

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Arturo Bados

18 de octubre de 2009

ÍNDICE

NATURALEZA.....	2
EDAD DE COMIENZO Y CURSO.....	10
FRECUENCIA.....	10
PROBLEMAS ASOCIADOS.....	11
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO.....	12
EVALUACIÓN.....	17
Entrevista.....	17
Cuestionarios.....	20
Cuestionarios sobre TOC.....	20
Cuestionarios sobre aspectos específicos.....	23
Cuestionarios de interferencia o discapacidad.....	25
Autorregistros.....	26
Observación.....	27
Escala de calificación.....	27
Examen médico.....	27
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.....	27
Eficacia de la exposición más prevención de respuesta.....	28
Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados.....	32
Variables predictoras.....	34
Utilidad clínica de la exposición más prevención de respuesta.....	35
Eficacia y utilidad clínica de la terapia cognitiva y cognitivo-conductual.....	36
Terapia cognitiva.....	36
Terapia cognitivo-conductual.....	38
EXPOSICIÓN MÁS PREVENCIÓN DE RESPUESTA.....	41
Programa de exposición y prevención de respuesta.....	41
Exposición imaginal.....	44
Exposición en vivo.....	47
Plan de exposición con un paciente con rituales de lavado.....	49
Plan de exposición con un paciente con rituales de comprobación.....	51
Plan de exposición con un paciente con rituales de acumulación.....	51
Prevención de respuesta.....	53

Exposición funcional cognitiva.....	58
TERAPIA COGNITIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	60
Intervenciones con disfunciones cognitivas específicas	62
Sobrestimación de la importancia de los pensamientos	62
Responsabilidad	64
Perfeccionismo.....	65
Interpretación exagerada de las amenazas	67
Consecuencias de la ansiedad	69
TERAPIA DE REDUCCIÓN DE LA IDEACIÓN DE PELIGRO	71
DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO	72
PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS.....	72
TRATAMIENTO MÉDICO	73
TABLAS	77
REFERENCIAS	89

NATURALEZA

Salkovskis y Kirk (1989) presentan el siguiente caso de un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): “Una paciente tenía el pensamiento (obsesión) de que podía transmitir el cáncer a su familia y fregaba sus manos (compulsión) con desinfectante hasta 40 veces al día de 5 a 20 minutos cada vez. Sabía que el cáncer no se transmite por contacto (aunque no podía estar 100% segura) y la mayoría del tiempo se daba cuenta de que su lavado era inútil y perturbador. Sin embargo, cuando tenía la obsesión, experimentaba ansiedad y malestar, y sólo lavándose podía tener la certeza de no hacer daño a su familia. Su lavado era estereotipado e implicaba el fregado de cada dedo y parte de la mano en un orden estricto (si no, tenía que repetir el lavado) y empleando movimientos afectados y estereotipados”. Otro ejemplo de obsesiones y compulsiones puede verse en la **tabla 1**.

Según el **DSM-IV** (American Psychiatric Association, 1994), los **criterios para poder hablar de trastorno obsesivo-compulsivo** son:

- a) Presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes.
- b) Estas son lo bastante graves como para producir pérdida de tiempo (más de una hora diaria), malestar acusado o deterioro significativo en el funcionamiento de la persona.
- c) En algún momento en el curso del trastorno la persona (excepto en el caso de los niños) ha reconocido que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables.
- d) En el caso de que otro trastorno del Eje I esté presente, el contenido de las obsesiones o compulsiones no está limitado a él (p.ej., preocupación por la comida en un trastorno alimentario, arrancarse el pelo en la tricotilomanía, inquietud por la apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en el trastorno de consumo de sustancias, preocupación por tener una enfermedad grave en la hipocondría, preocupación por deseos o fantasías sexuales en una parafilia, o rumiaciones de culpa en el trastorno depresivo mayor).
- e) El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una condición médica general (American Psychiatric Association, 1994). Una explicación detallada de estos criterios aparece en la **tabla 2**.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** (Organización Mundial de la Salud,

1994/2000) para el trastorno obsesivo-compulsivo distinguen obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). En cambio, el DSM-IV establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad o malestar, o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto, según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognitivo, que serían consideradas obsesiones según la CIE-10. Además, los criterios diagnósticos de la CIE especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas. En tercer lugar, debe haber al menos una obsesión o compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional. Cuarto, debe haber al menos una obsesión o compulsión que es resistida sin éxito, aunque haya otras a las que la persona ya no se resista. Por último, en vez de la poca conciencia de trastorno, se especifica si predominan las obsesiones, las compulsiones o si ambas son igualmente intensas.

El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 es sólo moderado. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), sólo el 64% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas.

Las **obsesiones** son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son experimentados (al menos inicialmente) como intrusos e inapropiados (egodistónicos, en contra de los propios valores) y que causan ansiedad o malestar acusados. Aunque la persona considera que las obsesiones no son el tipo de pensamientos que esperaría tener, reconoce que son el producto de su propia mente (aunque involuntarias) y que no vienen impuestas desde fuera, como ocurre en la inserción de pensamiento. La frecuencia y duración de las obsesiones varían mucho entre pacientes; algunos informan de dos o tres obsesiones por día que duran largo tiempo cada una de ellas, mientras que otros informan de múltiples ocurrencias obsesivas al día, pero de breve duración.

Los **contenidos más frecuentes de las obsesiones** en la población general tienen que ver con **dudas repetidas y comprobación** (p.ej., sobre si se ha cerrado el gas o la puerta o si se ha atropellado a alguien), **acumulación, orden** (lo que lleva a un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas), contenido **moral, contenido religioso** (p.ej., pensamientos blasfemos), **imágenes sexuales** (p.ej., una escena pornográfica), **contaminación** (p.ej., al dar la mano o tocar ciertas cosas o sustancias), e **impulsos de hacerse daño a sí mismo o causar daño a otro** (p.ej., hacer daño o matar a un hijo). También hay obsesiones y compulsiones relacionadas con la **enfermedad**. El problema principal de algunos pacientes son las **rumiaciones obsesivas**: pasar larguísimo periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto tal como una cuestión filosófica, religiosa o familiar. La **tabla 3** presenta la frecuencia de diferentes obsesiones en niños y adolescentes y adultos con TOC.

El contenido de las obsesiones es similar al de los **pensamientos intrusos** que tienen las personas sin problemas clínicos, pero las **obsesiones son mucho más frecuentes, ansiógenas, intensas y difíciles de controlar**. Por ejemplo, en población no clínica los pensamientos intrusos más frecuentes no parecen ocurrir más de unas pocas veces al año (Julien, O'Connor y Aardema, 2007).

La mayoría de las obsesiones implican la **anticipación de consecuencias negativas** si uno se expone a las situaciones que desencadenan aquellas y/o no lleva a cabo alguna acción protectora (compulsión). Ejemplos son contraer una enfermedad, provocar una explosión o un incendio, contagiar a alguien, atropellar a un niño, provocar un daño no especificado a alguna persona, matar realmente a alguien, ser castigado por Dios, ir al infierno. Conviene señalar que una obsesión no siempre implica miedo a un daño específico; un tercio de los pacientes informan sólo de una noción vaga de daño (“algo malo le sucederá a mi hijo”) o dicen **experimentar simplemente un malestar** que no pueden tolerar si no llevan a cabo el ritual. Así, un paciente puede experimentar un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas sin anticipar consecuencias nocivas por

el estado de desorden; mientras que otro paciente puede pensar que si no ordena o pone bien las cosas, él o su familia sufrirán un accidente.

Las **obsesiones no son simplemente preocupaciones excesivas** sobre problemas cotidianos o de la vida real (p.ej., laborales, académicos, sociales, económicos) y, de hecho, no suelen estar relacionadas con problemas de este tipo. A diferencia de las obsesiones, las preocupaciones tienen que ver con problemas de la vida cotidiana, son egosintónicas, menos inaceptables y resistidas y menos intrusas; además, la persona puede creer que preocuparse reduce la posibilidad de que ocurra lo que teme (American Psychiatric Association, 1994; Julien, O'Connor y Aardema, 2007; Turner, Beidel y Stanley, 1992). Las **rumiaciones depresivas** tampoco son obsesiones; las primeras son ideas pesimistas sobre sí mismo y el mundo y, a diferencia de las obsesiones, no hay intentos para ignorarlas o suprimirlas, ya que son consideradas como egosintónicas y poco intrusas.

El paciente con obsesiones intenta pasarlas por alto o suprimirlas o bien neutralizarlas con algún otro pensamiento o acción, es decir, con alguna compulsión. Las **compulsiones** son conductas (p.ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p.ej., rezar, contar, repetir palabras o pensamientos en silencio, repasar mentalmente acciones previas, formar contraimágenes) repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser aplicadas rígidamente (p.ej., llevar a cabo una acción, como vestirse o lavarse, de acuerdo con estrictas reglas propias y sin que se pueda explicar por qué se llevan a cabo). La mayoría de autores emplean el término **ritual como sinónimo de compulsión, aunque otros los distinguen**; así, según Botella y Robert (1995), los rituales son compulsiones manifiestas o encubiertas que siguen un patrón rígido y una secuencia de pasos o etapas con un principio y un final bien definido.

Las **compulsiones** están dirigidas no a proporcionar placer, sino a prevenir o reducir el malestar (o el aumento de este) o a prevenir algún acontecimiento o situación temidos (p.ej., consecuencias desastrosas como matar a alguien o ir al infierno); sin embargo, no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien son claramente excesivas. Así, el paciente obsesionado con contaminarse puede lavarse las manos decenas de veces; el que tiene dudas de haber apagado el gas puede comprobar la llave cada pocos minutos; y al que le asaltan pensamientos blasfemos indeseados puede contar de 7 en 7 hasta 1.000 por cada pensamiento (American Psychiatric Association, 1994). Aunque el 90% de las compulsiones van dirigidas a reducir el malestar o prevenir un daño, el 10% no se relacionan con las obsesiones según autoinformes de los pacientes (Foa et al., 1995, citado en Kozak y Foa, 1997b).

Conviene enfatizar que las compulsiones pueden ser no sólo conductas motoras, sino también acciones encubiertas tales como repetirse internamente cosas (p.ej., una oración o la expresión “no lo haré”), repasar mentalmente lo que uno ha hecho para asegurarse de que no se han cometido errores o acciones inmorales, contar en silencio o formar contraimágenes (p.ej., imaginarse a la familia sana y salva). Es más, **estas acciones mentales neutralizadoras pueden ser topográficamente idénticas a la obsesión**, aunque con una finalidad diferente (neutralizar el malestar o acontecimientos temidos). Así, una persona con la obsesión de que alguien le atacará, puede neutralizarla repitiendo este pensamiento un número determinado de veces. Y otra obsesionada con que ha podido hacer algo malo (p.ej., enviar una carta comprometedor), puede repasar varias veces sus acciones para asegurarse de que no lo ha hecho. Hasta el 50-60% de los casos con TOC en estudios epidemiológicos presentan obsesiones sin compulsiones manifiestas. Las compulsiones mentales parecen más frecuentes en pacientes que presentan obsesiones de contenido religioso, agresivo o sexual (Abramowitz et al., 2003).

