la amenaza, Perfeccionismo/Incertidumbre e Importancia/Control de los pensamientos. Los estudios realizados con ambas versiones han aportado evidencias que avalan su validez y fiabilidad. No obstante, los análisis de la estructura del cuestionario de adultos han aportado diversas soluciones factoriales. Mientras algunos autores han encontrado tres factores (v.g., OCCWG, 2005; Julien et al., 2008), otros han hallado una composición de cuatro factores (v.g., Myers, Fisher y Wells, 2008). En el único estudio publicado hasta la fecha sobre la estructura factorial del OBQ-CV se han obtenido cuatro factores (Wolters et al., 2011).

La adaptación infantil, OBQ-CV, ha consistido principalmente en adecuar expresiones y vocabulario al nivel evolutivo de los niños, así como en reducir el formato de respuesta de siete a cinco puntos. En los análisis que se han realizado hasta el momento las puntuaciones del OBQ-CV han presentado una buena consistencia interna (OBQtotal, $\alpha = 0,95-0,96$; Responsabilidad/Estimación, $\alpha = 0,89-0,91$; Perfeccionismo/Incertidumbre, $\alpha = 0,88-0,94$; Importancia/Control, $\alpha = 0,81-0,91$) y fiabilidad test-retest (OBQ total $r = 0,72-0,88$; Responsabilidad/Estimación, $r = 0,66-0,84$; Perfeccionismo/Incertidumbre, $r = 0,66-0,81$; Importancia/Control = $0,69-0,91$) (Coles et al., 2010; Wolters et al., 2011). Por otro lado, éstas correlacionan de forma moderada con síntomas obsesivo-compulsivos.

Aunque la versión española del OBQ-44 para adultos (Ruiz, Gavino y Godoy, 2008) puede aplicarse en adolescentes a partir de los 12 años (Fonseca et al., 2009), no existe una adaptación española en niños y adolescentes.

El objetivo de este trabajo ha sido adaptar y validar el OBQ-CV en una muestra de niños y adolescentes españoles, así como estudiar la fiabilidad y validez de sus puntuaciones.

Con respecto al tipo de población empleada en este estudio, cabe destacar que diversas investigaciones han mostrado que los fenómenos relacionados con el TOC están presentes en población no clínica y que los síntomas obsesivo-compulsivos subclínicos son similares en contenido y estructura a los más severos (Gibbs, 1996). Esto nos sugiere que la distinción entre síntomas obsesivo-compulsivos diagnosticables y no diagnosticables es una cuestión de grado y, por tanto, que el uso de muestras amplias de no clínicos puede ser un método plausible para entender mejor el funcionamiento del OBQ-CV.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron 1.907 estudiantes, elegidos por conveniencia y pertenecientes a 16 centros de Educación Primaria (21,2%) y Secundaria (78,8%) de la provincia de Málaga. Los escolares tenían edades comprendidas entre 9 y 19 años ($M = 13,26$, D.T. = 1,86), siendo el 50,6% mujeres, con aproximadamente 200 estudiantes en cada grupo de edad, excepto en el de 9 años, donde había 16 y en el de 18-19, donde había 4. Prácticamente

todos pertenecían a la clase media (mandos medios o diplomados) o media baja (operarios y pequeños comerciantes). Entre dos y tres semanas después del test, 144 participantes realizaron un retest.

Instrumentos

Cuestionario de Creencias Obsesivas-Versión Infantil (OBQ-CV, Coles et al., 2010). Está formado por 44 ítems distribuidos en tres subescalas: Responsabilidad/Estimación de la amenaza; Perfeccionismo/Intolerancia a la incertidumbre e Importancia/Control de los pensamientos. Se responde en un formato de cinco opciones (desde 1 a 5). La versión en inglés fue traducida al español de acuerdo con el método de traducción y retrotraducción (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005) y de forma semejante a la descrita por Balluerka, Gorostiaga, Alonso y Haranburu (2007), comprobándose su adecuación en varias muestras piloto. La prueba completa en su versión española puede obtenerse en rnarjona@uma.es.

Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAF-A; Muris et al., 2001). Este autoinforme consta de 15 ítems, agrupados en dos escalas: TAF-Moralidad y TAF-Probabilidad. En la adaptación española, las puntuaciones tuvieron una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,90$), así como buena validez convergente y divergente (Fernández-Llebrés, Godoy y Gavino, 2010).

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS; Frost y Marten, 1990; versión española de Gelabert et al., 2011). Está constituido por 35 ítems que miden perfeccionismo. En la presente investigación solo se utilizaron la puntuación total ($\alpha = 0,93$) y la escala Preocupación por los errores ($\alpha = 0,86$), ya que es la que más se relaciona con los problemas obsesivo-compulsivos (Purdon, Antony y Swinson, 1999).

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS; Spence, Barret y Turner, 2003; adaptación española de Godoy, Gavino, Carrillo, Cobos y Quintero, 2011). Está formada por 38 ítems que evalúan síntomas de ansiedad frecuentes en niños. Aunque la SCAS evalúa seis trastornos de ansiedad, dados los objetivos del presente estudio, solo se ha utilizado la escala de Obsesiones/Compulsiones. Las puntuaciones de la SCAS presentan buena consistencia interna, así como validez convergente y divergente.

Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños y Adolescentes (CY-BOCS-SR; Scahill et al., 1997). Este cuestionario mide la severidad de la principal obsesión y compulsión presentadas por el niño. Las puntuaciones de la versión española (Godoy, Gavino, Valderrama et al., 2011) tienen características psicométricas semejantes a las de la versión original inglesa.

Inventario de Depresión Infantil-Versión Corta (CDI-S; Kovacs, 1992). Es un autoinforme de 10 ítems que evalúa la severidad de la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, afectivo y conductual, en un formato de triple elección. La adaptación española aportó evidencias de su consistencia interna ($\alpha = 0,71$) y validez de constructo de sus puntuaciones (del Barrio, Olmedo y Colodrón, 2002).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Se trata de un inventario de 21 ítems que evalúa la molestia que provocan cada uno de los síntomas de ansiedad descritos en la escala. Las puntuaciones de la adaptación española (Sanz y Navarro, 2003) presentaron buena consistencia interna ($\alpha = 0,88$) y validez discriminante. El BAI, aunque es usualmente considerado una prueba para adultos, puede emplearse en niños y adolescentes (Steer, Kumar, Ranieri y Beck, 1995). En el presente estudio el alfa ha sido 0,73.

Procedimiento

La administración de las pruebas la llevaron a cabo estudiantes de máster en Psicología Clínica con experiencia en este tipo de tareas, en el aula habitual de los estudiantes y con previo consentimiento del director del centro y del tutor legal. Todos participaron voluntariamente, ninguno se negó a hacerlo, y se garantizó el anonimato. Se contrabalancearon los instrumentos para evitar un posible efecto de orden y cansancio.

Análisis de datos

Los valores omitidos (un 2,1% de ítems) se han sustituido mediante el procedimiento de imputación por patrones similares (Schafer y Graham, 2002).

