



2008, 14(2-3), 321-339

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DESDE LAS NUEVAS PERSPECTIVAS COGNITIVAS. ESTUDIO DE UN CASO

L. Leal Carcedo y A. Cano Vindel

Intec Psicología. Centro de Intervenciones con Evidencia Científica
Universidad Complutense de Madrid

Resumen: La exposición con prevención de respuesta (EPR) ha sido considerado el tratamiento de elección para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), sin embargo los datos clínicos así como diferentes investigaciones, han demostrado que existe un gran número de pacientes que no se benefician de dicho tratamiento poniéndose en duda su eficacia (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Westbrook, 1989). Desde la Teoría de los Cuatro Factores de Eysenck (1997) se derivan aplicaciones prácticas para el tratamiento del TOC, en las que se resalta el papel que desempeñan los sesgos atencionales e interpretativos centrados en los pensamientos intrusos. Se presenta el caso de un varón de 27 años de edad que cumple criterios diagnósticos para el TOC (APA, 2000). El objetivo de la intervención fue la reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva así como aumentar la sensación de control acerca de los pensamientos intrusos no deseados y la reducción de la medicación. Para ello aplicamos un tratamiento de orientación cognitivo-conductual basado en la eliminación de los sesgos atencionales e interpretativos centrados en los pensamientos intrusos. La evaluación se realiza mediante una entrevista especializada semiestructurada (ADIS-R; Rachman, 2003; Steketee, 1999) y se aplican los siguientes instrumentos: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), el Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), la escala de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), el Inventario de Creencias y Obsesiones de Valencia (IVOC; Belloch, Morillo, Carrió y Cabedo, 2002) y el Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2004). Los resultados arrojan reducciones significativas en la frecuencia de obsesiones así como la remisión total de compulsiones. Observamos reducciones significativas en los tres sistemas de respuesta de ansiedad. Los cambios se mantienen en el seguimiento realizado a los doce meses.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, pensamientos obsesivos, rituales mentales, técnicas cognitivas, estudio de caso único.

Abstract: Response prevention exposure (RPE) has been considered the treatment of choice for obsessive-compulsive disorder (OCD). Its efficacy has been called into question given the clinical and empirical data showing that a great number of patients do not benefit from such treatment (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Westbrook, 1989). In the present paper, given the most recent cognitive approaches, we have chosen an integrative model that highlights emotional and cognitive variables. Practical applications can be derived from Eysenck's Four Factor Theory (1997) in regards to cognitive treatment for OCD; special importance is given to the role played by attentional and interpretive biases for intrusive thoughts. Eliminating these biases constitutes a number one priority. Based on these theoretical models, a case study is presented, the application of a cognitive-behavioural treatment (CBT) is described; the cognitive techniques used and the results obtained are discussed.

Key words: Panic attacks, panic disorder with agoraphobia, cognitive-behavioural treatment, cognitive biases, single-case experiment.

Title: *Obsessive-compulsive disorder treatment under the light of new cognitive perspectives. A case study*

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes

*Dirigir la correspondencia a
Antonio Cano Vindel
Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Madrid
canovindel@psi.ucm.es

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

que consumen una gran cantidad de tiempo (más de una hora al día) y causan malestar significativo (APA, 2000). Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos que se experimentan como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar. Las compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión.

Una compulsión puede ser observable o encubierta. Las compulsiones observables incluyen rituales de lavado, conductas de comprobación y orden, o evitaciones. Las compulsiones encubiertas son actos mentales como rezar, contar o repetir palabras. La finalidad de estas conductas es prevenir o reducir la ansiedad o el malestar.

En cuanto al diagnóstico diferencial es importante diferenciar las obsesiones (Wells & Davies, 1994) de otros tipos de pensamientos intrusos. El tipo más frecuentemente encontrado es la preocupación (Prados-Atienza, 2005; Wells & Morrison, 1994). En este sentido, cuando se trata de preocupaciones o ruminaciones depresivas, la persona sintoniza emocionalmente con sus propios pensamientos (por muy catastróficos que sean). Las obsesiones, por el contrario, se viven como excesivas e irracionales.

Hasta la última década, este trastorno ha recibido poca atención por parte de investigadores al ser considerado bastante extraño o infrecuente. A raíz de los resultados de diversas encuestas epidemiológicas efectuadas durante la década de los 80, en las que se halló una prevalencia sorprendentemente elevada, se ha reavivado mucho el interés y ampliado con rapidez los conocimientos sobre los rasgos clínicos y el tratamiento del trastorno.

El objetivo general de este trabajo es mostrar la eficacia del tratamiento del TOC mediante la incorporación de técnicas cognitivas centradas en la eliminación de los

sesgos atencionales e interpretativos así como dar a conocer a los clínicos un nuevo marco de tratamiento basado en la teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad (Eysenck, 1997).

Método

Identificación del paciente y motivo de consulta

D. es un joven de 27 años, soltero, licenciado en farmacia de nivel socioeconómico medio. Recientemente se ha independizado y vive en un piso compartido. En la actualidad está trabajando en una farmacia dispensando medicamentos. Su problema radica en que se obsesiona con la posibilidad de equivocarse al despachar las recetas, realizando una valoración catastrofista de responsabilidad. Esto le lleva a dedicar mucho tiempo a pensar en ello (obsesiones), así como a comprobar una y otra vez si ha cometido algún error (compulsión), lo que le genera niveles muy altos de ansiedad y malestar. También se obsesiona con la idea de si habrá entendido lo que se está diciendo en una conversación y realiza comprobaciones mentales para asegurarse de que presta la debida atención y ha entendido lo que se está diciendo. Se sometió a tratamiento psicológico psicoanalítico durante un año, recibiendo el diagnóstico de "neurosis obsesiva". En la actualidad se encuentra bajo tratamiento farmacológico (300 mg. de clorimipramina y 60 mg. de mirtazapina al día).

Refiere que su madre siempre ha sido una persona "muy nerviosa que siempre está preocupada por todo". Cree que su problema es que tiene "ciertos hábitos que le cuesta cambiar" atribuyendo éstos a la falta de voluntad y al modelo que ha tenido en su casa. Igualmente le preocupa el hecho de no haber tenido nunca una pareja

estable llegando a pensar que si encontrara su "pareja ideal" remitiría su problema.

Estrategias de evaluación

En el proceso de evaluación resaltamos la importancia de conocer no solo el contenido de los síntomas (obsesiones y compulsiones), sino también algunas variables presentes en el proceso cognitivo que da lugar al trastorno.

Para evaluar los síntomas, aplicamos la ADIS-R, una entrevista especializada semiestructurada (Rachman, 2003; Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw, & Rasmussen, 1999) que proporciona información tanto general como específica del trastorno, así como el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002), para evaluar los síntomas de ansiedad, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961) para evaluar los síntomas depresivos. Por último aplicamos la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) para evaluar la eficacia del tratamiento.