Junto a las obsesiones y compulsiones se da una **evitación de las situaciones que facilitan el surgimiento de las obsesiones correspondientes**. En las obsesiones de contaminación pueden evitarse los aseos públicos o estrechar la mano o, incluso, salir a la calle y recibir visitas; en las de

hacer daño a los hijos, quedarse sólo con ellos o tener cuchillos de cocina en casa; en las de atropellar a alguien, conducir. En ocasiones, la evitación es más **sutil**: conducir sólo cuando hay poca gente por la calle, limitar el tiempo que se permanece fuera de casa para no tener que usar váteres públicos, abrir las puertas con el codo, llevar calcetines sin goma para no tocarse los pies al quitárselos, etc. Es fácil encontrar sentimientos de culpa y un sentido patológico de la responsabilidad.

Algunos de los **ejemplos de obsesiones, compulsiones y conductas de evitación más comunes** se presentan a continuación clasificadas por temas (Cruzado, 1998; Salkovskis y Kirk, 1989; Steketee, 1999).

- **Contaminación.** Obsesiones sobre sufrir daño o contagiar a otros por contacto con sustancias que se piensa son peligrosas, por ejemplo, suciedad, gérmenes, orina, heces, sangre, semen, secreciones vaginales, animales, productos de limpieza para el hogar, radiación, etc. Compulsiones típicas son lavarse o ducharse concienzudamente, desinfectarse, limpiar cosas, buscar tranquilidad. Además, se tiende a evitar el contacto con los objetos contaminados (p.ej., bolsas de basura, personas con ciertas enfermedades, hospitales, lavabos públicos, pomos de puertas) y aparecen conductas defensivas o de búsqueda de seguridad tales como coger las cosas con guantes, abrir las puertas con los codos o pedir a otros que manipulen los objetos considerados contaminados. Un ejemplo concreto es que si una persona tiene la obsesión “el peine del peluquero tiene el virus del SIDA”, puede llamar al doctor, comprobar el cuerpo para los síntomas del SIDA, lavarse las manos y el cabello y esterilizar todas las cosas que los demás puedan tocar.
- **Daño accidental no debido a contaminación o violencia física; por ejemplo, accidente, enfermedad.** Obsesiones sobre dejarse la llave del gas o la puerta de casa abierta, un fuego encendido o aparatos eléctricos conectados; haber atropellado a alguien; hacerse daño con un objeto afilado; escribir cosas comprometedoras; pensar que a un familiar le ocurrirá algo grave; pensar que se pondrá veneno o cristales en la comida. Compulsiones: comprobar repetidamente la llave del gas, puerta, quemadores o aparatos (en ocasiones la comprobación puede ser mental); telefonar a hospitales o policía, rehacer la ruta, comprobar golpes o marcas en el coche, leer los periódicos al día siguiente; observarse detenidamente para comprobar si se está herido; comprobar repetidamente lo escrito; telefonar, repetir ciertas jaculatorias, caminar de determinada manera o tocar ciertos objetos; revisar la comida. Los pacientes creen que si no realizan las comprobaciones, se producirá una catástrofe de la que serán responsables.
- **Violencia física hacia sí mismo u otros por parte de uno mismo u otros.** Obsesiones sobre tirarse al tren, matar a un hijo con un cuchillo, ahogarlo con una bolsa de plástico, apalazar a un amigo, tirar a alguien por una ventana o al tren, imágenes de asesinatos o cuerpos desmembrados. Compulsiones: pensar repetidamente que no se quiere morir, buscar tranquilidad, comprobar que no se ha causado ningún daño, formar una contraimagen. Conductas de evitación: no acercarse a las vías hasta que el tren esté parado, no quedarse solo con la persona a la que se puede dañar, ocultar cuchillos y bolsas de plástico, tener sólo cuchillos de plástico.
- **Conducta socialmente inaceptable.** Obsesiones sobre proferir o escribir obscenidades o insultos, decir algo poco respetuoso sobre una persona fallecida, robar, engañar, mentir. Compulsiones: intentar mantener el control de la conducta, preguntar a otros si uno se comportó adecuadamente en una situación dada, confesar conductas inaceptables que no se han hecho. Conducta de evitación: no acudir a situaciones sociales.
- **Sexo.** Obsesiones sobre órganos sexuales, actos sexuales indeseados (cometer una viola-

ción, exhibirse, abusar de niños), dudas sobre la propia orientación sexual. Compulsiones: intentar sacar de la mente los pensamientos sexuales, pensar en otras cosas, recordarse experiencias heterosexuales cuando asalta la obsesión de homosexualidad, realizar un ritual mental (p.ej., contar de 1 a 10 y de 10 a 1 cien veces). Conductas de evitación: no quedarse solo con personas del sexo preferido.

- **Religión.** Obsesiones: pensamientos o imágenes blasfemos (p.ej., “voy a ofrecer mi comida al diablo”, verse haciendo el amor con Jesucristo), pensamientos de ser castigado, dudas religiosas. Compulsiones: rezar, buscar ayuda religiosa o confesarse, hacer penitencia, pensar una frase que contrarreste la obsesión (p.ej., ofrecer otras cosas a Dios), formar una contraimagen de adoración a Jesucristo.
- **Acumulación.** Obsesiones sobre tirar cualquier cosa valiosa o cosas aparentemente poco importantes que puedan necesitarse en el futuro, sobre provocar un daño o cometer un error si se tiran ciertas cosas o sobre escrúpulos morales por malgastar. Compulsiones: acumular gran cantidad de objetos tales como revistas, facturas, apuntes, ropa, etc. que pueden llegar a llenar la casa e incluso otros lugares. La persona evita deshacerse de los objetos acumulados, que son de poco uso o valor, y puede tardar varias horas antes de decidirse a tirar algo. De un 20% a un 33% de los pacientes con TOC presentan conductas de acumulación. Frost et al. (2004) citan varias investigaciones según las cuales la acumulación puede no ser sólo un síntoma del TOC, sino un trastorno aparte en el que las personas no presentan otros síntomas del TOC.

Hay que **distinguir** entre el trastorno compulsivo de acumulación y el denominado **Síndrome de Diógenes**. Este, a diferencia del anterior, se da principalmente en personas de edad avanzada, y en las que generalmente existe un importante deterioro cognitivo o alguna demencia. Además, algunos de los síntomas principales y definitorios del Síndrome de Diógenes son el abandono extremo del autocuidado (higiene, alimentación, salud, etc.) y la ausencia de conciencia de enfermedad. Las personas con Síndrome de Diógenes suelen acumular basura (por ejemplo, restos de comida) o incluso animales que han sido abandonados en la calle, mientras que los acumuladores compulsivos almacenan objetos sin valor.

- **Orden, simetría, exactitud.** Obsesiones sobre que las cosas deben estar en el sitio adecuado y/o simétricamente colocadas, la lectura perfectamente comprendida, la escritura perfectamente hecha, las palabras empleadas con precisión y las acciones realizadas del modo correcto de acuerdo con una secuencia o número particular; por ejemplo, “si no limpio mis dientes del modo correcto, tendré que hacerlo otra vez hasta que lo consiga”. Compulsiones: ordenar los objetos de una manera determinada, comprobar mirándose o midiendo que las partes del cuerpo son simétricas, leer con lentitud o volver a leer lo ya leído, repasar y reescribir lo escrito, preguntar sobre lo que se ha dicho, seguir una secuencia estricta a la hora de hacer algo como cocinar o limpiar, repetir la acción un “buen” número de veces, repetirla hasta que parezca bien.

Esto último puede conducir a la **lentitud compulsiva**, que es especialmente difícil de tratar. Actividades cotidianas como levantarse de la cama, asearse y vestirse pueden llevar horas debido a la necesidad de seguir un orden programado, llevar a cabo comprobaciones mentales y repetir las acciones que no se han realizado “bien”. La lentitud es selectiva, afecta a ciertas acciones, pero no a otras. Cuando hay órdenes directas o grabadas para realizar las acciones, no se produce el entecimiento, pero los efectos no se mantienen.

- **Muerte.** Obsesión: Imágenes de seres queridos muertos. Compulsión: Imágenes de las

mismas personas vivas. Conductas de evitación: No hablar de temas de muerte, leer al respecto o visitar sitios relacionados.

- **Tema somático.** Obsesiones sobre tener una enfermedad (cáncer, SIDA, problemas cardíacos) o algún defecto imaginado en alguna parte del cuerpo a pesar de opiniones contrarias. Hay que establecer aquí el diagnóstico diferencial con hipocondría y trastorno dismórfico corporal. Compulsiones: Pedir a médicos y amigos que aseguren que no se tiene la enfermedad, autoobservarse (p.ej., tomarse el pulso o la temperatura), comprobar la apariencia en el espejo.
- **Sin sentido (frases, imágenes, melodías, palabras, series de números carentes de sentido).** Por ejemplo, una persona que oye internamente la melodía de un programa deportivo de TV mientras lee puede repetir la acción hasta conseguir leer el mismo trozo sin escuchar la melodía.
- **Temas diversos:** a) Necesidad de recordar cosas poco importantes (matrículas, números antiguos de teléfonos, eslóganes), b) pensamientos de perder cosas, c) obsesiones sobre sonidos o ruidos (relojes, voces, etc.).

Otras compulsiones a mencionar son las de: a) **contar:** el paciente se ve impelido a contar numéricamente cosas como los libros de una biblioteca o las baldosas que va pisando por la calle, o el número de veces que realiza una actividad como lavarse las manos; y b) **tocar:** impulso de tocar superficies rugosas o calientes o de rozar a otras personas o tocarlas suavemente.

El **riesgo de desarrollar TOC en una persona que presente obsesiones/compulsiones** es más alto cuando el contenido de las mismas tiene que ver con daño, sexo, religión, moral y contaminación. Además el riesgo de TOC es más alto conforme aumenta el número de obsesiones/compulsiones (2,)5 para una, 7,4% para 4, 36,4% para 4 y 44% para 5) (Rucio et al., 2008).

El **TOC puede no ser un trastorno único**, sino un espectro de síndromes potencialmente coincidentes. Estudios que han realizado análisis factoriales y de agrupamiento de las diferentes obsesiones y compulsiones indican **cinco subtipos de TOC** (Starcevic y Brakoulias, 2008): a) Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza. b) Obsesiones de duda y compulsiones de comprobación (aunque algunos estudios han asociado las obsesiones agresivas con compulsiones de comprobación). c) Obsesiones, frecuentemente de carácter sexual, religioso, agresivo o somático, sin compulsiones manifiestas. d) Obsesiones de simetría con compulsiones de orden y organización (a veces acompañadas de de obsesiones de exactitud/perfeccionismo, repetición, contar y lentitud obsesiva). e) Obsesiones y compulsiones de acumular y coleccionar. Los límites entre estos subtipos no siempre están claros y muchos pacientes presentan obsesiones y compulsiones de diferentes subtipos. A pesar de esto, algún subtipo predomina y los pacientes tienden a mantener a lo largo del tiempo los síntomas del mismo subtipo.

Por otra parte, el metaanálisis de Bloch et al. (2008) ha distinguido sólo cuatro subtipos: a) Obsesiones de simetría y compulsiones de repetir, ordenar y contar. b) Obsesiones de contenido agresivo, sexual, religioso y somático con compulsiones de comprobación. c) Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza. d) Obsesiones y compulsiones de acumulación. En niños también se encontraron cuatro subtipos, pero con las diferencias de que la comprobación cargó en el factor de simetría y las obsesiones somáticas en el factor de limpieza.

Algunas actividades como comer, jugar, consumir sustancias o practicar sexo son **etiquetadas de compulsivas** cuando se llevan a cabo en exceso. Sin embargo, **no son auténticas compulsiones porque la persona obtiene placer** de las actividades y puede desear resistirse a las mismas sólo a causa de sus consecuencias nocivas.

