



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología**

**Tratamientos cognitivos para personas que
padecen el trastorno obsesivo compulsivo**

Nº 68

Sonia Lóizaga

**Departamento de Investigación
Junio 2003**

Índice

Resumen	3
Introducción	3
Parte I. El trastorno obsesivo compulsivo.	5
Capítulo 1. Características del trastorno obsesivo compulsivo	5
Capítulo 2. Modelos cognitivos explicativos del trastorno obsesivo compulsivo	13
Parte II. Tratamientos cognitivos del trastorno obsesivo compulsivo.	19
Capítulo 3. Tratamientos cognitivos para el trastorno obsesivo compulsivo	19
Capítulo 4. Tratamientos cognitivos para el subtipo clínico de obsesiones y compulsiones comportamentales	21
- Tratamientos cognitivo-comportamentales	22
- Tratamientos cognitivos (puros).....	33
Capítulo 5. Tratamientos cognitivos para el subtipo clínico de obsesiones y compulsiones cognitivas o mentales	41
Capítulo 6. Tratamientos cognitivos alternativos y factores que influyen en el resultado del tratamiento	45
Conclusión	48
Referencias	50

Resumen

En el presente trabajo se realiza una exploración y actualización de los tratamientos cognitivos individuales para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en población adulta. Se clasifican los tratamientos en: cognitivo-comportamentales o cognitivos puros, y en función de dos subtipos clínicos del TOC: obsesiones y compulsiones comportamentales, y obsesiones y compulsiones mentales o cognitivas. Se define al TOC y sus características clínicas; se describen los modelos cognitivos explicativos del trastorno, en los cuales se basan algunos de los tratamientos planteados. Se realiza una descripción de los modelos de proceso terapéutico de los distintos tratamientos cognitivos, exponiendo las técnicas y etapas que utilizan. Se revisa bibliografía de los últimos diez años sobre los tratamientos cognitivos para el trastorno mencionado. Se estudia la controversia existente entre las terapias cognitivas para el TOC. Se ha planteado especialmente la terapia cognitivo-comportamental con las técnicas de exposición y prevención de respuesta, como el tratamiento de elección. Estudios más recientes plantean que tanto esta terapia como la terapia cognitiva pura, son eficaces para el paciente con TOC. Se exponen algunas formas alternativas de tratamiento (farmacoterapia, tratamiento auto-administrado, internación y neurocirugía) y los factores que inciden en el resultado del tratamiento.

Introducción

El presente trabajo consiste en una exploración de los tratamientos cognitivos individuales para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en población adulta. Desde 1966, cuando Meyner por primera vez alude a la eficacia del tratamiento cognitivo-comportamental para este trastorno, se abrió un campo de controversias

debido a la diversidad de tratamientos cognitivos planteados. Durante los últimos años se han desarrollado gran variedad de tratamientos cognitivos y cognitivo-comportamentales para el TOC, que se han demostrado eficaces.

La controversia principal del tema se describe a continuación. Por un lado, a partir de 1966, mediante los estudios realizados, se afirma que los tratamientos cognitivo-comportamentales que se destacan como los más eficaces son los predominantemente conductuales, que incluyen las técnicas de exposición y de prevención de respuesta; y por otro lado, otros estudios sugieren que tanto los tratamientos más conductuales, como la terapia cognitiva son igual de eficaces en beneficio de los pacientes, o incluso que se obtienen mejoras superiores con esta última (Caballo y Mateos, 2000).

Por ello se realizó una actualización de los tratamientos cognitivos y cognitivo-comportamentales para el TOC en adultos. Se ordena la información existente sobre la terapia cognitiva individual en función de un principio organizador. Por lo tanto, se le provee al lector una revisión comprensiva y organizada sobre los tratamientos cognitivos del TOC, planteando los diversos modelos de tratamiento individual, con el fin de intentar avanzar sobre la controversia formulada.

A un nivel personal la elección del tema la explico por mi interés particular en la psicoterapia cognitiva. A lo largo de mi formación en la carrera de psicología, el área de la psicoterapia y específicamente desde el marco teórico cognitivo, ha sido un área de gran atractivo, que generó en mí una importante motivación en obtener mayor conocimiento al respecto. Dado que esta área no la había estudiado en profundidad hasta el momento, mi interés se dirigió hacia la aplicación de la terapia cognitiva en el trastorno obsesivo compulsivo. Lo elegí por su llamativa complejidad para el tratamiento, y por ser, nuevamente, un trastorno estudiado con menor profundidad a lo largo de la carrera.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

- *Describir los tratamientos cognitivos individuales que se utilizan para dos subtipos de TOC en adultos: (a) obsesiones y compulsiones comportamentales; y (b) obsesiones o rumiaciones obsesivas y compulsiones mentales o rituales cognitivos.*
- Describir los modelos cognitivos que se utilizan actualmente para explicar el TOC.
- Describir el proceso terapéutico de los distintos tratamientos cognitivos, haciendo referencia a la descripción de las técnicas utilizadas.

Además de los subtipos de TOC planteados en los objetivos de este trabajo (a y b), existen más subtipos del TOC, que son desarrollados en la teoría y observados en la clínica. No obstante, dado el tipo de estudios realizados hasta el momento, y la escasa especificación acerca del tipo del TOC al cual los tratamientos enfocan, en este trabajo se clasifican solo los tratamientos cognitivos dirigidos a los dos subtipos de TOC mencionados, ya que son los más estudiados.

Se reconoce que existen terapias grupales, familiares y de pareja para el TOC en adultos, pero en este trabajo solo se hará referencia a los tratamientos individuales recomendándose la involucración de la familia del paciente que padece TOC en las primeras etapas de psicoeducación de los tratamientos planteados (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). A su vez, se dejan de lado a los tratamientos cognitivos dirigidos a niños, adolescentes y a pacientes de edad avanzada con TOC. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, se lo considera de gran importancia en el tratamiento del TOC, ya que está comprobado que genera una mejoría de los síntomas (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998) en combinación con los tratamientos cognitivos.

La revisión bibliográfica se realiza siguiendo un determinado procedimiento, un principio organizador para ordenar los tratamientos cognitivos del TOC.

El trabajo se divide en dos partes. En la primera parte, en primer lugar se intenta definir al TOC, y describir sus características generales (criterios diagnósticos, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial, comorbilidad, epidemiología, etiopatogenia y subtipos clínicos del TOC). En segundo lugar se realiza una breve revisión de los modelos explicativos del TOC, que sustentan los tratamientos cognitivo-conductuales y cognitivos planteados.

En la segunda parte, en primer lugar se definen los tratamientos cognitivos y los objetivos generales de la terapia. En segundo lugar, se realiza una descripción de los tratamientos cognitivos individuales existentes para el TOC en adultos. Se los clasifica de dos maneras:

- 1) concordando con la propuesta de Caro (1997), se los clasifica según sean tratamientos cognitivos puros (es decir, se utilizan predominantemente técnicas cognitivas), o tratamientos cognitivo-comportamentales (es decir, se utilizan tanto técnicas cognitivas como técnicas comportamentales); y
- 2) según el subtipo de TOC al cual están dirigidos: (a) obsesiones y compulsiones comportamentales; o (b) obsesiones o rumiaciones obsesivas y compulsiones mentales o rituales cognitivos.

Se describen los modelos de proceso terapéutico de los tratamientos considerados más relevantes, haciendo referencia a las técnicas que se utilizan en estos.

En último lugar, se hace una breve referencia a algunas formas alternativas de terapia, dentro de la línea cognitiva, y se describen los factores que influyen en el resultado del tratamiento.

Parte I

Capítulo 1: Características del trastorno obsesivo compulsivo

En el presente capítulo se define el TOC. Se describen las características principales del trastorno. En primer lugar se realiza una introducción sobre el trastorno, donde se menciona a los primeros autores que lo definieron y se argumenta la inclusión del trastorno en las neurosis o en las psicosis. Luego se plantean los criterios diagnósticos del TOC, haciendo referencia a los sistemas de clasificación más utilizados actualmente (DSM-IV y CIE-10). Se describen las manifestaciones clínicas, el diagnóstico diferencial, la comorbilidad del TOC con otros trastornos, la epidemiología, y la etiopatogenia. Finalmente se realiza una breve revisión de las clasificaciones del TOC, que dan lugar a diferentes subtipos clínicos; haciendo referencia en último lugar a una clasificación general y a la descripción de la fenomenología de los subtipos planteados.

Introducción

En términos etimológicos, la palabra obsesión deriva del latín, obsidere, que significa asediar, investir, bloquear. Esta palabra fue utilizada, en su sentido actual, por primera vez en 1799 por Wartburg. Pero fue después, a partir de 1833, cuando se difundió a través de los trabajos de Luys, y Falret. (Vallejo Ruiloba, 1998). Por lo general, se hace referencia a Esquirol, en 1938, como el verdadero pionero del trastorno. Proporcionó el primer informe de caso sobre esta problemática, y planteó el concepto de “monomanía” donde queda incluido lo que actualmente se considera el TOC. Morel, en 1866, es recordado por haber realizado una de las mejores descripciones de las obsesiones, presentada bajo la denominación délire émotif. En 1877, Westphal ha contribuido sustancialmente en la descripción del trastorno al mencionar la presencia de ideas que irrumpen en la conciencia contra la voluntad del sujeto, y el hecho de que las ideas son extrañas y anormales para el paciente (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Freud, por su lado, realizó un aporte fundamental al TOC, con su teoría psicoanalítica de la neurosis obsesiva. Fue en los años 1894-1895 cuando Freud aisló la neurosis obsesiva como uno de los grandes cuadros de la clínica psicoanalítica, situándola como una afección autónoma e independiente. Poco después de Freud, en 1903, Janet en su obra “Las obsesiones y la psicastenia” describe con el nombre psicastenia, una neurosis parecida a la que Freud designa como neurosis obsesiva. Janet propone una explicación etiológica distinta: lo que condiciona la lucha obsesiva es un estado deficitario y débil de la síntesis mental. Freud, en cambio, plantea que las dudas e inhibiciones del obsesivo son consecuencias de un conflicto que bloquea y moviliza las energías del sujeto. (Laplanche y Pontalis, 1974). A lo largo de este último tiempo se ha avanzado en los estudios y la comprensión del TOC, aunque todavía existen cuestiones sin responder. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Vallejo Ruiloba (1998) plantea que el TOC es uno de los trastornos más abandonados de la psicopatología psiquiátrica. Se cuestiona si se incluye el trastorno en las neurosis o las psicosis. Según Vallejo Ruiloba, el nexo del TOC con las psicosis se argumenta por los siguientes factores: a) actualmente se usa “psicosis obsesivas” para los cuadros obsesivos graves; b) la absurdidad y carencia de sentido de muchos pensamientos obsesivos; c) la capacidad invasiva y destructiva del trastorno; d) la génesis del trastorno, a veces súbita, incoercible e incomprensible. En cuanto a los argumentos que incluyen al TOC dentro de las neurosis, menciona: a) la presencia de la conciencia de enfermedad (aunque a veces es relativa, como por ejemplo en los casos de ideación sobrevalorada); b) la falta de intencionalidad exterior (autorreferencia); c) la ausencia de deterioro; y d) el paciente que padece TOC generalmente lucha contra sus ideas que son intrusivas. Por otra parte, también se plantea la existencia de un subgrupo de TOC que presenta grandes similitudes, clínicas y biológicas, con la patología depresiva.

Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo

Desde la publicación del DSM-II en 1968, el TOC adquirió independencia nosográfica (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). A continuación se toman en cuenta los dos grandes sistemas de clasificación actuales, DSM-IV y CIE-10, para definir el TOC.

DSM-IV (APA, 1998). *Este sistema de clasificación incluye al TOC dentro de los trastornos de ansiedad, en el eje uno (que corresponde a “trastornos clínicos”). Considera que la característica esencial del TOC es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente, lo suficientemente graves como para provocar: deterioro en la actividad general del sujeto, malestar clínicamente significativo, o pérdidas importantes de tiempo. En la tabla 1.1 se presentan los criterios para el diagnóstico del TOC.*

Tabla 1.1 Criterios para el diagnóstico del TOC (DSM-IV)

<p>A. Se cumple para las obsesiones y compulsiones: Las obsesiones se definen por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. 2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real 3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos 4) la persona reconoce que estos pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento) <p>Las compulsiones se definen por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) comportamientos (por ejemplo, lavados de manos, orden, comprobación) o actos mentales (por ejemplo, contar, rezar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. 2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos: sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona reconoce que sus obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Esto no se aplica a niños.</p> <p>C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo, representan una pérdida del tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o académicas o su vida social.</p> <p>D. Si está presente otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no está restringido a él (por ejemplo, arrancarse el pelo si existe tricotilomanía; preocuparse por la comida en presencia de un trastorno alimentario; preocuparse por la apariencia física en un trastorno dismórfico corporal; rumiaciones de culpa en presencia de un trastorno depresivo mayor).</p> <p>E. No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, medicación, drogas de abuso), o de una enfermedad médica.</p> <p><i>Especificar:</i> Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del tiempo del momento actual, el sujeto no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.</p>

Adaptado del DSM-IV (APA, 1998: 433)

CIE-10 (OMS, 1992). En la CIE-10 se clasifica el TOC dentro de los trastornos neuróticos. Considera como característica esencial del TOC la presencia de pensamientos obsesivos o actos impulsivos recurrentes. Plantea que los pensamientos obsesivos son ideas, impulsos o imágenes mentales que irrumpen reiteradamente en la actividad mental del sujeto. Se diferencia del DSM-IV, al considerar los pensamientos obsesivos como desagradables (por su contenido violento, o carente de sentido). Considera que en los casos de larga evolución, la resistencia de los pacientes (que suele darse en la mayoría de los casos) puede quedar reducida a un nivel mínimo. A su vez, también propone que existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos y la depresión. Los pacientes con TOC a menudo presentan síntomas depresivos, y los sujetos con un trastorno depresivo recurrente, a menudo presentan pensamientos obsesivos. De esta manera, en ambos casos, generalmente el incremento o la disminución de la gravedad de los síntomas depresivos, se acompaña por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos. En la tabla 1.2 se presentan los criterios para el diagnóstico del TOC, según el CIE-10.

Tabla 1.2 Criterios para el diagnóstico del TOC (CIE-10)

<p>Presencia de síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos, durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas. Deben ser una fuente importante de angustia o de incapacidad. Los síntomas obsesivos deben tener las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> son reconocidos como impulsos o pensamientos propios se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el paciente ya no se resista la idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el alivio de la ansiedad o tensión no se lo considera placentero en este sentido) los pensamientos, impulsos o imágenes deben ser molestos y reiterados. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas:</i> Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido puede ser muy variable, pero casi siempre se acompañan de malestar subjetivo. A veces se caracterizan por una condición indecisa, que se acompaña por incapacidad para tomar decisiones necesarias en la vida cotidiana. • <i>Con predominio de actos compulsivos:</i> La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con el orden y la pulcritud. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento • <i>Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos:</i> La mayoría de los pacientes con TOC presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos. • <i>Otros trastornos obsesivo compulsivos</i> • <i>Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación</i>
--

Adaptado del CIE-10 (OMS, 1992: 180)

Manifestaciones clínicas

El TOC generalmente es clasificado como un trastorno de ansiedad, ya que las obsesiones generan e incrementan la ansiedad o incomodidad, mientras que las compulsiones suelen disminuir o aliviar la ansiedad o incomodidad. (Wilhelm, 2000).

Según Vallejo Ruiloba (1998), la clínica del TOC se desarrolla en el pensamiento y/o en la acción. Los síntomas pueden aparecer: a) en situaciones especiales de la vida cotidiana, o b) acompañando otras patologías (psiquiátricas o neurológicas). En el segundo caso los síntomas del TOC pasarían a ser secundarios de otra patología.

Las *obsesiones*, se caracterizan por ser cogniciones o imágenes mentales. Estas son intrusas, persistentes, repetitivas y egodistónicas. El paciente las vivencia como extrañas, pero las reconoce como propias al poseer conciencia de enfermedad (en algunos casos esta es muy pobre). Por lo general son de contenido negativo, y los pacientes luchan contra estas. Pero, cuanto más intentan alejarlas de sus mentes, su recurrencia incrementa. De esta manera, la resistencia al fenómeno puede estar atenuada o ser nula en estadios avanzados del trastorno. A su vez, las obsesiones generan interferencias en las áreas de la vida del sujeto, siendo la más alterada la del hogar.

Según Leahy y Holland (2000), algunos pacientes evitan situaciones que generan pensamientos obsesivos, y no salen de sus hogares.

Las *compulsiones* son conductas manifiestas o rituales cognitivos, formas de conducta estereotipada que se repiten. Se efectúan como respuesta a una obsesión, o de acuerdo con ciertas reglas (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). No son por sí mismas placenteras ni útiles para el sujeto. Tienen la función, para el paciente, de prevenir que tenga lugar algún hecho que es objetivamente improbable que suceda. Pueden ser rituales que se realizan para prevenir el daño hacia uno mismo o hacia los demás. El comportamiento puede ser percibido como carente de sentido o eficacia, lo que lleva al paciente a querer resistirse a este. Pero en casos de larga evolución, la resistencia puede resultar nula. Casi siempre existe un grado de ansiedad. (Vallejo Ruiloba, 1998).

Con frecuencia los pacientes con TOC involucran a miembros de su familia en sus comportamientos compulsivos (Leahy y Holland, 2000).

Las compulsiones suelen ser secundarias a las obsesiones. Solo un 20-30% de los pacientes con TOC, presentan obsesiones puras, sin compulsiones. (Vallejo Ruiloba, 1998). Sin embargo, esta manifestación del TOC, obsesiones puras sin compulsiones, ha sido cuestionada por otros autores que sugieren que las

obsesiones puras en realidad son seguidas por compulsiones encubiertas o rituales cognitivos (Leahy y Holland, 2000). Este punto será desarrollado más adelante, al clasificar los subtipos de TOC.

Como consideración final de las compulsiones, De Silva y Rachman (1992) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) plantean una naturaleza activa de las compulsiones, diferenciándola de la conducta automática: el sujeto con TOC puede no estar feliz al tener que realizar la compulsión, pero se trata de una acción voluntaria que realiza como consecuencia de la urgencia compulsiva, y no se trata de una conducta automática. El sujeto siente una urgencia compulsiva de llevar a cabo una determinada conducta, y lo hace a pesar de sentir resistencia y de reconocer que la conducta es irracional o excesiva.

Con respecto al estado afectivo básico del TOC, Vallejo Ruiloba (1998) llega a concluir que la angustia es de naturaleza secundaria en el TOC, ya que es producto de las obsesiones y compulsiones, y no se presenta como núcleo primario del trastorno. Los estados afectivos que se asocian más comúnmente con el trastorno son la tristeza, la inseguridad, la duda, la culpa y la incompletud. Contrariamente, la teoría psicoanalítica, considera el origen del síntoma obsesivo-compulsivo como la necesidad de descarga de las catexias desiderativas, en función de disminuir la angustia. Por lo tanto, plantea que la angustia es de naturaleza primaria en el TOC (Freud, 1980).

Diagnóstico diferencial

El pensamiento obsesivo que caracteriza al TOC debe diferenciarse de las rumiaciones que son comunes en los trastornos depresivos, y de las preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real, que son típicas del trastorno de ansiedad generalizada. En los trastornos depresivos, las rumiaciones son congruentes con el estado de ánimo y son egosintónicas al yo. En el trastorno de ansiedad generalizada, se presentan preocupaciones realistas sobre eventos de la vida cotidiana. En contraste, en el TOC las obsesiones son egodistónicas, son consideradas irreales, y son resistidas. (Leahy y Holland, 2000).

Si el contenido de los pensamientos obsesivos se relaciona exclusiva y únicamente con un tema que está relacionado con otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno dismórfico corporal, fobia específica, tricotilomanía, o hipocondría) se deberá diagnosticar ese trastorno mental, de en vez del TOC. Se diagnostica también TOC en el caso en el que se presentan obsesiones o compulsiones adicionales (Leahy y Holland, 2000). Preocupaciones por la comida, el alcohol, drogas, el juego y las compras son muchas veces definidas coloquialmente como “compulsiones” u “obsesiones”, pero deben ser diferenciadas de las obsesiones y compulsiones del TOC (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

En el caso en que los pensamientos obsesivos no son reconocidos por el paciente como irreales, improbables o exagerados, si se caracterizan por ser bizarros, y la obsesión adquiere dimensiones delirantes, se debe considerar el diagnóstico de trastorno delirante, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. (Leahy y Holland, 2000).

El DSM-IV (APA, 1998), plantea que el TOC se diferencia del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, o del trastorno de ansiedad relacionado con sustancias. Deben diagnosticarse estos dos últimos trastornos, cuando las obsesiones y compulsiones son consecuencia directa de una enfermedad subyacente, o cuando estos síntomas están etiológicamente relacionados con sustancias (drogas, fármacos o tóxicos), respectivamente.

También diferencia el TOC del trastorno de tics, del trastorno de movimientos estereotipados y del trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Finalmente, hace referencia a las supersticiones y comportamientos repetidos de comprobación. Considera que son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos, debe diagnosticarse el TOC, si significan una pérdida de tiempo, o dan lugar a un deterioro de la actividad global, o un malestar clínicamente significativo.

El CIE-10 (OMS, 1992) considera que la presencia de ataques de pánico ocasionales o síntomas fóbicos leves no excluyen el diagnóstico. Sin embargo, las obsesiones que se presentan en el curso de la esquizofrenia, síndrome de Tourette o de otros trastornos mentales orgánicos, deben considerarse como parte de estos trastornos.

Comorbilidad y trastornos asociados

Bellack, Hersen y Salkovskis (1998) consideran que el TOC está asociado con una amplia variedad de trastornos del eje uno del DSM-IV. Estos son: trastornos de ansiedad – fobia específica y trastorno de pánico especialmente (Leahy y Holland, 2000) -; trastornos depresivos – la depresión es la patología concurrente más frecuente en el TOC, 28-38% de pacientes con TOC la padecen (Leahy y Holland, 2000) -; abuso de alcohol, trastornos de la alimentación, síndrome de Tourette - 5-7% de pacientes con TOC también padecen de este trastorno (Leahy y Holland, 2000) -, trastorno dismórfico corporal, hipocondría y esquizofrenia.

Se ha demostrado que el TOC se asocia con un número importante de trastornos de control de impulsos,

o que al menos comparten características comunes. Estos se han denominado como “*espectro* de trastornos asociados al TOC”. Los trastornos incluidos son: el síndrome de Tourette, tricotilomanía, cleptomanía y exhibicionismo (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). Hollander (citado por Chappa, 1994) agrega otros trastornos al espectro: anorexia nerviosa, el juego patológico y la hipocondriasis. En los últimos años se han llegado a sumar al espectro: el trastorno dismórfico corporal, trastorno de despersonalización, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia y sintomatología psicótica (Neziroglu, Stevens, Liquori, y Yaryura Tobias, 2000).

Los trastornos de personalidad más comunes que se dan con el TOC son el trastorno evitativo, dependiente, histriónico y esquizotípico de la personalidad (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). Según Leahy y Holland (2000), el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad lo padecen menos del 25% de los sujetos con TOC. Los pacientes con TOC que presentan un trastorno de la personalidad, requieren tratamientos más prolongados, con resultados pobres.

Los pacientes con TOC que presentan un trastorno depresivo grave o abuso de sustancias, requieren medicación y/o tratamiento previo de estos últimos trastornos, antes de iniciar el tratamiento del TOC.

Epidemiología

La *prevalencia* del TOC en la población general varía del 1.9% al 3.2% (Salkovskis y Kirk, 1997, citado por Leahy y Holland, 2000: 243). La distribución por sexos es equitativa. Hay una corriente general que considera que el TOC se da en sujetos con buena dotación intelectual y un nivel de formación esmerado. Se observa un predominio de los solteros y entre los casados, desajustes de pareja. (Vallejo Ruiloba, 1998).

El 90% de los sujetos con TOC presenta tanto obsesiones como compulsiones comportamentales. Solo un 2% presenta obsesiones y rituales cognitivos (Franklin y Foa, 1998).

La *edad de los primeros síntomas* es la adolescencia o los comienzos de la edad adulta (Wilhelm, 2000), aunque a veces también se pueden observar en la niñez (Leahy y Holland, 2000).

El *curso* suele ser crónico con fluctuaciones. El estrés puede exacerbar los síntomas. En el 15% de los casos se ve un deterioro progresivo.

Los rituales de chequeo y limpieza suelen ser los más comunes (50% de los pacientes con TOC). De los sujetos que padecen TOC, se ve un 48% con rituales múltiples y un 60% con obsesiones múltiples. (Leahy y Holland, 2000).

Los indicadores de un buen *pronóstico* son: leve nivel de síntomas, síntomas atípicos, de corta duración, y una personalidad premorbida normal. Los factores que sugieren un pronóstico pobre son: temprano comienzo de síntomas, síntomas de simetría o exactitud, síntomas de desesperanza, delirios o alucinaciones, historia familiar de TOC y la presencia de tics.

Las *variables culturales* pueden influir en la forma de expresión del TOC, pero no se han demostrado que influyan en el desarrollo y mantenimiento del trastorno (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Etiopatogenia

Vallejo Ruiloba (1998) menciona que a partir de los datos clínicos, experimentales y terapéuticos, se inclina por una hipótesis polifactorial acerca del TOC. La etiología del TOC es producto de la confluencia de factores psicosociales, biológicos y genéticos. En algunos casos predomina el componente genético hereditario, y en otros se observa una raíz más psicogenética.