Para operativizar las variables cognitivas, utilizamos el Inventario de Creencias y Obsesiones de Valencia (IVOC; Belloch et al., 2002) y el Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2004).

Siguiendo las recomendaciones de Taylor (2002), durante todo el proceso de evaluación pusimos el énfasis en obtener "in vivo" datos de las variables responsables del mantenimiento de las obsesiones y compulsiones: creencias, sesgos cognitivos y distorsiones cognitivas (evaluación subjetiva del paciente), provocando situaciones desencadenantes en las sesiones de evaluación. Para ello nos apoyamos en la información recogida en los autorregistros (para ver ejemplos de autorregistro revisar Clark, 2004; Foa & Kozak, 1997; Steke-

tee, et al., 1999). Además, realizaba en casa un autorregistro a modo de diario donde anotaba información relevante respecto a sus obsesiones fundamentales (frecuencia e intensidad así como estrategias para manejar el malestar y su efectividad para reducirlo). Mantuvimos estos autorregistros durante las dos primeras semanas para obtener la línea base.

A continuación se describen las características de los instrumentos seleccionados para complementar la evaluación.

La Escala de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) es una entrevista semiestructurada que contiene una lista de síntomas y una escala de severidad. La lista de síntomas incluye una lista de 40 obsesiones y 29 compulsiones categorizadas según el contenido. La categoría de compulsiones contiene: limpieza / lavado, verificación, repetición, conteo, orden, acumulación, compulsiones mentales y una mezcla de varias. La escala de severidad contiene 10 ítems: 5 para obsesiones y 5 para compulsiones.

Es un instrumento esencial en la evaluación del TOC porque nos da una medida de la severidad de los síntomas independiente del contenido y demás es sensible a los cambios del tratamiento. Permite realizar comparaciones con otras investigaciones ya que su uso en este campo está muy extendido.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961) en su versión revisada de 1979 presenta cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21

ítem, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. El paciente tiene que seleccionar la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002) es una prueba diseñada para evaluar la respuesta de ansiedad conjugando el Modelo Interactivo Multidimensional de la Ansiedad de Endler y Magnusson (1976) y el Modelo Tridimensional de Lang (1968). Está compuesto por 22 situaciones y 24 posibles respuestas de ansiedad correspondientes a los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). El sujeto debe evaluar con una escala de 0 a 4 (siendo 0 casi nunca y 4 casi siempre) la frecuencia con que aparecen dichas respuestas.

El inventario evalúa 8 escalas, las tres primeras mostrarían la reactividad del sujeto en los tres sistemas de respuesta ante las distintas situaciones; así como la medida del rasgo o nivel general de ansiedad. Las otras cuatro corresponden a escalas que evalúan el rasgo específico del sujeto en cuatro áreas situacionales (ansiedad ante evaluación-F1-, ansiedad interpersonal-F2-, ansiedad fóbica-F3- y ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana-F4).

Inventario de Creencias y Obsesiones de Valencia (IVOC; Belloch et al., 2002) consta de 58 ítems sobre creencias (e.g., "si tengo pensamientos violentos, perderé el control y seré violento"). Se evalúa mediante una escala de tipo Likert que va de 1 = "totalmente en desacuerdo" a 7 = "totalmente de acuerdo". Rastrea siete dimensiones que agrupan diversas creencias de tipo obsesivo: Fusión Pensamiento-Acción, tipo

Probabilidad (TAF-P), Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre (P-II), Sobreestimación del Peligro (SP), Fusión Pensamiento-Acción tipo Moral (TAF-M), Responsabilidad excesiva e Importancia de Controlar los Pensamientos (R-ICP), Sobreestimación de la Importancia de los Pensamientos (SIP) y Rigidez de Ideas (RI).

El Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad para el TOC (IACATA-TOC; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2004) es un instrumento que está en periodo de investigación en el Departamento de Psicología Básica II (Procesos cognitivos) de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Este instrumento consta de 21 ítems donde aparecen una serie de preguntas o cuestiones mediante las que se evalúa la frecuencia con que la persona tiene determinados pensamientos. Se le pide al sujeto que estime mediante una escala tipo Likert de 0 a 4 la frecuencia con la que tiene los pensamientos que se describen en cada una de las cuestiones. En las Tablas 1, 2 y 3, se resumen las puntuaciones obtenidas en la evaluación pretratamiento.

Formulación clínica del caso

En la evaluación inicial, D. describe la presencia de pensamientos intrusos no deseados que aparecen con mayor probabilidad ante determinadas situaciones. Por ejemplo, es frecuente que cuando está con los amigos aparezca la idea de que no se va a centrar en la conversación y continuamente está comprobando mentalmente si ha entendido cada comentario que se realiza en la charla. La interpretación que hace de esta situación es "¿y si eso significa que me intereso poco por lo que digan los demás?", "debería centrarme más en la conversación". Otras veces, para no estar preguntando continuamente lo que acaban de

Tabla 1. Puntuaciones directas obtenidas en la escala Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961).

Síntoma y medida	Pretratamiento
Puntuación total de obsesiones y compulsiones en la Y-BOCS (0-40)	34
Obsesiones (0-20)	17
Compulsiones (0-20)	17
BDI	12

Tabla 2. Puntuaciones centiles obtenidas en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002).

Sistema de respuesta	Pretratamiento	Rasgos específicos	Pretratamiento
Cognitivo	98	Evaluación	98
Fisiológico	90	Interpersonal	95
Motor	94	Fóbica	75
Puntuación Total	95	Cotidiana	95

Tabla 3. Puntuaciones directas obtenidas en el Inventario de Creencias y Obsesiones de Valencia (IVOC; Belloch et al., 2002) y en el Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad para el trastorno obsesivo compulsivo (IACTA-TOC; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2004)

IVOC	Pretratamiento
TAF-P*	20
P-II*	65
SP*	55
TAF-M*	20
RE-ICP*	66
SIP*	15
RI*	25
IACTA-TOC	70

*(Fusión Pensamiento-Acción, tipo Probabilidad-TAF-P-, Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre-P-II-, Sobreestimación del Peligro-SP-, Fusión Pensamiento-Acción tipo Moral-TAF-M-, Responsabilidad excesiva e Importancia de controlar los Pensamientos-R-ICP-,-, Sobreestimación de la Importancia de los Pensamientos-SIP- y Rigidez de Ideas-RI-)

decir hace una evitación cognitiva aislándose totalmente de la conversación, lo que termina confirmando su creencia de que los demás no le importan y le lleva a centrarse más en sus propios pensamientos.