La mayoría de los pacientes con TOC presentan más de un tipo de obsesión y compulsión (el 60% de los casos clínicos; el porcentaje es del 54% entre la población general que presenta obsesiones/compulsiones). Además, la inmensa mayoría presentan tanto obsesiones como compulsiones (internas o externas) y al menos la mitad presentan compulsiones manifiestas. Sólo el 2% tienen obsesiones puras, sin rituales externos o internos. El 90% de las compulsiones se llevan a cabo en respuesta a las obsesiones, mientras que el 10% restante no se perciben relacionadas con una obsesión. La existencia de **compulsiones sin obsesión** precedente ha recibido dos explicaciones: a) La compulsión (p.ej., comprobar si se ha cerrado bien el coche) previene la aparición de la obsesión (Cruzado, 1998). b) Este tipo de compulsiones suelen ser de larga evolución y estereotipadas y además muy eficaces, por lo que han llevado a la desaparición de las obsesiones y ansiedad subsecuente, que sí existían al principio del trastorno (Salkovskis, 1985). Es de esperar que los pacientes con este tipo de compulsiones presenten poca resistencia a las mismas y experimenten poco malestar al realizarlas, aunque sí cuando se previene su ocurrencia.

Lee y Kwon (2003) han agrupado las distintas categorías de **obsesiones en dos subtipos** – autógenas y reactivas– que difieren en una serie de características, en la valoración o significado que se otorga a las mismas y en las estrategias de control subsecuentes. Los autores presentan datos obtenidos de población universitaria para apoyar su propuesta, aunque se requerirán datos con poblaciones clínicas. A continuación se describen los dos subtipos:

- Las **obsesiones autógenas** tienden a aparecer súbitamente y es relativamente difícil identificar los estímulos que las disparan, son percibidas como egodistónicas, irracionales y aversivas, e incluyen pensamientos/impulsos/imágenes sexuales, agresivos, blasfemos e inmorales. Cuando se pueden identificar los estímulos disparadores, estos están conectados con las obsesiones de modo asociativo o simbólico en vez de realista y lógico, tal como ocurre en el otro tipo de obsesiones. Ante las obsesiones autógenas, las personas exageran la importancia de las mismas (consideran que pensar eso es tan malo como hacerlo y/o que indica que se es una persona terrible) y consideran fundamental controlarlas. Como estrategias de control predominan la detención del pensamiento, distracción, contraimágenes, otras compulsiones internas (rezos, contar números) y autocastigo.
- Las **obsesiones reactivas** son disparadas por estímulos externos identificables, son percibidas como relativamente realistas y racionales como para hacer algo respecto al estímulo disparador, e incluyen pensamientos sobre contaminación, suciedad, errores, accidentes, asimetría, desorden y pérdida de cosas consideradas importantes. Ante este tipo de obsesiones, las personas exageran su responsabilidad en la producción y prevención de consecuencias negativas. Las estrategias de control predominantes suelen ser compulsiones manifiestas de lavado, comprobación, orden, acumulación, etc.

Para que pueda diagnosticarse el TOC, la persona ha tenido que **reconocer en algún momento que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables**. Esto no se aplica a los niños porque puede que no posean suficiente capacidad cognitiva para hacer tal reconocimiento. Sin embargo, incluso entre los adultos existe una gran variabilidad al respecto. Algunas personas tienen poca conciencia de que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irrazonables, mientras que en otros esta conciencia puede depender del momento y situación; así, un paciente puede reconocer como irrazonables sus comprobaciones de si ha atropellado a alguien cuando está en la consulta, pero no cuando está conduciendo. En aquellas ocasiones en las que un paciente intenta resistirse a una compulsión que ve como irrazonable, la ansiedad puede incrementarse de tal manera que se ve impulsado a llevar a cabo la compulsión con el consiguiente alivio temporal de la ansiedad. Tras sucesivos fracasos en resistirse a las obsesiones o compulsiones, la persona puede claudicar ante ellas, no volver a experimentar el deseo de resistirse e incorporar las compulsiones en sus rutinas cotidianas.

Por otra parte, cuando un paciente tiene poca conciencia de que sus obsesiones son excesivas o irrazonables (lo cual se ha constatado hasta en el 25-30% de los casos; Foa, 2004; Kozak y Foa, 1997b), puede decirse que está en el límite entre las obsesiones y los delirios. Las obsesiones serían entonces **ideas sobrevaloradas**, esto es, ideas persistentes e irrazonables que son mantenidas con menos intensidad que las ideas delirantes (se acepta la posibilidad de que puedan no ser ciertas). La presencia de ideas sobrevaloradas está asociada a un mal pronóstico cuando se encuentran cerca del extremo delirante (5% de los casos), pero en los demás casos hay que tener en cuenta que la conciencia sobre la irracionalidad de las obsesiones es menor cuando se está muy ansioso y mejora cuando la ansiedad se reduce.

Conviene tener en cuenta que **fenómenos similares a las obsesiones y compulsiones son relativamente frecuentes en la población general** (Freeston et al., 1991; Muris, Merckelback y Clavan, 1997; Rachman y de Silva, 1978, citado en Steketee, 1999). Piénsese, por ejemplo, en los pensamientos desagradables que a veces nos asaltan, en las supersticiones (tocar madera, cruzar los dedos, llevar un amuleto en situaciones difíciles como los exámenes, repetirse cierta frase), en los pensamientos utilizados para neutralizar otros pensamientos, en las conductas repetitivas de comprobación, lavado y orden y en los rituales deportivos (vestirse en un determinado orden, tomar bebidas que dan suerte antes del partido, saltar al campo pisando con determinado pie, santiaguarse, etc.); véanse también las **tablas 3 (parte B) y 4**. Muchas de las cogniciones intrusas en población general tienen que ver con los siguientes temas: salud personal, experiencias embarazosas o dolorosas, conducta sexual personalmente inaceptable, agresión y daño, amigos o familiares sufriendo un accidente y amigo y familiares sufriendo una enfermedad.

Las manifestaciones obsesivas y compulsivas en la población normal son **similares en forma y contenido** a las obsesiones y compulsiones observadas en población clínica; **las diferencias** estriban en que son menos frecuentes, intensas, duraderas, vívidas y molestas, son más manejables y fáciles de rechazar, generan menos resistencia e interfieren menos en la vida. Para poder hablar de TOC, las obsesiones o compulsiones deben causar fuerte malestar, consumir tiempo (más de una hora diaria) o interferir significativamente con la rutina normal de la persona, con su funcionamiento laboral (o académico) o con sus actividades o relaciones sociales acostumbradas. Según los datos del estudio epidemiológico de Rucio et al. (2008), los pacientes informan gastar una media de 5,9 horas diarias en sus obsesiones y 4,6 en sus compulsiones.

Según explica Bragado (1994), los **rituales son bastante habituales en distintas etapas evolutivas**. Entre los 2,5 y 3 años tienen que ver con la comida, el baño y el momento de irse a la cama. Estos últimos (pedir otro beso, otro vaso de agua, otra narración del mismo cuento) aumentan entre los 4-6 años (edades en las que son frecuentes los miedos a la oscuridad, fantasmas y monstruos) y suelen desaparecer a los 8-9 años. Rituales típicos a los 5-6 años son caminar a la pata coja, andar sin pisar las hendiduras entre losetas o baldosas, contar números que dan suerte y cruzar los dedos para anular un pensamiento o protegerse por haber dicho una mentira. Entre los 6 y 11 años los niños coleccionan ciertos objetos y se implican en juegos muy formalizados con reglas muy específicas y prohibiciones de ciertas acciones. De todos modos, estos rituales evolutivos no guardan una relación de continuidad con los síntomas obsesivo-compulsivos.

De acuerdo con Foa (2004), las principales diferencias entre el TOC en adultos y niños es que estos son menos capaces de identificar las obsesiones, pueden tener más dificultades para establecer el vínculo funcional entre obsesiones y compulsiones, pueden tener creencias más inamovibles y tienden a presentar más pensamiento mágico y menos comorbilidad significativa (p.ej., depresión).

EDAD DE COMIENZO Y CURSO

El TOC suele comenzar en la **adolescencia o al principio de la vida adulta**, aunque puede iniciarse en la infancia. En muestras clínicas la edad media ha sido 22 años (DT = 10,3) (Brown et al., 2001) y en estudios epidemiológicos la edad media y mediana ha sido 19 años (Kessler, Berglund et al., 2005; Rucio et al., 2008). La edad de comienzo es más temprana en los varones (moda: 13-15 años) que en las mujeres (moda: 20-24 años) (Cruzado, 1998). En muestras infantiles, la edad de comienzo se sitúa alrededor de 12-13 años (Bragado, 1994), aunque Echeburúa (1993) da la edad de 9,5 años para los niños y 11 años para las niñas. Un comienzo del TOC a partir de los 35-40 años debe hacer sospechar de problemas neurológicos (p.ej., tumores o quistes cerebrales) o depresión.

El comienzo del trastorno suele ser **gradual**. Una vez establecido el trastorno, su curso suele ser **crónico, aunque con altibajos**; según Marks (citado en Cruzado, 1998), la remisión espontánea es muy baja, aproximadamente del 23% en seguimientos de 1 a 23 años. Skoog et al. (1999, citado en Cottraux et al., 2001) hallaron también una remisión del 20% en un seguimiento de 40 años.

En un estudio con 560 pacientes (Rasmussen y Eisen, 1992, citado en Koran et al., 2002), el 85% informaron de un curso continuo del trastorno, el 10%, un curso en deterioro y el 2%, un curso episódico con remisiones de 6 meses o más. Steketee et al. (1999) siguieron a 100 pacientes con TOC durante 5 años y hallaron que el 20% tuvieron una remisión total y el 50%, parcial; la remisión fue más probable en pacientes casados y en los que tenían una menor gravedad global del trastorno al comienzo del seguimiento. Los síntomas del TOC pueden exacerbarse bajo condiciones de estrés. Un 5% de pacientes pueden presentar un curso episódico con síntomas mínimos o ausentes entre episodios. Por otra parte, y como se dijo antes, el deseo de resistirse a las obsesiones o compulsiones puede desaparecer como consecuencia de fracasos repetidos de resistirse a las mismas.

FRECUENCIA

Un estudio epidemiológico con población australiana y **criterios DSM-IV da una prevalencia anual del 0,6%** (Crino et al., 2005). En el *National Comorbidity Survey Replication*, llevado a cabo con 1.808 estadounidenses adultos, la prevalencia **anual** fue **1%** y la **global** (tener el trastorno en algún momento de la vida), **1,6%**. El 50,6% de los casos fueron graves, el 34,8% moderados y el 14,6%, leves. Se calcula que hasta los 75 años un 1,9% habrán desarrollado el trastorno (Kessler, Berglund et al., 2005; Kessler, Chiu et al., 2005). Con una muestra de 2.073 adultos del *National Comorbidity Survey Replication*, Ruscio et al. (2009) dan una prevalencia anual del 1,2% y global del 2,3%. El 30,7% de los casos fueron graves, el 65,6% moderados y el 3,7%, leves.

Con **adolescentes**, Wicks-Nelson e Israel (1997) hablan de una prevalencia actual del 1% y global del 1,9%. Heyman et al. (2001) hallaron que la prevalencia actual en una muestra de 10.438 **niños** británicos aumentó con la edad: 0,026% a los 5-7 años, 0,14% a los 8-10 años, 0,21% a los 11-12 años y 0,63% a los 13-15 años; la prevalencia de todos juntos fue del 0,25%. En otros estudios recientes citados por Heyman et al., la prevalencia actual para adolescentes de 13 a 18 años ha oscilado entre 0,6% y 2%.