Para comprobar empíricamente si las puntuaciones de la versión española del OBQ-CV presentan los tres factores teóricamente esperables (Responsabilidad/Estimación de la amenaza, Perfeccionismo/Incertidumbre e Importancia/Control de los pensamientos) agrupados en un factor más general (creencias obsesivas disfuncionales) se llevaron a cabo varios análisis factoriales confirmatorios, utilizando el procedimiento de mínimos cuadrados no ponderados (LISREL:USL) sobre la matriz de correlaciones policóricas. No obstante, tomando también en consideración lo encontrado en estudios previos, tanto con el OBQ para adultos como con el OBQ-CV (véase Wolters et al., 2011), se han sometido a comprobación cinco modelos: (1) los ítems son independientes entre sí; (2) los ítems constituyen un único factor; (3) los ítems se agrupan en tres factores correlacionados; (4) los ítems se agrupan en tres factores de primer orden que, a su vez, forman un factor de segundo orden; y (5) los ítems se agrupan en cuatro factores de primer orden que, a su vez, forma un factor de segundo orden. Siguiendo las recomendaciones de Hu y Bentler (1998), los índices de bondad de ajuste utilizados han sido: CFI y GFI (con un ajuste aceptable si son superiores o iguales a 0,90), RMSEA y SRMR (con un ajuste aceptable si son inferiores o iguales a 0,08), así como χ^2 cuadrado de Satorra-Bentler y el Criterio de Información de Akaike (AIC).

Las diferencias de medias entre varones y mujeres se han calculado mediante la U de Mann-Whitney, utilizando como índice robusto del tamaño del efecto, tal como aconsejan Erceg-Hurn y Mirosevich (2008), la probabilidad de superioridad (esto es, la probabilidad de que una puntuación elegida al azar entre mujeres sea superior a una puntuación elegida al azar entre varones). Para calcular la consistencia interna se utilizó el alfa de Cronbach y para la fiabilidad test-retest el coeficiente de correlación intraclase.

La validez de criterio se ha calculado mediante las correlaciones (Pearson) entre las puntuaciones del OBQ-CV y otras medidas de creencias disfuncionales (MPS y TAFQ-A) y con medidas de obsesiones y compulsiones (CY-BOCS y escala TOC de la SCAS). La validez discriminante se ha comprobado mediante las correlaciones entre las puntuaciones del OBQ-CV y medidas de depresión (CDI) y ansiedad (BAI).

Resultados

Estructura factorial

El análisis de los índices de bondad de ajuste muestra que los dos modelos que mejor se ajustan a los datos son el de 3 factores

correlacionados y el de 3 factores de primer orden que se agrupan en un factor de segundo orden (tabla 1). Excepto χ^2 cuadrado, los valores encontrados en los índices de bondad de ajuste para ambas hipótesis se encuentran dentro del límite de lo aceptable (CFI, GFI y RMR) o son solo ligeramente superiores al mismo (RMSEA), de acuerdo a los criterios de Hu y Bentler (1999). El modelo de 4 factores se ajusta poco a los datos (GFI<0,90; RMSEA>0,08) y presenta un AIC mayor que todos los demás modelos.

La tabla 2 presenta el grado de relación (coeficientes lambda) de cada ítem con su correspondiente factor, así como de cada factor de primer orden con el factor de segundo orden (coeficientes gamma).

Datos normativos y diferencias entre varones y mujeres

Como puede apreciarse en la tabla 3, las medias de las mujeres son ligeramente superiores a las de los varones. Sin embargo, el tamaño del efecto de dichas diferencias es muy pequeño.

Fiabilidad

Las puntuaciones del OBQ presentan una excelente consistencia interna (alfas: Total= 0,95, intervalo de confianza= 0,94-0,96, siendo $p=0,05$; Responsabilidad/Estimación= 0,89, I.C.= 0,88-0,90; Perfeccionismo/Incertidumbre= 0,88, I.C.= 0,87-0,89; Importancia/Control= 0,85, I.C.= 0,84-0,86).

Con respecto a la fiabilidad test-retest, los coeficientes de correlación intraclase fueron altos tanto para el total (0,80) como para las subescalas (Responsabilidad/Estimación= 0,74; Perfeccionismo/Incertidumbre= 0,75; Importancia/Control= 0,79).

Interrelación de las escalas del OBQ-CV

Las correlaciones entre las subescalas del OBQ-CV ($r=0,73-0,79$) fueron elevadas, mostrando que los constructos están muy relacionados entre sí.