En la farmacia donde trabaja le irrumpen pensamientos de duda relacionados con la probabilidad de equivocarse al dispensar un medicamento, acompañado por una valoración subjetiva de responsabilidad y una sobreestimación de consecuencias negativas (“si pienso que puedo matar a alguien soy peligroso”). Para evitarlo, revisa más de seis veces cada receta así como las fechas de caducidad, lo que le ocupa una gran cantidad de tiempo. Como consecuencia de todo esto fue despedido de un trabajo y le generó problemas con sus compañeros, que comenzaron a pensar que era un “vago”. En la mayoría de las ocasiones reconoce que estas comprobaciones son excesivas, sin embargo, en otros momentos considera que sus compulsiones son necesarias, e incluso positivas (pobre introspección), debido a que tiene un criterio muy rígido a la hora de evaluarse (“aunque me equivocase una sola vez, no podría perdonármelo nunca”), justificando así la necesidad de realizar la compulsión. Presenta además sintomatología depresiva moderada, debido tanto a los sesgos interpretativos que hace de sus síntomas, como a las consecuencias que se derivan de ellos. Sobre la base de los síntomas presentados y tomando como referencia el modelo de los Cuatro Factores de Ansiedad de Eysenck (1997) así como la teoría de la metacognición (Wells & Matthews, 1996), elaboramos el análisis funcional del caso que trata de explicar tanto el origen como el mantenimiento del problema actual.

Cuando D. se enfrenta a las situaciones que disparan sus pensamientos (trabajo, conversaciones con amigos), tiende a centrarse en éstos, interpretando que están totalmente fuera de su control y que no puede hacer nada para manejarlos.

En resumen, podemos afirmar que existe una serie de factores de predisposición (madre con trastorno de ansiedad, rasgo de ansiedad, introversión, alta sugestionabilidad, educación excesivamente permisiva, depresión en la infancia) así como una serie de acontecimientos vitales estresantes que han podido actuar como disparadores del trastorno (viaje a EE.UU., primer trabajo con responsabilidad respecto a la salud de otros en hospital). Sin embargo, mientras que la presencia de pensamientos intrusos no sería un síntoma psicopatológico en sí mismo ya que se encuentra en un 80% de la población normal (Rachman & de Silva, 1978), es la interpretación catastrófica y distorsionada que se hace de ellos y el significado que se les otorga lo que termina conformando la obsesión y manteniendo el trastorno (i.e., si me cuesta concentrarme en la conversación eso significa que no me importan los demás y que soy un vago) generando ansiedad y malestar.

En relación con esta conceptualización, D. presenta una tendencia exagerada a centrarse en sus propios pensamientos, lo que le lleva a detectar un mayor número de pensamientos intrusos (sesgo atencional). Además interpreta éstos de una manera catastrofista (sesgos interpretativos), llevándole a realizar conductas de evitación que en algunos casos son encubiertas (comprobar mentalmente si ha entendido bien lo que se acaba de comentar en las conversaciones) y en otros casos son observables (comprobar si ha dispensado el medicamento adecuado). Estas conductas de evitación (compulsiones encubiertas u observables), reducen el malestar a corto plazo, pero a largo plazo aumentan la probabilidad y frecuencia de los pensamientos intrusos generando un “circulo vicioso”. Para romper este “circulo vicioso” y conseguir cambios a largo plazo es necesario centrarse en los procesos cognitivos implicados en

el mantenimiento de la sintomatología como son el sesgo atencional y el significado personal (sesgo interpretativo).

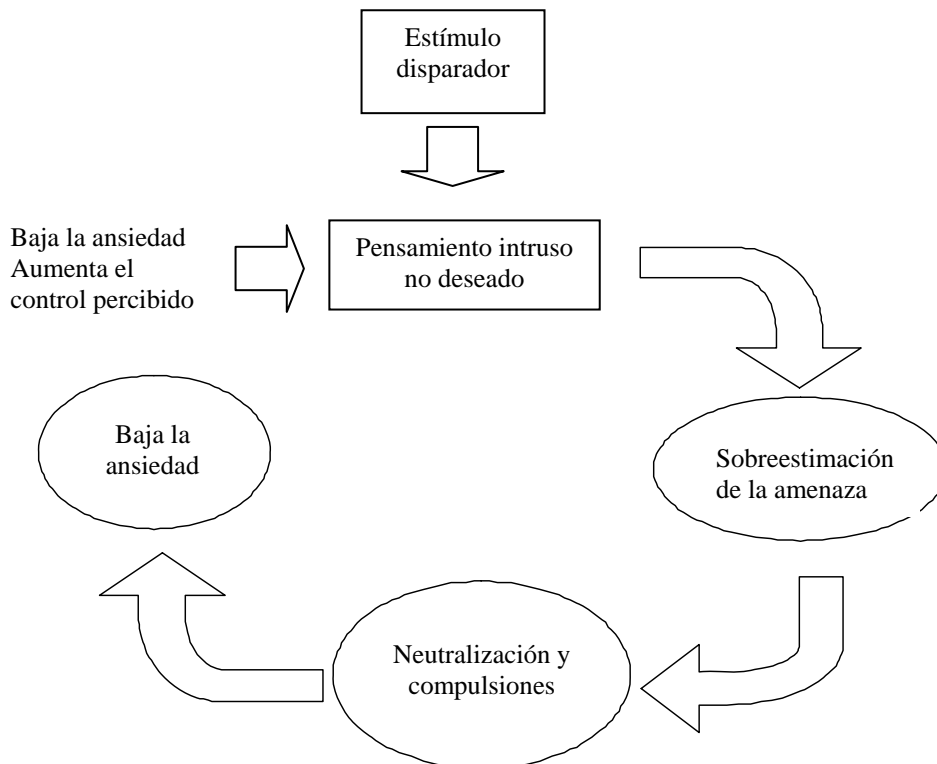
Wells (1994) habla de “creencias meta-cognitivas” para referirse a creencias almacenadas en la memoria a largo plazo mediante las cuáles otorgamos un significado personal tanto a los pensamientos intrusos como a las estrategias (compulsiones) que utilizamos para enfrentarnos a los mismos.

A continuación se presenta un modelo general para entender el mantenimiento del TOC (ver Figura 1).

Tratamiento

En la actualidad, los tratamientos utilizados con más frecuencia para el TOC son los tratamientos farmacológicos, seguidos de psicoterapias, en particular los enfoques cognitivo-conductuales. En una reciente revisión, se examinaron los estudios que compararon las intervenciones psicológicas con los grupos tratados con el tratamiento habitual, que no recibieron ningún tratamiento, o estuvieron en una lista de espera para el tratamiento o recibieron la atención habitual. Los autores identificaron ocho es-

Figura 1. Modelo general del mantenimiento del TOC. Clark (2004)



tudios (11 comparaciones de tratamientos), que contrastaron las terapias cognitivas o conductuales versus grupos control tratados con el tratamiento habitual. Siete estudios (diez comparaciones) presentaron datos utilizables para los metanálisis. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron cualquier variante de la terapia cognitivo-conductual presentaron significativamente menos síntomas después del tratamiento que los pacientes que recibieron el tratamiento habitual (diferencia de medias estandarizada, DME -1,24; IC al 95%: -1,61 a -0,87; prueba de heterogeneidad de I^2 33,4%). Los distintos tipos de terapias cognitivas o conductuales mostraron diferencias similares en el efecto cuando se compararon con el tratamiento habitual. Las diferencias en la gravedad inicial parecieron influir en el efecto general del tratamiento (Gava et al., 2007).