En un estudio con 243 escolares españoles de 6 a 17 años, de clase media, y asignando el diagnóstico según lo dicho por padres o niños (aunque no estuvieran de acuerdo), Bragado et al. (1996) encontraron una prevalencia (supuestamente actual) sorprendentemente alta del 4,1% sin

diferencias ni entre sexos ni entre grupos de edad (6-9 años, 10-13 años y 14-17 años); además, ningún caso presentó compulsiones.

Si se considera el trastorno en general **no hay diferencias entre sexos** en cuanto a frecuencia. Sin embargo, en las compulsiones de limpieza predominan las mujeres (razón de 6 a 1), mientras que en las de comprobación lo hacen los hombres (razón de 3 a 1) (Sandín y Chorot, 1995). La lentitud compulsiva también es más frecuente en los varones.

En niños y adolescentes no hay tampoco diferencias sexuales en la frecuencia del TOC, al menos en población general; en cambio en muestras clínicas se ha observado una razón de 2 niños por cada niña. Comparados con niños sin trastornos psiquiátricos, los niños con TOC es más probable que provengan de un nivel socioeconómico más bajo y tengan una menor inteligencia.

En un par de estudios se ha visto que en comparación con los familiares de primer grado de personas sin trastornos o de la población general, hay un mayor riesgo de TOC a lo largo de la vida en los **familiares de primer grado** de las personas con TOC que buscan tratamiento (2-3% contra 10-12%) (véase Hettema, Neale y Kendler, 2001). En comparación a la población general, el TOC es también más frecuente en los familiares de primer grado de las personas con trastorno de Tourette. Sin embargo, cabe la posibilidad, como ocurre en otros trastornos de ansiedad, que el riesgo de TOC sea similar en familiares de personas con TOC de muestras comunitarias (8,2%, Low, Cui y Merikangas, 2008), lo que indica que las muestras clínicas presentan un trastorno más grave.

PROBLEMAS ASOCIADOS

Problemas asociados encontrados con relativa frecuencia son trastorno depresivo mayor, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos de alimentación, abuso/dependencia del alcohol, perturbaciones del sueño, tricotilomanía, tics y trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Del 35% al 50% de las personas con trastorno de Tourette presentan TOC, pero sólo el 5-7% de los pacientes con TOC presentan el mencionado trastorno por tics. El 20-30% de los pacientes con TOC informan tics pasados o actuales. La probabilidad de presentar un trastorno psicótico es la misma en la población general que en la población con TOC (American Psychiatric Association, 1994; Cruzado, 1998).

Brown et al. (2001) hallaron que de 77 pacientes con TOC, el **53%, 39% y 32%** recibieron respectivamente **al menos un diagnóstico adicional actual** de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 83%, 45% y 71% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron fobia social (26%), depresión mayor (22%), trastorno de ansiedad generalizada (12%; 16% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), fobia específica (12%) y distimia (10%). El TOC tendió a aparecer posteriormente a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones del trastorno de pánico con o sin agorafobia y la depresión mayor (que tendieron a seguirlo) y del trastorno por estrés postraumático (con igual probabilidad de precederlo y seguirlo).

Heyman et al. (2001) hallaron que el **76%** de 25 casos de TOC identificados en una muestra de 10.438 **niños** británicos de 5 a 15 años presentaban **trastornos comórbidos**; el 40% presentaron dos o más diagnósticos adicionales. Según criterios de la CIE-10, 13 niños presentaron trastornos de ansiedad (52%), 5, depresión (20%), 11, trastorno de conducta (44%) y 1, trastorno de alimentación (4%).

La **depresión** es el trastorno asociado más frecuente; del 23% al 38% de los pacientes con

TOC presentan algún trastorno depresivo y cerca del 70% lo han padecido en algún momento. La depresión puede preceder o seguir al comienzo del TOC e incluso aparecer tras la eliminación de los síntomas obsesivo-compulsivos; algunas personas desarrollan síntomas obsesivo-compulsivos o TOC cuando están deprimidos. El 9% de los pacientes con TOC terminan **suicidándose** (0,14% por año), aunque la inmensa mayoría de estos casos presentaban otros trastornos comórbidos: depresión, abuso/dependencia del alcohol o trastornos de personalidad.

Por otra parte, cerca de la mitad de pacientes con TOC presentan rasgos de **personalidad obsesivo-compulsiva**. Conviene remarcar que a pesar de la semejanza en el nombre entre el TOC y el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, sus manifestaciones clínicas son bastante diferentes. El citado trastorno de personalidad no conlleva obsesiones o compulsiones y en cambio implica un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems (American Psychiatric Association, 1994):

- 1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
- 2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p.ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
- 3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
- 4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
- 5) Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- 6) Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- 7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- 8) Muestra rigidez y obstinación

En cuanto al **estilo cognitivo** de muchos pacientes obsesivos, se ha señalado que centran su atención rígidamente en áreas de interés muy focalizadas que tienen poca capacidad para pensar de forma flexible y creativa. El trabajo es su área favorita y no saben muy bien que hacer en actividades de ocio poco estructuradas. Son características la duda y la indecisión y el temor a cometer errores, lo que les lleva a centrarse y sobrevalorar detalles innecesarios y a transferir a otros la responsabilidad de la toma de decisiones (Cruzado, 1993).

GÉNESIS Y MANTENIMIENTO

Modelos explicativos del TOC pueden consultarse en Botella y Robert (1995), Cruzado (1998), Robert y Botella (1990) y Salkovskis (1985, 1999). Un modelo para la acumulación compulsiva es presentado por Frost y Hartl (1996). Un modelo explicativo general puede verse en la **figura 1** y dos modelos idiosincrásicos en las **figuras 2 y 3**. Estos modelos son cognitivo-conductuales y valen para la mayoría de subtipos del TOC, aunque no para otros (p.ej., lentitud compulsiva). Un modelo puramente conductual considera simplemente que las obsesiones incrementan la ansiedad o malestar, lo cual da lugar a conductas compulsivas y de evitación que si bien reducen la ansiedad a corto plazo, contribuyen a mantener las obsesiones. Todos los modelos anteriores son básicamente para adultos. Turner (2006) ha señalado que puede haber diferencias importantes entre niños y adultos respecto a los factores cognitivos, conductuales y familiares implicados en la etiología y mantenimiento del TOC.

Parece haber una **contribución hereditaria** al TOC (van Grootheest et al., 2005). La tasa de concordancia para el TOC es mayor entre gemelos monocigóticos que dicigóticos. Un 10-12% de

los familiares de primer grado de los pacientes con TOC presentan también este trastorno y un 17% informa de rasgos obsesivos; estos porcentajes son mucho más elevados que en la población normal (2% con TOC). La heredabilidad del TOC se sitúa entre el 27-49% (45-65% si el trastorno comienza a los 14 años o antes) (Rector et al., 2009). Lo que se hereda parece ser la naturaleza del TOC, no los síntomas específicos; así, una persona puede tener compulsiones de lavado, mientras que su padre las tiene de comprobación (Cruzado, 1998). Esto indica que los síntomas no se deben al modelado, aunque este puede facilitar el aprendizaje de una manera de responder miedosa y ritualista.

Según Rapoport (1989, citado en Bragado, 1994), existe una gran similitud entre las compulsiones y las pautas fijas de acción vistas en los animales; los rituales de lavado y limpieza recuerdan a los hábitos de autocuidado de los animales y el coleccionismo y la acumulación a las pautas de construcción de nidos de los pájaros o a las conductas de aprovisionamiento de las ardillas. Se piensa que el núcleo caudado (una parte de los **ganglios basales**) y ciertas partes de los **lóbulos frontales** funcionan anormalmente en los pacientes con TOC. Esto explicaría que, bajo ciertas condiciones, se activen pautas de conducta programadas en el interior de nuestro cerebro y que han sido fundamentales en el pasado evolutivo. Por otra parte, también se ha dicho que el **metabolismo de la serotonina** está alterado en el TOC, aunque los datos son poco concluyentes.

Aparte de los factores anteriores, existen una serie de **experiencias tempranas** que predisponen al TOC. Entre estas se encuentran estilos educativos familiares con excesivo énfasis en la responsabilidad, perfeccionismo y normas rígidas de conducta, tener padres que modelan responsabilidad excesiva o estilos perfeccionistas de comportamiento y ser protegido de responsabilidades durante la infancia con el consecuente sentimiento de incompetencia para afrontar el peligro (Rector et al., 2009). También influye haber tenido modelos en la infancia con características obsesivo-compulsivas o similares, formación religiosa que considera que hay que controlar lo que uno piensa y que es tan pecaminoso pensar en algo malo como hacerlo, formación moral rígida con una diferenciación inflexible entre lo que está bien y está mal, y la asociación casual entre el pensamiento de algo negativo (p.ej., que le ocurra un daño a alguien) y la ocurrencia de dicho evento. Estas experiencias tempranas predisponen al TOC al favorecer una serie de **creencias sobre el daño y la responsabilidad y sobre la naturaleza e implicaciones de los pensamientos intrusos**, de modo que contribuyen a la valoración negativa de estos pensamientos. Estas creencias pueden agruparse en distintas categorías (Freeston, Rhéaume y Ladouceur, 1996; Lee y Kwon, 2003):

- **Responsabilidad exagerada:** “si pienso que algo negativo puede suceder, debo actuar para prevenirlo”, “si no hago nada al respecto, será mi culpa si algo malo ocurre”, “fallar en prevenir o en intentar prevenir el daño a uno mismo o a otros es moralmente equivalente a causar el daño”, “la responsabilidad por el daño no disminuye por circunstancias atenuantes (p.ej., baja probabilidad de ocurrencia)”, “mejor seguro que arrepentido”.
- **Control absoluto sobre los pensamientos:** “no debo tener cierto tipo de pensamientos”, “pensar en ciertas cosas significa que estoy fuera de control”, “si no controlo mis pensamientos, soy una persona débil”, “si no controlo los malos pensamientos, algo malo sucederá”. Se considera fundamental controlar los pensamientos indeseados para prevenir consecuencias indeseables para sí mismo u otros.
- **Sobrestimación de la importancia de los pensamientos:** “si tengo ciertos pensamientos es porque debo querer que sucedan o porque tengo una tendencia a hacer lo que implican”, “tener un pensamiento inaceptable o perturbador hace más probable que suceda lo que se piensa” (fusión pensamiento-acción tipo probabilidad), “pensar en algo malo es tan inmoral como hacerlo” (fusión pensamiento-acción tipo moral), “tener ciertos pensamientos significa que soy una persona extraña, anormal o terrible”.

- **Sobrestimación de la probabilidad y gravedad de consecuencias negativas, consideración de que la ansiedad causada por los pensamientos es inaceptable y/o peligrosa, intolerancia a la incertidumbre** (la certeza es necesaria para maximizar la predecibilidad y el control y reducir así la amenaza) **y perfeccionismo** (creencia de que siempre hay una respuesta perfecta y de que incluso los pequeños errores no pueden ser tolerados porque pueden producir consecuencias terribles). Las creencias mencionadas en este párrafo son relevantes para el TOC, pero no parecen ser específicas; esto es, ocurren igualmente en otros trastornos.

Otras creencias típicas en personas con rituales de acumulación son “nunca podré reemplazar algo que pierda” y “tirar ciertas cosas es perder parte de mi vida”. Se ha dicho que estos pacientes tienen dificultades para formar vínculos emocionales con otras personas, de modo que las posesiones acumuladas podrían ser un sustitutivo.