Factores psicosociales

Los padres de los sujetos que padecen TOC, juegan un papel importante en el desarrollo del trastorno. Se ha hipotetizado que existen ciertas características en las actitudes de los padres hacia sus hijos, que influyen sobre el trastorno. Estas son: actitudes de demanda y crítica, sobreprotección, perfeccionismo, actitudes de rechazo y actitudes evitativas del riesgo. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Según Vallejo Ruiloba (1998) el TOC se desarrolla en ambientes donde sobresalen los valores de la limpieza, religión, moral, orden o culpa.

Según el psicoanálisis, los síntomas obsesivos compulsivos surgen de fijaciones del desarrollo psicosexual en la primera infancia, como una defensa que se fija por el odio y amor reprimido hacia los padres, estructurando el complejo de Edipo (Freud, 1980). Los mecanismos de defensa que intervienen son: desplazamiento del afecto hacia representaciones alejadas del conflicto original, aislamiento y formación reactiva. El origen del trastorno, desde el punto de vista de la vida pulsional se da por ambivalencia, fijación a la etapa anal y regresión; y desde la perspectiva tópica, por una relación sadomasoquista interiorizada en forma de tensión entre el yo y un superyo cruel. (Laplanche y Pontalis, 1974).

Las bases psicológicas del TOC, desde el punto de vista de la teoría cognitiva (la cual es foco del presente trabajo), se consideran en el capítulo siguiente, dedicado a los modelos explicativos del TOC.

Factores genético - hereditarios

Se han realizado diversos estudios que demuestran la influencia de factores genéticos en el desarrollo del TOC. Los gemelos monocigotos presentan un mayor nivel de concordancia para el TOC, que los gemelos dicigotos. Los parientes de primer grado de los pacientes con TOC, tienen mayor probabilidad de contraer el trastorno que otros parientes (Leahy y Holland, 2000).

Factores biológicos

Desde la perspectiva bioquímica, los pacientes con TOC presentan una irregularidad en el sistema de transmisión de la serotonina. Desde la perspectiva neuroanatómica, existen alteraciones en los ganglios basales (especialmente el núcleo caudado), en la zona frontal orbitointerna, y en la estructura límbica. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). El núcleo caudado está involucrado en las funciones psíquicas de aprendizaje procedural y en la memoria implícita. De esta manera, los pacientes que han sido tratados exitosamente con medicación o terapia comportamental, muestran una disminución en la actividad del núcleo caudado (Schwartz y col., citado por Leahy y Holland, 2000: 243).

Vallejo Ruiloba (1998) agrega que también se dan alteraciones en los mecanismos de excitación-inhibición centrales y alteraciones en el procesamiento de la información.

Subtipos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo

Una serie de autores han delimitado posibles subtipos de TOC. A continuación se hará una breve revisión de las clasificaciones más relevantes de los subtipos clínicos.

Clasificación de Marks (1987) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

- 1) *Rituales compulsivos con obsesiones*: en esta categoría incluye a los rituales de limpieza, rituales de repetición, rituales de comprobación, rituales de acumulación y rituales de orden.
- 2) *Lentitud sin rituales visibles*: no suele darse sin la presencia de rituales obsesivos. Las numerosas repeticiones que el sujeto lleva a cabo para realizar una tarea de la mejor manera posible, da lugar a la lentitud observada. La lentitud es selectiva y el paciente parece ensimismado en su tarea.
- 3) *Obsesiones*: una pequeña proporción de pacientes presenta este subtipo sin rituales. La mayoría de las veces las compulsiones van precedidas de las obsesiones.

Clasificación de Foa, Kozak, Steketee, Ozarow y McCarthy (1988) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

Estos autores realizan críticas a las clasificaciones tradicionales del TOC, considerando que estas no proporcionan orientación útil en cuanto al tratamiento. La clasificación que ellos proponen se basa en tres aspectos: a) en los indicios o señales que evocan ansiedad (externa, interna o ausente), b) presencia o ausencia de pensamientos acerca de posibles consecuencias desastrosas, y c) en el tipo de actividad, comportamental o cognitiva, que reduce dicha ansiedad. De esta manera, la clasificación permite relacionar determinados subtipos de TOC con alternativas de tratamiento. Los subtipos de obsesiones que proponen son:

- 1) Ideas intrusivas, señales o estímulos externos y temores acerca de desastres.
- 2) Ideas intrusivas, señales o estímulos externos sin pensamientos acerca de desastre.
- 3) Ideas intrusivas y pensamientos acerca de desastres sin señales externas.
- 4) En la teoría plantean un cuarto subtipo donde *no se detectan ni señales externas ni miedo al desastre*, pero estos autores no han encontrado casos en la práctica clínica.

Clasifican las compulsiones según sean manifiestas o encubiertas.

Clasificación de De Silva y Rachman (1992) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

Estos autores señalan que los pacientes con TOC pueden presentar más de un subtipo clínico. Igualmente, en cada paciente por lo general, predominan uno o dos subtipos. Ellos clasifican:

- 1) Compulsiones de limpieza o lavado
- 2) Compulsiones de comprobación
- 3) *Otro tipo de compulsiones manifiestas* (por ejemplo, repeticiones reiteradas de conductas, compulsiones de tocar, compulsiones de almacenamiento)
- 4) *Obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta*: las obsesiones suelen acompañarse de rituales encubiertos como por ejemplo, contar siguiendo una secuencia, o pensar una frase que contrarreste la obsesión. Los rituales cognitivos pueden o no estar relacionados con el contenido de la obsesión.
- 5) *Lentitud obsesiva primaria*

Clasificación del CIE-10 (1992) (OMS, 1992)

Este sistema de clasificación, diferencia tres subtipos de TOC:

- 1) *Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas*
- 2) *Predominio de actos compulsivos*
- 3) *Mezcla de pensamientos y actos obsesivos*

Clasificación de Rachman (1994) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

Rachman plantea una alternativa nueva a las clasificaciones tradicionales, en cuanto a las obsesiones y compulsiones de limpieza. Diferencia entre la sensación de suciedad y la sensación de polución, y agrega un tercer subtipo "ansiedad por la enfermedad".

- 1) *La sensación de estar sucio* se debe al contacto directo con algún material u objeto objetivamente sucio, que mediante el lavado de la parte del cuerpo afectado, se puede eliminar.
- 2) *La sensación de "polución mental"*, en cambio, puede surgir y persistir con independencia de la presencia o ausencia de la suciedad (objetivamente observable). La polución puede generarse por acontecimientos mentales (pensamientos, impulsos o imágenes) que le son inaceptables al sujeto. De esta manera, la sensación de polución no responde al lavado tradicional con agua y jabón, y los lavados repetidos no dan resultado. Un ejemplo sería el de una adolescente que ha sido violada, y se lava reiteradamente con esperanzas de quedar limpia de la violación.
- 3) *Ansiedad por la enfermedad* surge por el miedo a contraer una enfermedad, relacionándose con el miedo a la contaminación. Los desencadenantes son hospitales, el contacto con personas enfermas, animales, comidas, etc.

Clasificación de Cía (1995)

Este autor plantea que la diversidad de prestaciones sintomáticas y clínicas del TOC puede llevar a confusiones diagnósticas. Dentro de la sintomatología del TOC distingue entre:

- 1) *elementos cognitivos*: obsesiones y compulsiones mentales,
- 2) *elementos conductuales*: compulsiones motoras,
- 3) *elementos emocionales o afectivos*: ansiedad, angustia, duda, perplejidad, temor y la inseguridad.

Clasificación de Vallejo Ruiloba (1998)

Este autor realiza una clasificación de las obsesiones. Según la forma de las mismas, plantea que hay:

- 1) *Impulsos obsesivos agresivos o sexuales* (por ejemplo, temor de dañar a alguien). Por lo general se acompañan de rituales cognitivos de contraste (por ejemplo cuando la obsesión es "Yo quiero matar a mi madre", se puede acompañar de una repetición mental del tipo "Mi madre es buena y yo la quiero").
- 2) *Imágenes o representaciones obsesivas*
- 3) *Temores obsesivos* (por ejemplo, de contaminación)
- 4) *Ideas obsesivas* (por ejemplo, escrúpulos de limpieza o ideas de orden y simetría)
- 5) *Dudas o fenómeno ideativo constante* (por ejemplo, de comprobación o contaminación)

Los temas de las obsesiones, que Vallejo Ruiloba considera más comunes son: contaminación, dudas, somáticos, necesidad de simetría, agresivos, sexuales, religiosos y paso del tiempo.

En cuanto a la clasificación más general que realiza de TOC, plantea cuatro subtipos básicos:

- 1) *Obsesivos con rituales de limpieza* (50%)
- 2) *Dubitativos con conductas de comprobación*
- 3) *Rumiadores con pensamientos* (25%)
- 4) *Obsesivos con enlentecimiento* (que es poco frecuente)

Clasificación general y fenomenología del TOC

Teniendo en cuenta las clasificaciones revisadas hasta aquí, se intentará ordenarlas en una nueva clasificación, haciendo referencia a la fenomenología de las obsesiones y compulsiones. De esta manera, los subtipos de TOC se describen a continuación.

Clasificación general

- 1) *Enlentecimiento obsesivo*. El paciente lleva a cabo algunas actividades de forma excesivamente metódica, lenta y pausada, mientras que otras conductas las realiza a una velocidad normal. En estos casos el paciente se encuentra socialmente aislado e incapacitado. Se diferencia de los demás subtipos de TOC en que el ensayo mental que realiza al llevar a cabo su actividad con lentitud, no lo vivencia como intrusivo o molesto, y por lo tanto no es resistido. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). En algunos casos, este subtipo podría considerarse como una forma específica en que se manifiestan los demás subtipos

clínicos.

- 2) *Obsesiones puras, sin compulsiones comportamentales ni mentales*. Varios autores insisten sobre la existencia de este subtipo de TOC (Yaryura Tobias y Neziroglu, 2001; Vallejo Ruiloba, 1998; Fields, 1998; Cía, 1995). No obstante, la existencia de este subtipo ha sido cuestionado por otros autores, argumentando a favor de que al interrogar al paciente sobre sus rumiaciones obsesivas, por lo general se descubren compulsiones mentales que estaban encubiertas (Leahy y Holland, 2000; Salkovskis, Richards y Forrester, 2000; Navarro Cueva, 1991; Steketee, 1993; Franklin y Foa, 1998).
- 3) *Obsesiones acompañadas de compulsiones mentales o cognitivas*. Este subtipo se puede identificar difícilmente en los casos en que las obsesiones y las compulsiones están interrelacionadas. Como se argumentó en el punto anterior, algunos autores aluden que se observa este subtipo, como consecuencia de interrogar en profundidad al paciente sobre sus aparentes rumiaciones obsesivas. Navarro Cueva (1991) plantea que bajo el término "rumiaciones" se pueden distinguir dos fenómenos: (a) los pensamientos obsesivos, intrusivos que provocan ansiedad; y (b) rituales cognitivos que el paciente inicia para neutralizar o reducir la ansiedad o incomodidad provocada por las obsesiones. (Leahy y Holland, 2000; Salkovskis, Richards y Forrester, 2000; Steketee, 1993; Franklin y Foa, 1998).
- 4) *Compulsiones únicamente*. Cía (1995) plantea la existencia de este subtipo en la práctica clínica. En un muy pequeño porcentaje de pacientes con TOC se observa este subtipo, sin la presencia de obsesiones.
- 5) *Obsesiones acompañadas de compulsiones comportamentales o motoras*. Este es el subtipo que más frecuentemente se ve en la clínica (Franklin y Foa, 1998).

Los subtipos que presentan obsesiones pueden ser especificados por la presencia o ausencia de *ideación sobrevalorada*. Este tipo de ideación trae dificultades para el tratamiento del TOC. Se observa cuando el paciente es cuestionado por el terapeuta sobre sus pensamientos obsesivos, y no reconoce que son exagerados, excesivos o irracionales (Leahy y Holland, 2000).

Fenomenología

Según Cía (1995), los tipos fenomenológicos de las obsesiones son: las obsesiones de contaminación, de verificación, agresivas, sexuales, religiosas, coleccionismo o acumulación, necesidad de simetría o exactitud, somáticas y responsabilidad patológica.

- Las *obsesiones de contaminación* incluyen preocupaciones por la suciedad, contaminantes o artículos del hogar, secreciones corporales, orina, saliva, heces o semen y secreciones vaginales, o preocupaciones por contraer alguna enfermedad. La contaminación puede transmitirse mágicamente, por el contacto con un objeto sucio. Los objetos son clasificados como limpios o contaminados, y se va creando un círculo de contaminantes a partir de la cercanía de objetos. Este tipo de obsesiones puede clasificarse, según el planteo de Rachman, en obsesiones de suciedad, de polución mental, o de miedo a contraer una enfermedad.
- Las *obsesiones agresivas* están basadas en el temor de dañarse a sí mismo o a otros. Pueden ser imágenes violentas, o miedos de decir insultos o algo vergonzante, de cometer delitos o actos en contra de la moral, o de ser responsable de que algo terrible pueda suceder (por ejemplo un incendio). Objetos con puntas (tijeras o cuchillos) son los desencadenantes de los temores de causar algún daño a sí mismos, amigos o familiares.
- Las *obsesiones sexuales* son pensamientos o imágenes sobre tener relaciones sexuales con niños, incestuosas, o con animales. También pueden ser pensamientos sobre tener conductas aberrantes o volverse homosexuales.
- Las *obsesiones somáticas* son preocupaciones extremas por funciones corporales, o por aspectos de la imagen corporal. También Cía (1995) incluye en este tipo de obsesiones al temor por desarrollar una enfermedad grave. Se diferencia de la obsesión de contaminación, porque implica temor a la muerte y no de contaminar a otros. Los temores más comunes son el de padecer SIDA, un ataque cardíaco o cáncer.
- Las *obsesiones religiosas* están relacionadas a pacientes que han tenido una educación exigente con valores morales rígidos. Son pensamientos sobre la necesidad de confesar pecados mínimos o que no sucedieron pero que los pacientes suponen haber cometido, y se sienten culpables.
- Las *obsesiones de coleccionismo* son ideas, pensamientos o impulsos de acumular objetos que son objetivamente inútiles (revistas, ropa, o basura). El paciente los acumula para mantener el orden y por si alguna vez los van a querer volver a utilizar.
- Las *obsesiones de necesidad de simetría y precisión* son pensamientos acerca de colocar los objetos de manera simétrica, de hacer y deshacer de manera exacta acciones motoras (por ejemplo caminar hacia delante y hacia atrás de la misma forma al entrar en algún lugar), o de ordenar sucesos. En este tipo de obsesiones se puede ver el subtipo clínico de enlentecimiento obsesivo. El mayor temor es tener que reiniciar una secuencia desde el principio por haber hecho algo de manera incorrecta. En este tipo de

obsesiones también se pueden dar obsesiones de pensamiento mágico: son pensamientos acerca de que si realizan ciertos rituales (alinear algo de cierta manera, decir números de la suerte, etc.) pueden prevenir un desastre imaginario (por ejemplo la muerte de algún familiar), y si los llevan a cabo de manera incorrecta, tienen miedo de ser responsables de la catástrofe imaginada.

- Las *obsesiones de duda o responsabilidad patológica* son preocupaciones de que por dejar de verificar algo de manera total o repetidamente, algo malo puede ocurrir de manera inmediata. Los pacientes se sienten invadidos por dudas de verificación (por ejemplo si han cerrado la llave de gas). Según Cía (1995) las compulsiones se dividen en mentales o cognitivas y motoras o comportamentales.
- Las *compulsiones mentales* consisten en una urgencia por llevar a cabo un acto intrapsíquico como por ejemplo, compulsión a contar o repetir un determinado número de veces un pensamiento.
- Las *compulsiones comportamentales* consisten en una urgencia por desempeñar determinada secuencia motora, como por ejemplo las compulsiones de verificación, las de repetición, o las de lavado o limpieza.
 - a) Las *compulsiones de lavado y limpieza* consisten en: lavado excesivo y ritualizado de manos, de todo el cuerpo o de algunas partes; limpieza excesiva del hogar, de objetos, o ropa. Pueden relacionarse con pensamientos mágicos.
 - b) Las *compulsiones de verificación* son generadas por obsesiones de duda o responsabilidad. Los pacientes verifican que no se ha dañado o no se va a dañar a otras personas o a sí mismos, o que nada catastrófico haya pasado o vaya a suceder. Las compulsiones de este tipo más comunes son las de comprobar que estén cerradas las llaves de gas, las puertas, comprobar que la luz esté apagada.
 - c) *Otras compulsiones comportamentales* incluyen repeticiones de los siguientes comportamientos: por ejemplo, tocar ciertos objetos, balancearse, realizar movimientos estereotipados, decir palabras obscenas, dañarse físicamente, escupir, orinar, comer, coleccionar objetos, ordenar objetos de acuerdo a ciertas reglas, evitación de ciertas situaciones o personas, etc.

Para finalizar, se puede decir que se han desarrollado las características del TOC propuestas al comienzo del capítulo. Los subtipos clínicos se han clasificado, de manera de lograr una mayor aproximación a la práctica clínica del trastorno. Dado la escasa especificación de los tratamientos para estos, en el cuarto y quinto capítulo se hará una revisión de los tratamientos cognitivos actuales para dos subtipos de TOC: (a) *obsesiones y compulsiones comportamentales o motoras*; y (b) *obsesiones acompañadas de compulsiones mentales o cognitivas*.

Capítulo 2: Modelos cognitivos explicativos del trastorno obsesivo compulsivo

El presente capítulo expone los modelos explicativos del TOC más relevantes desde la perspectiva teórica cognitiva. Los mismos se describen en función de lograr un mayor entendimiento de los tratamientos planteados para el TOC (desarrollados en los siguientes capítulos), ya que varios de estos derivan de las teorías explicativas expuestas. Se incluyó un modelo explicativo conductual, para favorecer la comprensión de las técnicas conductuales de exposición y prevención de respuesta, que forman parte de los tratamientos cognitivo-conductuales planteados.

Modelos explicativos cognitivos

En los últimos años se han planteado diversos modelos cognitivos que explican el TOC. Estos modelos enfatizan el rol que desempeñan los factores cognitivos (sistema de creencias, valoraciones, expectativas) en el TOC. A continuación se hará una breve revisión de los modelos teóricos, y se desarrollará en mayor profundidad el modelo de Salkovskis, por considerarlo el más fructífero.

1. Carr, 1974

Este modelo plantea que la sintomatología del TOC se debe a dos factores: (a) las valoraciones (primarias) irreales sobre posibles amenazas o catástrofes, que lleva a cabo la persona; y (b) evaluaciones (secundarias) erróneas acerca de su capacidad para enfrentar dichas amenazas. De esta manera, Carr plantea que se generan respuestas de temor, ante las cuales surgen las compulsiones con intención de reducirlo. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

2. McFall y Wollersheim, 1979

Estos autores reformularon el modelo de Carr. Plantean que las valoraciones irreales acerca de las

amenazas de los pacientes, son producto de pensamientos erróneos o patrones de pensamiento irracional, y provocan ansiedad. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

También plantean que los pacientes con TOC presentan dificultades en sus valoraciones secundarias, es decir, en las valoraciones que realiza el paciente acerca de los recursos que dispone para hacer frente a la amenaza percibida (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

3. Reed, 1985

Este autor afirma que el trastorno se explica por un déficit en el procesamiento de la información. Los pacientes con TOC tienen dificultades en la organización e integración de la experiencia. Los déficits en el TOC son:

- a) dificultad para discriminar en una situación, entre lo relevante y lo irrelevante,
- b) dificultad para categorizar la información que procesan,
- c) déficit en el almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo,
- d) dificultad en generar predicciones sobre el miedo, y
- e) dificultad para tomar decisiones.

Luego, Reed también concluye que el fracaso en la categorización y en la integración espontánea de la información conduce a una sobre-estructuración del *input*. Es decir, los pacientes intentan compensar su déficit al imponer límites artificiales rígidamente definidos. De esta manera, Reed explica que las repeticiones en el TOC se deben a deterioros en el proceso inhibitorio, y los rituales son ejemplos de la imposición de estructuras artificiales. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

4. Barlow, 1988

Barlow plantea dos tipos de vulnerabilidad en referencia a los trastornos de ansiedad: biológica y psicológica. En referencia a los pacientes con TOC, plantea que tienen mayor probabilidad que otras personas, de reaccionar al estrés con fuertes respuestas emocionales negativas. La base de esta predisposición es biológica. Los pacientes han aprendido que algunos pensamientos son peligrosos e inaceptables, los cuales el paciente intenta evitar o suprimir cuando aparecen. La recurrencia de los pensamientos aumenta la ansiedad, lo cual genera emociones negativas y una sensación de falta de control. De esta manera, se arma un círculo vicioso, donde la atención se centra en los pensamientos intrusivos que terminan convirtiéndose en estímulos discriminativos generadores de ansiedad. El contenido de las obsesiones está determinado por las experiencias de aprendizaje de la persona que padece de TOC. Las compulsiones son intentos de controlar los pensamientos intrusivos. Finalmente, Barlow afirma que este proceso se acompaña por un deterioro en el estado de ánimo. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

5. Foa, Kozak y McCarthy, 1988

Estos autores afirman que en los trastornos de ansiedad se dan deterioros específicos en los prototipos de memoria afectiva. Diferencian los miedos neuróticos de los miedos normales, al mencionar que en los primeros hay: una estimación errónea de la amenaza, una valencia negativa para los eventos amenazantes, elementos excesivos de respuesta, y hay resistencia al cambio.

En referencia al TOC plantea que en la mayoría de los pacientes existe miedo a causarse daño a sí mismo u otros, y miedo a la culpa o amenaza. A su vez, afirman que en el TOC se dan déficits cognitivos, que se manifiestan en tres áreas: (a) razonamiento epistemológico, es decir que en ausencia de evidencia clara de seguridad, asumen que la situación es peligrosa, (b) sobreestimación dada, y (c) deterioro en la integración y organización de la información, que se acentúa frente a material relacionado con el miedo. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

6. Salkovskis

El modelo de Salkovskis ha sido el mejor articulado y validado empíricamente hasta el momento. Este autor plantea que lo que diferencia a los sujetos con TOC de las personas sin el trastorno, no es la presencia de intrusiones obsesivas sino la valoración o interpretación que el sujeto les da.

Salkovskis, en sus primeros estudios sobre el TOC (del 1984 a 1989), diferencia entre “pensamientos automáticos negativos” y obsesiones intrusivas. Considera que las obsesiones o intrusiones se dan normalmente en la población general, sin conllevar un grado significativo de malestar. Salkovskis toma el concepto de “pensamientos automáticos negativos” de Beck, quien los define como pensamientos que son generados por estímulos (acontecimientos externos o pensamientos). Considera que son pensamientos razonables o plausibles para el sujeto, aunque rebuscados para otra persona, y el paciente no cuestiona su validez o grado de realidad. Se pueden establecer diferencias entre los pensamientos automáticos negativos y las obsesiones, según: (a) el grado de intrusión percibido, (b) el grado de accesibilidad a la conciencia y (c) el

grado en que son consistentes con el sistema de creencias. De esta manera, las obsesiones resultan irracionales e inaceptables, mientras que los pensamientos automáticos son reales y plausibles. Las obsesiones son egodistónicas mientras los pensamientos automáticos negativos son egosintónicos.

Salkovskis considera al pensamiento, imagen o impulso obsesivo como un estímulo que puede provocar un determinado pensamiento automático negativo. Las intrusiones obsesivas se convierten en un problema, si conllevan un sentimiento de responsabilidad, y dan lugar a pensamientos automáticos negativos, a través de la interacción entre dichas intrusiones inaceptables y el sistema de creencias (o supuestos disfuncionales) del sujeto. En ciertas personas y situaciones las intrusiones activan esquemas disfuncionales, los que dan lugar a pensamientos automáticos negativos que giran en torno a la responsabilidad personal. De esta manera, la perturbación afectiva que experimentan los pacientes surge a partir de los pensamientos automáticos acerca de la intrusión, y no de la obsesión misma. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

A pesar de que las intrusiones obsesivas son generalmente normales en los individuos, no están acompañadas de la gran ansiedad o tensión que vivencian los sujetos que padecen TOC. Los intentos de neutralizar las intrusiones, que derivan de los pensamientos automáticos negativos y del sistema de creencias del sujeto, son los que causan una mayor ansiedad y aumentan la frecuencia de las intrusiones (van Oppen y Emmelkamp, 2000).

Las compulsiones son intentos de evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del daño que pueda derivarse para uno mismo o para otros, a partir de los pensamientos automáticos que surgen de cierta intrusión. La probabilidad de ocurrencia de las compulsiones depende de la experiencia previa, en qué medida han logrado reducir el malestar en el pasado.