Validez de criterio

Dado que no existe una prueba equivalente al OBQ-CV, no ha resultado posible estimar su validez convergente en sentido estricto, aunque sí su validez de criterio con respecto a otras puntuacio-

Tabla 1
Índices de bondad de ajuste para cada modelo

Modelo	χ^2	g.l.	AIC	RMSEA	CFI	RMR	GFI
Ítems independientes	150951,55	946	151039,52				
1 factor	13368,71	902	13544,71	0,09 (0,09-0,09)	0,92	0,06	0,97
3 factores correlacionados	12147,45	899	12329,45	0,09 (0,08-0,09)	0,93	0,06	0,97
3 factores + 1 factor de 2º orden	12147,45	899	12329,45	0,09 (0,08-0,09)	0,93	0,06	0,97
4 factores + 1 factor de 2º orden	13546,45	898	13730,45	0,09 (0,09-0,09)	0,92	0,12	0,88

Nota: * χ^2 de Satorra-Bentler
Todas las χ^2 son estadísticamente significativas con $p \leq 0,01$

nes de variables relacionadas. Desde este punto de vista, se espera que las relaciones más estrechas se presenten, por este orden, con las puntuaciones de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS) y con las de fusión pensamiento-acción (TAFQ-A), que

son las variables teóricamente más relacionadas con las creencias obsesivas. Algo más baja, aunque todavía sustancial, se espera que sea su relación con escalas que evalúan comportamientos obsesivo-compulsivos (CY-BOCS y escala TOC de la SCAS).

Tal como se esperaba, los resultados del análisis mostraron que las correlaciones más altas se dieron, por este orden, entre las escalas del OBQ-CV y las creencias de perfeccionismo (MPS) y de fusión pensamiento-acción (TAFQ-A). Las correlaciones del OBQ-CV y las medidas de frecuencia (Obsesiones/Compulsiones del SCAS) y severidad (CY-BOCS) de síntomas obsesivos compulsivos fueron entre moderadas y bajas, siendo los índices más bajos los de severidad (tabla 4).

Tabla 2
Pesos factoriales estandarizados de cada ítem (índices lambda) y de cada factor (índices gamma)

Ítem/Escala	Lambda/gamma
Responsabilidad/estimación	0,96
ítem 1	0,44
ítem 5	0,55
ítem 6	0,60
ítem 8	0,54
ítem 15	0,60
ítem 16	0,60
ítem 17	0,62
ítem 19	0,61
ítem 22	0,66
ítem 23	0,68
ítem 29	0,61
ítem 33	0,54
ítem 34	0,60
ítem 36	0,63
ítem 39	0,61
ítem 41	0,47
Perfeccionismo/incertidumbre	0,94
ítem 2	0,54
ítem 3	0,58
ítem 4	0,51
ítem 9	0,47
ítem 10	0,46
ítem 11	0,54
ítem 12	0,61
ítem 14	0,58
ítem 18	0,63
ítem 20	0,59
ítem 25	0,63
ítem 26	0,66
ítem 31	0,57
ítem 37	0,64
ítem 40	0,54
ítem 43	0,44
Importancia/Control	0,91
ítem 7	0,61
ítem 13	0,44
ítem 21	0,59
ítem 24	0,62
ítem 27	0,66
ítem 28	0,64
ítem 30	0,51
ítem 32	0,51
ítem 35	0,59
ítem 38	0,58
ítem 42	0,63
ítem 44	0,52

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las escalas del OBQ-CV y diferencias entre varones y mujeres

Escala	Todos	Varones (N= 942)	Mujeres (N= 965)	U	p	PS
Respons./Estimación	43,85 (13,95)	42,58 (14,51)	45,06 (13,29)	314194,50	0,01	0,54
Perfec./Incert.	41,19 (12,96)	40,44 (13,05)	41,87 (12,85)	326828,00	0,08	0,52
Importancia/Control	28,08 (10,21)	27,82 (10,33)	28,34 (10,10)	337640,50	0,40	0,51
Total	113,02 (34,19)	110,71 (35,12)	115,21 (33,16)	316879,50	0,04	0,53