La terapia cognitiva no fue considerada relevante para el tratamiento del TOC hasta la publicación del artículo basado en el análisis cognitivo conductual para las obsesiones y compulsiones escrito por Salkovskis (1985). A partir de ese momento comienza lo que podemos llamar la “revolución cognitiva” y los pioneros trabajos de Beck (1976) y Beck y Clark (1988, 1997) que completan la visión anterior con un fuerte apoyo de las variables cognitivas en la génesis y mantenimiento del trastorno. Hasta entonces, la exposición con prevención de respuesta (EPR) era el tratamiento de elección empíricamente validado, especialmente para los casos en los que existen rituales externos (i.e., lavado y orden). Sin embargo, a mediados de los años 80, los datos publicados ponían en cuestión la eficacia de dicho tratamiento (Emmelkamp & de Lange, 1983; Foa, 1979; Foa, Steketee, & Milby, 1980). Así, diferentes investigaciones demostraban cómo la terapia de EPR no era eficaz para el tratamiento de un gran número de pacientes con TOC, especialmente para los obsesivos “puros”, cuya

sintomatología principal era la presencia de obsesiones y/o compulsiones mentales (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Westbrook, 1989).

Es por ello que se han propuesto un gran número de modelos cognitivo-conductuales con el propósito de explicar el papel de la cognición en la etiología y mantenimiento del TOC. La mayoría de estos modelos se apoyan en investigaciones que afirman que un 80-90% de la población normal admiten haber tenido en algún momento de su vida pensamientos intrusos no deseados (Purdon & Clark, 1993; Rachman & de Silva, 1978). Desde esta perspectiva, la probabilidad de que un pensamiento intruso no deseado, una vez que aparece, se convierta en una obsesión clínica, depende de la interpretación que se haga de él (Rodríguez-Albertus, Godoy, & Gavino, 2008).

Estos modelos ponen de relieve el papel de los sesgos atencionales (Eysenck, 1997), centrados en el propio proceso de pensamiento, así como la importancia de las metacogniciones en el progreso del trastorno (Wells & Morrison, 1994; Wells & Matthews, 1996), desarrollándose cada vez más investigaciones que demuestran la eficacia de la terapia metacognitiva versus el tratamiento de EPR (Simons, Schneider & Herperz-Dahlmann, 2006).

Desde la teoría de los Cuatro Factores de Ansiedad propuesta por Eysenck (1997; Eysenck & Eysenck, 2007) se enmarca nuestro tratamiento que asume que las personas centrarán su atención en sus propios pensamientos desarrollando en este proceso sesgos de tipo atencional (i.e. dedicar mucho tiempo a pensar acerca de sus pensamientos intrusos) e interpretativo (i.e. “si lo pienso, ocurrirá”). Estos sesgos operan a un bajo nivel de conciencia y pueden incrementarse a medida que aumenta el estado de ansiedad. Igualmente, los esquemas de conocimiento almacenados en la memo-

ria a largo plazo afectan al funcionamiento de estos sesgos cognitivos.

En el caso del TOC el sesgo interpretativo y la incontrolabilidad percibida dependen fundamentalmente de información relacionada con sus propios pensamientos obsesivos. En palabras de Eysenck (1997):

Primero existe un sentido exagerado de la responsabilidad que aumenta considerablemente la amenaza percibida en la situación determinada. En segundo lugar, existe una tendencia a exagerar considerablemente la probabilidad de ocurrencia de situaciones amenazantes. Los pensamientos tienen más probabilidad de convertirse en obsesivos cuando la probabilidad subjetiva de un resultado negativo y la amenaza de este resultado es elevada (p. 159).

En el tratamiento de este caso, partiendo del análisis funcional de sus dos obsesiones principales, nos planteamos los siguientes objetivos generales: la reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva mediante la modificación de sesgos interpretativos específicos, así como la reducción o eliminación del sesgo atencional (ver Figuras 2 y 3). Además, nos propusimos aumentar la sensación de control acerca de los pensamientos intrusos no deseados y la reducción de la medicación al mínimo necesario llegando a su eliminación si fuera posible. Para ello, a lo largo del tratamiento nos centramos en la eliminación de los sesgos atencionales e interpretativos que presentaba el paciente

El tratamiento se realizó en 32 sesiones a lo largo de ocho meses consecutivos realizándose un seguimiento al año. Las sesiones fueron semanales con una duración de una hora.

Aplicación del tratamiento

A continuación se exponen los principales componentes más recomendados para el tratamiento psicológico del TOC (ver Tabla 4), pero un mayor abordaje puede ser de

ayuda para el lector en los trabajos de Clark (2004) y Salkovskis (1999). Utilizamos el de Clark (2004) como protocolo a través del cual se estructuró el tratamiento, integrando en el mismo el entrenamiento atencional de Wells (1990).

- A. Psicoeducación: Explicación racional basada en el papel que tienen tanto la valoración subjetiva como las neutralizaciones en la persistencia de los síntomas. Explicación del modelo de Eysenck (1997) y Wells y Matthews (1994).

- B. El papel del sesgo atencional en el mantenimiento del síntoma y entrenamiento atencional (ATT y SAR; Wells, 1990). Existen datos concluyentes que avalan la idea de que la modificación de los procesos atencionales pueden conducir a cambios paralelos en las creencias disfuncionales (Papageorgiou & Wells, 1998; Ruiz, Godoy, & Gavino, 2008; Wells et al., 1997). Los mecanismos subyacentes a la efectividad de la técnica son la atenuación de la focalización de la atención en los propios pensamientos, la interrupción de estrategias rumiativas de procesamiento basadas en la preocupación, un incremento en el control ejecutivo sobre la atención y el procesamiento de la información y el refuerzo de una nueva forma de procesamiento basada en la metacognición.

La primera fase se basó en la técnica Attention Training Technique (ATT; Wells, 1990) que comenzó con una fase educativa donde se explica el papel de la atención en el mantenimiento del problema ilustrándolo con un ejercicio de focalizar la atención en una sensación corporal y comprobar su efecto. Pedimos al paciente que centre su atención en diferentes sonidos dentro de la consulta y después fuera de ella. Después se le pidió que focalizara la atención en diferentes sonidos tan rápidamente como se le fueran diciendo. Finalmente, la técnica consistió en que ampliara

Figura 2. Análisis funcional de la obsesión 1.