Salkovskis mantiene que un **sentido exagerado de la responsabilidad** es característico en las personas con TOC y ha definido esta responsabilidad como “la creencia de que uno tiene poder que es fundamental en la producción o prevención de resultados negativos subjetivamente cruciales. Se percibe como esencial la prevención de estos resultados, los cuales pueden ser reales – estos es, con consecuencias en el mundo real– y/o pertenecer al nivel moral” (Salkovskis, 1996, citado en Salkovskis et al., 2000). Este concepto de responsabilidad por el daño incluye diversos tipos de creencias señaladas por otros autores tales como **responsabilidad exagerada, excesiva importancia dada a los pensamientos** (se considera que es inaceptable tenerlos porque indican valores morales inadecuados o equivalen a llevar a cabo una conducta inaceptable) e **importancia de controlar los propios pensamientos**.

Como el propio Salkovskis (1985) reconoce, **hay obsesiones y compulsiones que no aparecen relacionadas con pensamientos de responsabilidad**. Incluso hay personas que encuentran agradable la realización de sus rituales (p.ej., ordenar objetos), aunque, naturalmente, no suelen buscar tratamiento. Se cree que en estos casos: a) siempre hay presente una respuesta neutralizadora muy eficaz, b) los pensamientos de responsabilidad han estado presentes al comienzo de la obsesión, c) la obsesión tiende a ser de muy larga evolución o de comienzo temprano, d) hay poca o ninguna resistencia a la obsesión durante la mayor parte del tiempo, e) poca o ninguna perturbación subjetiva o fisiológica acompaña a la conducta neutralizadora, aunque aparece si se impide la respuesta, f) la respuesta neutralizadora tiende a ser muy estereotipada y tener una larga historia. Sin embargo, otros autores han señalado que ciertos síntomas del TOC, como los de simetría/orden, están más relacionados con el concepto de lo incompleto (una sensación interna de imperfección) que con conceptos de evitación del daño y responsabilidad (Ecker y Gonner, 2008; Summerfeldt, 2004). Según Summerfeldt (2004), la sensación de lo incompleto refleja una disfunción sensorio-afectiva primaria, la cual puede llevar al desarrollo de ciertas creencias (“Hay un modo perfecto de hacer las cosas”).

Los factores mencionados hasta aquí (contribución hereditaria, variables biológicas, experiencias tempranas, determinadas creencias) constituyen el caldo del cultivo para el surgimiento del TOC, el cual puede verse **precipitado** por la ocurrencia de eventos estresantes y estado de ánimo deprimido.

Una vez establecido el TOC, **las obsesiones pueden ser disparadas por una serie de factores**: a) **Situaciones externas**; por ejemplo, tras usar la plancha dar la mano a alguien o ir a la iglesia, según el tipo de obsesión. b) **Recuerdos** de algo que se ha hecho; pensando en una carta que se envió hace tres horas surgen dudas obsesivas sobre su contenido. c) **Sensaciones corporales**; por ejemplo, mareo que hace surgir la obsesión de si se tendrá SIDA. Otros factores que favorecen las obsesiones son los **estados disfóricos**, los **acontecimientos estresantes**, la **lucha para no**

tener obsesiones y la autoobservación para ver si se está teniendo algún pensamiento obsesivo. Asimismo, es más fácil centrarse en las obsesiones en ausencia de estimulación distractora y actividades reforzantes. La mayoría de las personas con TOC tienden a evitar tanto como les es posible los estímulos disparadores que han identificado.

Conviene remarcar que la aparición de pensamientos intrusos de carácter más o menos desagradable es común en la mayor parte de la gente, pero que lo importante para muchas teorías cognitivo-conductuales no es tanto el contenido de los mismos como el **significado que la persona les otorga**, significado que viene mediado por las creencias arriba señaladas. Cuando se valoran simplemente como pensamientos raros que no significan nada, su impacto es mínimo. Pero cuando se sobrevalora su importancia (p.ej., “seré responsable de un posible daño si no compruebo el gas”, “soy una persona horrible al pensar esto”, “puesto que pienso esto, debo desear que suceda; soy repugnante”, “si no controlo estos pensamientos, me volveré loco y me internarán”), entonces se da una percepción de amenaza, percepción hacia la que existe un sesgo de atención y razonamiento.

Como consecuencia de la valoración del pensamiento intruso, se produce **malestar/ansiedad** y conductas (**compulsiones externas e internas, evitación, supresión del pensamiento**) dirigidas a prevenir la amenaza y/o reducir el malestar. El paciente piensa, por ejemplo, que no llevar a cabo una compulsión o ritual en respuesta a una idea sobre daño equivale a tener intención de dañar. De este modo, a diferencia de las obsesiones, el paciente tiende a considerar aceptables las compulsiones. Estas reducen a corto plazo la ansiedad y el sentido exagerado de responsabilidad y previenen la autoculpabilización. Con relación al intento de suprimir los pensamientos, conviene señalar que tiene un efecto paradójico: cuanto más se intenta no pensar en una obsesión, más viene a la cabeza, especialmente cuando la persona se siente ansiosa, culpable o deprimida. Finalmente, el malestar emocional y las conductas neutralizadoras y de evitación incrementan la probabilidad de nuevas intrusiones, la amenaza percibida y la percepción de responsabilidad, llevando a un **círculo vicioso de pensamiento negativo y neutralización**.

Conviene señalar que las obsesiones no implican necesariamente una amenaza específica; un tercio de los pacientes informan sólo de una noción vaga de daño (“algo malo le sucederá a mi hijo”) o dicen **experimentar simplemente un malestar** que no pueden tolerar si no llevan a cabo el ritual. Así, un paciente puede experimentar un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas sin anticipar consecuencias nocivas por el estado de desorden; mientras que otro paciente puede pensar que si no ordena o pone bien las cosas, él o su familia sufrirán un accidente. Es posible que el paciente que no presenta cogniciones de amenaza, tenga otro tipo de cogniciones más amplias: ordenar las cosas me hace sentir que tengo más control sobre mi vida.

El modelo teórico del TOC presentado hasta aquí (**modelo de la valoración de los pensamientos intrusos**) **ha sido críticamente revisado** por Julien, O’Connor y Aardema (2007) y las pruebas favorables al mismo no son claras. Por ejemplo, cuando se controlan los niveles de ansiedad y/o depresión, no parece que las creencias disfuncionales sean más fuertes en pacientes con TOC que en pacientes con otros trastornos de ansiedad; y las pruebas son equívocas de los pacientes con TOC se diferencien en dichas creencias de personas sin problemas clínicos. Además, aunque hay una asociación entre ciertos dominios de creencias y subtipos de TOC (p.ej., entre creencias de perfeccionismo/certidumbre y síntomas de precisión/orden), las creencias pueden no jugar un papel en todos los subtipos de TOC. Finalmente, no está claro cómo las valoraciones de los pensamientos intrusos (y los intentos de neutralizarlos) hacen que estos se conviertan en obsesiones. Se ha minimizado el impacto, frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusos; si estos son frecuentes e intensos, es normal que la persona responda con reacciones de responsabilidad y culpa.

Algunos teóricos cognitivos no se han centrado tanto en las creencias erróneas como en los

procesos cognitivos deteriorados. Así, se ha dicho que los pacientes con TOC presentan un deterioro en la organización e integración de sus experiencias y que algunos síntomas (excesiva estructuración de las actividades, categorizaciones estrictas) constituyen esfuerzos compensatorios. Otros han observado déficits específicos de memoria para sus acciones en los comprobadores compulsivos. Finalmente, se ha señalado que, a diferencia de las personas normales, aquellas con TOC hacen inferencias distintas (inversas) sobre el peligro: concluyen que una situación es peligrosa en ausencia de datos de seguridad y no infieren que una situación es segura en ausencia de información de peligro. De este modo, las compulsiones nunca pueden proporcionar seguridad y deben ser repetidas (Kozak y Foa, 1997b).

Aardema et al. (2005) han señalado que a pesar de que algunas obsesiones pueden ser similares en contenido a los pensamientos intrusos de la población normal, las obsesiones pueden aparecer en contextos situacionales inapropiados y ser el resultado de procesos distorsionados de razonamiento inductivo. Esta **aproximación basada en la inferencia** ve las obsesiones como inferencias sobre cómo puede ser la realidad a las que se llega a partir de narrativas inductivas autogeneradas que implican temas y asociaciones idiosincrásicos con fuerte carga emocional. Así pues, el TOC no sería sólo consecuencia de las valoraciones de las intrusiones, sino que implicaría un trastorno de las creencias similar a un delirio o una idea sobrevalorada. Es decir, la persona con TOC no reacciona a lo que hay en la situación o a las consecuencias exageradas de lo que hay, sino a lo que puede haber, aunque los sentidos digan otra cosa. En otras palabras, la persona confunde una posibilidad imaginada (“muchacha debe haber tocado este pomo, por lo tanto está sucio”) con una probabilidad basada en los sentidos y luego actúa como si la posibilidad imaginada fuese real. Una forma de medir esta confusión inferencial es el Cuestionario de Confusión Inferencial (Aardema et al., 2005). La confusión inferencial predice los síntomas del TOC incluso después de controlar otras variables (creencias obsesivas, ansiedad, depresión).

Los estados de ánimo negativos y acontecimientos estresantes no sólo están asociados a la aparición del TOC o del episodio actual, sino también al **empeoramiento de los síntomas**. Así, se ha visto que aumentan la frecuencia y duración de las obsesiones, aumentan la probabilidad de valorar negativamente los pensamientos intrusos, disminuyen la eficacia de la neutralización, aumentan la hipervigilancia hacia los estímulos desencadenantes y disminuyen la motivación o la capacidad para aplicar las estrategias aprendidas durante la terapia (Freeston y Ladouceur, 1997). Según estos autores, entre los acontecimientos estresantes que más frecuentemente afectan a los pacientes con TOC se encuentran pequeños problemas cotidianos tales como ser criticado, estar enfermo, descansar de modo insuficiente, dormir poco, situaciones de posible rechazo, problemas de toma de decisiones, incapacidad de relajarse, errores tontos, demasiada responsabilidad, enfermedad de un familiar, ruidos, perder cosas, obligaciones sociales, pensar sobre el futuro, visitas inesperadas, demasiadas cosas que hacer, no tener tiempo suficiente, conflictos y problemas de menstruación.

En un pequeño número de personas con TOC el humor deprimido está asociado a la disminución o incluso desaparición de los síntomas (Salkovskis, 1985). La explicación de esto puede depender de dos tipos de cogniciones y sentimientos relativamente diferentes presentes en la depresión: culpa contra desesperanza e impotencia. Supuestamente, la predominancia de las ideas y sentimientos de culpa debe favorecer los síntomas del TOC, mientras que la predominancia del otro tipo debe llevar a una disminución de los síntomas.