En mayor detalle, los mecanismos cognitivos presentes en el TOC se describen a continuación (ver figura 2.1). Del ambiente surgen estímulos internos o externos desencadenantes de una intrusión (pensamiento, idea o imagen obsesiva). La obsesión intrusiva desencadenada es egodistónica, es decir que su contenido no es consistente con el sistema de creencias del individuo, y es percibido como irracional. La reacción ante esta intrusión depende de la importancia que tenga para la persona que se produzca dicha experiencia, sus consecuencias o implicaciones. Si los pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y displacenteras no tienen grandes implicaciones, es decir, si la valoración del sujeto solo vincula la intrusión con un posible daño o peligro, pero no contiene un elemento de responsabilidad, la secuencia llega a su fin. Pero si el sujeto cree que tienen grandes implicaciones, acompañado de un factor de responsabilidad, entonces se activan una serie de pensamientos automáticos negativos. Estos surgen en función de la presencia de un sentimiento de responsabilidad, de la fuerza que tenga la creencia original relacionada con ellos y del estado de ánimo preexistente. Los supuestos disfuncionales que interactúan con mayor probabilidad con las intrusiones son:

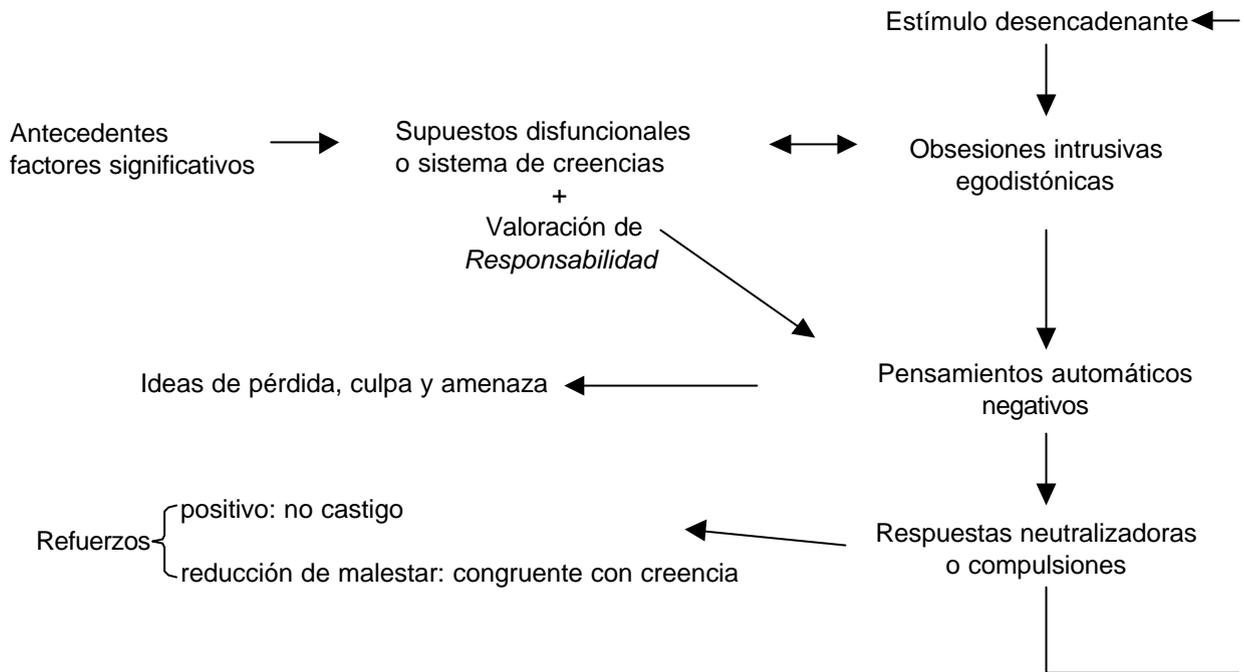
- a) Tener un pensamiento sobre una acción es semejante a llevarla a cabo.
- b) El fracaso en impedir el daño a los demás o a uno mismo es equivalente a causar ese daño.
- c) La responsabilidad por el daño no se atenúa por otros factores, como por ejemplo, una baja probabilidad de ocurrencia.
- d) No llevar a cabo la neutralización (o compulsión) cuando se produce la intrusión es lo mismo que desear el daño relacionado con la intrusión.
- e) Una persona debe ejercer control sobre sus propios pensamientos intrusivos.

En cada caso siempre hay elementos de responsabilidad, y de culpa o control que interactúan con las intrusiones, generando pensamientos automáticos que tratan sobre una combinación de culpa, pérdida y amenaza.

En último lugar, los pensamientos automáticos negativos dan lugar a una alteración del afecto, y generan las respuestas neutralizadoras (compulsiones, supresión o evitación). Estas últimas se convierten en un poderoso estímulo desencadenante. Y el estado de ánimo resultante posibilita el acceso a un mayor número de pensamientos automáticos negativos. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Fue en 1996, cuando Salkovskis introdujo a su teoría el concepto de responsabilidad, como un elemento necesario y excluyente para que se dé un episodio de obsesiones clínicas verdadero (donde quedan incluidas las intrusiones vinculadas con los pensamientos automáticos negativos). La responsabilidad es definida como la creencia de que uno es la causa del daño a otros o a sí mismo, y que uno posee el poder de prevenir o restaurar ese daño. Un ejemplo de interpretar las intrusiones con un elemento de responsabilidad es el siguiente: "Estos pensamientos pueden significar que quiero dañar a mi hijo, debo prevenirme de perder el control". (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

Figura 2.1 Modelo explicativo de Salkovskis. Adaptada de Belloch, Sandín y Ramos (1995), y Herranz Rodríguez (1999)



7. Críticas al modelo de Salkovskis

La crítica de *Jakes*, en 1989, al modelo de Salkovskis consiste en si resulta necesario o no, para comprender el TOC, considerar los pensamientos automáticos negativos además de las intrusiones. Aunque este autor haya expuesto sus argumentos, no contempla las aportaciones fundamentales de Salkovskis, que es la conducta neutralizadora asociada a la valoración de la responsabilidad (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Por su parte, *Clark y Purdon* en 1993 proponen que se debería hacer más énfasis en los supuestos disfuncionales sobre los pensamientos de control, en los costos del incumplimiento de estos, y en el rol que juega la depresión en disminuir la capacidad del paciente para controlar sus pensamientos. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

O'Connor y Robillard (1999) realizan una crítica al modelo de Salkovskis, que se expone a continuación. Estos autores plantean que el TOC, específicamente el subtipo *compulsiones motoras con ideación sobrevalorada*, es un trastorno primario de la imaginación. A partir de la narrativa imaginaria ficticia, el paciente imagina un estado de asuntos, que es tomado como si fuera su realidad. Esta narrativa se repite y lo lleva al paciente a realizar una cadena de inferencias incongruentes sobre un posible estado de asuntos. De esta manera, el paciente actúa según lo que imaginó de su realidad, de en vez de tomar en cuenta su percepción de esta. Por lo tanto, los pacientes con TOC no presentan problemas en percibir la realidad. Lo que ellos temen no es lo que esta presente, ni lo que puede estar presente en un futuro, sino lo que puede estar presente en el momento actual, pero no pueden detectar. La imaginación del sujeto deriva en una preocupación sobre la posibilidad de que pueda haber algo que no haya detectado de la realidad, o sobre el significado simbólico de la realidad que percibe. Los rituales del TOC son intentos de modificar la narrativa imaginaria ficticia que estos pacientes se crearon sobre la realidad.

Estos autores cuestionan el modelo de Salkovskis en relación a la importancia dada a las intrusiones cognitivas. Ellos creen que la terapia debe enfocarse en estas intrusiones, (llamadas por ellos "inferencias primarias"), restándole importancia a los pensamientos automáticos negativos o inferencias secundarias. Creen que las inferencias primarias se dan en base a la narrativa imaginaria que se crea el paciente, es decir que su contenido es imaginario. Por lo tanto, en el tratamiento se debe apuntar a las intrusiones obsesivas y la narrativa imaginaria del paciente.

8. Modelo del "International OCD Cognitions Working Group", 1997

Siguiendo el modelo de Salkovskis, este grupo de trabajo (citado por Wilhelm, 2000) ha categorizado las interpretaciones distorsionadas de las intrusiones obsesivas en cinco "dominios cognitivos" (en términos de

Salkovskis serían supuestos disfuncionales), que se describen a continuación:

(i) *Sobre importancia de los pensamientos y la necesidad de controlarlos*

Los sujetos que padecen TOC atribuyen excesiva importancia a sus pensamientos obsesivos, y suponen erróneamente que las demás personas no los tienen. Creen que por el solo hecho de tener esos pensamientos, estos se van a llevar a cabo, o son significativos. De esta manera, los sujetos ven la necesidad de controlarlos mediante las compulsiones.

(ii) *Sobreestimación del peligro o riesgo*

Los sujetos sobreestiman la probabilidad y gravedad del peligro, de consecuencias negativas, y la probabilidad de cometer errores. Evalúan las situaciones como amenazantes al menos que sea evidente su seguridad.

(iii) *Intolerancia a la incertidumbre*

Los pacientes con TOC suelen tener dificultades con las situaciones ambiguas e inciertas, y con la toma de decisiones. Suelen preocuparse por los errores y dudar sobre sus acciones.

(iv) *Perfeccionismo*

Los que padecen TOC suelen dudar sobre la calidad de sus intentos de reducir el daño o peligro. También pueden considerar necesario llevar a cabo un perfecto desempeño para evitar riesgos y desaprobación.

(v) *Responsabilidad Excesiva*

La responsabilidad excesiva en estos pacientes se vincula con la creencia de que ellos poseen el poder primario de generar o impedir resultados indeseables. Puede derivar en un sentimiento de culpa, que luego es contrarrestado con las compulsiones.

9. Otros modelos explicativos cognitivos

Lazarus en 1966, fue el primero en desarrollar el modelo de valoración ("appraisal model") para el TOC, el cual distingue entre la valoración de amenaza (valoración primaria) y la valoración de recursos disponibles para enfrentar dicha amenaza (valoración secundaria). (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Guidano y Liotti en 1983, por su parte, plantearon un modelo cognitivo que enfatiza la necesidad del paciente de perfeccionismo y certeza, en función de evitar riesgos y desaprobación. Estos autores, a su vez, aplicaron la teoría de *Ellis* (terapia racional emotiva conductual) al TOC. Sugirieron que tres de las creencias irracionales planteadas por *Ellis*, son especialmente relevantes en este trastorno. Estas son: (a) uno debe ser competente, y cumplir con todos los posibles objetivos propuestos, para poder considerarse valioso; (b) uno debe estar muy preocupado por el peligro potencial y por la posibilidad de su ocurrencia; y (c) las soluciones perfectas a los problemas están siempre accesibles, y deberían ser pensadas. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Pitman en 1987, propuso un modelo cibernético del TOC. Él sugiere que en este trastorno se dan síntomas patológicos como: perfeccionismo, duda, indecisión, omnipotencia, obsesiones y compulsiones. Estos síntomas derivan de señales de error elevadas y persistentes, que son internamente experimentadas y no pueden ser corregidas por acciones comportamentales. También plantea que los pacientes con TOC tienen dificultades en desviar la atención de sus obsesiones intrusivas. *Pitman* ha vinculado cada concepto con explicaciones neuroanatómicas. (Steketee, 1993).

Warren y Zgourides en 1991, propusieron un modelo de terapia racional emotiva para el TOC, que se basó en los conceptos de *Ellis*. Su modelo enfatiza el rol de las creencias irracionales en el desarrollo del TOC. Ellos plantean que la presencia de pensamientos intrusivos se debe a eventos estresantes y displaceros que experimentaron los sujetos. Si las creencias irracionales del sujeto están vinculadas con los pensamientos intrusivos, entonces estos adquieren mayor importancia, y se convierten en obsesiones. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

El *modelo de psicoterapia cognitivo-narrativa* también se ha aplicado al TOC. Se han realizado estudios sobre narrativas prototipo, que demostraron que es posible identificar narrativas prototipo en individuos con diferentes patologías, entre ellas el TOC. De esta manera, se demostró que el TOC se correlaciona con formas típicas de elaboración narrativa. Una narrativa prototipo es un sistema invariante de significación, una identidad marcada que restringe las experiencias del sujeto, encuadrándolas dentro de un molde prototípico. (Para mayor información sobre la aplicación del modelo al TOC, ver *Pocinho* citado por *Goncalves*, 1997).

Mancini (2000) por su parte, plantea un modelo cognitivo que se basa en la noción de mente, entendida como un sistema de objetivos y conocimientos a través del cual el sujeto valora su experiencia, regula sus

reacciones emocionales, su conducta y la actividad mental. Propone que en la base del TOC hay un temor de que una acción u omisión propia pueda causar la trasgresión de una norma moral o un daño injusto a otros o a sí mismo. De esta manera, las obsesiones y compulsiones son intentos de prevenir la amenaza de esta culpa. Su modelo consiste en dos presupuestos: (a) si existe el TOC, existe un miedo a la culpa por irresponsabilidad; y (b) si existe miedo a la culpa por irresponsabilidad, existe una conducta obsesiva que da lugar a compulsiones. El paciente puede adoptar por una óptica inocentista o una óptica prudencial-culpabilizadora, dependiendo de la intensidad de su miedo a la culpa. El carácter persistente y reiterativo de las obsesiones depende de la óptica prudencial-culpabilizadora, con la cual el sujeto valora sus intentos de prevención y el poder del que dispone. Por último, el modelo atribuye importancia a la valoración negativa que el individuo realiza sobre sus obsesiones y compulsiones, y a los efectos contraproducentes de los intentos de limitarlas, que tienden a agravar y mantener la actividad obsesiva.

10. *Modelo explicativo conductual*

A continuación se describe el modelo conductual más utilizado para explicar el TOC: el *modelo de las dos etapas o bifactorial de Mowrer*. La teoría de Mowrer fue creada en 1939, pero aplicada al TOC por Dollard y Miller en 1950. Generalmente las técnicas comportamentales, incluidas en los tratamientos cognitivo-conductuales, derivan de este modelo.

En la primera etapa de la teoría, un estímulo inicialmente neutro adquiere propiedades ansiógenas, a través de distintos condicionamientos, a partir de situaciones estresantes. De esta manera, las obsesiones pasan a ser estímulos condicionados. Por ejemplo, una persona que posee inicialmente pensamientos intrusivos, que por alguna razón le causan ansiedad, culpa o disgusto; con el tiempo estos sentimientos se asocian con los pensamientos intrusivos, y finalmente por condicionamiento, la persona teme y siente ansiedad a partir de sus pensamientos iniciales.

En la segunda etapa, como no se pueden simplemente evitar las obsesiones, se desarrollan conductas reductoras de la ansiedad, asociadas a los estímulos condicionados, que dan lugar a las compulsiones. El desempeño de estas últimas, alivia o reduce la ansiedad transitoriamente, y por lo tanto adquieren valor reforzador.

Con la exposición del sujeto al estímulo ansiógeno, se da un súbito incremento de los sentimientos negativos (ansiedad, temor, duda). Luego del desempeño del ritual compulsivo, ocurre una disminución inmediata de los mismos. De esta manera se produce un aprendizaje: el sujeto aprende que sus obsesiones y sentimientos negativos pueden ser aliviados o reducidos con las compulsiones.

El modelo diferencia entre evitación activa y evitación pasiva. En la evitación pasiva el sujeto que padece TOC, evita el estímulo o la situación generadores de ansiedad. Por ejemplo, una señora que tiene obsesiones de contaminación en relación a los pesticidas, puede evitar todos los negocios que ella cree que venden este producto. En la evitación activa, en cambio, el sujeto realiza comportamientos o actos mentales compulsivos para reducir la ansiedad. (Cía, 1995).

Finalmente, se puede decir que el modelo conductista no aclara adecuadamente la génesis de las obsesiones (ya que su comienzo es a veces gradual, y no siempre se detectan experiencias traumáticas que expliquen el condicionamiento), pero sin embargo ofrece una explicación verosímil del mantenimiento y generalización del trastorno y las compulsiones (Vallejo Ruiloba, 1998).

Para sintetizar, en general los modelos cognitivos sugieren que el problema del trastorno no es tanto la presencia de obsesiones intrusivas, sino más bien la tendencia de los pacientes a interpretarlas de forma catastrófica y con actitudes de responsabilidad, que dan lugar a intentos de neutralizarlas a través de compulsiones. Para finalizar, se puede decir que se han desarrollado los principales modelos explicativos cognitivos del TOC, y también se le ha dado lugar a una explicación más conductual. De esta manera, se puso al lector en conocimiento para poder introducirse en los siguientes capítulos.

Parte II

Capítulo 3: Tratamientos cognitivos para el trastorno obsesivo compulsivo

El presente capítulo es una introducción a los tratamientos cognitivos del TOC. Se define la psicoterapia cognitiva, tomando de Caro (1997) los tres modelos que se pueden identificar dentro de esta. Se hace una breve referencia a la historia de los tratamientos cognitivos del TOC. Se plantean los objetivos centrales de la terapia cognitiva y los tratamientos cognitivo-comportamentales del TOC.

Introducción

Isabel Caro considera que dentro de las psicoterapias cognitivas se pueden identificar:

1. modelos de reestructuración cognitiva o modelos cognitivos,
2. modelos cognitivo-comportamentales, y
3. modelos construccionistas.

Los modelos de reestructuración cognitiva se refieren a las primeras terapias cognitivas, la terapia racional emotivo-conductual de Ellis y la terapia cognitiva de Beck. (Caro, 1997).

Historia de los tratamientos cognitivos del TOC

Hasta mediados de 1960, el TOC era considerado un trastorno muy difícil de tratar exitosamente. Se produjo un cambio importante cuando Víctor Meyer, en 1966, por primera vez demostró la eficacia de las técnicas de exposición y prevención de respuesta, en dos casos de TOC (Franklin y Foa, 1998). Se realizaron subsecuentes estudios empíricos sobre la eficacia de estas técnicas que resultaron muy positivos, estableciendo a las técnicas de exposición y prevención de respuesta como el tratamiento psicológico de elección (McLean, Whittal, Thordarson, Taylor, Söchting, Koch, Paterson y Anderson, 2001).

A partir de la eficacia comprobada y establecida de las técnicas conductuales (exposición y prevención de respuesta), se le dio más énfasis a los aspectos comportamentales que a los factores cognitivos en el tratamiento del TOC. Los enfoques cognitivos fueron inicialmente utilizados para modificar los pensamientos y las creencias en función de prevenir que los pacientes se beneficien erróneamente del tratamiento de exposición. También se lo utilizó para reducir el estado ansioso o depresivo del paciente, concurrente con las obsesiones.

Más recientemente, en la última década, ha habido un aumento de interés por el rol de la cognición en el trastorno. A partir de la conceptualización de Salkovskis, el tratamiento cognitivo adquirió mayor importancia, enfocando en las valoraciones o interpretaciones de responsabilidad que el paciente realiza sobre las obsesiones intrusivas. (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

La inclusión de las técnicas cognitivas en el tratamiento del TOC beneficia a los pacientes en los siguientes aspectos: disminuye la probabilidad de abandono del tratamiento, mejora el cumplimiento con el tratamiento, aumenta la eficacia de las técnicas conductuales, favorece la integración de la información generada por las experiencias de confrontación, y ayuda a los pacientes que son resistentes a las intervenciones conductuales (Leahy y Holland, 2000; Caballo y Mateos, 2000).

De esta manera, los tratamientos más utilizados actualmente son los que complementan las técnicas conductuales de elección con técnicas cognitivas, adquiriendo el nombre de "tratamientos cognitivo-comportamentales". Éstos intentan modificar: (a) por un lado, el sistema de creencias que da lugar a interpretaciones de responsabilidad de las obsesiones intrusivas; y (b) por otro lado, las respuestas asociadas (compulsiones), involucradas en el mantenimiento de las creencias iniciales. Dado que las respuestas neutralizadoras, son desencadenadas por las valoraciones de responsabilidad, el logro del primer objetivo facilita el cumplimiento del segundo. (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

Se han realizado varios estudios empíricos que compararon diferentes formas de terapia cognitiva (por ejemplo, la terapia racional emotivo-conductual de Ellis, y la terapia de Beck basada en el trabajo de Salkovskis) con las técnicas conductuales de elección (solas o en combinación). Generalmente, los tratamientos resultaron ser comparables y similares en su eficacia (McLean, Whittal, Thordarson, Taylor, Söchting, Koch, Paterson y Anderson, 2001). En contraste, otros autores sugieren que se demostró una leve superioridad del tratamiento cognitivo, en comparación con las técnicas de exposición y prevención de respuesta (Leahy y Holland, 2000; Wilhelm, 2000).

1. ¿Cuál es el objetivo de la terapia cognitiva?

El objetivo de la terapia cognitiva es modificar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. El paciente atraviesa un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen sus

sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos, conductuales, y de organización de la experiencia, en su visión de las cosas. Se buscan formas alternativas, viables y válidas de conocer el mundo y de construir nuevos significados. De esta manera, se busca una transformación de todos los sistemas de funcionamiento personal del paciente. (Caro, 1997).

En los siguientes capítulos se consideran como tratamientos cognitivos puros a aquellos que involucran la implementación de técnicas cognitivas predominantemente.

Objetivos de la terapia cognitiva en el TOC

El objetivo de la terapia cognitiva en el TOC es modificar la valoración del riesgo, la responsabilidad excesiva y la tendencia de sobrestimar la probabilidad de daño de los pacientes. El objetivo es incentivar a los pacientes a que valoren las probabilidades reales de daño y su responsabilidad real en la producción de este. Las técnicas cognitivas producen cambios en los pensamientos y creencias de los pacientes. El sujeto identifica sus pensamientos disfuncionales y aprende a sustituirlos por otras formas de pensamiento. (Montgomery, Zohar, Lopez Ibor y Lopez Ibor Alcocer, 1999).

2. ¿Qué es el tratamiento cognitivo-comportamental?

La idea central del tratamiento cognitivo-comportamental radica en que las respuestas emocionales y comportamentales son mediatizadas e influenciadas fuertemente por las cogniciones y percepciones. Las percepciones, expectativas e interpretaciones de las situaciones son las responsables de las emociones de las personas (Hofmann y Marten DiBartolo, 1997).

Beck (1997) define a la “cognición” como una función que involucra las inferencias sobre las experiencias de uno, y sobre el control y la ocurrencia de eventos futuros. En la clínica de la teoría cognitiva, la “cognición” implica un proceso en el cual uno identifica y predice las relaciones complejas de las situaciones, y facilita la adaptación a los cambios del ambiente.

La palabra “cognitivo” en el tratamiento cognitivo-comportamental, implica que el tratamiento enfoca en los procesos de pensamiento, produciendo modificaciones cognitivas. El tratamiento cognitivo-comportamental involucra tres enfoques: (a) la vivencia emocional, (b) los comportamientos, y (c) las cogniciones.

El objetivo principal del enfoque comportamental es incentivar en el paciente el desarrollo de pautas específicas de comportamiento, que lleven a cambios más generales en la manera en que el paciente se ve a sí mismo y al mundo externo. Por lo tanto, se utiliza el término “cognitivo-comportamental” para diferenciarlo de la “terapia cognitiva”, ya que en el primero, además de considerar los procesos cognitivos e implementar técnicas cognitivas, se hace énfasis en los aspectos comportamentales del paciente, y se implementan técnicas conductuales. (Hofmann y Marten DiBartolo, 1997).

Objetivos del tratamiento cognitivo-conductual en el TOC

Siguiendo el modelo explicativo de Salkovskis, el objetivo del tratamiento es modificar el sentido de las interpretaciones erróneas de responsabilidad que realiza el sujeto ante las intrusiones obsesivas. De esta manera, se intenta reducir la ansiedad que generan las atribuciones, y la tendencia a las compulsiones. (Jiménez Suárez, Herranz Rodríguez y Guijarro López, 1999). A su vez, en este tipo de tratamientos, se intenta erradicar las compulsiones que están involucradas en el mantenimiento de las creencias de responsabilidad (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

Para finalizar, se puede decir que se realizó una breve aproximación a la definición de la terapia cognitiva. Quedan aspectos sin desarrollar, como por ejemplo, los modelos construccionistas. Ello, por las siguientes razones deducibles: su gran complejidad y por no guardar una íntima relación con el propósito de este trabajo. Queda pendiente describir, en los siguientes capítulos, los modelos de tratamientos para los subtipos de TOC planteados.

Capítulo 4: Tratamientos cognitivos para el subtipo clínico de obsesiones y compulsiones comportamentales

En esta sección se realiza una revisión de los tratamientos cognitivos individuales para el subtipo de TOC: obsesiones y compulsiones comportamentales, en adultos. Se clasifican los tratamientos según sean: cognitivo-comportamentales o cognitivos puros. Se presentan los modelos de tratamiento, describiendo sus etapas y las técnicas utilizadas.

Revisión

Fue desde 1966, con el estudio de Meyer, cuando se habló por primera vez de las técnicas de exposición y prevención de respuesta, como las técnicas de elección para el tratamiento del TOC. A partir de los trabajos de Ellis, en 1962, y de Beck, en 1976, también se empezó a evaluar la eficacia de la terapia cognitiva, sola y en combinación con las técnicas conductuales de elección.

El primer estudio empírico que investigó la eficacia de la terapia cognitiva en comparación con las técnicas de exposición y prevención de respuesta, fue el de Emmelkamp, van der Helm, van Zanten y Plochg en 1980. En este estudio, se planteó un tratamiento cognitivo-comportamental que involucraba la técnica cognitiva de entrenamiento de auto-instrucción ("self-instructional training") de Meichenbaum, en combinación con las técnicas conductuales de exposición y prevención de respuesta. Los resultados del estudio mostraban que la técnica cognitiva utilizada no resultaba más eficaz que las técnicas conductuales de elección. (Franklin y Foa, 1998).

En 1986, Salkovskis y Warwick descubrieron que el tratamiento cognitivo de Beck alteraba las creencias irreales y producía ganancias positivas, especialmente en los sujetos con ideación sobrevalorada.