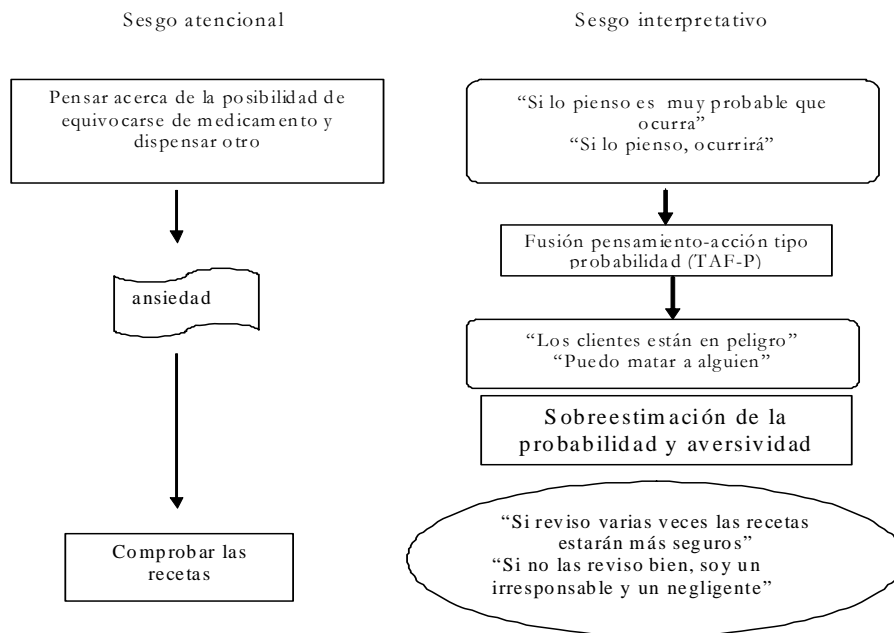
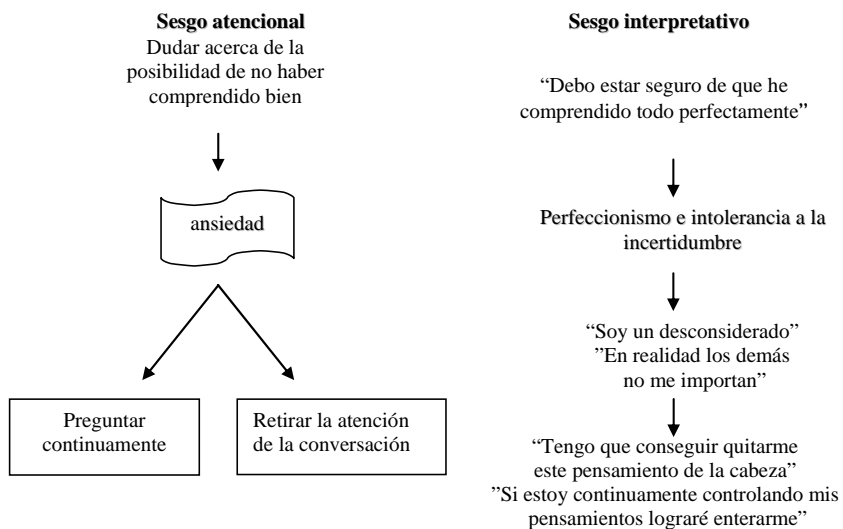


Figura 3. Análisis funcional de la obsesión 2.



el campo atencional atendiendo al mayor número de sonidos que pudiera al mismo tiempo (i.e., “céntrate solamente en el sonido de mi voz (S1), ignora otros sonidos. Ahora céntrate en el sonido del reloj, solamente en ese sonido...si ves que tu atención se desvía intenta redirigirla de nuevo a este sonido escucha nada más que el sonido del reloj. Finalmente expande tu atención lo más ampliamente posible intentando detectar todos los sonidos simultáneamente”). Una vez que ha conseguido mejorar el proceso de control atencional ejecutivo y reducir las rumiaciones, es necesario desconfirmar el contenido negativo específico de sus valoraciones. Esto se hace mediante la “Situational Attention Refocusing” (SAR; Wells and Papageorgiou, 1998) (i.e., cuando focalizas tu atención en tus pensamientos intrusos aumenta la probabilidad de detectar pensamientos negativos que de otro modo hubiesen pasado desapercibidos, además no te permite prestar atención a aspectos de la situación que podrían darte más confianza en el recuerdo de manera que no tendrías que hacer tantas comprobaciones). Después se generaron situaciones en sesión centradas en sus obsesiones como conversar y enterarse de lo que estábamos hablando que era otra de sus obsesiones nucleares.

- C. Diferenciación entre lo que es un pensamiento intruso en sí y lo que es la valoración subjetiva del mismo, así como su identificación (i.e., que lo pienses no significa que vaya a ocurrir), de manera que lo importante aquí no es retar la probabilidad asociada a la consecuencia de matar a alguien como proponen Van Oppen y Arntz (1994) sino que más bien atacamos al proceso mismo, haciéndole ver que el problema está en el valor de verdad que da a sus propios pensamientos sin llegar a entrar en el contenido de esos pensamientos.

- D. Estrategia de reestructuración cognitiva asentada básicamente en tres tipos de sesgos cognitivos (para una descripción

más detallada del tipo de sesgos y el significado de los mismos ver Tabla 5)

1. Fusión pensamiento-evento (TEF):

- Pensar acerca de un evento significa que si lo pienso ocurrirá.

- “Mis pensamientos se convierten en realidad”

- “Pensar acerca de que puedo equivocarme al dispensar un medicamento significa que me equivocaré”

2. Fusión pensamiento-acción (TAF)

- “Si pienso que puedo dañar a algún cliente o incluso llegar a matarle significa que lo haré”

- “Si me vienen a la cabeza estos pensamientos significa que en el fondo estoy de acuerdo con ellos”

3. Fusión pensamiento-objeto (TOF)

- “Si pienso que puedo equivocarme al dispensar medicamentos, las pastillas matarán a alguien”

La valoración subjetiva de los rituales y neutralizaciones ha sido bastante ignorada por algunas aproximaciones cognitivas, sin embargo las valoraciones acerca del éxito / fracaso así como el significado personal asignado a los mismos tiene una gran influencia en el nivel de ansiedad así como en el mantenimiento de estrategias de afrontamiento desadaptativas que contribuyen al mantenimiento de los síntomas.

Las creencias que encontramos alrededor de estas estrategias se pueden agrupar en dos:

1. Creencias positivas:

- “Si compruebo las recetas me sentiré cada vez más seguro.”

- “Si soy capaz de recordar perfectamente cada uno de los pasos dados antes de coger la medicación nunca me equivocaré.”

- “Si no compruebo soy una persona irresponsable y sin escrúpulos.”

- “Si no compruebo significa que no me importa matar a alguien.”

2. Creencias negativas:

- “No tengo nada de control respecto a mis rituales”

- “Puedo perder el control y volverme loco”

- “Soy una persona ineficaz en el trabajo”

- “Nunca conseguiré ser una persona normal”

- E. Valoraciones alternativas a la obsesión. Ponemos todo el énfasis en que el paciente sea capaz de desarrollar una interpretación más adaptativa y menos ansiógena acerca de la ocurrencia y/o contenido de un pensamiento intruso no deseado.