No es raro que los **familiares de pacientes con TOC lleven a cabo conductas de acomodación** al trastorno que ayudan a mantenerlo. Posibles ejemplos son proporcionar tranquilización, mirar cómo el paciente completa los rituales, esperar a que acabe los rituales, refrenarse de decir/hacer cosas, facilitar la evitación, facilitar las compulsiones, participar en las compulsiones, ayudar en tareas o decisiones simples, tolerar conductas aberrantes o desorganización del hogar, modificar la rutina personal, modificar la rutina familiar y asumir las responsabilidades familiares

del paciente. Bragado (1994) señala en esta dirección que los niños y adolescentes tienden a implicar a sus padres y, en ocasiones, a sus hermanos en las compulsiones, los cuales, para que aquellos no se sientan tan mal, suelen colaborar (p.ej., haciendo comprobaciones, limpiando o manteniendo el orden). No es raro que los niños con TOC exijan esta cooperación mediante órdenes, gritos y mal humor. Esto genera enfado y malestar en el resto de la familia y un conflicto entre los padres que no saben cómo manejar la situación. También entre los pacientes adultos, hay **familiares que responden con frustración, críticas, enfado e incluso hostilidad.**

El TOC produce **interferencia** en el área personal (malestar, problemas de salud) y en el funcionamiento laboral/académico (problemas para tomar decisiones y organizarse), familiar (limitaciones de la vida familiar, discusiones con la familia) y social (restricción de contactos sociales). En comparación con la población general, es más probable que las personas con TOC permanezcan solteras, se separen o divorcien. Las familias de estas personas manifiestan problemas notables en sus relaciones interpersonales, actividades de ocio y cuestiones económicas. En niños con TOC grave puede darse una evitación del contacto social y un abandono del colegio.

Finalmente conviene señalar que algunos casos de TOC infantil pueden conceptualizarse mejor como trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados a infección por **estreptococos**. El inicio repentino de TOC en niños antes de la pubertad, especialmente si existe un trastorno comórbido por tics, es probable que sea debido a infección por estreptococos. Sin embargo, estas infecciones son muy frecuentes y raramente originan TOC (Shearer, 2005).

EVALUACIÓN

Este tema ha sido revisado, entre otros, por Emmelkamp, Kraaijkamp y van den Hout (1999), Frost, Steketee, G. y Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997) y Grabill et al. (2008). Para niños y adolescentes, puede consultarse Merlo et al. (2005). Anthony, Orsillo y Roemer (2001) y Muñoz et al. (2002) describen una serie de instrumentos junto con sus propiedades psicométricas. A continuación se presentan los más importantes.

ENTREVISTA

Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS*; Goodman et al., 1989, citado en Cruzado, 1993). Es considerada como una medida estándar para evaluar los síntomas del TOC, aunque requiere tiempo. Se comienza aplicando la Lista de Síntomas de la Y-BOCS; el clínico pregunta por la presencia en los últimos 30 días y en el pasado de numerosas obsesiones, compulsiones y conductas de evitación (64 en la versión inicial y cerca de 100 en la más reciente) agrupadas en diversas categorías y apunta en una hoja las más perturbadoras. El clínico debe asegurarse de que los síntomas identificados son síntomas del TOC y no de otro trastorno como la fobia específica o la hipocondría. Los ítems marcados con un asterisco puede ser o no síntomas del TOC. Terminado lo anterior, el clínico, aplica la escala propiamente dicha; haciendo referencia a las obsesiones y compulsiones más destacadas del paciente y empleando una serie de preguntas, valora de 0 a 4 cada uno de 10 aspectos principales haciendo referencia a los últimos 7 días (incluido el actual):

- 1) tiempo que ocupan las obsesiones, 2) interferencia producida por las obsesiones, 3) malestar asociado con las obsesiones, 4) resistencia a las obsesiones, 5) grado de control sobre las obsesiones, 6) tiempo que ocupan las compulsiones, 7) interferencia producida por las compulsiones, 8) malestar asociado con las compulsiones, 9) resistencia a las compulsiones, 10) grado de control sobre las compulsiones.

Cada punto de la escala 0-4 tiene una descripción específica, aunque, en general, el 0 refleja una ausencia de síntomas y el 4, síntomas extremadamente intensos. Existen además nueve ítems adicionales que no suelen usarse y que no contribuyen a las subescalas o puntuación total. Estos ítems son:

11) conciencia de la excesividad y no razonabilidad de los síntomas, 12) conductas de evitación debidas a obsesiones, 13) indecisión, 14) sentido exagerado de responsabilidad, 15) lentitud, 16) duda sobre la propia memoria y percepciones, 17) intensidad del trastorno, 18) mejoría global en comparación al nivel inicial, 19) fiabilidad de los datos obtenidos. (Todos se valoran de 0 a 4, excepto el 17 y el 18, que se valoran de 0 a 6 y el 19, de 0 a 3.)

Aparte de una puntuación total, se obtienen dos subpuntuaciones correspondientes a la gravedad de las obsesiones (aspectos 1 a 5) y compulsiones (aspectos 6 a 10). Sin embargo, esta estructura factorial de la Y-BOCS no ha sido consistentemente replicada y, en cambio, se han encontrado otros dos factores: obsesiones/compulsiones y gravedad/perturbación. Se han propuesto las siguientes interpretaciones de la puntuación total: 0-7, subclínica; 8-15, leve; 16-23, moderada; 24-31, grave; y 32-40, extremo; sin embargo, el uso de la puntuación total ha sido puesto en entredicho y se piensa que puede subestimar la gravedad de los síntomas en pacientes primariamente obsesivos o primariamente compulsivos..

La escala puede consultarse en castellano en Cruzado (1993) (reproducido también en Sierra, Buela-Casal y Bermúdez, 2001), el cual presenta la versión de 1987. La Y-BOCS puede encontrarse en inglés en Steketee (1993) –sin el anclaje de las calificaciones de los 19 aspectos–, en el *Journal of Clinical Psychiatry* (1999, vol. 60, suppl. 18, págs. 67-77) y en Antony, Orsillo y Roemer (2001) con sólo los 10 primeros aspectos de la versión revisada más reciente. Existe una versión infantil de esta escala (Scahill et al., 1997, citado en García-Portilla et al., 2008) que puede consultarse en esta última referencia. Hay también una versión de autoinforme que se describe más abajo. Estas versiones pueden consultarse en inglés en www.cnsforum.com/cp/en/localinclude/pdf_rating_scales/Rating-Scale-YBOCS.pdf

Escala de Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (*Family Accomodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder, FAS*; Calvocoressi et al., 1999). Evalúa el grado en el cual los familiares de pacientes con TOC han llevado a cabo durante la semana anterior 12 tipos de conductas de acomodación a su trastorno. La escala tiene dos partes. En la primera el entrevistador: a) obtiene información de la familia sobre la existencia o no de seis síntomas del paciente durante la semana anterior: obsesiones (8 tipos), compulsiones (7 tipos), evitación, indecisión, sentido exagerado de la responsabilidad, lentitud generalizada/inercia y duda patológica; y b) enumera los síntomas específicos descritos por la familia. En la segunda parte, utiliza estos ejemplos específicos y pregunta a la familia si ha llevado o no a cabo 12 conductas acomodaticias durante la semana pasada: proporcionar tranquilización, mirar cómo el paciente completa los rituales, esperar a que acabe los rituales, refrenarse de decir/hacer cosas, facilitar la evitación, facilitar las compulsiones, participar en las compulsiones, ayudar en tareas o decisiones simples, tolerar conductas aberrantes o desorganización del hogar, modificar la rutina personal, modificar la rutina familiar, asumir las responsabilidades familiares del paciente. Para cada conducta, el familiar debe contestar también en qué grado de 1 (leve) a 4 (extremo) la ha realizado. El instrumento puede consultarse en inglés en Steketee (1999).

Escala sobre las Ideas Sobrevaloradas (*Overvalued Ideas Scale; OVIS*; Neziroglu et al., 1999). A través de 11 ítems valorados de 1 a 10 el clínico valora diversos aspectos de la principal creencia que el paciente ha tenido durante la semana anterior y que es aquella asociada con un mayor malestar o interferencia. Se pregunta al paciente por distintos aspectos de su creencia: fuerza, razonabilidad, precisión, grado en que es compartida por otros, grado en que los otros tienen

tanta información como uno, eficacia de las compulsiones, grado en que la creencia es debida al TOC, resistencia ante la creencia y duración de la misma. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)** de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico, Además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes. También se incluyen unas pocas preguntas de cribado sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del cliente. Finalmente, se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión.

Se empleen o no las entrevistas estructuradas anteriores, conviene llevar a cabo una **entrevista clínica** en la que se exploren los siguientes aspectos:

- Descripción de las **obsesiones** (p.ej., imagen de hacer el amor con Jesucristo, impulso de matar a un hijo, pensamiento de un familiar que tiene un accidente) y de ciertas características de las mismas: frecuencia, duración, grado de ansiedad o malestar que provocan, medida en que se las ve exageradas, resistencia ante las mismas, grado de control sobre ellas. Puede haber resistencia a describir ciertas obsesiones debido al miedo a lo que podría ocurrir si se describieran.
- **Situaciones externas** (p.ej. lavabos públicos, cocina) y **sensaciones corporales** (p.ej., palpitaciones, dolores) que desencadenan las obsesiones, ansiedad/malestar que producen estos factores desencadenantes y grado en que se evitan. Considerar las conductas sutiles de evitación tales como abrir las puertas con los codos o conducir cuando hay menos gente por la calle).
- **Consecuencias negativas anticipadas** en las situaciones externas (p.ej., contraer una enfermedad, provocar un incendio), al experimentar las sensaciones corporales (p.ej., perder el control, volverse loco) o al tener las obsesiones (ser castigado por Dios, matar realmente al hijo) si no se lleva a cabo ninguna acción protectora (compulsión). Grado de creencia en estas consecuencias tanto en la consulta como en la situación real.
- Descripción de las **compulsiones** externas e internas y de ciertas características de las mismas: frecuencia, duración, grado de ansiedad o malestar que provocan, medida en que se las ve exageradas, resistencia ante las mismas, grado de control sobre ellas. Pedir al cliente que describa detalladamente lo que hace en un día normal proporciona una información valiosa sobre sus rituales y otros aspectos del TOC.
- **Variables ambientales y personales funcionalmente relacionadas** en el momento presente con las obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, situaciones estresantes, sentido exagerado de la responsabilidad, fusión pensamiento-acción, reacciones de los otros, etc. Es muy importante evaluar cómo los otros colaboran para mantener el problema; modos de hacer esto son dar tranquilización o cooperar en los rituales (p.ej. comprobar el gas en lugar del paciente) o en las conductas de evitación (p.ej., no entrar con los zapatos en casa). Otros modos fueron mencionados al hablar de la Escala de Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

- **Interferencia** de las obsesiones y compulsiones en distintas áreas de la vida del cliente (personal, familiar, social, académica, laboral) y posibles problemas que pueden surgir si se soluciona el trastorno.
- **Historia** y desarrollo del problema, incluido su origen, fluctuaciones (agravamientos, mejoras, remisiones) y factores asociados tanto con el inicio como con las fluctuaciones posteriores.
- **Tratamientos e intentos previos y actuales** realizados para superar el problema, forma de llevarlos a cabo y resultados logrados.
- **Expectativas** del cliente respecto al tipo de tratamiento y respecto a los resultados a conseguir, su **motivación** para superar el trastorno y sus objetivos.
- **Recursos** y medios de que dispone el cliente y que pueden suponer una ayuda a la hora de llevar a cabo la intervención. También, las **limitaciones** del cliente que pueden interferir con el tratamiento.
- **Problemas psicológicos asociados** al TOC (p.ej., depresión, ansiedad) y **trastornos anteriores**.

Modelos de entrevista clínica pueden verse en Sierra, Buena-Casal y Bermúdez (2001) y Steketee (1999, págs. 34-37, 46-48). La entrevista clínica al paciente debe ser complementada, una vez obtenido el permiso de este, con la **entrevista a algún familiar** que pueda colaborar en el tratamiento. Steketee (1999, págs. 20-21) enumera los aspectos que conviene abordar durante esta entrevista y presenta ejemplos de preguntas (págs. 54-56).