En 1988, Emmelkamp, Visser y Hoekstra cuestionaron si la técnica de auto-instrucción era apropiada para el tratamiento del TOC, al estudiar la eficacia de otro tipo de terapia cognitiva: la terapia racional-emotiva de Ellis. Esta consiste en desafiar las creencias irracionales del paciente y realizar análisis racionales de sus obsesiones. Se comparó esta terapia cognitiva con el tratamiento conductual de elección. Los resultados del estudio empírico sugirieron que ambos tratamientos producían cambios significativos al medir los síntomas de los pacientes (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Luego, Emmelkamp y Beens (1991) realizaron otro estudio de eficacia sobre el tratamiento cognitivo-conductual para el TOC. En su planteo de tratamiento utilizaron la terapia racional emotiva de Ellis, en combinación con las técnicas conductuales de exposición *in vivo* y prevención de respuesta. Fue a partir de este estudio que se comprobó que la terapia cognitivo-conductual era tan efectiva como la terapia conductual para el TOC.

Con respecto a los tratamientos cognitivos puros, Caro e Ibáñez (1993) plantearon la terapia lingüística de evaluación para el TOC, y Ellis (1994) propuso la aplicación de la terapia racional-emotivo conductual al trastorno.

En 1994, Van Oppen y Arntz propusieron un ejemplo de la aplicación de la terapia de Beck al TOC, que consistía en examinar y desafiar las creencias erróneas y las suposiciones subyacentes de los pacientes. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

En Argentina, Bertoldi (1994) planteó un tratamiento cognitivo-comportamental que involucra las técnicas conductuales de relajación, desensibilización sistemática y las de elección, en combinación con la técnica cognitiva de enfrentamiento con la ideación obsesiva. A su vez, Chappa (1994), propuso una terapia integrativa. Su propuesta consiste en la integración de estrategias biológicas, cognitivas, comportamentales y de los desórdenes centrales.

Más adelante, se realizó otro estudio empírico de eficacia. Van Oppen, de Haan, Van Balkom y col. (1995) demostraron la eficacia superior de un tratamiento cognitivo-comportamental, al compararlo con las técnicas de elección. Su tratamiento consiste en la utilización de la terapia cognitiva basada en los lineamientos de Beck y el trabajo de Salkovskis, en combinación con las técnicas de exposición y prevención de respuesta auto-controladas.

A su vez, en 1995, Ladouceur, Leger y Rhéaume comprobaron la eficacia de la terapia cognitiva de Beck, sin la inclusión de las técnicas conductuales, a partir de un estudio empírico que realizaron a pacientes con rituales de verificación (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Cía (1995) propone un tratamiento cognitivo-comportamental para el subtipo clínico planteado, y específicamente para los pacientes con compulsiones de lavado y verificación.

Luego, en 1998, Fields plantea un tratamiento integrativo breve. Su propuesta consiste en la integración de la terapia cognitiva, el análisis transaccional, la prevención de respuesta con las técnicas de sustitución comportamental y de entrenamiento auto-instructivo.

En 1999, Overholser, Herranz Rodríguez y Neziroglu plantean diferentes modelos de tratamiento cognitivo-comportamental para el subtipo clínico de obsesiones y compulsiones motoras.

O'Connor y Robillard (1999), y Wilhelm (2000) proponen tratamientos cognitivos puros que enfocan, en los procesos de inferencia del sujeto, y en la aplicación de la terapia de Beck, respectivamente.

En el año 2000, Salkovskis, Richards y Forrester, y Leahy y Holland; y en el año 2001, Yaryura Tobías y Neziroglu, realizan otras propuestas sobre el tratamiento cognitivo-comportamental recomendado para pacientes adultos con TOC.

Tratamientos Cognitivo-Comportamentales

Las técnicas de exposición y prevención de respuesta

La implementación de la *técnica de exposición* consiste en que el paciente entre en contacto con los estímulos temidos que le generan ansiedad, ya sean objetos, situaciones o personas. El propósito es debilitar la asociación entre la obsesión y la ansiedad. El tiempo que dura la exposición no debe ser menor a los cuarenta minutos, ya que es generadora de ansiedad y el sujeto debe permanecer en este estado el tiempo necesario hasta que el nivel de ansiedad disminuya (Chappa, 1994). El sujeto debe comprender que si se permite a sí mismo enfrentar la obsesión, sin intentar evitarla o neutralizarla a través de compulsiones, su ansiedad va a disminuir (Leahy y Holland, 2000).

El proceso de exposición involucra, en primer lugar, la activación de la ansiedad obsesiva y luego, una disminución gradual de la ansiedad, es decir ocurre lo que se llama habituación (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). Clínicamente, la habituación se observa cuando el nivel de ansiedad del paciente cae en una exposición. Al enfrentarlo continuamente con sus miedos, eventualmente la ansiedad se extingue. (Neziroglu, 1999). Los terapeutas se pueden guiar por la intensidad de la activación y los rangos de habituación para juzgar el curso de la terapia y realizar ajustes en el tipo y cantidad de exposición necesaria para el paciente. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998).

Varios autores consideran importante que como primer paso de la técnica, el paciente lleve a cabo una lista de sus obsesiones, temores y creencias y las ordene jerárquicamente según el nivel de ansiedad que le generan, empezando con la que le provoca menor ansiedad. Se le pide que realice el mismo proceso con las situaciones que suele evitar. Luego, se llevan a cabo gradualmente las exposiciones de acuerdo con el orden de las listas. (Leahy y Holland, 2000; Neziroglu, 1999).

Es importante pedirles a los pacientes que durante el proceso se concentren en sus miedos y que eviten distracciones que puedan interferir con el procesamiento de la información temida (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). También los terapeutas deben evitar brindar seguridad durante la exposición (Leahy y Holland, 2000).

Existen dos tipos de exposición: exposición *in vivo*, y exposición imaginaria. Esta última se utiliza cuando el paciente teme que ocurran catástrofes (por ejemplo, que un familiar sea asesinado), o que él mismo lleve a cabo acciones inaceptables (por ejemplo, matar a un niño, o que si deja de chequear la llave de gas, va a provocar un incendio). En estos casos, se crea un ambiente de imaginación donde los peores miedos se hacen realidad. El discurso o situación imaginada puede ser grabada para que el paciente la escuche repetidas veces hasta habituarse. La exposición *in vivo* se utiliza con variedad de obsesiones. Por ejemplo, frente a temores de contaminación por tocar el papel de diario, se le pide al sujeto que lo toque con sus manos y que lo pase por los cubiertos de la cocina y su ropa. (Leahy y Holland, 2000).

Foa y Kozak (citados por Leahy y Holland, 2000) demostraron que los resultados del tratamiento mejoran si se usan sesiones de exposición más largas (por ejemplo, de dos horas) que cortas. También, consideran que si se usa tanto la exposición *in vivo* como la exposición imaginaria, mejoran los resultados a largo plazo. A su vez, Neziroglu (1999) considera que es más eficaz la combinación de exposición *in vivo* con la exposición imaginaria, porque permite exponer a los pacientes a todas las condiciones posibles e indicios de situaciones que provocan ansiedad.

Steketee (1993) ha sugerido que la técnica de exposición reclasifica ciertas circunstancias como no peligrosas, pero no corrige los déficit cognitivos.

En la *técnica de prevención de respuesta* se le indica al paciente que bloquee la realización de los rituales (Leahy y Holland, 2000). La prevención de respuesta significa no llevar a cabo la compulsión que generalmente realiza para disminuir la ansiedad (por ejemplo, dejar de lavarse las manos si se siente contaminado) (Cía, 1995). Tiene por objetivo alentar al sujeto a tolerar la ansiedad creciente (que surge ante la exposición) y el impulso a la ritualización, para demostrarle que la ansiedad puede reducirse progresivamente sin llevar a cabo la compulsión. A su vez, el paciente comprueba que la no realización del acto compulsivo no trae las consecuencias temidas que él imaginaba (Chappa, 1994).

Leahy y Holland (2000) consideran que antes de comenzar con la implementación de la exposición, los pacientes pueden prepararse para la prevención de respuesta, al aprender a llevar a cabo técnicas que

interrumpen sus rituales. Estas son: 1) para disminuir la intensidad del ritual, realizarlo lentamente; 2) alterar la cantidad de veces en que se repite la actividad (por ejemplo, si el paciente siempre repite una acción cuatro veces, hacerlo repetirla dos veces); 3) posponer el ritual. En la implementación de esta última técnica, el sujeto puede empezar por posponer el ritual ciertos minutos, y luego, gradualmente aumentar el tiempo de espera hasta varias horas. Cuando ya pasó el tiempo esperado, se le pide al paciente que decida entre posponer nuevamente el ritual o llevarlo a cabo. Estas técnicas pueden ayudar al paciente a tomar el control sobre sus rituales, y que estos no lo controlen a él. El método más recomendado es directamente no realizar los rituales, desde el principio del tratamiento.

Cía (1995) considera que la combinación de la técnica de exposición con la de prevención de respuesta produce mayores cambios positivos, tanto en la ansiedad como en los rituales del sujeto, que cualquiera de las dos técnicas usadas por separado.

Según Chappa (1994), el terapeuta deberá funcionar como modelo para que el paciente aprenda a realizar las técnicas en forma auto-administrada. Inicialmente, el paciente es asistido en el aprendizaje de las técnicas por el terapeuta o un acompañante terapéutico, y gradualmente las podrá realizar solo fuera del consultorio. De esta manera, las técnicas pueden ser realizadas en el consultorio como fuera de este (entre sesiones), y de manera asistida o auto-controlada.

Modelos de tratamiento cognitivo-comportamental

Se realiza una descripción más detallada de los modelos de tratamiento cognitivo-comportamental más recientes (se exponen los tratamientos planteados desde el año 1991 en adelante) y relevantes en relación con la eficacia comprobada. Se le da mayor importancia a algunos modelos, por ser considerados los más representativos y completos en relación con las etapas del proceso terapéutico propuestas y las técnicas utilizadas.

Emmelkamp y Beens (1991)

El diseño de tratamiento que utilizan en su estudio empírico consiste de las siguientes etapas:

1. Terapia racional emotiva de Ellis. Se analizan los pensamientos irracionales durante seis sesiones de sesenta minutos cada una.
2. Tiempo de espera. No se aplican técnicas durante cuatro semanas.
3. Terapia racional emotiva, exposición in vivo y prevención de respuesta auto-controlada, durante las últimas seis sesiones.

Bertoldi (1994)

Este autor opina que como primera medida del tratamiento, los pacientes junto con sus familiares deben recibir sesiones educacionales, en donde se les explica la naturaleza del trastorno, su curso y las posibilidades de controlar los síntomas mediante los fármacos y la terapia cognitivo-conductual. Considera que la comunicación de esta información predispone mejor al paciente para el tratamiento. A continuación se presentan las técnicas que utiliza:

1. Técnicas de relajación y desensibilización sistemática para reducir la ansiedad y controlar el estímulo desencadenante.
2. Exposición directa al estímulo ansiógeno y prevención de respuesta del ritual.
3. Enfrentamiento a la ideación obsesiva.

Él recomienda combinar estas técnicas con la administración de psicofármacos, ya que aumenta la efectividad psicoterapéutica.

Considera que se obtiene un buen resultado con las técnicas cuando se respeta la integridad biopsico-social y se explora el mundo interno y externo del paciente, los elementos estresantes, los conflictos y los vínculos interpersonales. Para reducir los síntomas es importante que el núcleo familiar llegue a ponderar y entender adecuadamente el trastorno. Cree que el resultado del tratamiento está influido por varios factores: relación terapeuta-paciente, y la empatía y actitud del terapeuta.

Chappa (1994)

Chappa plantea un modelo de tratamiento integrativo. Cree que es fundamental la relación terapéutica en el tratamiento. Considera que el terapeuta debe poseer las condiciones de persistencia, calidez y firmeza para ayudar a los pacientes y evitar que abandonen el tratamiento. Se requiere suficiente creatividad y plasticidad para que el paciente acepte y tolere el sufrimiento que le depara el tratamiento.

El paciente puede estar muy pendiente del terapeuta, intentando detectar cualquier señal de duda en sus palabras. Es por esto que el terapeuta debe mostrar un gran conocimiento del tema y tomar las decisiones adecuadas sin retractarse. La ponderación del *timing* para instrumentar las técnicas es fundamental en la formación del terapeuta.

El autor propone integrar las siguientes técnicas en el tratamiento:

1. *Estrategias biológicas*. Recomienda la administración de fluoxetina, ya que es un fármaco muy estudiado y efectivo. También considera que tiene efectos benéficos sobre la lentitud primaria, a diferencia de otros fármacos.

2. *Estrategias cognitivas*:

- (i) Entrenamiento en la auto-observación. Se busca lograr que el paciente detecte la relación entre sus afectos, pensamientos y acciones; y que tome conciencia de la relación entre ciertos hechos y la emergencia de sus ideas, y entre éstas y sus compulsiones. Con esta técnica se inicia el proceso de distanciamiento, que resulta necesario para luego generar un cambio.
- (ii) Reatribución. El objetivo es producir un cambio de actitudes hacia sí mismo y hacia el problema. De manera progresiva, se pasa del rechazo a la aceptación. Se produce una modificación de la resonancia emocional hacia las ideas, que pasa de generar reacciones masivas a otras más leves y controlables.
- (iii) Construcción de jerarquías. El paciente descubre diferentes grados de repercusión de las ideas y los rituales. Los ordena cada uno en relación con una escala subjetiva que indica en qué medida el paciente es capaz de tolerar las ideas y resistir los actos compulsivos. Los resultados de la jerarquía son luego empleados en la instrumentación de las técnicas conductuales.
- (iv) Detección de ideas automáticas de culpa asociadas al contenido de las obsesiones. De esta manera, al tornarse más evidente para el paciente, el vínculo entre la culpa emergente y los rituales de verificación o lavado va adquiriendo mayor significado.
- (v) En el caso de haber imágenes obsesivas, se las analizan, buscándole su significado.
- (vi) Resignificación de las obsesiones y los rituales. Se trabaja en un primer nivel periférico de significación, que opera en cómo surgen y se perpetúan las ideas y los rituales. Es decir, se trabaja con la desarticulación de los procesos de mantenimiento del trastorno.

3. *Estrategias comportamentales*. El paciente está en condiciones de iniciar el tratamiento comportamental cuando se hayan cumplido los objetivos de las dos primeras estrategias. Estos son: que el paciente tome control de las ideas, reducir los cambios emocionales asociados, y modificar actitudes y significados del trastorno. La duración de esta etapa es de varios meses, dependiendo de la extensión de las jerarquías construidas y la capacidad de exposición del paciente. Las técnicas conductuales propuestas son:

- (i) Exposición (cuarenta minutos de sesión). Siguiendo un orden creciente de dificultad o rechazo de acuerdo a las jerarquías construidas, distintos objetos, situaciones o condiciones son empleados en la exposición. Primero se emplea con la ayuda del terapeuta, y gradualmente pasa a realizarla fuera del consultorio de forma auto-administrada.
- (ii) Prevención de respuesta. La alianza terapéutica tendrá que ser muy firme para que el paciente acepte no llevar a cabo los rituales motores. Chappa propone que el paciente no ritualice por un tiempo prolongado, no inferior a dos horas, luego de la exposición voluntaria. Primero se emplea con la ayuda del terapeuta, y gradualmente pasa a realizarla fuera del consultorio de forma auto-administrada.
- (iii) Técnicas destinadas a modificar la lentitud: incitación, modelado y guía de conducta a realizar. Se acuerda con el paciente una forma diferente y razonable de velocidad para llevar a cabo sus acciones. En un primer momento, se brindan instrucciones y modelado, funcionando el terapeuta como guía externa. Luego, se sigue con auto-instrucciones.

4. *Estrategias de desórdenes centrales* (más de un año): se aborda el núcleo de significados centrales que subyace a los síntomas del paciente. Este adquiere una perspectiva nueva de sí mismo y de su problema, que es redefinida a través del auto-descubrimiento terapéutico: pasa a ser una persona que busca la certeza absoluta en todos los hechos, actos y pensamientos. A la luz de la nueva perspectiva, se revisan las experiencias más significativas de su historia personal, resignificando la visión de sí mismo para hacer estable el cambio logrado.

Van Oppen, y col. (1995)

El diseño de tratamiento que utilizan en su estudio empírico consiste de dieciséis sesiones de cuarenta y cinco minutos cada una. Las etapas propuestas son las siguientes:

1. Terapia cognitiva basada en los lineamientos de Beck, y el trabajo de Salkovskis;
2. Exposición y prevención de respuesta auto-controlada, que se instrumentan a partir de la séptima sesión.

Cía (1995)

Plantea que la terapia debe ser planeada en conjunto entre el terapeuta y el paciente, sistematizada y estructurada para lograr los beneficios propuestos. El paciente debe estar lo suficientemente motivado para realizar los esfuerzos necesarios para superar el trastorno, y debe cumplir fielmente con las tareas acordadas. El tratamiento debe ser llevado a cabo gradualmente.

Este autor le atribuye gran importancia a las técnicas conductuales de exposición y prevención de respuesta. Cree que con la implementación de estas técnicas el individuo pasa a controlar activamente el problema, en lugar de sentirse controlado o dominado por este.

Las etapas planteadas son las siguientes:

1. *Psicoeducación y detección del tipo de TOC.* Los pacientes aprenden acerca de las posibles causas y naturaleza de su trastorno, y sobre las conductas que pueden ayudarlos a aliviar los síntomas (formas de controlar la ansiedad, o cómo superar el distrés, y otras tácticas). Para esta etapa, el autor sugiere un formato estructurado de terapia grupal (que incluye a la familia), donde mediante ejercicios los pacientes mejoran su autoestima y aumentan su sentido de auto-eficacia. La comunicación de la información debe ser en un lenguaje simple. Son de mucha utilidad el uso de recursos didácticos como: dramatizaciones, diapositivas, o videos.

Se realiza un cuestionario para detectar los diferentes tipos de TOC, mostrándole una lista de posibles elementos comunes observados en cada tipo de TOC.

Para finalizar esta etapa, el paciente debe realizar su propia lista, considerando para los subtipos que correspondan, los siguientes aspectos: pensamientos, situaciones y consecuencias temidas. Luego les debe adjudicar un puntaje de 0 a 100, según la ansiedad y distrés que le produzcan. En cuanto a las consecuencias temidas, es importante evaluar el grado de creencia del paciente en relación con la probabilidad de que los pensamientos lleguen a concretarse. En relación con las compulsiones, hay que consignar la medida y el tiempo en que estas alivian el distrés.

2. *Exposición y prevención de respuesta, asistida y autoguiada.* Cuando las realiza de manera autoguiada, se requiere un mayor compromiso del paciente, y sesiones de discusión y revisión de las tareas. Concluye que la exposición prolongada *in vivo*, es la de mayor efectividad terapéutica.

3. *Compromiso del cónyuge y la familia en la terapia.* Los cónyuges y la familia se ven frecuentemente implicados en los rituales de los pacientes. Se pueden observar conflictos maritales y familiares asociados al TOC. De esta manera, el compromiso del cónyuge y la familia en el tratamiento, puede traer efectos beneficiosos al mismo.

Cía también brinda ejemplos específicos de tratamientos para las compulsiones de lavado y de verificación. A continuación se describe brevemente el diseño sugerido para cada uno:

Tratamiento de compulsiones de lavado y compulsiones de verificación:

(i) Explicación sobre la compulsión como patrón aprendido y hábito rígido, sobre la técnica de exposición y prevención de respuesta; y exploración de pensamientos subyacentes a los rituales; (ii) orden de los rituales en una lista, de menor a mayor, en relación a su severidad; (iii) exposición y prevención de respuesta (en el hogar, consultorio y con ayuda de un familiar) gradual, en orden ascendente de severidad.

Fields (1998)

Este autor plantea un tratamiento integrativo breve de ocho sesiones. El objetivo de este es ubicar el locus de control en el paciente, al proveerle una base de conocimiento para que pueda comprender su funcionamiento intrapsíquico y controlarlo en un futuro. Las técnicas utilizadas son las siguientes:

1. *Análisis transaccional:* se describe cómo el estado de ego racional "adulto" del paciente puede desafiar las creencias irracionales del estado de ego "niño". El "adulto" auto-instruye al "niño" en cambiar comportamientos. El estado de ego "padre" son las ideas internalizadas sobre las figuras de los padres, mientras que el estado de ego "adulto" tiene la función de poner a prueba la realidad, siendo más realista y racional. El estado de ego "niño" se basa en los sentimientos del sujeto.
2. *Terapia cognitiva:* se trabaja con las cogniciones irracionales.
3. *Exposición *in vivo* y prevención de respuesta.*
4. *Entrenamiento de auto-instrucción ("self-instructional training"):* el paciente es instruido a emitir enunciados o suposiciones positivas, y a confrontar y reforzar sus pensamientos.
5. *Sustitución comportamental:* sustituir temporariamente los rituales por comportamientos menos perjudiciales.

El autor presenta un caso donde las etapas del tratamiento se dividen del siguiente modo:

1. En la primera sesión se le asigna una tarea al sujeto: debe registrar los comportamientos compulsivos que lleva a cabo y los pensamientos y sentimientos asociados antes y después de su ejecución.
2. A partir de la segunda sesión se implementan las técnicas: exposición *in vivo* y prevención de respuesta.
3. Durante la tercera y cuarta sesión se introducen los conceptos del análisis transaccional, incluyendo los estados de ego "padre", "adulto" y "niño", y las relaciones entre estos. Se comprenden los síntomas del TOC en base a la interacción entre los tres estados del ego. En el caso en que el paciente no se sienta motivado a prevenir el ritual, se le puede sugerir que su "adulto" racional le instruya a su "niño" que bloquee los rituales, y que le asegure con no son necesarios.
4. En la quinta y sexta sesión se implementan las técnicas de entrenamiento de auto-instrucción y sustitución comportamental.
5. Durante la séptima y octava sesión se deja de utilizar la sustitución comportamental, y se emplea la auto-instrucción en el hogar para abordar los últimos rituales restantes.

Overholser (1999)

Este autor propone que un tratamiento cognitivo-comportamental efectivo consiste de las siguientes etapas (a lo largo de diecinueve sesiones, durante seis meses):

1. Preparación inicial para el tratamiento.
2. Desarrollo de habilidades de afrontamiento, mediante auto-declaraciones, para desafiar la urgencia compulsiva.
3. Exposición y prevención de respuesta.
4. Prevención de recaída.

Herranz Rodríguez (1999)

Para casos graves, opta por una combinación de tratamiento psicológico y farmacológico. Este último consiste en la administración de 150 miligramos por día de fluvoxamina. Con respecto al tratamiento cognitivo-comportamental, plantea sesiones de una hora, con periodicidad semanal, y una duración total de siete meses aproximadamente (varía según cada caso). Como parte fundamental del tratamiento se asignan tareas para el hogar durante períodos intersesiones. Las tres primeras sesiones se centran en la evaluación inicial del paciente. Durante las sesiones posteriores se combinan la evaluación y la intervención para evaluar continuamente el progreso del tratamiento.

Para tratar un caso, el autor propone que primero se debe recoger la información sobre el paciente y su problema. Luego se formula una hipótesis de trabajo sobre la génesis y mantenimiento del trastorno, basada en el modelo cognitivo de Salkovskis. Se plantean los objetivos del tratamiento, enfocados en los aspectos conductuales (las compulsiones), cognitivos (pensamientos automáticos negativos y supuestos disfuncionales) y en los antecedentes del sistema de creencias del sujeto. Finalmente, se seleccionan las técnicas más adecuadas para el caso. El autor cree que la relación terapéutica es el medio para implantar las técnicas, el terapeuta debe instruir al paciente sobre estas y funcionar como modelo y reforzador social con empatía y actitud colaboradora.

Las técnicas planteadas por el autor son:

1. Exposición y prevención de respuesta. Asignación gradual, en forma de tareas para el hogar, según una jerarquía ascendente de ansiedad. Se presta especial atención al reforzamiento verbal de los logros del paciente por parte del terapeuta.
2. Reestructuración cognitiva en relación con los pensamientos catastróficos sobre responsabilidad, culpa y control. Se siguen las líneas de Beck: detección de pensamientos automáticos negativos y formas de razonamiento erróneas.
3. Entrenamiento asertivo: desarrollo de un sistema de creencias alternativo; distinción entre conductas asertivas, no asertivas y negativas; reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas; y ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas, tanto en el consultorio como en el contexto real.
4. Identificación de sentimientos en torno a un suceso traumático (con ocurrencia previa al trastorno). Se exploran los acontecimientos y sentimientos asociados antes, durante y después del suceso traumático.
5. Entrenamiento en técnicas de relajación conductual durante las últimas diez sesiones, de una hora de duración, un día a la semana. También se realizan prácticas en el hogar con cintas.

Neziroglu (1999)

Este autor plantea los factores que influyen en la decisión en relación con la frecuencia y duración del tratamiento. El factor primario para determinar la frecuencia del tratamiento, es el nivel actual del funcionamiento del paciente. Se debe evaluar su capacidad de funcionamiento en las siguientes áreas: relaciones interpersonales, sexuales, ocupacional o académica, conyugal, familiar, higiene personal y desempeño de tareas cotidianas. Cuanto más bajo es el nivel de funcionamiento, más días a la semana será el tratamiento.