- F. El papel del ritual compulsivo, neutralizaciones y evitación. Una vez que ha modificado estas valoraciones, se va entrenando al paciente en la técnica de EPR (i.e. “ahora ya tienes licencia para matar” así que puedes comprobar una vez o si no tendrás que hacerlo diez veces). Es importante utilizar la intención paradójica y el humor para desdramatizar y rebajar la sensación de responsabilidad. En este caso, al principio el terapeuta asumió la responsabilidad (i.e. si matas a alguien me comprometo a emitir un informe donde ponga que yo prescribí esta técnica).

- G. Pruebas de realidad. Se utilizaron para poner a prueba la validez de las creencias y valoraciones subjetivas asociadas a las obsesiones (i.e. en una ocasión se pidió al paciente que entregase una medicación que contuviese el mismo principio activo que la medicación que ponía en la receta pero con otro nombre comercial). Enseguida comprobó que el cliente le corrigió diciéndole que se había equivocado. Respecto a su otra obsesión se le pide que intente estar en la conversación sin hacer un gran esfuerzo para entender todo perfectamente, sino “con la misma intensidad con la que escuchamos una música de fondo”.

- H. Modificar creencias metacognitivas y autorreferenciales acerca de la necesidad de control. Se recomienda dejar pasar los pensamientos como estrategia eficaz para

la reducción de pensamientos intrusos. Resultó muy difícil de admitir al principio ya que creía que tenía que luchar contra ella con todas sus fuerzas para demostrar que no era una persona vaga y falta de voluntad. La psicoeducación en este punto también fue de gran ayuda.

- I. Prevención de recaídas. Es de crucial importancia enfatizar la necesidad de que el paciente tome un papel activo en cuanto al manejo de sus pensamientos intrusos generando situaciones “in vivo” en consulta, recreando posibles situaciones “peligrosas” y animándole a imaginar como manejaría esas situaciones.

Igualmente, se le recuerda de nuevo que los pensamientos aparecerán pero que él ya tiene las herramientas para manejarlos. En las sesiones finales es bueno ir transfiriendo la responsabilidad y el control al paciente (que en algunos momentos se ha compartido) enfatizando todos los logros y atribuyendo el éxito al trabajo que ha realizado durante todo el proceso de terapia y que seguirá manteniendo después de la finalización

Un resumen de los elementos terapéuticos utilizados en el tratamiento puede verse en la Tabla 4.

En la Tabla 5 se muestran algunos ejemplos de sesgos interpretativos acerca de pensamientos intrusos relacionados con sus obsesiones nucleares.

Factores relacionados con el terapeuta

Los síntomas obsesivos tales como la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo, la duda patológica y la dificultad para tomar decisiones son síntomas centrales del TOC que pueden interferir con la evaluación. En nuestro caso, las conductas de comprobación ligadas íntimamente a la

Tabla 4. Elementos terapéuticos de la TCC para el TOC. Adaptado de Clark (2004).

A. Educación sobre los modelos cognitivos
B. Entrenamiento atencional (Attention Training Technique; Situational Attention Refocusing)
C. Identificación y diferenciación de valoraciones e intrusiones
D. Estrategias de reestructuración cognitiva
E. Valoraciones y pensamientos alternativos a la obsesión
F. Exposición con prevención de respuesta
G. Pruebas de realidad
H. Modificación de creencia metacognitivas y autorreferentes
I. Prevención de recaídas

Tabla 5. Ejemplos de sesgos interpretativos implicados en el mantenimiento de los pensamientos intrusos no deseados y obsesiones

Tipos	Explicación de sesgo	Ejemplos de interpretaciones (appraisal)
Sobreestimación de la amenaza (Ladouceur et al., 1995)	Sobreestimar la probabilidad de que ocurra un acontecimiento negativo así como la severidad de las consecuencias si se cumple la obsesión.	“si me equivoco al dispensar la receta mataré a alguien” “es horroroso no conseguir enterarme de todo lo que cuentan los demás”
Fusión pensamiento acción -TAF-P,-TAF-M (Freeston et al., 1994; Purdon & Clark, 1993; Salkovskis, 1985, 1989) TEF (Wells, 1997)	Se asume que si se piensa en un evento negativo incrementa la probabilidad de que ocurra, o que tener un “mal” pensamiento es equivalente moralmente a realizar una “mala” acción.	“si pienso en que puedo matar a alguien, entonces ocurrirá”
Control de los pensamientos	Asumir que es posible y deseable tener un control absoluto sobre los pensamientos negativos para evitar el malestar.	“esta semana tengo que conseguir hacer el esfuerzo de intentar eliminar mis pensamientos” “si me esfuerzo mucho en no pensar en ellos desaparecerán” “si no controlo mis pensamientos me volveré loco”
Intolerancia a la incertidumbre	Es necesario tener la certeza absoluta respecto a los pensamientos y acciones para maximizar el control y predecir consecuencias. Cualquier incertidumbre debe evitarse para eliminar la ansiedad.	“debo estar completamente seguro de que la chica con la que salga es la mujer de mi vida” “si dudo a la hora de elegir un trabajo debo seguir planteándomelo hasta estar completamente convencido”
Perfeccionismo (Baer, 1994; Clark, Winton, & Thynn, 1993) (Rheaume et al., 1995)	Asumir que es posible y deseable tener la “mejor” de las posibles respuestas o soluciones.	“es importante escuchar a los demás con la máxima atención” “debo responder “verdadero” en el test si la respuesta se ajusta perfectamente a mi forma de ser sin ninguna excepción”
Intolerancia a la ansiedad (Kushner, Riggs, Foa, & Miller, 1993)	Pensar que las consecuencias de la ansiedad son insoportables	“es horroroso tener pensamientos intrusos” “me enfado conmigo mismo si no soy capaz de controlar estos pensamientos” “soy un vago si no logro quitarme estos pensamientos”
Responsabilidad exagerada (Rheaume, Freeston et al., 1995; Rheaume, Ladouceur, Freeston, & Letarte, 1995; van Oppen & Arntz, 1994)	La persona asume toda la responsabilidad para prevenir una consecuencia negativa que puede tener una repercusión real o imaginada para sí mismo o para otros y que en algunos casos está fuera de su control.	“si una persona me está contando algo yo debo estar completamente concentrado e interesado en lo que dice”

sobreestimación de las consecuencias negativas que se derivarían de no comprobar y a la necesidad de control hacen que la misma naturaleza de la evaluación se convierta en un aspecto que puede llevar a los pacientes a vivir la situación de evaluación como una situación ansiógena. Por tanto, es esperable que aparezca una conducta de evitación ante la misma. De hecho, podemos encontrarnos que el paciente no trae los cuestionarios o que le lleva una gran cantidad de tiempo ya que tiene que revisar una y otra vez dichos instrumentos para estar completamente seguro de que están perfectos. Es importante tener en cuenta este factor, pues no deja de ser una exposición que en ocasiones genera un intenso malestar subjetivo. Además, nos podemos encontrar con que el paciente minimice sus síntomas precisamente porque la interpretación que hace de éstos está distorsionada (sesgos interpretativos). En nuestro caso, nos encontramos con que el paciente no traía los cuestionarios. En este sentido, llevamos a cabo las siguientes intervenciones:

Al contrario de lo que se realiza con otros casos en que se detecta una actitud pasiva respecto al tratamiento, identificamos y validamos la respuesta de ansiedad que estaba teniendo frente a la evaluación. A continuación, explicamos el papel terapéutico de la evaluación (como método de exposición *in vivo*) para el síntoma de la comprobación, seleccionando al inicio solamente los instrumentos imprescindibles (con el fin de graduar la exposición). Dedicamos más tiempo del habitual a la evaluación utilizando la misma como elemento de autoobservación. En consulta, mientras se rellenaba alguno de los inventarios, se detectaron conjuntamente con la terapeuta algunas creencias irracionales y sesgos cognitivos atencionales e interpretativos aprovechando la activación emocional que se estaba produciendo “*in situ*”. Para desbloquear la compulsión de comprobación cog-

nitiva relacionada con la posibilidad de equivocarse cumplimentando los cuestionarios, se utilizó lo que llamamos “asunción de responsabilidad” por parte de la terapeuta identificando este aspecto (“bueno, como sabes asumes una responsabilidad excesiva acerca de tus posibles errores sobreestimando la repercusión negativa en el caso de que no lo hagas perfecto. Vamos a hacer una cosa, delega en mí la responsabilidad de corregir los test y detectar si existiera algún posible fallo. Al fin y al cabo me dedico a esto”). En estos momentos ya se ha establecido cierta relación positiva con el paciente y se utiliza un poco el humor para desdramatizar. Es importante que no se sienta juzgado. También se le explica que más adelante tendrá que ir exponiéndose a asumir esa responsabilidad. Como puede observarse en este caso, es difícil separar la evaluación de la intervención propiamente dicha explicándole al paciente que la evaluación es un proceso que se irá corrigiendo, concretando y refinando a lo largo de toda la terapia.

En resumen, existe un gran número de estrategias que el terapeuta puede adoptar para mejorar el proceso de evaluación. Por ejemplo, adoptar un estilo empático, colaborativo a modo de descubrimiento guiado mostrándose flexible a la hora de someter a prueba cualquier asunción por parte del paciente. Además, es importante explicarle al mismo que la mayoría de las personas que padecen TOC presentan ciertos niveles de ansiedad a la hora de realizar la evaluación. Esto hará que tanto la expectativa del paciente como del terapeuta sean más realistas.

Resultados

La evolución a lo largo del tratamiento se evaluó fundamentalmente a través de los autorregistros donde el paciente recogía información relevante acerca de la frecuencia e intensidad de sus obsesiones, el porcenta-

je de creencia en la valoración así como el significado otorgado tanto a sus pensamientos intrusos como a sus estrategias de afrontamiento (compulsiones u otras estrategias). Esto le reportó una mayor sensación de control acerca de todo el proceso. De este modo, él mismo en colaboración con el terapeuta iba afrontando gradualmente las situaciones sin recurrir a compulsiones encubiertas ni observables, por medio tanto de experimentos conductuales como de un uso más adaptativo de la metacognición.

Se observaron reducciones de más de un 50% en la gravedad de los síntomas del TOC, según las puntuaciones de la Escala de Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-compulsivo (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) tanto en la presencia de obsesiones como de compulsiones, remitiendo totalmente las compulsiones. En cuanto a la sintomatología depresiva, medida mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961) se pasó de una puntuación de 12 (depresión leve) a la ausencia de síntomas depresivos (0 puntos).

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002) arrojó reducciones en los tres sistemas de respuesta, especialmente en la cognitiva y motora así como en el rasgo de ansiedad (entre paréntesis se exponen las puntuaciones centiles correspondientes a baremos clínicos). En cuanto a los rasgos específicos, también podemos observar una mejoría en los cuatro factores.

la Actividad Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad, subescala para el TOC (IACTA-TOC; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2004) se ha reducido casi en un 50%. Estas reducciones se han mantenido en la mayoría de los factores que componen el Inventario de Valencia de Obsesiones y Creencias (IVOC; Belloch et al., 2002), destacando los sesgos Fusión Pensamiento-Acción, tipo probabilidad -TAF-P- y moral -TAF-M- (reducciones del 50%) así como la Sobreestimación de la importancia de los pensamientos (SIP) y la Responsabilidad exagerada e Importancia de Controlar los Pensamientos -RE-ICP.

Se realizó un seguimiento a los 12 meses para comprobar si se mantenían los cambios volviendo a administrar los mismos instrumentos. Un dato a destacar en este sentido es que las mejorías se mantienen en todas las variables, observándose en algunos casos que se reducen aún más. En este punto queremos remarcar la importancia que le dimos a la prevención de recaídas debido que el TOC es un trastorno crónico que suele fluctuar a lo largo del tiempo. En cuanto a la medicación, se redujo la clorimipramina de 300 a 75 mg. eliminándose la mirtazapina.

Una cuestión importante es que el paciente entienda y asuma que su trastorno tiene este carácter de cronicidad para lo cual tiene que estar preparado ante la posibilidad de que algunos síntomas reaparezcan después del tratamiento.

Tabla 6. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal & Cano-Vindel, 2002).

Variables	PRE	POST 6 meses	Seguimiento 12 meses	Variables	PRE	POST 6 meses	Seguimiento 12 meses
C	(98)	80	70	FI	(98)	80	70
F	90	75	70	FII	95	75	70
M	(94)	55	50	FIII	75	55	50
T-R	(95)	70	65	FIV	95	70	65

Nota: los centiles entre paréntesis alcanzan el máximo valor (99) en los baremos de población general, y el valor indicado en los baremos de población clínica

arriba (Clark, 2004), debe incluirse un apartado dedicado especialmente a la prevención de recaídas. En este punto enfatizamos la adquisición de estrategias de afrontamiento para enfrentarse de una manera eficaz a la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos.

Las expectativas poco realistas de un “concepto clásico de curación” como ausencia total de pensamientos intrusos, debe corregirse desde las primeras sesiones. En este sentido aplicamos una perspectiva similar a la técnica de solución de problemas donde se escriben las estrategias que han funcionado mejor durante el tratamiento y se revisan en caso de que sea necesario (i.e., a nuestro paciente le ayudó pensar que todos tenemos pensamientos intrusos y que tenía la fórmula para generarse obsesiones o dejar que pasaran. El problema no es tener pensamientos no deseados, “el problema es pensar barbaridades acerca de ellos”).