Conviene tener en cuenta que los pacientes, especialmente los niños y adolescentes, pueden ser **reacios a informar del contenido de sus obsesiones** y de la forma en que llevan a cabo sus rituales. Esto puede ser por vergüenza, pero también porque el cliente piensa que describir la obsesión o simplemente pensar sobre ella puede producir un daño. **Estrategias** útiles en estos casos son: a) informar que la inmensa mayoría de las personas (85-90%) también tiene en ocasiones pensamientos intrusos desagradables y que tener uno de estos pensamientos ni es peligroso ni significa que se esté de acuerdo con ellos o se vaya a actuar conforme a los mismos; b) decir al cliente que conocer el contenido de las obsesiones es importante para el tratamiento y pedirle que informe en general sobre qué van; c) si es necesario, ir dando ejemplos específicos de posibles obsesiones para que el cliente pueda decir sí o no sin necesidad de verbalizarlas. Si a pesar de todo sigue habiendo resistencia con algún tipo de obsesión, será mejor dejar su exploración para más adelante.

Algunos pacientes pueden tener **dificultades para identificar sus miedos** debido a la evitación sistemática de las situaciones temidas o al empleo de conductas neutralizadoras. En estos casos pedirles que afronten alguna situación ansiógena sin usar neutralización suele ser suficiente para hacer conscientes sus miedos.

CUESTIONARIOS

Cuestionarios sobre TOC

Inventario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley (*Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, MOCI*; Hodgson y Rachman, 1977). Mide la presencia o ausencia de síntomas obsesi-

vo-compulsivos, especialmente, conducta compulsiva. Consta de 30 ítems a los que la persona debe contestar si son verdaderos o falsos en su caso. La mitad están redactados en sentido afirmativo y la otra mitad en sentido negativo; esto último da problemas con el formato de respuesta. Puede obtenerse una puntuación total y cuatro puntuaciones parciales: limpieza, comprobación, lentitud/repetición, duda/conciencia estricta; estas dos últimas tienen malas propiedades psicométricas. Puede consultarse en Caballo (2005), Cruzado (1993) y en Sierra, Buela-Casal y Bermúdez (2001). La revisión del MOCI ha dado lugar al cuestionario que se describe a continuación.

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Vancouver (*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory, VOICI*; Thordarson et al., 2004). Se trata de una revisión del MOCI para evaluar obsesiones, compulsiones, conducta de evitación y características de personalidad importantes en el TOC. Consta de 55 ítems valorados de 0 a 4 según el grado en que la persona los considera ciertos en su caso. Presenta seis subescalas basadas en un análisis factorial: contaminación (12 ítems), comprobación (6 ítems), obsesiones (12 ítems), acumulación (7 ítems), lo bien hecho (12 ítems) e indecisión (6 ítems). El análisis factorial se hizo con pocos sujetos y los dos últimos factores no replicaron, a diferencia de los anteriores, resultados previos. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Inventario de Padua (*The Padua Inventory, PI*; Sanavio, 1988). Sus 60 ítems, valorados en una escala de perturbación de 0 a 4, evalúan la perturbación causada por diversas conductas obsesivas y compulsivas. Se han identificado cuatro factores: control debilitado sobre actividades mentales (dudas y rumiaciones exageradas; 17 ítems), contaminarse (11 ítems), conducta de comprobación (8 ítems) e impulsos y preocupaciones de pérdida de control sobre la conducta motora (conducta violenta y antisocial; 7 ítems). El primer y cuarto factor constituyen escalas obsesivas y los otros dos, compulsivas. Mataix-Cols, Sánchez-Turet y Vallejo (2002) han replicado esta estructura factorial en muestras españolas, aunque hay algunas variaciones en los ítems pertenecientes a cada factor. El cuestionario no incluye ciertas categorías de obsesiones y compulsiones (p.ej., neutralización mental, acumulación). Además, sus dos escalas obsesivas –especialmente, la de control debilitado sobre actividades mentales, que es la que más varianza explica– parecen medir no sólo obsesiones, sino también preocupación. Esto es debido a una serie de ítems que carecen de contenido específico (p.ej., “encuentro difícil tomar decisiones, incluso cuando son acerca de asuntos sin importancia”) y que pueden ser reflejar obsesión o preocupación. El instrumento puede consultarse en Caballo (2005) y, en inglés, en Corcoran y Fischer (2000).

Inventario de Padua – Revisión de la Universidad Estatal de Washington (*The Padua Inventory-Washington State University Revision, PI-WSUR*; Burns et al., 1996). Para evitar el problema de que el Inventario de Padua evalúa no solo aspectos obsesivo-compulsivos, sino también de preocupación, se desarrolló esta versión, la cual consta sólo de 39 de los 60 ítems originales, aquellos pertinentes a las obsesiones y compulsiones; se eliminaron, entre otros, los ítems que podían ser contestados en términos de preocupación. Los ítems se agrupan en cinco subescalas: a) pensamientos obsesivos de daño a sí mismo o a otros (7 ítems), b) impulsos obsesivos de daño a sí mismo o a otros (9 ítems), c) obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado (10 ítems), d) compulsiones de comprobación (10 ítems), y e) compulsiones de vestirse/arreglarse (3 ítems). No evalúa otros síntomas como acumulación, orden o rituales mentales. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Inventario Obsesivo-Compulsivo (*The Obsessive-Compulsive Inventory, OCI*; Foa et al., 1998). Fue diseñado para cubrir el variado contenido de obsesiones y compulsiones que presentan las personas con TOC, aunque hace más énfasis en las compulsiones. Consta de 42 ítems repartidos en siete subescalas: lavado (8), comprobación (9), duda (3), orden (5), obsesión (8), acumulación (3) y neutralización mental (6). La persona hace dos calificaciones de 0 a 4 para cada ítem, una para su frecuencia y otra para el malestar asociado, aunque ambas puntuaciones correlacionan muy alto. Pueden obtenerse dos puntuaciones totales (sumatorios de frecuencia y malestar) así

como puntuaciones medias de estos dos aspectos en cada una de las siete subescalas. Todas las escalas, excepto la de acumulación, discriminan entre pacientes con y sin TOC. A diferencia de los pacientes con TOC, en las personas sin TOC la frecuencia de síntomas es más alta que el malestar asociado a los mismos. El instrumento puede consultarse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001). Wu y Watson (2003) han realizado un análisis factorial del OCI en población universitaria y han hallado sólo cinco factores: comprobación, obsesión, lavado, orden y acumulación. Ellos proponen un OCI de 36 ítems en el que las escalas de comprobación y obsesión cambian la composición de sus ítems y las otras permanecen idénticas. Falta saber si esta estructura factorial se replicará en muestras clínicas.

Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (*The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R*; Foa et al., 2002). Se trata de una versión abreviada del OCI que elimina la escala redundante de frecuencia, simplifica la corrección de las subescalas y reduce el solapamiento entre estas. El nuevo cuestionario consta de 18 ítems repartidos en seis subescalas de tres ítems cada una: lavado, comprobación, orden, obsesión, acumulación y neutralización mental; la escala de duda no pudo ser replicada ya que sus ítems cargaron en la de comprobación. Cada ítem es valorado de 0 a 4 según el grado de malestar que provoca. Pueden obtenerse puntuaciones totales para cada subescala y para todo el cuestionario; en este último caso, 21 se considera un buen punto de corte. Todas las escalas, excepto la de acumulación, discriminan entre pacientes con y sin TOC; la de orden tampoco discrimina entre pacientes con TOC y controles no ansiosos. Esto puede ser debido a la poca representación de pacientes con problemas de orden y acumulación en la muestra estudiada. Existe una versión validada del cuestionario en español (Fullana et al., 2005).

Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown – Versión de Autoinforme (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self-Report Version, Self-Report, Y-BOCS Self-Report*; Baer, 1993, citado en Steketee, 1999). El paciente comienza contestando la Lista de Síntomas de la Y-BOCS; para ello marca si en los últimos 30 días y en el pasado han ocurrido 58 obsesiones, compulsiones y conductas de evitación agrupadas en diversas categorías y apunta en una hoja las más perturbadoras. Luego, contesta la escala propiamente dicha; haciendo referencia a sus obsesiones y compulsiones más destacadas, el paciente valora de 0 a 4 cada uno de 10 aspectos principales:

- 1) tiempo que ocupan las obsesiones, 2) interferencia producida por las obsesiones, 3) malestar asociado con las obsesiones, 4) resistencia a las obsesiones, 5) grado de control sobre las obsesiones, 6) tiempo que ocupan las compulsiones, 7) interferencia producida por las compulsiones, 8) malestar asociado con las compulsiones, 9) resistencia a las compulsiones, 10) grado de control sobre las compulsiones.

También se pregunta en dos ítems adicionales sobre el grado en que se piensa que las obsesiones o compulsiones son razonables y el grado en que se evitan ciertas actividades debido a las obsesiones o al miedo a tener que realizar compulsiones. Cada punto de la escala 0-4 tiene una descripción específica, aunque, en general, el 0 refleja una ausencia de síntomas y el 4, síntomas extremadamente intensos. Aparte de una puntuación total, se obtienen dos subpuntuaciones correspondientes a la gravedad de las obsesiones (aspectos 1 a 5) y compulsiones (aspectos 6 a 10). La escala tiene buena sensibilidad, pero baja especificidad, por lo que puede dar lugar más fácilmente a falsos positivos. El instrumento puede consultarse en inglés en Steketee (1999). Existe también una versión para niños y padres (véase Merlo et al., 2005).

Lista de Verificación de Actividades Compulsivas (*Compulsive Activity Checklist, CAC*; Philpott, 1975, citado en Raich, 1988). Aunque originalmente era una escala de 62 ítems de calificación por parte de un evaluador, en la versión presentada por Cruzado (1993), Raich (1988) y Sierra, Buela-Casal y Bermúdez (2001) consta de 46 actividades valoradas por el cliente de 0 a 3 según el grado en que o bien les dedica más tiempo que la otra gente para hacerlas, necesita repetirlas o bien las evita. Es decir, se evalúa en qué grado las conductas obsesivo-compulsivas inter-

fieren en la realización de dichas actividades. El instrumento evalúa compulsiones, pero no obsesiones, y además se centra en rituales de lavado y comprobación. Existen diversas versiones, la más utilizada de las cuales tiene 38 ítems y puede verse en inglés en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Freund, Steketee y Foa (1987). En esta versión de 38 ítems se han identificado dos factores: lavado/limpieza y comprobación/actos repetitivos. Posteriormente, Steketee y Freund (1993) presentaron el CAC-R, una versión abreviada de 29 ítems en la que se eliminaron los ítems que no discriminaron entre personas con y sin TOC.

Inventario de Pensamientos Obsesivo-Compulsivos (*Obsessive Compulsive Thoughts Checklist, OCTC*; Bouvard et al., 1997). Evalúa el grado de perturbación producido por obsesiones, compulsiones y creencias informadas por pacientes con TOC. Consta de 28 ítems valorados de 0 a 4 según la frecuencia con que han perturbado durante la última semana. Se han identificado tres factores: a) comprobación/perfeccionismo-orden (10 ítems), b) responsabilidad/miedo de hacer daño a otros (11 ítems), y c) lavado/contaminación (7 ítems). El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Inventario de Compulsiones, Obsesiones e Impulsos Patológicos (*Schedule of Compulsions, Obsessions and Pathological Impulses, SCOPI*; Watson y Whu, 2005). Tiene 47 ítems que la persona valora de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Presenta cinco subescalas: comprobación obsesiva, limpieza obsesiva, rituales compulsivos, impulsos patológicos (p.ej. de robar algo) y acumulación. Según los autores, sólo las tres primeras representan síntomas nucleares del TOC y, de hecho, las dos últimas no discrimina a pacientes con TOC de personas normales.