En general, en primer lugar propone un tratamiento intensivo de cuatro a ocho semanas de duración, con tres a seis sesiones por semana, de noventa minutos cada una. Luego, el tratamiento disminuye su intensidad a una vez por semana, durante seis meses a un año. Propone las siguientes técnicas:

1. Terapia racional emotiva (TRE). Modificación de creencias irracionales. Especialmente recomendada en pacientes con ideación sobrevalorada. Se prepara al paciente para que se involucre en la técnica conductual, y logre un cambio cognitivo más permanente.
2. Exposición in vivo combinada con exposición imaginaria, mecanismo de habituación, y prevención de respuesta.

En relación con el proceso terapéutico, explica que se puede aplicar el mismo diseño de tratamiento a cualquier síntoma del TOC, siendo irrelevante el contenido de la obsesión o compulsión motora. Plantea los pasos del proceso terapéutico, según lo indicado para cada sesión:

- 1 a 3) Identificar síntomas. Explorar el trasfondo de la infancia, las relaciones interpersonales, el desarrollo sexual y la historia familiar.
- 4) Explicar: curva campana, habituación y curso del trastorno.
- 5) Desarrollar una jerarquía para temores y creencias específicas. Los pacientes deben hacer una lista con las situaciones que les provocan ansiedad, y clasificarlas según unidades subjetivas de incomodidad (USI) con números de 0 a 100 (siendo el 0 la no ansiedad y el 100 casi un estado de pánico).
- 6) Evaluar cogniciones y reinterpretaciones.
- 7) Dar material de lectura didáctico sobre el TOC.
- 8) Ejercicios de TRE con eventos neutrales.
- 9) Aplicación de reestructuración cognitiva para creencias falsas.
- 10) Explicar las técnicas de exposición y prevención de respuesta.
- 11) Comenzar con el nivel más alto de la jerarquía.
- 12 a 32) Continuar con la reestructuración cognitiva y jerárquica.

Salkovskis, Richards y Forrester (2000)

Estos autores exponen que antes del tratamiento, los pacientes presentan distrés porque tienen una particular percepción amenazante sobre su experiencia obsesiva. Proponen que el foco fundamental del tratamiento es ayudar al paciente a construir y probar un modelo nuevo y menos amenazante de su experiencia, enfatizando sobre la normalización de las obsesiones intrusivas. Se ayuda a los pacientes a entender que no están en riesgo de caer en los peligros temidos del mundo externo, sino que simplemente tienen dificultades en cuanto a cómo piensan y deciden. Otro objetivo del tratamiento, pero de mayor dificultad, podría ser que el paciente directamente desconfirme sus temores.

Este grupo de autores señala que se debe tener especial cuidado en asegurarse de que las estrategias que desafían las creencias negativas, no sean anuladas con discusiones de probabilidad. Es importante que las estrategias del terapeuta no se conviertan en fuente de reaseguramiento para el paciente. El mensaje del terapeuta hacia el paciente no debe ser que las consecuencias temidas son improbables que ocurran, si se abstiene de llevar a cabo los rituales. El reaseguramiento tiende a involucrar al terapeuta en asumir cierta responsabilidad sobre la acción que el paciente realiza bajo su autorización.

La teoría cognitiva-conductual predice que para que un tratamiento resulte exitoso, se requiere de la modificación de ambos aspectos: (a) modificar las creencias que dan lugar a una interpretación errónea de las obsesiones intrusivas, con un factor de responsabilidad; y (b) modificar los comportamientos asociados e involucrados en el mantenimiento de estas creencias.

Los elementos principales del tratamiento que plantean son los siguientes:

1. Se trabaja con el paciente para desarrollar una explicación cognitiva-conductual comprensible y personalizada sobre el mantenimiento del trastorno. Se identifican las creencias disfuncionales centrales, y se construye conjuntamente una perspectiva alternativa sobre la experiencia obsesiva del paciente, para facilitarle el desafío explícito de sus creencias sobre la responsabilidad.
2. Identificación detallada y auto-monitoreo de los pensamientos obsesivos y de las valoraciones sobre estos. Ejercicios para identificar y modificar las creencias de responsabilidad (por ejemplo, registro diario de los pensamientos disfuncionales). El terapeuta debe asegurarse de que el paciente trabaje con el

modo en que interpreta sus intrusiones obsesivas, de en vez de abordar las intrusiones mismas. La presencia de las intrusiones es considerada normal y funcional.

3. Técnicas de discusión para desafiar las valoraciones de los pacientes y las suposiciones sobre las cuales se basan las valoraciones. El objetivo es que el paciente modifique sus creencias negativas sobre el alcance de su responsabilidad (por ejemplo, que el paciente identifique todos los factores que contribuyen para que tenga lugar un resultado temido, y luego distribuya las contribuciones en un gráfico de torta).
4. Ejercicios comportamentales para poner a prueba las valoraciones, suposiciones, y los procesos involucrados en los problemas obsesivos. Por ejemplo, se le demuestra cómo los intentos de suprimir las obsesiones llevan a un aumento en su ocurrencia; o que ciertas creencias son incorrectas: "pensar en algo, es lo mismo a querer que suceda". Cada ejercicio comportamental se implementa para ayudar al paciente a someter a prueba su explicación (amenazante) previa sobre su experiencia, en comparación con su nueva explicación (no amenazante) construida con el terapeuta.
5. Los pacientes son ayudados a identificar y modificar las suposiciones subyacentes que incrementan las interpretaciones erróneas de su actividad mental. Someten a prueba sus creencias, al intentar que tengan lugar ciertos sucesos solo por pensar directamente en ellos.

En general, este tratamiento intenta ayudar a los pacientes a entender que la manera en que sus creencias y esfuerzos son usados para prevenir el peligro, no solo es innecesaria, sino que es la causa de sus problemas.

Según los autores, el estilo de terapia presentada es particularmente poderosa para los pacientes que tienen dificultades en comprometerse con las técnicas de exposición y prevención de respuesta, ya que enfoca sobre las creencias que generan las compulsiones. Esta terapia trabaja con las interpretaciones erróneas que llevan al paciente a ritualizar, para que el posterior detenimiento de las compulsiones sea facilitado y percibido de una manera menos amenazante.

Leahy y Holland (2000)

Su propuesta de tratamiento se compone de veinte sesiones, de cuarenta y cinco minutos cada una, exceptuando las sesiones de exposición que duran noventa minutos. Los pacientes con síntomas severos generalmente requieren un tratamiento más prolongado. A continuación se describen las etapas del proceso terapéutico.

1. Evaluación

Los objetivos de esta etapa son: realizar el diagnóstico diferencial; evaluar si se presentan trastornos asociados, ya que requieren tratamiento previo o adicional; explorar la motivación frente al tratamiento; establecer una línea de base de malestar que luego puede servir para evaluar el progreso del paciente; e identificar y detectar las obsesiones, compulsiones y situaciones evitadas, con las cuales se va a trabajar durante el tratamiento.

(a) Evaluación clínica de las obsesiones y compulsiones

Se lleva a cabo una entrevista clínica, donde se deben explorar: los detalles de los síntomas, la manera en que éstos interfieren con el funcionamiento diario del sujeto, y su historia y desarrollo.

Muchas veces, los pacientes presentan dificultades en revelar sus obsesiones y compulsiones. En estos casos, se recomienda normalizarlas para que puedan expresarlas con mayor facilidad. Para esto, se les informa que según las investigaciones, la mayoría de las personas tienen pensamientos que les resultan displacenteros. También se les puede dar ejemplos de pensamientos obsesivos y preguntarles si se identifican con alguno, o explicarles que nada malo puede pasar por conversar sobre sus obsesiones. Finalmente, se les puede explicar que mucha gente tiene pensamientos contrarios a sus valores, y que el hecho de que le causen malestar, disminuye la probabilidad de llevarlos a cabo, de en vez de aumentarla.

Es importante evaluar hasta qué punto los pacientes reconocen que sus obsesiones son irracionales y excesivas. Para esto, puede ayudar preguntarle al sujeto cuán fuertemente cree en la posibilidad de que ocurran sus temores, cuando no se encuentra en la situación que los provoca. Los casos en que se detecta ideación sobrevalorada (los pacientes no reconocen la exageración de sus obsesiones), no responden adecuadamente a las técnicas de exposición y prevención de respuesta. Por lo tanto, se recomienda utilizar como primera medida, técnicas cognitivas para reducir el nivel de creencia en los miedos obsesivos.

Un método muy útil en esta etapa es el auto-monitoreo. Como tarea, se le indica al paciente que registre diariamente sus obsesiones, compulsiones y situaciones evitadas en una tabla donde figuren los siguientes datos: día, hora, obsesión, ritual, tiempo usado y nivel de displacer (de 0 a 10). Este método le provee al terapeuta información detallada que puede no surgir en la evaluación inicial. Sirve como medida de base para evaluar el progreso del paciente. También es útil como intervención, ya que puede reducir los síntomas.

(b) Técnicas de evaluación

Para completar la evaluación del paciente, se pueden utilizar técnicas de auto administración. Algunos ejemplos de estas técnicas son: el Cuestionario obsesivo compulsivo (OCQ), Catálogo revisado de entrevista para trastornos de ansiedad (ADIS-R), Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS), Inventario Padua, Inventario obsesional-compulsivo de Maudsley (MOGI), Inventario de depresión de Beck (BDI).

Para finalizar la etapa de evaluación, se puede completar un formulario con los siguientes datos: los resultados de las técnicas administradas, datos sobre si el paciente toma medicación o drogas, datos sobre episodios de ansiedad previos al tratamiento, notas sobre cuáles son las obsesiones que han sido superadas y cuáles no, y notas que indiquen el tratamiento recomendado para el paciente.

(c) Medicación:

Es importante considerar este aspecto en el diseño de tratamiento del paciente. Se ha comprobado empíricamente que la suma de la medicación al tratamiento comportamental, mejora los resultados a corto plazo, pero estos desaparecen cuando se corta la administración del fármaco.

El psicofármaco más estudiado y efectivo es el antidepresivo tricíclico clomipramina, que se dirige específicamente a corregir los niveles alterados de serotonina en el TOC. Estudios más recientes han comprobado la efectividad de los siguientes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, fluvoxamina y sertralina. Pero sus efectos no han sido más significativos ni consistentes que los de la clomipramina.

2. Socialización al tratamiento

En esta etapa, se les explica a los pacientes los modelos cognitivos y comportamentales del funcionamiento del trastorno. La enseñanza de estos modelos aumenta la motivación de los pacientes, adentrándolos en el tratamiento. También se les puede indicar lectura sobre el trastorno y la terapia.

En esta etapa de aprendizaje, se les debe transmitir a los pacientes las siguientes ideas: a) es normal tener pensamientos displacenteros, b) las estrategias que utilizan (evitar las obsesiones, o neutralizarlas a través de rituales) empeoran la ansiedad, y c) si se permiten enfrentar las obsesiones sin ritualizar, su ansiedad, la frecuencia de las obsesiones y los impulsos a ritualizar, disminuirán.

Es importante comunicarles a los pacientes que el tratamiento les traerá cambios positivos, alivio de los síntomas y mejorará su calidad de vida. Pero, que muchos pacientes, después del tratamiento, continúan teniendo síntomas residuales. De esta manera, el paciente va a afrontar el tratamiento con expectativas realistas.

3. Construcción de la motivación

El tratamiento para el TOC es demandante, ya que requiere tiempo y tolerancia a la intensa ansiedad experimentada. Dado que el abandono y no cumplimiento con el tratamiento, son razones comunes para su fracaso, resulta fundamental crear una fuerte motivación en el sujeto antes de implementar las técnicas conductuales.

Para fortalecer la motivación del sujeto, se le puede pedir que realice una lista de las ventajas y desventajas de someterse al tratamiento. Luego se le debe realizar un cuidadoso cuestionamiento para terminar de completar la lista, y detectar las distorsiones cognitivas que realiza.

Si a pesar de este proceso, la motivación sigue baja, se le puede sugerir al paciente que se de un tiempo antes de someterse al tratamiento, o se puede considerar la administración de psicofármacos.

1. Entrenamiento en relajación

Para incrementar el sentido de auto-eficacia de los pacientes en relación con el manejo de su ansiedad, se les enseña técnicas de relajación. Estas consisten en ejercicios de respiración, y de relajación progresiva de los músculos. No deben ser usadas durante la exposición o prevención de respuesta, sino que se deben implementar para enfrentar la ansiedad más general que vivencia el paciente.

2. Exposición

En esta etapa se debe implementar la técnica de exposición, de acuerdo a la lista jerárquica construida por el paciente sobre sus obsesiones, compulsiones y situaciones evitadas.

En los casos en que los pacientes diferencian claramente entre las obsesiones y las situaciones temidas, la exposición (asistida o como tarea) debe realizarse en primer lugar con las obsesiones, y luego con las situaciones temidas. En otros casos, puede resultar difícil distinguir entre la obsesión temida y la situación evitada. Por ejemplo, un sujeto puede temer la contaminación por los pesticidas y evitar ir a tiendas de venta. La exposición puede consistir en hacer ir al sujeto a la tienda y comprar pesticidas. Por lo tanto, la exposición a la situación evitada y a la obsesión se da simultáneamente.

Se comienza con el ítem de menor ansiedad de la lista. En primer lugar, el sujeto debe realizar la exposición con asistencia del terapeuta, tanto dentro del consultorio como fuera de este. Es recomendado usar la exposición *in vivo* junto con la exposición imaginaria. A lo largo de la exposición, cada cinco minutos, se le pide al paciente que registre su nivel de ansiedad (en un rango de 0 a 10). La exposición debe continuar hasta que el sujeto baje su nivel hasta la mitad y se habitúe. Al finalizar la sesión, se le indica que realice la exposición diariamente como tarea entre sesiones. Luego que el primer ítem de la lista fue superado, se sigue con la exposición ante el próximo, y así sucesivamente.

El terapeuta puede usar el método de modelado para facilitar la exposición. Le enseña como exponerse ante el estímulo temido, y luego le pide al paciente que lo intente hacer.

Es importante que el terapeuta no le brinde aseguramiento al sujeto durante la exposición, ya que puede ser una manera de manejar la ansiedad y puede convertirse en una forma de ritual.

3. *Prevención de respuesta*

Una vez que empezaron las sesiones de exposición, se implementa la prevención de respuesta. Los pacientes deben dejar de ritualizar no solo durante las sesiones de exposición, sino a lo largo de todo el día. De otra manera, podrían manejar la ansiedad del momento al planear un ritual para más tarde. Se pueden tomar dos medidas: 1) implementar la técnica desde el principio, o 2) en los casos donde resulta difícil hacerlo, se pueden usar primero las técnicas de interrupción del ritual, y luego realizar la prevención de respuesta.

Con el tiempo, los pacientes comprenden que llevar a cabo las compulsiones incrementa la ocurrencia de las obsesiones, y usar la prevención de respuesta la disminuye. En ciertos casos, se puede comprometer a familiares del paciente para que lo ayuden a cumplir con la técnica.

4. *Reestructuración Cognitiva*

Las intervenciones cognitivas tienen los siguientes objetivos: a) disminuir la creencia sobre la posibilidad de que ocurra el peligro temido, antes de la técnica de exposición (para incrementar su cumplimiento); b) desafiar los pensamientos automáticos negativos, las suposiciones, y los esquemas de peligro y responsabilidad que contribuyen con la ansiedad del paciente; y c) desafiar los errores de procesamiento de la información, que mantienen las suposiciones y los esquemas.

El desafío de las suposiciones del paciente sobre el peligro de las obsesiones puede realizarse de varias maneras. El paciente puede pasar a considerar como normal la ocurrencia de las obsesiones, si se le informa que la mayoría de las personas experimenta pensamientos similares a aquellos que tienen los sujetos con TOC. También se pueden discutir las posibles ventajas de tener ciertos pensamientos intrusivos (por ejemplo, ideas creativas o fantasías placenteras). A su vez, se le muestra al paciente como le puede resultar difícil inhibir ciertos pensamientos y no otros.

Los temores al desenlace de catástrofes, pueden ser desafiados al hacer comparar al paciente sus estimaciones sobre la probabilidad de daño hacia sí mismo o hacia los demás, con la cantidad de veces que los eventos temidos realmente ocurren. También se le puede pedir que haga una lista de los pasos necesarios para que se de un resultado temido, y calcule la probabilidad acumulativa de que suceda.

Se pueden realizar experimentos más comportamentales. Cuando un sujeto tiene miedo de que sus obsesiones causen una catástrofe o lo lleve a realizar una acción inaceptable, se le puede pedir que trate de hacer que algo suceda solo por pensar en ello.

Las técnicas para desafiar las suposiciones de responsabilidad pueden ser muy útiles. Por ejemplo, si un sujeto cree que sería responsable si su madre muere en un accidente de avión, después de haber tenido una discusión con ella, el terapeuta le puede preguntar qué es lo que le diría a un amigo en circunstancias similares. Otro ejemplo sería pedirle al paciente que realice un gráfico de torta y lo divida en partes, adjudicándole a cada una la porción de responsabilidad que le corresponde por la ocurrencia de un suceso temido.

En etapas más avanzadas del tratamiento, se puede usar la reestructuración cognitiva para ayudar a los pacientes a enfrentar posibles fuentes de ansiedad o estrés futuras, que podrían provocar una recaída. La ansiedad asociada con el enfrentamiento de problemas comunes de la vida que los pacientes han dejado a un lado por el trastorno, también puede ser superada con el uso de esta técnica.

5. *Prevención de recaída*

Antes de terminar con el tratamiento, es importante ayudar a los pacientes a predecir fuentes posibles de ansiedad que puedan llevar a una recaída. Esto tiene dos funciones: a) provee al paciente de herramientas para enfrentar dichos estresores; y b) ayuda al paciente a comprender que un retorno temporario de los síntomas es natural, y es una oportunidad para poner en práctica las habilidades aprendidas. También es el momento de trabajar con los estresores relacionados con la reducción de los síntomas. Estos pueden ser

los conflictos familiares que antes se encontraban en segundo plano, o el simple tema de ocupar el tiempo que ahora está disponible.

Una vez que se han identificado los posibles estresores, se le muestra al paciente distintas formas de abordarlos (relajación y reestructuración cognitiva). Finalmente, se le pide al paciente que escriba los procedimientos que tendría que llevar a cabo si atraviesa una recaída. Estos deben incluir: exposición auto-controlada y prevención de respuesta, o llamar al terapeuta para sesiones adicionales, en el caso en que el paciente no pueda controlar sus síntomas.

6. *Saliendo del tratamiento*

Las últimas sesiones se deben programar con intervalos de dos semanas a un mes. En esta última etapa, los pacientes deben diseñar su propia tarea de exposición. Esto les brinda seguridad sobre su habilidad para enfrentar los síntomas por sí solos.

Yaryura Tobías y Neziroglu (2001)

Estos autores presentan un enfoque biopsicosocial. Consideran que un paciente con TOC puede presentar dificultades en cualquiera de las siguientes áreas: bienestar físico, emociones, capacidad intelectual, relaciones interpersonales sociales y familiares. El tratamiento debe considerar todos estos factores para restaurar la salud del paciente y poner su sistema nuevamente en funcionamiento.

El tratamiento está dirigido a disminuir la intensidad de los síntomas, el objetivo es controlar el trastorno, en lugar de permitir que el trastorno controle al paciente.

Crean que los pacientes, antes de comenzar con el tratamiento, se encuentran ansiosos y depresivos. Por lo tanto, consideran que en primer lugar se trata la ansiedad o depresión antes de abordar directamente las obsesiones y compulsiones.

Plantean un proceso terapéutico que incluye las siguientes etapas:

1. Farmacoterapia. Se administra medicación anti obsesivo-compulsiva, que necesita cuatro meses para actuar.
2. Terapia conductual durante dos meses como mínimo, con frecuencia intensiva.
3. Terapia cognitiva.
4. Terapia familiar y rehabilitación.

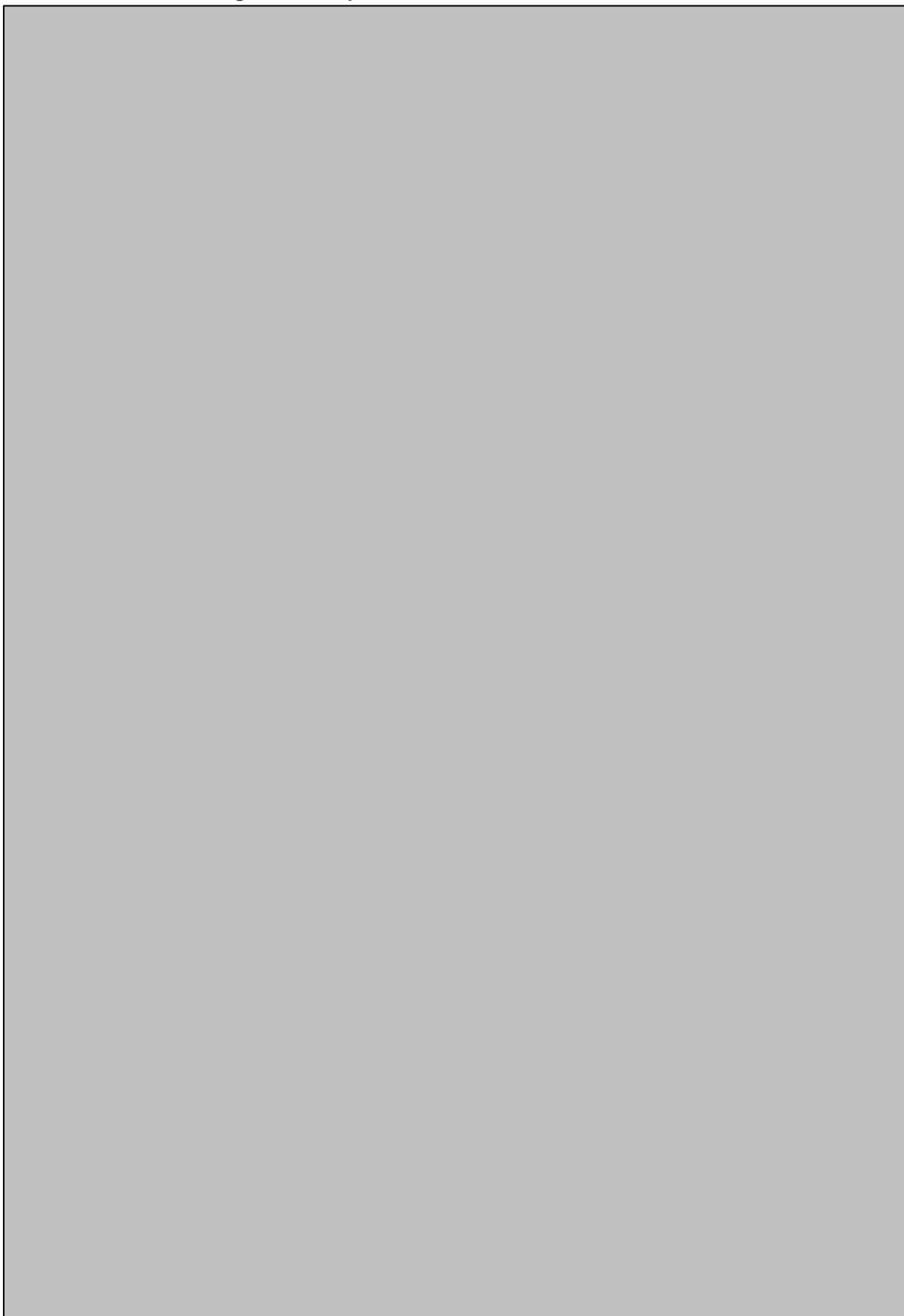
En la tabla 4.1 se sintetizan los modelos de tratamiento cognitivo-comportamental expuestos anteriormente. Se organiza su exposición según: (a) autores y año, (b) etapas y técnicas utilizadas, (c) tipo de técnica (para diferenciar especialmente la cognitiva de la conductual), y (d) duración del tratamiento y sesiones.

Limitaciones del tratamiento cognitivo-comportamental

Una gran cantidad de pacientes abandona o se niega a someterse a este tipo de tratamientos, por el esfuerzo y ansiedad que significa realizar las exposiciones y la prevención de respuesta. Otra desventaja sería la limitada disponibilidad de terapeutas capacitados, para instruir correctamente a los pacientes en las técnicas conductuales (Kozak, Liebowitz y Foa, 2000).

Dada la negación de gran cantidad de pacientes de exponerse directamente a las obsesiones generadoras de ansiedad y de evitar llevar a cabo los rituales, a los cuales están acostumbrados a realizar durante mucho tiempo; recientemente, se desarrollaron terapias cognitivas dirigidas a este tipo de pacientes. Estas se dirigen a realizar cambios en los esquemas de creencias del paciente y las subsecuentes interpretaciones sobre las obsesiones intrusivas, que dan lugar a las compulsiones. De esta manera, pueden provocar cambios de mayor profundidad y lograr un mayor compromiso de los pacientes en el tratamiento (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

Tabla 4.1 Tratamientos cognitivo-comportamentales

A large, solid gray rectangular area that completely obscures the content of the table. It is bounded by a thin black line on all sides.