Discusión

A pesar de los resultados obtenidos en este caso, es preciso concluir que la categoría de Tratamiento Bien Establecido para el TOC incluye hasta el momento, la terapia psicológica basada en la EPR así como el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina. Dentro de la categoría de Tratamiento Probablemente Eficaz, se señala la asociación de éste con terapia cognitiva. En este sentido, se ha investigado la eficacia de la combinación de EPR con la técnica de auto instrucciones (Emmelkamp, van der Helm, van Zanten, & Plochg, 1980), con la Terapia Racional Emotiva (Emmelkamp & Beens, 1991) y con la terapia cognitiva de Beck (van Oppen et al., 1995) o con tratamiento farmacológico (Marks Stern, Mawson, Cobb, & McDonald, 1980) A partir de estos estudios, la evidencia que existe hasta ahora es que combinar estrategias cognitivas con EPR estándar no mejo-

ra la eficacia del tratamiento más allá de la EPR sola (Vallejo-Pareja, 2001). Sin embargo, hasta ahora los estudios que se han realizado se han basado en la asociación de éstas con EPR. Quizás, precisamente porque el foco de las investigaciones existentes no lo ha permitido, no hemos podido hablar hasta ahora de un tratamiento cognitivo para el TOC. En la actualidad, incluso el propio Isaac Marks, padre de las técnicas de exposición, defiende que tanto las técnicas cognitivas como la exposición son dos caminos eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Marks & Dar, 2000). Además, comienzan a aparecer estudios que afirman que las técnicas cognitivas pueden ser especialmente efectivas en determinados subtipos de TOC que son más resistentes al tratamiento conductual, como es el caso de los trastornos “puros” que no presentan compulsiones observables. Igualmente, facilitan la exposición en las primeras señales de preocupación y sirven para integrar la nueva información durante la exposición.

Algunas investigaciones recientes como las llevadas a cabo en la Universidad de Liverpool (Foa et al., 2005), demuestran la eficacia de la exposición en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos manteniéndose tras seis meses de seguimiento. Otros estudios demuestran que las terapias cognitivas centradas en la metacognición (MCT) podrían ser un tratamiento alternativo al tratamiento de EPR (Simons et al., 2006).

En nuestro caso, consideramos que la inclusión y énfasis en las técnicas cognitivas como base de la exposición, no solamente se ha reducido la sintomatología sino que los cambios se han mantenido en el seguimiento e incluso en algunos casos ha mejorado viéndose reforzada la hipótesis que mantiene que el uso de técnicas cognitivas podría tener un efecto profiláctico de cara a la prevención de recaídas. Sin em-

bargo, es necesario realizar más estudios de casos controlados, así como metanálisis que permitan validar la efectividad de las técnicas cognitivas actuales expuestas en nuestro caso.

Artículo recibido: 31-07-2008
aceptado: 20-09-2008

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behav Res Ther*, 44, 1361-1374.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.) Washington, DC: Author.
- Amutio, A. (2004). Relajación y emociones positivas. *Ansiedad y Estrés*, 8, 59-71.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*, 55 Suppl, 18-23.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behav Res Ther*, 35, 49-58.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belloch, A., Morillo, C., Carrió, C. & Cabedo, E. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 235-250.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2004). *Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad. Subescala para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. IACTA-TOC (no publicado).
- Clark, D.A. (2002). A cognitive perspective on OCD and depression: Distinct and related features. En R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, research and treatment* (pp. 1-12). Oxford, UK: Elsevier.
- Clark, D.A. (2004). Cognitive-behavioral theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In R. Leahy (Ed.), *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research, and Practice* (pp. 131-183). New York: Guilford.
- Clark, D. M., Winton, E., & Thynn, L. (1993). A further experimental investigation of thought suppression. *Behav Res Ther*, 31, 207-210.
- Cruzado, J. A. (1997). Técnicas de intervención con pacientes obsesivos compulsivos. *Ansiedad y Estrés*, 3, 289-318.
- Emmelkamp, P. M., & de Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behav Res Ther*, 21, 341-346.
- Emmelkamp, P.M.G., van der Helm, M., van Zanten, B.L. & Plochg I. (1980). Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution de self-instructions training to de effectiveness of exposure *Behav Res Ther*, 18, 61-66.
- Emmelkamp, P.M.G. & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behav Res Ther*, 29, 293-300.
- Endler, N. S. & Magnusson, D. (1976). Toward an interactional psychology of personality. *Psychological Bulletin*, 83, 956-974.
- Eysenck, M.W. (1997). *Anxiety and cognition. A Unified Theory*. Hove U.: Psychology Press.
- Eysenck, M.W. & Derakshan, N. (1997). *Ansiedad y Estrés*, 3, 121-134.
- Eysenck, M. W. & Eysenck, W. (2007). Four-factor theory and the anxiety disorders. *Ansiedad y Estrés*, 13, 283-289.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther*, 17, 169-176.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Milby, J. B. (1980). Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *J Consult Clin Psychol*, 48, 71-79.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: Client workbook*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their com-

- combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162, 151-161.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rheaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behav Res Ther*, 32, 29-36.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M., et al. (2007). Tratamientos psicológicos versus tratamiento habitual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Kushner, M. G., Riggs, D. S., Foa, E. B., & Miller, S. M. (1993). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behav Res Ther*, 31, 105-110.
- Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., et al. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 33, 937-946.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behaviour: Problems in treating a construct. En J.M. Seleien (Ed.), *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Marks, I., & Dar, R. (2000). Fear reduction by psychotherapies. Recent findings, future directions. *Br J Psychiatry*, 176, 507-511.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: i. *Br J Psychiatry*, 136, 1-25
- Miguel-Tobal, J. J. & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*, ISRA. Madrid: TEA.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychol Med*, 28, 193-200.
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Intrusive thoughts: The effect of an uncontrived stress. *Adv Behav Ther*, 3, 111-118.
- Prados-Atienza, J. M. (2005). Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y Estrés*, 11, 37-48.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther*, 31, 713-720.
- Rachman, S. J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*, 16, 233-248.
- Rheaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther*, 33, 785-794.
- Rheaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: Validation of an operational definition. *Behav Res Ther*, 33, 159-169.
- Rodríguez-Albertus, M., Godoy, A., & Gavino, A. (2008). Propiedades psicométricas de la versión castellana del Inventario de Interpretación de Intrusiones (III). *Ansiedad y Estrés*, 14, 187-198.
- Ruiz, C., Godoy, A., & Gavino, A. (2008). Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario de creencias obsesivas (OBQ). *Ansiedad y Estrés*, 14, 175-184.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions - a replication. *Behav Res Ther*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behav Res Ther*, 27, 149-160.
- Simons, M., Schneider, S & Hepertz-Dahlmann, B. (2006). Metaognitive Therapy versus Exposure and Response Prevention for Peditric Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom*, 75, 257-264.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 89, 229-238.
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive-compulsive disorder: An overview. En R.O. Frost & G Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, research and treatment* (pp. 1-12). Oxford, UK: Elsevier.
- Vallejo-Pareja, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for

- obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 32, 79-87.
- Van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 33, 379-390.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced-anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther*, 32, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*, 34, 881-888.
- Wells, A., & Morrison, A. P. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behav Res Ther*, 32, 867-870.
- Wells, A., White, J., & Carter, K. (1997). Attention training effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.