Nota: U= U de Mann-Whitney
PS= Tamaño del efecto robusto o probabilidad de superioridad (probabilidad de que una puntuación elegida al azar entre mujeres sea superior a una puntuación elegida al azar entre hombres)

Tabla 4
Correlación (Pearson) de las escalas del OBQ-CV con otras variables

	OBQ-CV			
	Total	Responsabilidad/Estimación	Perfeccionismo/Incertidumbre	Importancia/Control
MPS				
Preocupación por errores	0,59	0,48	0,62	0,55
Total	0,71	0,62	0,73	0,61
TAF				
Moral	0,47	0,46	0,36	0,49
Probabilidad	0,41	0,38	0,42	0,41
Total	0,53	0,49	0,43	0,54
SCAS OC	0,39	0,36	0,40	0,29
CY-BOCS				
Total	0,25	0,21	0,26	0,21
Obsesiones	0,23	0,20	0,24	0,19
Compulsiones	0,20	0,16	0,22	0,17
CDI	0,19	0,15	0,20	0,15
BAI	0,27	0,24	0,28	0,20
Edad	-0,07	-0,03	-0,06	-0,07

Nota: OBQ-CV, Cuestionario de Creencias Obsesivas-Versión Infantil; TAFQ-A, Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes; MPS, Escala Multidimensional de Perfeccionismo; SCAS, Escala de Ansiedad Infantil de Spence; CY-BOCS; Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para Niños y Adolescentes; CDI Inventario de Depresión Infantil-Versión Corta; BAI, Inventario de Ansiedad de Beck
Todas las correlaciones mayores de 0,05 son significativas con p=0,05

Validez discriminante

Con respecto a la validez discriminante, las correlaciones con las medidas de depresión (CDI) y ansiedad (BAI) fueron bajas o muy bajas.

Todas las correlaciones parciales de las escalas del OBQ-CV con el resto de variables estudiadas se mantienen estadísticamente significativas tras controlar el efecto de la depresión (CDI) y la ansiedad (BAI).

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio ha sido examinar las propiedades psicométricas de las puntuaciones obtenidas por una muestra incidental de escolares en la versión española del OBQ-CV. Los resultados han puesto de manifiesto que éstas son satisfactorias y, en general, comparables a las de la versión original (Coles et al., 2010).

Los análisis factoriales confirmatorios muestran que las puntuaciones del OBQ-CV pueden agruparse bien en tres escalas interrelacionadas entre sí, bien en tres escalas agrupables en un constructo más general de creencias obsesivas. Esto concuerda con lo encontrado por el OCCWG (2005) y por Julien et al. (2008) con el OBQ-44 para adultos. Hasta el momento no se han publicado análisis de la estructura factorial del OBQ-CV en su versión original. No obstante, en la versión holandesa, Wolters et al. (2011) hallaron que el modelo de cuatro factores era el que mejor se ajustaba a sus datos con población no clínica, lo que difiere de los resultados del presente estudio. Asimismo, cabe señalar que seis ítems guardan una relación relativamente débil con la escala a la que pertenecen, si bien los pesos factoriales nunca son inferiores a 0,44.

Las medias obtenidas en la presente investigación son superiores a las encontradas por Wolters et al. (2011) en una muestra no-clínica. De hecho, las medias de que informamos aquí se parecen más a las de las muestras clínicas de Coles et al. (2010) y de Wolters et al. (2011) que a las medias de la muestra no-clínica de que informan estos últimos autores. Al igual que ocurrió en el estudio de Coles et al. (2010), las diferencias entre chicos y chicas alcanzan a veces la significación estadística debido al gran tamaño de la muestra utilizada. Sin embargo, dichas diferencias presentan un tamaño del efecto muy pequeño, careciendo de importancia práctica. Además, como puede verse al final de la tabla 4, la relación de las creencias disfuncionales con la edad de los participantes es nula o casi nula, tal como también ocurre en la versión original (Coles et al., 2010).