Tratamientos Cognitivos (Puros)

Recientemente, varios autores sugirieron que el rol de los factores cognitivos debería ser considerado en el tratamiento del TOC, ya que los síntomas del trastorno son generados por las cogniciones. Al comparar el TOC con otros trastornos de ansiedad, se puede decir que se han realizado pocas investigaciones sobre el tratamiento cognitivo para el TOC. Esta discrepancia resulta alarmante, ya que el TOC se caracteriza por varias formas de disfunción cognitiva, y más estudios deberían realizarse sobre el tema. Se han evaluado tres formas distintas de terapia cognitiva con sujetos que padecen TOC, estas son: (1) entrenamiento de auto-instrucción ("self-instructional training"), (2) terapia racional emotiva (en adelante, TRE), y (3) terapia cognitiva basada en los lineamientos de Beck y Salkovskis. (van Oppen y Emmelkamp, 2000). A continuación se describen estas tres formas de terapia cognitiva.

Entrenamiento de auto-instrucción

La primera investigación que se realizó para probar la utilidad de la terapia cognitiva fue realizada en 1980 por Emmelkamp, van der Helm, van Zanten y Plochg. El componente cognitivo que utilizaron fue el entrenamiento de auto-instrucción. Los pacientes eran entrenados en emitirse a sí mismos declaraciones productivas. Luego de un breve período de relajación, utilizaban este método para manejar la ansiedad, a través de un proceso imaginario. El terapeuta les pedía a los pacientes que imaginen las situaciones (tomadas de una lista jerárquica, donde se ordenaban según el nivel de ansiedad que generaban) que él describía, de la manera más vívida posible. Luego, los pacientes debían determinar cuán ansiosos se encontraban, tomar conciencia de sus declaraciones negativas, y reemplazarlas por declaraciones productivas y por un estado de relajación. Se ejercitaron declaraciones de preparación, enfrentamiento, confrontación y refuerzo. Después de implementar el entrenamiento de auto-instrucción por media hora, se continuaba con la técnica de exposición *in vivo* en cada sesión. El paciente debía exponerse directamente a las situaciones que han sido cognitivamente ejercitadas. A su vez, durante la exposición, debían implementar las declaraciones prácticas. Mitad de los pacientes eran tratados con la técnica de entrenamiento de auto-instrucción, en combinación con la exposición *in vivo*, en presencia del terapeuta; y la otra mitad era tratada solamente con exposición *in vivo*, en presencia del terapeuta.

Los resultados del estudio indicaron que el uso del entrenamiento de auto-instrucción no resaltaba la efectividad de la técnica de exposición. (van Oppen y Emmelkamp, 2000).

Terapia racional emotiva

Los objetivos centrales de la TRE aplicada al TOC, consisten en: (a) determinar cuáles son los pensamientos irracionales que mediatizan los sentimientos negativos (por ejemplo: ansiedad, displacer y tensión); (b) confrontarlos y modificarlos para que el sujeto deje de experimentar los sentimientos de ansiedad y displacer, y en consecuencia, dejen de ser necesarios los rituales compulsivos para reducir los sentimientos negativos.

Ellis diferencia entre las creencias racionales y las creencias irracionales de la siguiente manera. Las creencias racionales son preferenciales y son útiles para ayudar a los sujetos en obtener lo que desean. Por otro lado, las creencias irracionales son de naturaleza dogmática y absolutista, e impiden y evitan que los sujetos consigan lo que quieren. A su vez, las creencias racionales suponen menos afectos negativos que las irracionales. Al referirse a las creencias irracionales, Ellis argumenta que los individuos se perturban por sus "debería" absolutistas y sus "tener que", que los lleva a condenarse a sí mismos, y a padecer de sentimientos negativos cuando intentan satisfacer sus altas exigencias (Dowd, 1997).

En los estudios que se realizaron para comprobar la eficacia de la TRE en pacientes con TOC (Emmelkamp, Visser y Hoekstra; y Emmelkamp y Beens), se utilizó el método A-B-C de Ellis. (van Oppen y Emmelkamp, 2000). Ellis argumenta que la creencia "B" sobre un acontecimiento activador "A", conduce a la consecuencia emocional o comportamental "C". Por lo tanto, plantea que se puede cambiar "C", cambiando "B", incluso si "A" no cambiara. (Dowd, 1997).

En los estudios empíricos realizados, la *primera etapa* de la terapia fue dirigida a entrenar a los pacientes para que sean capaces de observar y registrar sus cogniciones. Los pacientes aprendieron a discriminar entre un evento actual y sus propios pensamientos, al completar una hoja codificada con el método A-B-C, como tarea para el hogar.

La *segunda etapa* involucraba una disputa racional de las cogniciones irracionales. El terapeuta desafiaba las creencias irracionales, utilizando el método socrático, e indicándoles a los sujetos que lleven a cabo el mismo proceso en sus casas. Los pacientes debían practicar el análisis de sus problemas, completando la hoja codificada con el método A-B-C.

En las *siguientes sesiones*, se discutieron las dificultades encontradas al realizar las tareas asignadas para el hogar. También se analizaron junto con el terapeuta las creencias irracionales, especialmente las vinculadas a los procesos de valoración primaria y secundaria. En esta etapa, los pacientes no debían exponerse a las situaciones temidas. Como tarea, debían analizar sus creencias irracionales utilizando la hoja codificada con el método A-B-C, durante treinta minutos, seis días a la semana.

En el primer estudio, se comparó la TRE (según las líneas de Ellis) con las técnicas conductuales: exposición y prevención de respuesta. La exposición era auto-controlada y aplicada fuera del consultorio. Se aplicaron las dos terapias en un tiempo de diez sesiones. Ambos tratamientos resultaron igualmente efectivos, y condujeron a una reducción de la ansiedad social del paciente. En referencia a la depresión de los pacientes, la TRE resultó significativamente efectiva, mientras que las técnicas conductuales no produjeron mejorías.

El objetivo del estudio de Emmelkamp y Beens (1991) era investigar si la combinación de la TRE junto con la exposición *in vivo*, aumentaba la eficacia de la exposición *in vivo* y la prevención de respuesta. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a: (a) exposición auto-controlada, o (b) terapia cognitiva (TRE). Se dedicaron dos sesiones a la evaluación y preparación de los pacientes, seguidas de un tiempo de espera de cuatro semanas. Luego de otra sesión de evaluación, se realizaron seis sesiones de tratamiento. Mitad de los pacientes recibieron TRE, y la otra mitad recibió el tratamiento de exposición. Luego de cuatro semanas de tratamiento experimental, se realizó una sesión de evaluación, seguida de cuatro semanas de espera y otra sesión de evaluación. Luego, los pacientes del tratamiento de exposición, recibieron otras seis sesiones de esta técnica; y los pacientes de la TRE recibieron también sesiones de exposición. Esta etapa duró cuatro semanas. Luego se realizaron otras sesiones de evaluación.

En la segunda etapa del tratamiento, donde se combinó la TRE con la técnica de exposición, se construyó una jerarquía de situaciones ansiógenas, y el paciente debía realizar las tareas asignadas por sí solo. Durante las sesiones, se analizaron las creencias irracionales vinculadas con las tareas de exposición.

Ambos tratamientos resultaron igualmente efectivos, demostrando nuevamente la efectividad de la terapia cognitiva para el TOC. (van Oppen y Emmelkamp, 2000).

Terapia cognitiva basada en los lineamientos de Beck y Salkovskis

La terapia cognitiva para el TOC se basa primariamente en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales y de ansiedad. El tratamiento propuesto se caracteriza por un diseño estructurado, a corto plazo, y orientado en el problema. Las estrategias generales son: (a) considerar las intrusiones obsesivas como un estímulo o desencadenante; (b) identificar los pensamientos estresantes o los pensamientos automáticos negativos; (c) desafiar y cuestionar estos pensamientos automáticos; y (d) cambiar los pensamientos estresantes por pensamientos no estresantes. Es importante, para mantener la credibilidad al tratamiento, que el terapeuta se sienta seguro en relación con los principios del modelo cognitivo. A su vez, es importante que se de una buena relación terapéutica para facilitar una cooperación exitosa. (van Oppen y Emmelkamp, 2000).

El terapeuta debe tener una actitud *socrática*. El diálogo socrático consiste en que el paciente y el terapeuta mantengan un debate sobre la evidencia encontrada en contra y a favor de una suposición disfuncional del paciente. Esto puede llevarse a cabo de la siguiente manera: usando información sobre las experiencias pasadas del individuo (por ejemplo, “¿cuál es la probabilidad de que ocurra esto, basándote en tu experiencia pasada?”); al proveerle al sujeto información más adecuada o correcta sobre un asunto; o al reevaluar el resultado de una situación (por ejemplo, “¿qué es lo peor que puede suceder?”). El objetivo de utilizar este método es ayudar a los pacientes a pensar de manera más realista y práctica sobre las situaciones que enfrentan (Hofmann y Marten DiBartolo, 1997). Según van Oppen y Emmelkamp (2000), la actitud socrática implica que el terapeuta le indique empática y pacientemente al paciente que explore sobre otra idea o *insight* por sí solo. Este estilo terapéutico se distingue de otros por el respeto que se le brinda a las ideas del paciente y por el uso continuo de habilidades de comunicación (como por ejemplo, la reflexión, o el incentivo de nuevas exploraciones). En cada sesión se le asignan al paciente tareas de media hora diaria.

Al comienzo del tratamiento es importante insistir sobre la explicación (o *rationale*) de la terapia. En esta etapa, el terapeuta le enseña al paciente a discriminar entre sus pensamientos y sentimientos, y le muestra que existe un vínculo entre las situaciones, los pensamientos, sentimientos y comportamientos que experimenta. A su vez, se le enseña que existen múltiples interpretaciones posibles sobre un mismo evento. A

lo largo de todo el tratamiento, se le deben asignar al paciente tareas que involucran el registro y cuestionamiento de sus pensamientos automáticos, y la anotación del proceso en un diario personal. En las sesiones siguientes, se dialogan y resuelven con el paciente las dificultades que encuentra al confeccionar el diario personal, y en cada sesión se desafía por lo menos un pensamiento automático negativo. Durante el tratamiento, también se instrumentan experimentos comportamentales para someter a prueba la base empírica de las cogniciones y suposiciones disfuncionales del paciente. (van Oppen y Emmelkamp, 2000).

Hasta el momento, el estudio controlado más importante que se realizó para evaluar la terapia cognitiva basada en la teoría de Beck y Salkovskis, es el de van Oppen, de Haan, y col. (1995). Se comparó la terapia cognitiva con la exposición *in vivo* auto-controlada y la técnica de prevención de respuesta. En este estudio, en primer lugar se realizaron sesiones de evaluación. La duración total del tratamiento fue de dieciséis sesiones. A partir de la séptima sesión se introdujeron las técnicas conductuales.

Ambos tratamientos, tanto la terapia cognitiva como las técnicas conductuales mostraron mejorías clínicas y estadísticas significativas. Los resultados demostraron que la terapia cognitiva puede ser aún superior que la técnica de exposición *in vivo*. Significativamente, una mayor cantidad de pacientes fueron catalogados como "cambiados" o "recuperados" en la terapia cognitiva.

A diferencia de la TRE, la terapia cognitiva de Beck y Salkovskis puede resultar significativamente superior que las técnicas conductuales. Esta diferencia se podría explicar si se toma en cuenta que el estudio de van Oppen, de Haan y col. (1995) fue desarrollado específicamente para el TOC, enfocando principalmente en la estimación de las catástrofes y la responsabilidad personal. (van Oppen y Emmelkamp, 2000).

Modelos actuales de tratamiento cognitivo puro

A continuación se describen los modelos de tratamientos más actuales. Nuevamente, se describe en mayor detalle el proceso terapéutico de aquellos modelos que son considerados más completos y presentan propuestas diferentes a las ya mencionadas (entrenamiento de auto-instrucción, TRE y terapia cognitiva basada en el modelo de Beck y Salkovskis).

Caro e Ibañez (1993) (citado por Caro, 1997)

La terapia lingüística de evaluación se basa en la teoría de la semántica general. La sanidad de las personas depende de cómo usan el lenguaje. La terapia se basa en las tres premisas aristotélicas: (a) el mapa no es el territorio, es decir, los hechos no se identifican con las palabras; (b) el mapa no cubre todo el territorio, conocer es abstraer; y (c) se puede hacer un mapa sobre otro mapa y sobre otro mapa, sucesivamente, es decir, el lenguaje es autorreflexivo.

El procedimiento clínico está diseñado para que el paciente, de manera progresiva, practique los elementos terapéuticos y resuelva sus dificultades al ir cambiando el uso que hace del lenguaje. Se les enseña a los pacientes a verbalizar mejor, ajustando la estructura de lo que dicen a la estructura de lo que experimentan.

En primer lugar el paciente y terapeuta trabajan en entender cómo el uso del lenguaje incide en los problemas emocionales o de otro tipo. Luego se le enseña al paciente a usar técnicas de la semántica general, tanto dentro de la sesión como fuera de esta, con el propósito de reconstruir los significados de su experiencia. Las técnicas de intrasesión son el debate semántico, los órdenes de abstracción y los dispositivos extensionales. La meta es modificar el uso del lenguaje.

Para mayor conocimiento de la terapia lingüística de evaluación aplicada al TOC, ver Caro e Ibañez (1993).

Ellis (1994)

Según Ellis, las manifestaciones del TOC tienen causas biológicas y de aprendizaje, y son difíciles de minimizar o suprimir. Considera que el uso de psicofármacos en el tratamiento del TOC no funciona adecuadamente, al menos que se complemente con el uso simultáneo de técnicas conductuales, tratamiento cognitivo-comportamental o la terapia racional emotivo-conductual (TREC). La TREC se especializa en brindar los siguientes objetivos, en el tratamiento del TOC: (1) auto-aceptación incondicional del trastorno, (2) corregir la baja tolerancia a la frustración, (3) aprendizaje del uso de métodos cognitivos, emotivos y comportamentales para disminuir los síntomas primarios (obsesiones y compulsiones como ordenar, acumular y verificar repetidas veces, entre otras).

Van Oppen y Arntz (1994)

Proponen un modelo de terapia cognitiva basada en la teoría de Beck. Plantean que el TOC no debe ser tratado solamente como un trastorno de ansiedad, sino que en el tratamiento también deben trabajarse los aspectos depresivos del paciente como la autoestima, la culpa y el fracaso. Consecuentemente, la terapia

cognitiva aborda por un lado, la estimación de catástrofes del paciente, y por otro lado, la responsabilidad percibida.

Ladouceur, Leger y Rheume (1995) (citado por Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998)

Plantean un estudio empírico para evaluar la intervención cognitiva basada en el modelo de Beck, para pacientes con rituales de verificación. El tratamiento enfoca en la responsabilidad excesiva del paciente. Los resultados del estudio sugieren que la terapia cognitiva dirigida a la responsabilidad excesiva es una alternativa prometedora con respecto a las técnicas conductuales.

O'Connor y Robillard (1999)

Proponen un enfoque basado en la inferencia («inference-based approach»), que tiene una duración de cinco meses. Este enfoque está basado en el modelo explicativo del TOC de O'Connor y Robillard, mencionado en el segundo capítulo.

El enfoque tiene por objetivo abordar y desafiar la narrativa imaginaria de las inferencias primarias del paciente. Los autores sugieren que este enfoque se puede complementar adecuadamente con las técnicas de un tratamiento cognitivo-comportamental, que estén específicamente orientadas a modificar la interpretación del paciente y sus valoraciones secundarias subsecuentes a las inferencias primarias.

La terapia propuesta está dirigida específicamente a sujetos que padecen de obsesiones, compulsiones motoras e ideación sobrevalorada. Los sujetos deben reunir los siguientes criterios:

1. (a) El paciente está convencido de que un evento ha sucedido o puede suceder sin poder demostrarlo con pruebas objetivas; o (b) está convencido de que un objeto o una persona posee una condición o propiedad que es indetectable por los sentidos normales.
2. (a) La convicción del criterio 1 es defendida solamente con información obtenida de fuentes distanciadas e irrelevantes, en relación con la realidad actual; o (b) la convicción del criterio 1 es defendida solamente por la referencia a una fuente puramente subjetiva (sentimiento subjetivo o sensación de que algo es correcto) que no tiene una relación demostrable con criterios objetivos de lo correcto.
3. La persona que está convencida de que la realidad imaginada o hipotética es realmente probable, tampoco toma conciencia sobre su confusión entre la realidad y la imaginación.

El programa de tratamiento propuesto consiste de una primera fase de evaluación, seguida de los pasos del tratamiento. A continuación se describe el proceso terapéutico.

1. Evaluación

Inicialmente se construye una jerarquía de las compulsiones del paciente, basada en el principio de auto-eficacia. Se mide la confianza del paciente en su capacidad para resistir aquellos rituales. Como se enfoca especialmente en las inferencias primarias del paciente sobre la realidad, se las deben diferenciar de las valoraciones secundarias o consecuencias inferidas, ya que suelen estar muy asociadas en el discurso del paciente. Las consecuencias inferidas suelen ser más accesibles y vívidas (por ejemplo, “si no verifico, entonces se va a producir un incendio”). Tanto las inferencias primarias como las secundarias, son diferentes a las interpretaciones sobre lo que significa tener las obsesiones o compulsiones. Se utilizan escalas para medir: (a) la confianza del paciente en su capacidad para resistir los rituales (0 a 100%); (b) cuán convencido (0 a 8) está de que es necesario llevar a cabo el ritual para prevenir las consecuencias temidas; (c) la probabilidad (0 a 8) de las inferencias primarias; y (d) el grado de realidad (0 a 8) de las consecuencias secundarias.

(a) Diferenciar las inferencias primarias y secundarias

Se utiliza un formato lógico del tipo “si... entonces...”, por ejemplo: “si no verifico la llave de gas de la cocina, entonces voy a incendiar la casa”. Siguiendo la lógica, la primera frase después de “si” sería la inferencia primaria, y la frase seguida a “entonces” sería la inferencia secundaria. Si la inferencia primaria no está clara, como en el ejemplo presentado, se la puede abordar desde atrás hacia adelante, tomando la inferencia secundaria. Siguiendo el ejemplo anterior, el terapeuta le puede preguntar al paciente: “la casa se va a incendiar, si qué estado de asuntos sucedieran”; el paciente puede contestar “si la cocina esta prendida y se prende fuego”. La inferencia puede ser redefinida si el terapeuta pregunta: “entonces, verifica la llave de gas de la cocina para verificar qué cosa”, y el paciente contesta “para asegurarme de que las hornallas no estén prendidas”. De esta manera, la inferencia primaria sería: “las hornallas pueden estar prendidas”; y la inferencia secundaria: “se va a prender fuego la cocina, y la casa se va a incendiar”.

(b) Dificultades en diferenciar la inferencia primaria

El paciente puede mencionar inicialmente que no sabe por qué lleva a cabo el ritual, pero se siente mal si no lo hace. En estos casos, se puede explorar la motivación del paciente al detallar la naturaleza exacta

de la compulsión, y al preguntarle porque realiza repetidamente esa acción y no otra. El paciente puede mencionar consecuencias vagas al preguntarle qué sucedería si no lleva a cabo ese ritual (por ejemplo “no me sentiría aliviado”). Se puede explorar su reacción al investigar qué otros eventos lo hacen sentir de la misma manera.

Para verificar si se ha apuntado a la inferencia correcta, se pueden utilizar ciertas técnicas para crear una situación hipotética y eliminar la duda al respecto. A continuación se describe un ejemplo. El paciente evita el contacto cuando utiliza un baño público. Las dos posibles inferencias primarias son: 1) “otras personas han usado el baño y pueden haberlo contaminado”, o 2) “porque es un baño, puede estar contaminado”. Se plantea la siguiente situación hipotética: “imagine que tiene que usar un baño completamente nuevo, está 100% seguro que nadie más ha usado ese baño, ¿siente la necesidad de evitar la contaminación?”. Si el paciente contesta que “no”, la primera inferencia es la correcta.

2. Pasos del tratamiento

(a) Descubrir elementos de la narrativa imaginaria

El primer paso consiste en explorar el monólogo interno que se esconde detrás de la inferencia primaria. A pesar que en la mayoría de los casos la narrativa se basa en inferencias imaginarias de un estado de asuntos externo, en otras circunstancias la narrativa puede estar referida al tipo de persona que el paciente cree que es o debería ser o comportarse.

La narrativa que involucra a la inferencia obsesiva puede estar automatizada para el paciente. De esta manera, la puede relatar de una forma muy acotada, o puede acompañarse de una intensa reacción emocional. En estos casos, el terapeuta puede ayudar al paciente a descubrirla, al realizarle preguntas específicas sobre elementos de su relato acotado.

En la mayoría de los casos, los autores recomiendan analizar los términos clave de la inferencia obsesiva primaria, como por ejemplo: “las cosas deben hacerse de la *manera correcta*”. De esta manera, se revela la manera inconsistente en que el paciente categoriza el objeto primario de la ansiedad, y se abre paso a explorar el aspecto simbólico e imaginario del tema obsesivo. Por ejemplo, un paciente evita tocar objetos *sucios*. Al explorar cuáles son los objetos que entran en esta categoría, menciona las manijas, las manos y el piso solamente. Considera al chocolate, la tierra o el excremento como *no sucios*.

Al exponer al paciente al significado simbólico de la categoría que plantea, se fortalece la idea de que su narrativa es imaginaria y no empírica. Al mismo tiempo, se reduce el poder emocional que persuade su narrativa. Dado de que el paciente toma conciencia de que la suciedad de cierto objeto no es lo fundamental de su problema, disminuye la emoción negativa asociada con aquel objeto.

(b) Establecer con el paciente que la narrativa es ficticia

El segundo paso es establecer con el paciente que la base de su narrativa es ficticia.

No se le debe inculcar al paciente la pequeña probabilidad de que ocurra cierto evento, sino que se le debe mostrar la naturaleza *imaginaria* del mismo y la poca relevancia que tiene en el contexto obsesivo-compulsivo del paciente. Por ejemplo, los microbios sí existen, pero el hecho de que la persona realmente se contamine por estos al tocar las manijas de las puertas, es imaginario y ficticio. Se le puede preguntar por qué tiene miedo de contaminarse por tocar los microbios y no por respirarlos del aire.

Al final de esta etapa, el paciente debe estar convencido de que su narrativa es 100% ficticia.

(c) Enfatizar la diferencia entre una probabilidad genuina y una hipótesis

Se ayuda al paciente a diferenciar entre la realidad y la narrativa imaginaria, al emplear ejercicios y metáforas. Se puede utilizar la siguiente regla de realidad: (1) ¿puedo sentirlo?, (2) ¿está sucediendo o ha pasado antes?, (3) ¿existen otras posibilidades válidas alternativas aparte de mi inferencia sobre esta realidad?

Se comienza con la estrategia de contactar al paciente con la manera en que utiliza normalmente sus sentidos para verificar la presencia de las cosas, en circunstancias no obsesivo-compulsivas. Un simple ejercicio puede ser mostrarle al paciente un lápiz y preguntarle si está o no está ahí, y luego pedirle que conteste: (1) si está seguro, y (2) cómo es que está seguro de eso. Luego se puede aplicar el mismo ejercicio a otras situaciones no obsesivo-compulsivas (por ejemplo, cruzar la calle o conocer gente en el trabajo) que abarquen las áreas de la vida del sujeto, e involucren mayor peligro que la situación temida del paciente. Finalmente, se traspasa la lógica obsesivo-compulsiva que utiliza el paciente, a las situaciones no obsesivo-compulsivas planteadas, para subrayar su enfoque contrario y sin sentido que utiliza al recoger la información. De esta manera, se enfatizan las diferencias entre los modos de inferir del paciente, mostrándole que en la mayoría de los aspectos de su vida utiliza inferencias correctas.

(d) *Mostrar al paciente como invierte las inferencias normales*

Se le muestra la diferencia entre una baja probabilidad, una hipótesis y una historia imaginaria, para que el sujeto descubra cómo invierte los procesos normales de inferencia, al construir erróneamente hipótesis imaginarias sobre una realidad.

Para finalizar esta etapa, se le indica al sujeto que clasifique sus narrativas obsesivas como producto de su imaginación, una hipótesis, o una probabilidad genuina.

(e) *Construcción de narrativas alternativas*

Se le demuestra al paciente el poder que tiene su narrativa en dirigir su comportamiento. Para esto, se practica un monólogo alternativo, opuesto a la narrativa original de la inferencia obsesiva primaria. Es importante que en la narrativa alternativa se respete la estructura y el nivel de detalles de la narrativa original.

El objetivo es demostrarle al paciente cómo la narrativa por sí sola, sin tener en cuenta los factores externos, lleva al paciente a mantener sus obsesiones y llevar a cabo las compulsiones. Al introducir cierta flexibilidad en la narrativa original ya se produce el efecto de disminuir el poder de la narrativa obsesiva.

(f) *Construcción de narrativas alternativas entre sesiones*

El sujeto debe construir narrativas alternativas para cada inferencia obsesiva. Luego debe considerar si le resulta necesario o no llevar a cabo el ritual.

(g) *Reemplazar criterios imaginarios por criterios objetivos*

La última etapa consiste en inculcarle al paciente criterios objetivos para juzgar si una tarea es realizada de manera correcta o no. Para finalizar el tratamiento, la persona ya debería haber suprimido los síntomas obsesivos y compulsivos.

Wilhelm (2000)

Este autor presenta un modelo de tratamiento cognitivo aplicado a un caso específico, durante ocho semanas, con sesiones de sesenta minutos. A continuación se describe el diseño del proceso terapéutico, abstraído del caso planteado.

El objetivo del tratamiento planteado es ayudar al paciente a comprender el modelo cognitivo del TOC, y educarlo en identificar, evaluar y responder a las valoraciones disfuncionales de las intrusiones.