Las intercorrelaciones entre las subescalas fueron altas, lo que indica que los constructos medidos están muy relacionados entre sí, sugiriendo la existencia de un factor general subyacente. En otras investigaciones también se han informado intercorrelaciones moderadas o altas entre los factores del OBQ, tanto en adultos (v.g., Julien et al., 2008, OCCWG, 2005) como en jóvenes (Coles et al., 2010).

Con respecto a la consistencia interna, los coeficientes alfa hallados fueron altos y casi idénticos a los obtenidos por Wolters et al. (2011) en una muestra no-clínica y muy similares a los de Coles et al. (2010) en dos muestras clínicas.

En cuanto a la validez, los resultados han apoyado la validez de criterio y discriminante de las puntuaciones puesto que, en general, las correlaciones con medidas de creencias y síntomas obsesivo-compulsivos fueron superiores a las correlaciones con medidas de

depresión y ansiedad general. Concretamente, las creencias obsesivas evaluadas por este instrumento estaban fuertemente relacionadas con otras creencias relevantes en el TOC, como el perfeccionismo (Purdon et al., 1999) y la fusión pensamiento-acción (Muris et al., 2001). Si examinamos los distintos dominios podemos comprobar que la relación más alta fue la hallada entre el MPS-Total y la escala de Perfeccionismo/Incertidumbre del OBQ-CV, que refleja una “exigencia de estándares altos, rigidez, preocupación por los errores y sentimientos de incertidumbre” (OCCWG, 2005). Asimismo, como era de esperar, Importancia/Control de los pensamientos fue la escala que obtuvo mayor índice de correlación con la medida de TAF.

La relación de los factores del OBQ-CV con medidas de síntomas obsesivo-compulsivos ha sido moderada (SCAS) o baja (C-YBOCS). La asociación encontrada entre el OBQ-CV y el SCAS ha sido semejante a la informada por Coles et al. (2010) con dos medidas similares al SCAS. La relación entre las creencias de responsabilidad o la importancia dada a los pensamientos y los síntomas obsesivo-compulsivos es consistente con los hallazgos de estudios previos (v.g., Barret y Healy, 2003; Libby et al., 2004). De igual modo, la baja correlación del OBQ-CV con el C-YBOCS concuerda con los resultados de otras investigaciones en las que los índices han sido muy bajos o no significativos, tanto en jóvenes (Coles et al., 2010; Wolters et al., 2011) como en adultos (Julien et al., 2008). Una posible explicación a esta baja relación entre el OBQ-CV y el C-YBOCS puede ser que en la puntuación total del OBQ-CV influyen tanto la severidad como el número de creencias que presenta el sujeto, mientras que en el C-YBOCS la puntuación depende únicamente de la severidad del síntoma principal, sin tener en cuenta el número de obsesiones y compulsiones distintas que se tengan.

Los resultados del presente estudio deberían interpretarse teniendo en cuenta varias limitaciones. En primer lugar, en este estudio se ha empleado una muestra de conveniencia que, aunque amplia, probablemente no representa ningún tipo de población. En segundo lugar, la muestra no es clínica. Futuras investigaciones deberán estudiar si los resultados presentes se mantienen cuando se utilizan niños y adolescentes con problemas clínicos, especialmente con problemas obsesivo-compulsivos. Por último, si bien se aseguró la confidencialidad de los datos, no se administró ninguna escala de discapacidad social ni se estudió con detenimiento si los datos omitidos guardaban algún tipo de relación con otras variables, con lo que es posible que esto haya influido en los resultados.

En resumen, podemos concluir que en el estudio de la adaptación española del OBQ-CV se han obtenido propiedades psicométricas comparables a las de la versión original, por lo que es una prueba que puede emplearse en la investigación de creencias obsesivas disfuncionales. Dado que el OBQ para adultos ya existe en versión española (Ruiz et al., 2008), disponer de la presente versión española para población infantil permitirá incrementar el entendimiento de la evolución y persistencia de las creencias disfuncionales importantes en el desarrollo de los síntomas obsesivo-compulsivos, así como sugerir mejoras en los procedimientos terapéuticos para edades tempranas.

Agradecimientos

La presente investigación ha estado subvencionada por la Junta de Andalucía.

Referencias

- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124-133.
- Barrett, P.M., y Healy, L. (2003a). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 285-299.
- Barrett, P.M., y Healy-Farrell, L.J. (2003b). Perceived responsibility in childhood obsessive compulsive disorder: An experimental manipulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 430-441.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Coles, M.E., Wolters, L.H., Sochting, I., de Haan, E., Pietrefesa, A.S., y Whiteside, S.P. (2010). Development and initial validation of the Obsessive Belief Questionnaire-Child Version (OBQ-CV). *Depression and Anxiety*, 27, 982-991.
- Del Barrio, V., Olmedo, M., y Colodrón, D. (2002). Adaptación del CDI-S (Kovacs, 1992) a la población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
- Eichstedt, J.A., y Arnold, S.L. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: A tic-related subtype of ocd? *Clinical Psychology Review*, 21, 137-157.
- Erceg-Hurn, D.M., y Mirosevich, V.M. (2008). Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *The American Psychologist*, 63, 591-601.
- Farrell, L., y Barrett, P. (2006). Obsessive-compulsive disorder across developmental trajectory: Cognitive processing of threat in children, adolescents and adults. *British Journal of Psychology*, 97, 95-114.
- Fernández-Llebrés, R., Godoy, A., y Gavino, A. (2010). Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A). *Psicothema*, 22, 489-494.
- Fonseca, E., Lemos, S., Paño, M., Villazón, Ú., Sierra, S., y Muñiz, J. (2009). Evaluación de las creencias obsesivas en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 351-363.
- Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J.R., Moffitt, T. E., y Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: Prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166, 329-336.
- Frost, R.O., y Marten, P.A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 559-572.
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., y Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23, 133-139.
- Gibbs, N.A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16, 729-773.
- Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, P., y Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 23, 289-294.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M.P., Casado, Y., et al. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme. *Psicothema*, 23, 330-335.
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F., y Spielberger, C.D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. London: Erlbaum.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K.P., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois F., Freeston, M.H., Radomsky, A.S., 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.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory. CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J., y Clark, S. (2004). Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 45, 1076-1084.
- Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H., y Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 843-852.
- Myers S.G., Fisher P.L., 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 (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Piacentini, J., Bergman, L., Keller, O., y McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61-69.
- Purdon, C., Antony, M.M., y Swinson, R.P. (1999). Psychometric properties of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in a clinical anxiety disorders sample. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1271-1286.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., y Wilson, C. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 228-233.
- Ruiz, C., Gavino, A., y Godoy, A. (2008). Adaptación española del Inventario de Creencias Obsesivas (OBQ). *Ansiedad y Estrés*, 14, 175-185.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M., y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions. A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Sanz, J., y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., y Ort, S.I. (1997). Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.
- Schafer, J.L., y Graham, J.W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147-177.
- Spence, S.H., Barrett, P.M., y Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 605-625.
- Steer, R.A., Kumar, G., Ranieri, W.F., y Beck, A.T. (1995). Use of the Beck Anxiety Inventory with adolescent psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 76, 459-465.
- Wolters, L.H., Hogendoorn, S.M., Koolstra, T., Vervoort, L., Boer, F., Prins, P.J.M., et al. (2011). Psychometric properties of a Dutch version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-Child Version (OBQ-CV). *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 982-991.