El proceso terapéutico involucra experimentos comportamentales, que se diferencian claramente de una técnica conductual como la exposición o prevención de respuesta, y responden a un objetivo más cognitivo, ya que el foco está en poner a prueba una hipótesis, de en vez de confrontar una situación específica.

La propuesta terapéutica se basa en el modelo explicativo de Salkovskis y en los dominios cognitivos del modelo del "International OCD Cognitions Working Group". La estructura del tratamiento se apoya en el formato sugerido por Beck (1995). A continuación se describen las etapas planteadas.

1. Evaluación de los síntomas y del estado de ánimo

Para ayudar al paciente a revelar sus síntomas, la actitud del terapeuta debe ser cálida, incentivadora y no enjuiciadora. Debe expresar su confianza con respecto al modelo cognitivo y lo importante que resulta la colaboración entre el terapeuta y el paciente.

2. Discusión de la agenda para las próximas sesiones

En esta etapa también se asignan tareas para el hogar, que son revisadas durante las próximas sesiones.

3. Explicación del modelo cognitivo y del funcionamiento del TOC en el paciente

Se le brinda una interpretación alternativa a sus intrusiones obsesivas, al caracterizarlas como comunes a todas las personas. Se señalan las circunstancias que pudieron haber influenciado en sus interpretaciones negativas. También se le enseña cómo los rituales compulsivos mantienen las obsesiones.

4. *Adquisición de habilidades* para detectar valoraciones desadaptativas y aprender a utilizar interpretaciones alternativas de las intrusiones. Uso de la técnica de cuestionamiento socrático y registro de pensamientos (durante la sesión y como tarea).

5. *Identificación de los dominios disfuncionales* más relevantes en base a la recurrencia de temas en el registro de pensamientos. Luego, el terapeuta junto con el paciente deciden el orden en que abordarán los dominios a lo largo de la terapia.

6. Aplicación de las siguientes técnicas cognitivas para trabajar con los dominios disfuncionales:

(a) Experimento de supresión del pensamiento

En primer lugar, el paciente debe pensar e imaginarse la figura de una jirafa, levantando el dedo cada vez que aparece la imagen. La imagen suele aparecer repetidas veces. Luego, el paciente debe tratar de no pensar ni imaginarse la jirafa. La imagen suele aparecer nuevamente de manera repetida. El objetivo es que el paciente asocie el experimento con sus intrusiones y concluya que la supresión no es la manera adecuada de enfrentar a las obsesiones.

(b) Psicoeducación

Se normalizan las obsesiones al educar al paciente sobre los temas comunes a estas, para modificar las interpretaciones catastróficas del paciente.

(c) Técnica de flecha vertical

Luego de que el paciente identifica una intrusión obsesiva, el terapeuta comienza a cuestionarle su significado (por ejemplo, "si ese pensamiento fuera verdad, qué significaría") hasta que se revelan una o dos creencias disfuncionales.

(d) Ventajas y desventajas

Esta técnica se utiliza para varios dominios. Tomando en cuenta el dominio disfuncional del paciente, se le indica que liste las ventajas y desventajas del mismo (por ejemplo, en el caso del dominio "necesidad de controlar los pensamientos", el paciente debe mencionar las ventajas y desventajas de creer que puede controlar sus pensamientos). Luego, a través del diálogo *socrático*, se analiza la validez de las ventajas y desventajas mencionadas.

(e) Examen de evidencia y experimentos comportamentales

Se cuestiona la suposición del paciente de que por pensar en algo repetidamente, sin poder controlarlo, va a llevar a la acción ese pensamiento. El terapeuta le sugiere al paciente situaciones diferentes a las del contenido de sus obsesiones, y le pregunta si por pensar en ellas, realmente van a suceder (por ejemplo, tirar todas las revistas al piso en una sala de espera).

(f) Desafío de las creencias nucleares

Se toman las creencias que fueron surgiendo a lo largo de las técnicas, y se las analizan. Por ejemplo, si el paciente en la técnica de la flecha vertical, llegó a la conclusión de que es *mala persona*, se le indica que piense si existe una evidencia (aparte de la intrusión) que corrobore esa creencia de él mismo. Luego, se investiga si existe evidencia que corrobore que el paciente *no* es mala persona. De esta manera, se va suprimiendo la creencia errónea del paciente.

(g) Técnica cognitiva del puntaje

El paciente debe decir, por ejemplo, cuán mala persona es (puntaje 0 a 100) por pensar en cierta obsesión. Luego debe utilizar la misma escala para juzgar la maldad de un asesino, un ladrón, etc. Por último, debe asignarse un nuevo puntaje a él mismo, pasando a considerar su maldad de una manera más relativa.

(h) Cálculo de la probabilidad de daño

El paciente debe comparar su estimación original de la probabilidad de daño (temido en sus obsesiones) con las estimaciones múltiples de cada evento de la secuencia que da lugar al resultado temido.

7. Fin del tratamiento y prevención de recaída

Para finalizar el tratamiento se revisan el modelo cognitivo y las técnicas usadas. También se discute acerca de la posibilidad de que los síntomas resurjan, y se revisa la capacidad del paciente para enfrentarlos. Por último, se analizan ciertas técnicas para manejar las posibles recaídas.

En la tabla 4.2 se exponen los modelos de manera más sintética, en función de: (a) autores y año; (b) descripción de terapia propuesta; y (c) duración.

Tabla 4.2 Tratamientos cognitivos puros

Para finalizar, se puede decir que se realizó una revisión de los tratamientos cognitivos (cognitivo-comportamentales y cognitivos puros) para el subtipo de TOC propuesto. La eficacia de las técnicas conductuales se ha establecido significativamente. Sin embargo, un gran número de pacientes se ha resistido a estas técnicas. Por lo tanto, se introdujeron las técnicas cognitivas para producir mejores cambios, dado que el trastorno se produce principalmente por disfunciones cognitivas. De esta manera, se conformaron los tratamientos cognitivo-comportamentales del TOC. Se evitaron los abandonos y resistencias al tratamiento más aún, al desarrollarse las terapias cognitivas (puras) para el TOC, donde predomina el uso de las técnicas cognitivas. Se ha demostrado que la terapia cognitiva puede ser igual o más efectiva que las técnicas conductuales. En cuanto a los modelos de terapias cognitivas descritas para el TOC, se han desarrollado dos tipos: (a) los que enfocan en las interpretaciones disfuncionales de las intrusiones, (b) y el de O'Connor y Robillard (1999) que enfoca en la narrativa imaginaria de las obsesiones intrusivas mismas (inferencias primarias).

Una última consideración se le debe a la tendencia integrativa de los últimos tiempos. Tanto Chappa (1994) como Fields (1998) explícitamente mencionan que su modelo de tratamiento es integrativo. Chappa, en su propuesta integra las técnicas biológicas, cognitivas, conductuales y de los desórdenes centrales. Fields, por su lado, integra: el análisis transaccional, la terapia cognitiva y técnicas conductuales. Fernández Álvarez (1996) considera que el principio de un modelo integrativo radica en que las aportaciones de los diferentes enfoques se integran en un nivel superior de elaboración conceptual en el cual pueden basarse, y adquieren una reformulación en términos de la nueva estructura clínica y teórica que ha sido generada. Por lo tanto, cabe mencionar que tanto las propuestas de Fields y Chappa, como los demás modelos cognitivo-comportamentales expuestos en este capítulo, podrían considerarse una aproximación a lo que Fernández Álvarez define por modelo integrativo.

Capítulo 5: Tratamientos cognitivos para el subtipo clínico de obsesiones y compulsiones cognitivas o mentales

Los sujetos con el subtipo de obsesiones y compulsiones mentales, o rumiaciones obsesivas, son de difícil tratamiento, ya que resulta difícil acceder y trabajar con sus compulsiones mentales. No se ha podido demostrar la efectividad de los tratamientos comportamentales para este subtipo clínico (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000). Sin embargo, los tratamientos cognitivos han resultado efectivos para estos pacientes. van Oppen y Emmelkamp (2000) plantean que la terapia cognitiva puede resultar muy eficaz para: (a) los pacientes que no mejoran con las técnicas de exposición y prevención de respuesta; (b) el 30% de los pacientes que tienen condiciones para el tratamiento conductual, pero se rehúsan a participar o abandonan el tratamiento; y (c) pacientes que presentan rumiaciones obsesivas (donde quedan incluidas las compulsiones mentales).

Las obsesiones y los rituales cognitivos suelen darse de forma mezclada, y discriminarlos es una tarea ardua del tratamiento. Las compulsiones cognitivas se diferencian de las obsesiones, ya que son utilizadas para reducir la ansiedad provocada por las obsesiones y son llevadas a cabo por un esfuerzo voluntario del paciente (por ejemplo, repetir una frase un determinado número de veces, o evitar pensar en cierta obsesión). (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000).

La mayoría de los tratamientos, tanto cognitivo-comportamentales, como cognitivos puros, descritos en el capítulo anterior, son aplicables al subtipo aquí planteado. A continuación, se realiza una descripción de los tratamientos cognitivos específicamente dirigidos a sujetos con obsesiones y compulsiones mentales. Se exponen con mayor detalle las propuestas de Cía (1995) y Salkovskis, Richards y Forrester (2000), ya que se pueden considerar representativas con respecto a los demás tratamientos.

Foa, Steketee y Ozarow (1985); Rachman (1985); Salkovskis y Westbrook (1989); y Arts, Hoogduin, Schaap y de Haan (1993) (citados por Bellack, Hersen y Ollendick, 1998) Plantearon que los rumiadores obsesivos pueden ser tratados con métodos conductuales como la detención del pensamiento y la habituación, y la técnica cognitiva de modificación de la evaluación errónea del riesgo. Sin embargo, consideran que estos sujetos son difíciles de tratar. Los resultados de los estudios empíricos realizados, muestran contradicciones en cuanto a la efectividad de estas técnicas.

Cía (1995)

Este autor considera que los sujetos con rumiaciones obsesivas y rituales cognitivos no responden bien a técnicas como la detención del pensamiento, aunque el entrenamiento en habituación en conjunto con el entrenamiento en prevención de respuesta puede ser más efectivo.

Según Cía (1995) los pacientes presentan reacciones y sentimientos asociados a las rumiaciones. Plantea diferentes tratamientos según la reacción emocional asociada.

Cuando la *reacción emocional es de disgusto, horror o desagrado*, el tratamiento recomendado es la exposición. Para que la habituación llegue a darse, hay que incentivar al paciente a exponerse a sus pensamientos por períodos prolongados, tan intensamente como pueda. Llama a este método *terapia de saciedad*, considerándolo análogo a la exposición. Por ejemplo, los sujetos que tienen pensamientos referidos a perversiones sexuales, seguidos de rituales como pedidos de perdón o rezos, se les hace repetir sus obsesiones repetidas veces, mediante diversas técnicas, con el objetivo de reducir la ansiedad.

Una de las técnicas utilizadas es que el sujeto efectúe una grabación para habituarse a sus obsesiones. Esto se logra haciéndolo registrar sus pensamientos sexuales perversos, en una grabación continua con su propia voz. Debe escuchar la grabación reiteradamente hasta el cansancio, sin ritualizar mediante los rezos. Se le indica específicamente, que la escuche tres o cuatro veces al día con un estéreo personal, durante una hora. Dado que al principio puede resultar aversivo, puede escucharlo primero con un volumen bajo y que lo vaya aumentando a medida que adquiere confianza.

Al escuchar reiteradamente la obsesión, los pacientes no suelen llevar a cabo el ritual asociado, por la saciedad que se produce.

En otros casos, las obsesiones de los pacientes se acompañan de *inseguridad, dudas o incluso cierto placer*. Los sujetos no pueden detener sus obsesiones de duda, lo que puede originar los rituales de verificación cognitiva (por ejemplo, preguntarse repetidas veces si han hecho las cosas de manera correcta). El objetivo de la terapia consiste en interrumpir los pensamientos mediante un estímulo exterior. Para esto se emplea la técnica *detención del pensamiento*. Se puede utilizar un ruido repentino o una banda elástica en la muñeca que produce dolor al estirarla y soltarla si surgen las obsesiones. De esta manera, el paciente llega a adquirir un control interno sobre los pensamientos intrusivos e indeseables.

En el tratamiento que utiliza la detención del pensamiento, primero se solicita al paciente que realice una

lista de sus obsesiones, ordenándolas de menor a mayor gravedad, comenzando con las que lo preocupan últimamente. En la primera parte de la sesión se puede utilizar técnicas de relajación para que el sujeto se pueda concentrar, detecte y visualice estas obsesiones, y deje fluir su imaginación. Una vez relajado, se le pide que visualice una obsesión, e imagine durante un minuto lo mismo. Luego, se detienen sus pensamientos con un chasquido de manos o se le grita "pare" sobre el ruido. Este proceso puede ser luego practicado con los demás ítems de la lista. También se le solicita que se diga a sí mismo mentalmente "pare" para alejar los pensamientos intrusivos. Para ir controlando las obsesiones en situaciones de la vida real, debe practicar el ejercicio en períodos intersesión. Para detener el pensamiento también puede utilizar un grabador con auriculares.

El grupo de Freeston y Ladouceur

Ladouceur, Freeston, Gagnon, Thibodeau y Dumont (1995) trataron veintinueve rumiadores con la técnica de exposición y la terapia cognitiva de Beck. Los resultados del estudio mostraron mejoras significativas en los sujetos. Plantearon un tratamiento para sujetos con neutralizaciones cognitivas. El primer paso consiste en ofrecerles una explicación sobre la ocurrencia de los pensamientos obsesivos y el rol de la neutralización en mantenerlos. Los sujetos son luego expuestos a sus pensamientos obsesivos, y emplean la prevención de respuesta "mental" (deben dejar de realizar los rituales cognitivos), hasta que puedan identificar y finalizar la ocurrencia de las neutralizaciones. A su vez, se realizan las exposiciones cognitivas en contextos reales. Luego de cuatro a seis sesiones, cuando generalmente se completan los ejercicios de exposición, se introduce la técnica de reestructuración cognitiva.

Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996) (citado por Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998) presentan un modelo de terapia cognitiva de Beck aplicado a sujetos con obsesiones, sin compulsiones comportamentales.

Freeston, Ladouceur, Gagnon, Thibodeau, Rhéaume, Letarte y Bujold (1997) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-comportamental para pacientes con compulsiones mentales. Este consistía de las siguientes etapas: (a) explicación detallada del mantenimiento de los pensamientos obsesivos; (b) exposición a los pensamientos obsesivos; (c) prevención de respuesta de todas las estrategias de neutralización cognitiva; (d) reestructuración cognitiva; y (e) prevención de recaídas. Los resultados demostraron que el tratamiento cognitivo-comportamental es efectivo con sujetos que padecen obsesiones y compulsiones mentales, un subtipo que generalmente ha sido considerado resistente al tratamiento.

Freeston, Ladouceur, Rheaume y Leger (1998) evaluaron la eficacia de un tratamiento para sujetos con compulsiones mentales. Llevaron a cabo dos estudios, con diferentes tratamientos: (a) exposición al pensamiento obsesivo usando grabaciones, prevención de la respuesta mental y reestructuración cognitiva; y (b) terapia cognitiva, sin las técnicas de exposición y prevención de respuesta, dirigida a las valoraciones erróneas de los pensamientos obsesivos. Los resultados sugirieron cambios clínicamente significativos.

Freeston y Ladouceur (1998) describen un modelo del subtipo planteado, que incluye: (a) obsesiones, valoraciones y percepción de amenaza; (b) rituales cognitivos y neutralización; y (c) estado de ánimo y situaciones de la vida. Consideran que los tratamientos más efectivos son los que desarrollan los métodos de exposición. El objetivo de estos es modificar en el paciente su visión sobre las obsesiones, prevenir la neutralización y permitir la habituación a los pensamientos obsesivos. De esta manera, se disminuye la frecuencia, duración y el malestar de los pensamientos en los sujetos tratados.

Salkovskis, Forrester y Richards (1998)

El tratamiento cognitivo-comportamental que plantean para los rumiadores, intenta modificar las creencias y valoraciones de responsabilidad. Por lo tanto, disminuye el malestar y elimina las respuestas compulsivas mentales de los pacientes. Estos autores consideran que recientemente ha surgido evidencia que corrobora el éxito de este tipo de tratamiento que se basa en la teoría de Salkovskis.

Van Oppen y Emmelkamp (2000)

En referencia a las formas de terapia cognitiva, cuestionan si el entrenamiento en auto-instrucción es la técnica cognitiva más apropiada para sujetos con rumiaciones, ya que las cogniciones serían tratadas superficialmente, modificando únicamente las estructuras periféricas. Consideran que sería más adecuado el tratamiento enfocado en las creencias irracionales de los pacientes (TRE), para poder modificar las estructuras más profundas del sujeto.

Salkovskis, Richards y Forrester (2000)

Proponen un tratamiento dirigido a los sujetos con obsesiones y rituales cognitivos que se describe a continuación.

1. Evaluación

Durante esta etapa, el terapeuta enfoca en la descripción del paciente de un episodio de rumiaciones, e identifica la secuencia específica de este. Es importante evaluar el significado que el paciente le atribuye a sus obsesiones, y el consecuente esfuerzo que realiza para neutralizarlas. También se le muestra al sujeto el impacto contrario que tienen esos esfuerzos de control sobre las obsesiones. Se apunta a cumplir con estos dos objetivos: (a) se debe lograr un entendimiento y formulación compartida del trastorno; y (b) se negocian los objetivos a corto y largo plazo del tratamiento. Es importante aclararle al paciente que el objetivo del tratamiento no es suprimir por completo las obsesiones, ya que las intrusiones son fenómenos normales que van a seguir presenciándose pero sin el acompañamiento de la ansiedad y el malestar, que el sujeto está acostumbrado a experimentar.

Las diferentes maneras de que el paciente comprenda el significado de las intrusiones obsesivas, son:

- (a) Analizar el hecho que la mayoría de las personas tienen intrusiones cognitivas, y que estas pueden tener varias funciones (por ejemplo, resolver problemas o generar nuevas ideas). Se aclara que las intrusiones no son positivas, negativas o neutrales, sino que su significado depende de la interpretación que el sujeto les atribuye.
- (b) Dialogar sobre quiénes podrían experimentar pensamientos negativos intrusivos, y cuestionar qué dice de esas personas el hecho que tengan esos pensamientos.
- (c) Considerar a las "preocupaciones" como un tipo de intrusión obsesiva, y preguntar si estas se enfocan en cosas positivas o en los temores de las personas.
- (d) Considerar la utilidad de tener obsesiones intrusivas (por ejemplo, los pensamientos de llevar a cabo una acción violenta pueden servir cuando un familiar está siendo atacado físicamente), y las desventajas de que nunca ocurran.

En esta etapa, se clarifica la importancia de que el paciente modifique sus creencias sobre el significado de las obsesiones, y se explica cómo la exposición, por grabación de audio, puede ayudar. Al mismo tiempo, se subraya la importancia de prevenir las compulsiones cognitivas, y se explica el funcionamiento de la técnica de prevención de respuesta en el tratamiento.

Se discrimina la obsesión más frecuente y de mayor ansiedad, y se le adjudica un puntaje de malestar.

2. Exposición y prevención de respuesta

El próximo paso es que el paciente grabe la obsesión previamente identificada, con su propia voz, en un grabador de sonido. Luego debe exponerse a la cinta grabada repetidas veces hasta habituarse, e identificar cualquier necesidad de ritualizar, previniéndola.

Durante las sesiones se llevan a cabo con el terapeuta las exposiciones (a la cinta grabada) y la prevención de la respuesta cognitiva, y se trabajan las dificultades surgidas. Se asignan tareas para el hogar con instrucciones específicas.

A lo largo de las siguientes sesiones, se trabaja con el resto de las intrusiones obsesivas del paciente, y se planifican los momentos en que el paciente debe exponerse a las cintas grabadas.

El siguiente paso es que el paciente utilice la ocurrencia de las intrusiones como disparador para escuchar las cintas grabadas. En el momento en que le surge cierta obsesión, debe exponerse a la cinta durante cinco minutos, o hasta que el malestar disminuya.

En las etapas más avanzadas, el paciente debe grabar en las cintas de audio lo que ha aprendido durante la terapia.

3. Modificación de las creencias

Durante la etapa de exposición y prevención de respuesta, se trabaja continuamente con la modificación de las creencias del sujeto. El propósito es que el paciente experimente las obsesiones sin atribuirle ningún significado particular.

4. Otras técnicas utilizadas

Para continuar trabajando con las creencias del paciente se pueden utilizar las siguientes técnicas: reestructuración imaginaria o del pensamiento; gráfico de torta para trabajar la noción de responsabilidad; experimentos para evidenciar que el pensamiento no aumenta la probabilidad de que ocurran situaciones temidas; cálculo de la probabilidad acumulativa de una secuencia de hechos que lleva al evento temido.

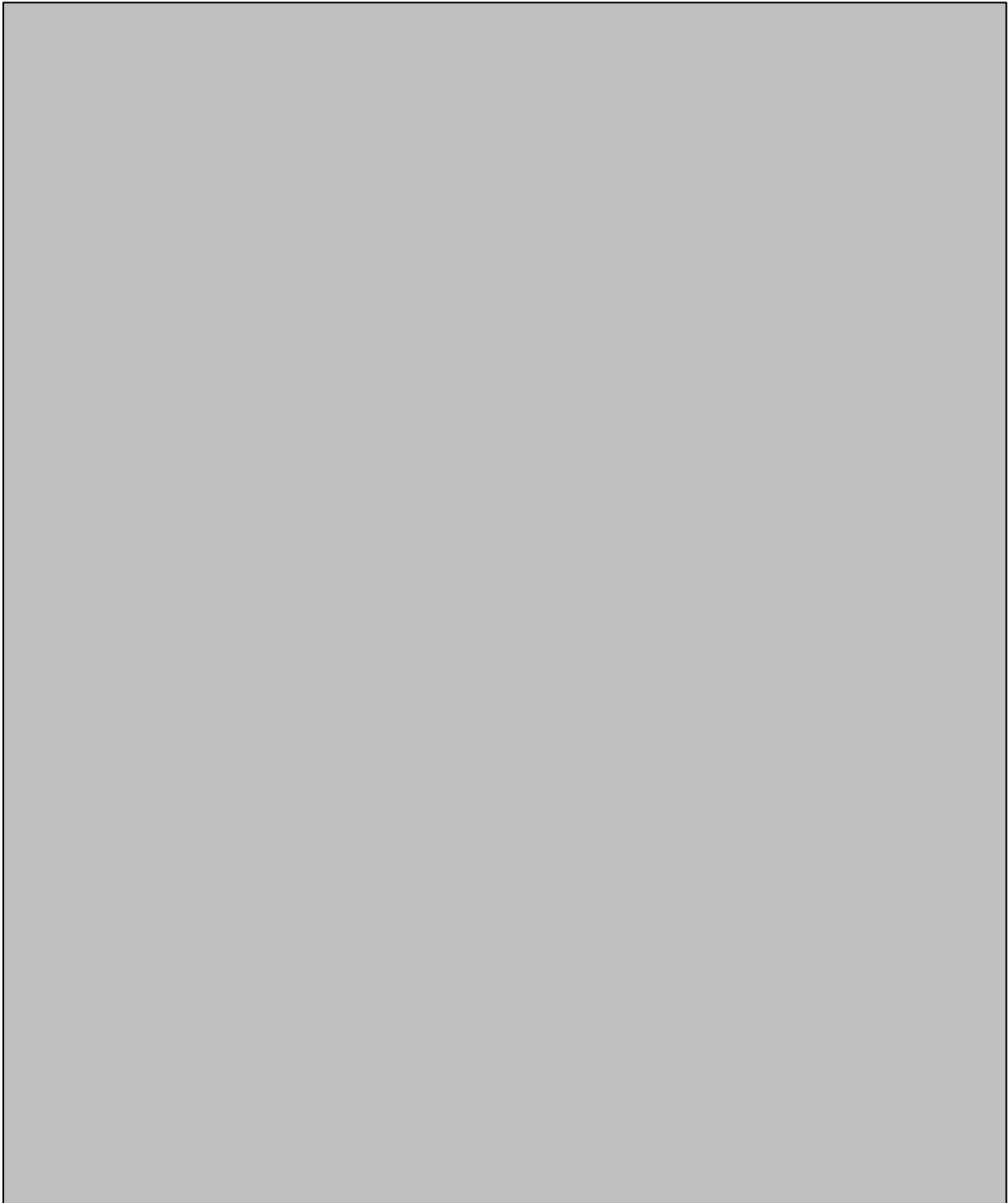
Leahy y Holland (2000)

Proponen que el diseño de tratamiento planteado para el subtipo clínico del capítulo anterior, es aplicable a los sujetos con obsesiones y compulsiones mentales. En la etapa de exposición, los autores aclaran que estos pacientes tradicionalmente no responden bien a los métodos conductuales. Sin embargo, creen que

se puede instrumentar efectivamente la técnica de exposición, al hacer registrar al paciente sus obsesiones en un grabador circular (del tipo de los contestadores automáticos). La cinta solo debe incluir los pensamientos temidos, sin los rituales cognitivos. Luego se les solicita a los pacientes que escuchen las cintas por períodos prolongados hasta habituarse, sin luego llevar a cabo los rituales.

En la tabla 5.1 se muestran los tratamientos expuestos, según: (a) autores y año, (b) técnicas y etapas, y (c) tipo de tratamiento: cognitivo-comportamental o cognitivo puro.

Tabla 5.1 Tratamientos cognitivos para obsesiones y rituales cognitivos



Tradicionalmente, los sujetos con obsesiones y rituales cognitivos han sido considerados difíciles de abordar. A lo largo de este capítulo, se demuestra que existen tratamientos específicamente dirigidos a estos pacientes, que pueden dar resultados eficaces. Además de las terapias cognitivas de Ellis (TRE) y Beck, las técnicas conductuales más utilizadas son: exposición con grabadora de sonido, detención del pensamiento y prevención de la respuesta mental. Resulta también fundamental en la tarea del terapeuta, distinguir adecuadamente entre las obsesiones y las compulsiones mentales, que suelen presentarse indiscriminadamente en el paciente.

Capítulo 6: Factores que influyen en el resultado del tratamiento y tratamientos alternativos

En este último capítulo, como consideración final de los tratamientos para el TOC, se describen las formas alternativas de tratamiento, siguiendo la línea cognitiva, y los factores que influyen en el resultado del tratamiento cognitivo.

Tratamientos Cognitivos Alternativos

Aunque los tratamientos cognitivos planteados a lo largo de los últimos capítulos, son considerados los tratamientos de elección para los sujetos con TOC, para algunos casos, dentro de la misma línea cognitiva, se pueden considerar tratamientos alternativos. Estos podrían considerarse por variedad de razones: gravedad del caso, resistencia al tratamiento, recaídas, abandono del tratamiento, bajos recursos económicos para sustentarlo, entre otras. A continuación se describen brevemente: el tratamiento auto-administrado, internación del paciente, farmacoterapia y neurocirugía.

Tratamiento auto-administrado

Caballo y Mateos (2000) plantean que están en curso estudios para evaluar los nuevos formatos de administración de las técnicas conductuales (manuales de autoayuda y los programas interactivos del ordenador), que permiten al paciente auto-administrarse el tratamiento.

Cía (1995) propone una guía de práctica autoguiada para los sujetos con TOC. Los cuatro desafíos que el sujeto debe afrontar para comenzar a controlar sus síntomas son:

- (1) Adquirir la determinación para superar el problema
- (1) Aceptar las obsesiones en lugar de resistirlas
- (2) Recuperar la perspectiva de que las preocupaciones son irracionales
- (3) Considerar que la ritualización no es la única manera de reducir el distrés producido por las obsesiones

Plantea las siguientes técnicas de auto-ayuda para superar las obsesiones: (a) posponer el pensamiento obsesivo; (b) cambiar las maneras de obsesionar; (c) detención del pensamiento; y (d) técnicas de relajación.

A su vez, propone técnicas de auto-ayuda para los sujetos con compulsiones, como: (a) posponer el ritual; (b) entretener el ritual; (c) cambiar algún aspecto del ritual; y (d) decidir no ritualizar. Por último, plantea sugerencias para los familiares y allegados del paciente.

Farmacoterapia

Según Kozak, Liebowitz y Foa (2000), a lo largo de este último tiempo, se ha demostrado la eficacia tanto del antidepresivo tricíclico clomipramina como de los siguientes inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS): fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.

Clomipramina

Aunque los sujetos son propensos a recaídas cuando se corta la administración del psicofármaco, hasta el momento, la clomipramina es el fármaco comprobado más efectivo para el TOC. Según Caballo y Mateos (2000) la combinación de clomipramina con la técnica de exposición puede mejorar la adherencia al tratamiento. La clomipramina también puede mejorar los síntomas depresivos que suele acompañar al TOC, estableciendo una sensación de control en el paciente, que le permite dedicar más recursos propios al tratamiento.

ISRS

Según Kozak, Liebowitz y Foa (2000), estos psicofármacos presentan efectos secundarios más favorables que los de la clomipramina, pero pueden no ser tan efectivos como esta para el TOC.

La *fluvoxamina* puede ser similar en eficacia y tolerancia que la clomipramina en sujetos con TOC. Según Caballo y Mateos (2000) el añadir fluvoxamina al tratamiento cognitivo-comportamental parece mejorar las obsesiones pero no las compulsiones.

Según Kozak, Liebowitz y Foa (2000), se ha comprobado que la clomipramina es más efectiva que la *fluoxetina*, pero se suele administrar primero este último psicofármaco porque provoca efectos secundarios más favorables.

Limitaciones de la farmacoterapia

A pesar de que los psicofármacos pueden ser muy eficaces en la disminución de los síntomas del TOC, presentan varias desventajas. En primer lugar, todos los psicofármacos que han sido demostrados eficaces, pueden provocar efectos secundarios problemáticos en los pacientes. En segundo lugar, cuando se corta la administración del fármaco, hay un alto porcentaje de recaídas. Dadas las causas de alto costo o embarazo, los sujetos mismos pueden discontinuar la toma de su medicación. Finalmente, muchos pacientes que en principio muestran condiciones para la farmacoterapia, luego son resistentes a tomar la medicación o abandonan el tratamiento. Por lo tanto, en general, antes de asignar farmacoterapia sola, se recomienda la combinación de psicofármacos con el tratamiento cognitivo-comportamental, en los casos más graves. (Kozak, Liebowitz y Foa, 2000).

La internación del paciente

Según Pollard (2000) una minoridad de pacientes se rehúsa o abandona prematuramente el tratamiento ambulatorio, o lo completa pero con escasa o ninguna mejoría. Se ha sugerido que esta minoridad fracasa ante el tratamiento ambulatorio porque el ambiente natural del paciente no facilita la recuperación. En estos casos, puede considerarse la internación del paciente como alternativa.

El terapeuta debe discriminar adecuadamente cuáles pacientes se beneficiarán mejor con la internación. Las razones para que un paciente se interne se agrupan en tres categorías: (a) cuando el tratamiento ambulatorio es peligroso (por ejemplo, pacientes suicidas o pacientes con compulsiones tan severas que perjudican su desempeño en las actividades diarias); (b) cuando el tratamiento ambulatorio no es práctico (por ejemplo, puede resultar muy difícil trabajar en el consultorio o en el hogar, con pacientes que padecen de un grave enlentecimiento en sus acciones); y (c) cuando el tratamiento ambulatorio fracasa. Con respecto a esta última categoría, no todos los sujetos que fracasan ante el tratamiento ambulatorio, se encuentran en condiciones para la internación.

Según Pollard (2000), un tratamiento con internación efectivo requiere de intervenciones creativas para establecer diferencias entre la internación y un ambiente natural. Por ejemplo, se pueden crear situaciones en el hospital para que el paciente se sienta responsable sobre algo, se pueden introducir objetos que le resultan contaminantes, o salir por un día para emplear la técnica de exposición.

La internación del paciente puede proveer mayor supervisión del paciente, asistencia personal, un ambiente más estructurado y facilitador, más horas de aplicación de las técnicas por día, e intervenciones grupales y familiares.

Según Yaryura Tobías y Neziroglu (2001), los pacientes en terapia ambulatoria pueden dejar la medicación con facilidad. En el hospital, en cambio, la administración de la medicación puede ser más controlada.

En el caso en que los pacientes tienen urgencia de que se los reasegure repetidamente, el equipo de enfermería puede negarles el reaseguro con mayor facilidad que la familia del paciente. Los miembros de la familia acceden a las demandas de los pacientes por varias razones: (a) se cansan fácilmente dado que han estado expuestos al problema durante un largo período; (b) la familiaridad con el paciente los lleva a sentir que no pueden ser "cruelles" con ellos, o a estar incómodos cuando tienen que resistir los cuestionamientos repetitivos del paciente; y (c) su resistencia los conduce a discusiones.

Neurocirugía

La neurocirugía puede ser una opción para los pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento psicofarmacológico o cognitivo-conductual. Actualmente se utilizan cuatro tipos de operaciones para el tratamiento del TOC: cingulotomía anterior, capsulotomía anterior, tractotomía subcaudada y leucotomía límbica. Se han reportado rangos del 25 al 100% de mejoras para este tratamiento, y un bajo rango de complicaciones después de la cirugía. (Bellack, Hersen y Salkovskis, 1998). Según Montgomery, Zohar, Lopez Ibor y Lopez Alcocer (1999), los procedimientos de neurocirugía son seguros y eficaces, y entre un 40 y 60% de los pacientes refractarios se benefician parcial o totalmente de la neurocirugía. Ante la operación, algunos pacientes obtienen una respuesta parcial, pero posteriormente pueden presentar una mejor respuesta a tratamientos que antes habían sido ineficaces.

Factores que influyen en el resultado del tratamiento

Neziroglu (1999) ha identificado los siguientes factores que modifican el resultado del tratamiento:

1. *Ideación sobrevalorada*. Cuanto más fuerte es la creencia en la realidad de la idea obsesiva, más difícil resulta el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos.
2. *Factores de personalidad*. Los pacientes con determinados trastornos de personalidad como esquizotípico, histriónico, dependientes, pasivo-agresivo, narcisista y borderline, tienden a responder más pobremente al tratamiento.
3. *Otros trastornos asociados*. Los sujetos que presentan comorbilidad con otros trastornos, generalmente necesitan tratamiento para ambas condiciones, requiriendo más tiempo de terapia. Es importante determinar qué trastorno se debe tratar primero.
4. *Nivel previo de funcionamiento*. Es importante preguntar a los pacientes sobre su nivel previo de funcionamiento, ya que los pacientes con un nivel alto de funcionamiento previo al comienzo del trastorno, parecen responder mejor al tratamiento.
5. *Falta de motivación*. Cuando el sufrimiento que provoca el trastorno es superior al generado por el tratamiento, los pacientes están motivados para cambiar y someterse a la terapia.
6. *Otros miembros de la familia inmediata con TOC*. Otros miembros de la familia con TOC puede hacer más difícil el tratamiento.
7. *Dilación*. El grado de duda e indecisión del paciente también puede influir en el tratamiento. Es por esto que se recomienda que el terapeuta sea quien determine las citas y organice el tratamiento.

Además de los factores mencionados, Cía (1995) agrega el nivel de severidad de los rituales. La severidad de los rituales parece ser el mejor predictor de resultados menos favorables ante el tratamiento.

Es importante considerar a la *familia* del paciente como otro factor que influye en el tratamiento. Steketee y Chambless (1999) consideran que la presencia de emoción expresada de la familia del paciente puede predecir resultados negativos ante el tratamiento del TOC. Por emoción expresada, consideran a los siguientes sentimientos: sobre-involucración emocional, crítica y hostilidad.

Según Steketee, Van Noppen, Lam y Shapiro (1998), a pesar que resulte deducible que el apoyo familiar aumenta la probabilidad de que el paciente se beneficie del tratamiento, los estudios realizados no lo demuestran. El apoyo familiar inmediato para el cambio del paciente es experimentado como beneficioso durante el tratamiento, pero puede no contribuir directamente en los resultados positivos finales de este.

Leahy y Holland (2000) creen que es importante que la familia del paciente contribuya en la instrumentación adecuada de las técnicas de exposición y prevención de respuesta, para favorecer los resultados del tratamiento. En el caso de la prevención de respuesta, consideran que puede ayudar que los familiares le recuerden al paciente no llevar a cabo los rituales. Es importante que la familia se rehúse a ayudar al paciente a realizar el ritual, y a proveerle reaseguramiento.

Bertoldi (1994) considera importante que el núcleo familiar del paciente pondere y comprenda el trastorno, para obtener mejores resultados en el tratamiento.

Por último, Cía (1995) cree recomendable que si la familia del paciente descubre que se está involucrando en alguna compulsión, no tiene que criticarlo ni ridiculizarlo, sino ayudarlo a cumplir su tarea y recordarle su compromiso.

Para finalizar, se puede decir que se han descrito algunas formas alternativas de terapia cognitiva: tratamiento auto-administrado, internación, neurocirugía y farmacoterapia. A su vez, se han expuesto los factores que influyen en los resultados del tratamiento. Al elegir el tipo de tratamiento (más conductual, más cognitivo o la combinación con otra forma alternativa) que se va a utilizar con el paciente, se deben considerar todos los factores mencionados.

Conclusión

A lo largo de este trabajo se ha realizado una revisión de los tratamientos cognitivos individuales del TOC en adultos, y se ha definido el trastorno y sus características principales. A su vez, se han presentado los principales modelos explicativos cognitivos del TOC para lograr una comprensión más enriquecedora de los tratamientos planteados.

La descripción de los tratamientos cognitivos, sus modelos de proceso terapéutico y las técnicas utilizadas, se organizó de una determinada manera para proveerle al lector una guía ordenada de estos. En primer lugar, se describieron los tratamientos que corresponden al subtipo clínico de obsesiones y compulsiones comportamentales. Se cree que los tratamientos aquí desarrollados son aplicables a los demás subtipos clínicos, teniendo en cuenta las modificaciones pertinentes. En segundo lugar, se realizó una revisión de los tratamientos específicamente dirigidos a sujetos con obsesiones y compulsiones cognitivas, que resultó más acotada que la anterior. Se logró un ordenamiento de los tratamientos para ambos subtipos clínicos, según el año y el tipo de tratamiento: cognitivo comportamental o cognitivo puro.

De esta manera, la contribución realizada a partir de la organización particular de los tratamientos, se describe a continuación. La guía de tratamientos presentada en este trabajo puede ser de utilidad en la práctica clínica para los casos que se caracterizan por uno de los dos subtipos propuestos. La clasificación realizada de los tratamientos puede orientar al terapeuta en la decisión del tipo de tratamiento a instrumentar con los pacientes, según el subtipo clínico que presenten.

En los casos en que a cierto paciente, por determinadas variables que no son objeto de estudio de este trabajo, se le recomienda un tratamiento más conductual, puede servirle los tratamientos cognitivo-comportamentales desarrollados en este trabajo, que sean correspondientes con el subtipo clínico que presenta. Se podría decir que los tratamientos de este tipo más recomendados y actuales, como se demuestra en el desarrollo del trabajo, serían el de Leahy y Holland (2000) y Salkovskis, Richards y Forrester (2000). Para un modelo de tratamiento conductual, Steketee (1993) ofrece una guía adecuada (como no incluye técnicas cognitivas, no se lo ha incluido en este trabajo).

Cuando a un paciente se le recomienda un tratamiento más cognitivo, porque se rehúsa a cumplir con las técnicas conductuales de un tratamiento cognitivo-comportamental, las ha abandonado, han fracasado, o por otras razones (que no son objeto de estudio del presente trabajo), puede serle de utilidad los modelos de tratamiento cognitivos (puros) presentados en este trabajo, que correspondan con el subtipo clínico que el sujeto padece. En estos casos, se podría decir que los tratamientos de este tipo más recomendados son: la terapia racional emotiva, la terapia cognitiva basada en las líneas de Beck y Salkovskis, y los modelos de tratamiento propuestos por Wilhelm (2000) y O'Connor y Robillard (1999).

Se ha avanzado en la resolución de la controversia planteada al comienzo del trabajo. La terapia cognitiva (la terapia racional emotiva y principalmente la terapia basada en los conceptos de Beck y Salkovskis) puede resultar igual o aún más eficaz que las técnicas conductuales, en el tratamiento individual de adultos con TOC. Las técnicas de exposición y prevención de respuesta pueden resultar muy eficaces y recomendadas en el tratamiento del TOC, pero a su vez pueden provocar una gran resistencia por parte del paciente, ya que se le solicita que se exponga a sus miedos y deje de hacer algo que ha estado acostumbrado a realizar durante mucho tiempo. Por lo tanto, en los casos en que no existe una gran motivación hacia el tratamiento, se podría recomendar un modelo de terapia más cognitiva.

En general, como las técnicas conductuales y las técnicas cognitivas resultan ambas muy eficaces, en los casos en que los pacientes estén en condiciones (posean la motivación y otras condiciones que quedan pendientes para un estudio posterior), se podría recomendar la combinación de ambas técnicas: los modelos de tratamiento cognitivo-comportamental.

La terapia cognitiva, a diferencia de la comportamental, puede presentar dos ventajas importantes: (a) en los tratamientos cognitivo-comportamentales, puede beneficiar la instrumentación de las técnicas conductuales, al favorecer la preparación, predisposición y motivación del paciente con respecto al tratamiento; y (b) puede generar resultados muy positivos en el tratamiento, sin la necesidad de instrumentar las técnicas conductuales, ya que puede trabajar directamente con las interpretaciones o creencias disfuncionales de los pacientes, y en consecuencia reducir o suprimir las obsesiones y las compulsiones (motoras o cognitivas) asociadas. Este último aspecto ha sido sugerido por varios autores (Salkovskis, Richards y Forrester, 2000), pero su validez empírica ha sido estudiada escasamente. De esta manera, queda pendiente para otros trabajos reunir más evidencias para fortalecer su validez, al nivel que han sido estudiadas las técnicas conductuales.

Se ha realizado una aproximación a describir los tratamientos cognitivos para el TOC. Dada la cantidad de modelos terapéuticos existentes para el TOC, este trabajo expone solo una parte, en base a los que se

consideraron los más importantes. A su vez, sólo se mencionaron las técnicas y etapas propuestas por cada tratamiento en modo de guía, ya que su extenso desarrollo resultaría reiterativo.

Aunque los tratamientos presentados pueden ser aplicables a otros subtipos clínicos (obsesiones solas, compulsiones solas y enlentecimiento primario) del TOC realizando las modificaciones que correspondan, queda pendiente para un futuro investigar cuáles serían los tratamientos adecuados para aquellos subtipos clínicos.

Como se mencionó anteriormente, un factor importante a estudiar serían las variables que determinan qué tipo de tratamiento sería adecuado para cierto tipo de paciente. De esta manera, la guía de tratamientos presentada en este trabajo podría resultar de mayor utilidad, y a su vez se sabría con mayor detalle en qué condiciones se tendrían que considerar las formas alternativas de tratamiento que fueron brevemente expuestas al final del trabajo.

Para finalizar, se puede decir que mediante este trabajo, se definió al TOC, se presentaron sus modelos explicativos cognitivos, y como contribución fundamental se logró una actualización y ordenamiento de los tratamientos cognitivos existentes para el TOC y sus subtipos clínicos más comunes, quedando las puertas abiertas para futuras investigaciones sobre el tema.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. 428-434. Barcelona: Masson, 4ta. edición.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. 213-262. Westford: Meridan.
- Beck, A. T. Alford, B. A. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. 11-30, 115-136. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy, Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beens, H. Emmelkamp, P. M. (1991) Cognitive Therapy with Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparative Evaluation. *Behaviour Research and Therapy*. 29 (3). 293-300.
- Bellack, A. S. Hersen, M. Ollendick, T. (1998). *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 5: 367-383. Oxford: Pergamon.
- Bellack, A. S. Hersen, M. Salkovskis, P. M. (1998). *Comprehensive Clinical Psychology*. Vol. 6: 329-336, 368-391. Oxford: Pergamon.
- Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Vol. 2: 187-223. Madrid: McGraw-Hill.
- Bertoldi, A. M. (1994). *El trastorno obsesivo compulsivo. Avances etipatógenicos, clínicos y terapéuticos*. 47-60. Buenos Aires: I&M.S.A.
- Caballo, V. E. Mateos Vílchez, P. M. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*. 8 (2). 173-215.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. Ibañez, E. (1993). *La terapia cognitiva de evaluación: un nuevo enfoque para el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos*. III Congreso Latini Dies. Toulouse.
- Chappa, H. J. (1994). Tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos: una propuesta integrativa. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 3 (3).293-305.
- Cía, A. H. (1995). *Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*. 165-216, 39-55. Buenos Aires: El Ateneo.
- Dowd, E. T. (1997) La evolución de las psicoterapias cognitivas. 25-35. En I. Caro. *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (1994). Rational Emotive Behavior Therapy Approaches to Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*. 12 (2). 121-141.
- Emmelkamp, P. M. van Oppen, P. (2000). Issues in Cognitive Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. 117-132. In W. K. Goodman. M. V. Rudorfer. J. D. Maser. *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*. Mahwah, New Jersey: Lea.
- Fernández Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. 19-76. Buenos Aires: Paidós, 2da. edición.
- Fields, L. (1998). An Integrative Brief Treatment Approach for Obsessive Compulsive Disorders. *Journal of Psychotherapy Integration*. 8 (3). 161-172.
- Franklin M. E. Foa, E. B. (1998). Cognitive-Behavioral Treatments for Obsessive Compulsive Disorder. 339-357. In P. E. Nathan. J. M. Gorman. *A Guide to Treatments that Work*. New York: Oxford University Press.
- Freeston, M. H. Gagnon, F. Ladouceur, R. Thibodeau, N. Dumont (1995). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessions. *Behavior Modification*. 19 (2). 247-257.
- Freeston, M. H. Gagnon, F. Ladouceur, R. Thibodeau, N. Rhéaume, J. Letarte, H. Bujold, A. (1997). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive Thoughts: A Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65 (3). 405-413.
- Freeston, M. Ladouceur, R. (1998). The Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessions. 129-160. In V. E. Caballo. *International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders*. Oxford: Pergamon.
- Freeston, M. H. Ladouceur, R. Rheume, J. Leger, E. (1998). Applications of Cognitive Models of OCD in Clinical Practice. 117-126. In E. Sanavio. *Behavior and Cognitive Therapy Today: Essays in Honor of Hans J. Eysenck*. Oxford: Elsevier Science Ltd. xv.
- Forrester, E. Richards, C. Salkovskis, P. (1998). Cognitive-Behavioural Approach to Understanding Obsessional Thinking. *British Journal of Psychiatry*. 173 (35). 53-63.
- Freud, S. (1980). *Obras completas. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Vol. 10. 119-263. Buenos Aires: Amorrortu editores. (1ra. edición en inglés: S. Freud. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 1955).
- Guijarro López, O. Herranz Rodríguez, L. Jimenez Suárez, O. (1999). Nuevas perspectivas en investigación y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. *Psiquiatría Pública*. 11 (4). 121-124.

- Goncalves, O. F. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia cognitivo-narrativa. 339-350. En I. Caro. Herranz Rodriguez, L. (1999). Cognitive-Behavioral Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Psiquiatría Pública*. 11 (4). 102-106.
- Hofmann, S. G. Marten DiBartolo, P. (1997). Techniques of Cognitive Therapy. 57-82. In W. T. Roth. *Treating Anxiety Disorders*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kozak, M. J. Liebowitz, M. R. Foa, E. B. (2000). Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder: The NIMH-Sponsored Collaborative Study. 501-530. In W. K. Goodman. M. V. Rudorfer. J. D. Maser. *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*. Mahwah, New Jersey: Lea.
- Laplanche, J. Pontalis, J. B. (1974). *Diccionario de psicoanálisis*. 263-264. Barcelona: Labor.
- Leahy, R. L. Holland, S. J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. 242-280. New York: The Guilford Press.
- Mancini, F. (2000). Un modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicoterapia*. 11 (42-43). 5-30.
- McLean, P. D. Whittal, M. L. Thordarson, D. S. Taylor, S. Söchting, I. Koch, W. J. Paterson, R. Anderson, K. W. (2001). Cognitive Versus Behavior Therapy in the Group Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (2). 205-214.
- Montgomery, S. Zohar, J. Lopez Ibor, J. J. Lopez Ibor Alcocer, M. I. (1999). *Trastorno obsesivo compulsivo*. 63-86. Londres: Martín Dunitz.
- Navarro Cueva, R. (1991). Técnicas conductuales y cognitivas en el tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos. *Revista de aprendizaje y comportamiento*. 9 (1-2). 83 -101.
- Neziroglu, F. (1999). Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos asociados. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. 10. 207-215.
- Neziroglu, F. A. Stevens, K. P. Liquori, B. Yaryura-Tobias, J. A. (2000). Cognitive and Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. 233-249. In W. K. - Goodman. M. V. Rudorfer. J. D. Maser. *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*. Mahwah, New Jersey: Lea.
- O'Connor, K. Robillard, S. (1999). A Cognitive Approach to the Treatment of Primary Inferences in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 13 (4). 359-375.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*. 179-182. Madrid: Meditor.
- Overholser, J. C. (1999). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 29 (4). 369-382.
- Pollard, C. A. (2000). Inpatient Treatment of Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. 223-231. In W. K. Goodman. M. V. Rudorfer. J. D. Maser. *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*: Mahwah, New Jersey: Lea.
- Salkovskis, P. M. Richards, C. Forrester, E. (2000). Psychological Treatment of Refractory Obsessive Compulsive Disorder and Related Problems. 201-221. In W. K. Goodman. M. V. Rudorfer. J. D. Maser. *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series*. Mahwah, New Jersey: Lea.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. 39-50. New York: The Guilford Press.
- Steketee, G. Chambless, D. L. (1999). Expressed Emotion and Behavior Therapy Outcome: A Prospective Study with Obsessive-Compulsive and Agoraphobic Outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (5). 658-665.
- Steketee, G. Van Noppen, B. Lam, J. Shapiro, L. (1998). Expressed Emotion in Families and the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice*. 4 (3). 73-91.
- Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 437-452. Barcelona: Masson, 4ta. edición.
- van Oppen, P. Amtz, A. (1994). Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 32 (1). 79-87.
- van Oppen, P. de Haan, E. van Balkom, A. Spinhoven, P. Hoogduin, K. Van Dyck, R. (1995). Cognitive Therapy and Exposure in Vivo in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 33 (4). 379-390.
- Wilhelm, S. (2000). Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 14 (3). 245-259.
- Yaryura Tobias, J. A. Neziroglu, F. (2001). *Un viaje al interior del cerebro. El espectro obsesivo compulsivo*. 85-92, 135-144. Buenos Aires: Polemos.