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark y Beck (*Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory; CBOCI*; Clark et al., 2005). Evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas obsesivos y compulsivos siguiendo el DSM-IV y las teorías cognitivo-conductuales actuales sobre el TOC. Cada uno de sus 25 ítems es valorado de 0 a 3 según su frecuencia o intensidad y el formato es similar al del Inventario de Depresión de Beck - II; es decir, la persona ha de elegir una frase de las cuatro que componen cada ítem según su experiencia en las dos últimas semanas. El cuestionario tiene dos subescalas: obsesiones (14 ítems) y compulsiones (11 ítems).

Cuestionarios sobre aspectos específicos

Inventario sobre Acumulación - Revisado (*The Savings Inventory-Revised, SI-R*; Frost, Steketee y Grisham, 2004). Ha surgido a partir de la versión original de 26 ítems (Coles et al., 2003). Consta de 23 ítems en forma de preguntas sobre distintos aspectos de las conductas de acumulación compulsiva y que son contestados de 0 a 4 con anclajes específicos para cada ítem. En un análisis factorial llevado a cabo con pacientes se han identificado tres factores: dificultad para deshacerse de cosas (7 ítems), abarrotamiento excesivo (9 ítems) y adquisición excesiva de posesiones (7 ítems). El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Inventario de Cogniciones sobre la Acumulación (*Saving Cognitions Inventory, SCI*; Steketee, Frost y Kyrios, 2003). Evalúa las creencias que influyen en la decisión de descartar o no posesiones. Consta de 24 ítems o pensamientos que se valoran de 1 a 7 según el grado en que se tienen cuando se está decidiendo tirar algo. Un análisis factorial ha permitido establecer tentativamente cuatro subescalas moderadamente correlacionadas: apego emocional (10 ítems), memoria (5 ítems), control (3 ítems) y responsabilidad (6 ítems). El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Cuestionario de Simetría, Orden y Colocación (*Symmetry, Ordering and Arranging Questionnaire, SOAQ*; Radomsky y Rachman, 2004). Evalúa aspectos emocionales y conductuales

relativos a estas características del TOC. Consta de 20 ítems valorados de 0 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. La estructura del cuestionario es unifactorial. Todavía no ha sido estudiado en población clínica. Los ítems pueden consultarse en la fuente original.

Escala de Fusión Pensamiento-Acción (*Thought-Action Fusion Scale, TAFS*; Shafran, Thorndarson y Rachman, 1996). Consta de 19 ítems, valorados de 0 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con ellos, y trata de evaluar en qué medida la persona iguala pensamiento y acción. Tiene tres subescalas: a) Probabilidad para otros de la fusión pensamiento-acción (FPA): tener un pensamiento inaceptable o perturbador acerca de otra gente hace más probable que suceda (4 ítems); b) probabilidad para sí mismo de FPA: tener un pensamiento inaceptable o perturbador sobre sí mismo hace más probable que suceda (3 ítems); c) FPA moral: tener un pensamiento inaceptable o perturbador es lo mismo que realizar la acción (12 ítems). Se han identificado estos tres factores en muestras comunitarias y universitarias y sólo dos en pacientes con TOC: probabilidad de FPA (incluye para otros y para sí mismo) y FPA moral. El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Inventario de Creencias Relacionadas con las Obsesiones (*Inventory of Beliefs Related to Obsessions, IBRO*; Freeston et al., 1993). Pretende evaluar las creencias disfuncionales sobre la ocurrencia y el significado de los pensamientos intrusos no deseados. Consta de 20 ítems valorados de 1 a 6 según el grado en que se les considera falsos o verdaderos. Presenta tres subescalas: responsabilidad exagerada (11 ítems), sobrestimación de la amenaza (5 ítems) e intolerancia a la incertidumbre (4 ítems).

Inventario de Creencias Obsesivas (ICO; Belloch et al., 2003). Pretende evaluar las creencias disfuncionales que subyacen en el TOC. Consta de 58 ítems valorados de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) y distribuidos en siete factores o subescalas: fusión pensamiento-acción tipo probabilidad (6 ítems), perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre (14 ítems), sobrestimación del peligro (9 ítems), fusión pensamiento-acción tipo moral (8 ítems), responsabilidad excesiva e importancia de controlar los pensamientos (10 ítems), sobrestimación de la importancia de los propios pensamientos (5 ítems) y rigidez de ideas (6 ítems). Sólo ha sido estudiado en población normal española y hará falta realizar estudios con población clínica y ver qué escalas discriminan entre pacientes con TOC y pacientes con otro tipo de problemas. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Cuestionario de Creencias Obsesivas (*Obsessive Beliefs Questionnaire, OBQ*; *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, 2003, 2005). Mide el grado de acuerdo con creencias que incrementan el riesgo para el TOC. Originalmente comprendía 87 ítems distribuidos en seis subescalas racionalmente derivadas: control de pensamientos, importancia de los pensamientos, responsabilidad, intolerancia a la incertidumbre, sobrestimación de la amenaza y perfeccionismo. Tras un análisis factorial, han quedado 44 ítems valorados de 1 a 7 según el grado en que se está de acuerdo con ellos y distribuidos en tres subescalas: responsabilidad/sobrestimación de la amenaza, perfeccionismo/incertidumbre e importancia/control de los pensamientos. Las tres discriminan entre pacientes con TOC y controles normales, pero sólo la primera y la última lo hacen también entre pacientes con TOC y pacientes con otros trastornos de ansiedad. El instrumento de 44 ítems puede consultarse en *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (2005).

Inventario de Interpretación de Intrusiones (*Interpretation of Intrusions Inventory, III*; *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, 2003, 2005). Sus 31 ítems evalúan las valoraciones o interpretaciones inmediatas de pensamientos, imágenes o impulsos intrusos, no deseados y perturbadores. La persona debe escribir dos pensamientos, imágenes o impulsos intrusos recientes y valorar luego, según una escala de creencia de 0 a 100, las 31 afirmaciones referidas a dichos pensamientos. Aunque se distinguieron originalmente tres subescalas (responsabilidad, importancia de los pensamientos y control de los pensamientos), un análisis factorial posterior ha puesto de

manifiesto que es unidimensional (interpretación negativa de los pensamientos intrusos). Discrimina entre pacientes con TOC y entre pacientes con otros trastornos de ansiedad.

Escala de Actitud hacia la Responsabilidad (*Responsability Attitude Scale, RAS*; Salkovskis et al., 2000). Trata de evaluar las creencias generales sobre la responsabilidad, cuyo sentido exagerado de la misma es tan característico en el TOC. Consta de 26 ítems, valorados de 1 a 7 según el grado en que se está de acuerdo con ellos. Ejemplos de ítems son “me siento frecuentemente responsable de cosas que van mal” y “si pienso cosas malas, esto es tan malo como hacerlas”. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Cuestionario de Interpretaciones de Responsabilidad (*Responsibility Interpretations Questionnaire*; Salkovskis et al., 2000). Sus 22 ítems evalúan la frecuencia y creencia durante las dos últimas semanas en interpretaciones específicas de pensamientos intrusos sobre posible daño. El cuestionario define los pensamientos, imágenes e impulsos intrusos, da cinco ejemplos de los mismos y pide a la persona que escriba las intrusiones que ha tenido durante las dos últimas semanas para facilitar que las interpretaciones negativas evaluadas estén ligadas a las mismas. Para cada posible interpretación, la persona debe valorar primero su frecuencia en una escala de 0 (nunca) a 5 (siempre) y luego el grado de creencia en la misma de 0 a 100. Dieciséis ítems corresponden a interpretaciones de alta responsabilidad (“si no me resisto a estos pensamientos, significa que soy responsable”) y 6 a interpretaciones de baja responsabilidad (“es sólo un pensamiento, así que no importa”). La fiabilidad test-retest de la frecuencia y, especialmente, de la creencia en las interpretaciones de baja responsabilidad no ha sido satisfactoria, al menos cuando estos ítems se entremezclan con los de alta responsabilidad. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).

Escala de Indecisión de Frost (*Frost Indecisiveness Scale; FIS*; Frost y Shows, 1993, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001). Evalúa la tendencia a la indecisión y la facilidad para tomar decisiones. Consta de 15 ítems que la persona valora de 1 a 5 según el grado en que está de acuerdo con ellos. Presenta dos subescalas: miedo a la toma de decisiones (9 ítems) y toma de decisiones positiva (6 ítems). El instrumento puede consultarse en inglés en la fuente original, en Antony, Orsillo y Roemer (2001) y en Corcoran y Fischer (2000).

Cuestionario de Control de Pensamientos (*Thought Control Questionnaire, TCQ*; Wells y Davies, 1994). Trata de evaluar los medios que las personas utilizan generalmente para controlar sus pensamientos desagradables o indeseados. Consta de 30 ítems valorados en una escala de frecuencia de 1 a 4. Se han identificado cinco factores de seis ítems cada uno: distracción, apoyo social, preocupación (por otras cosas menos importantes), autocastigo y reevaluación. De estas cinco estrategias, la 3ª y 4ª correlacionan con problemas emocionales y con un peor control percibido sobre las cogniciones. Faltan estudios con muestras clínicas.

Cuestionario sobre Cumplimiento del Tratamiento (*Treatment Adherence Survey–Patient version, TAS-P*; Mancebo et al., 2008). Persigue evaluar el cumplimiento pasado del tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico del TOC así como las razones para el incumplimiento, caso de que se produjera. Las 15 razones para la TCC y las 13 para el tratamiento farmacológico son agrupadas en seis categorías: miedo/ansiedad, obstáculos ambientales percibidos, utilidad percibida del tratamiento, creencias sobre la gravedad del trastorno, relación con el terapeuta y cuestiones relacionadas con el estigma y la confidencialidad. El instrumento puede consultarse en la fuente original.

Cuestionarios de interferencia o discapacidad

Estos cuestionarios podrían estar midiendo no sólo la discapacidad producida por el trastorno de interés, sino también por otros trastornos presentados por los clientes.

Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (*Sheehan Disability Inventory, SDI*; Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996, citado en Bobes et al., 1998). Consta de 5 ítems valorados de 0 a 10, excepto el último que lo es de 0 a 100. Los tres primeros evalúan respectivamente la disfunción producida por los síntomas en el trabajo, vida social y vida familiar/responsabilidades domésticas. El cuarto valora el estrés percibido (las dificultades en la vida producidas por eventos estresantes y problemas personales), y el quinto, el apoyo social percibido o el grado de apoyo recibido de personas allegadas con relación al apoyo necesitado. Puede consultarse en Bobes et al. (1998, 2002).

Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz (Liebowitz, 1987, citado en Bobes et al., 1998). Es el instrumento más complejo. Sus 11 ítems, valorados de 0 a 3, evalúan el grado en que los problemas emocionales impiden realizar determinadas acciones: beber con moderación, evitar medicamentos no prescritos, estar de buen humor, avanzar en los estudios, mantener un trabajo, tener buenas relaciones con la familia, tener relaciones románticas/íntimas satisfactorias, tener amigos y conocidos, dedicarse a aficiones, cuidado de personas y de la casa, y desear vivir y no pensar en el suicidio. El paciente debe contestar cada ítem en referencia primero a las dos últimas semanas y segundo a lo largo de la vida o la vez que peor estuvo. Puede consultarse en Bobes et al. (1998).

Cuestionario de Interferencia. Pueden emplearse diversas escalas (0-5, 0-8, 0-10, etc.) en las que la persona valora la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y/o la interferencia en áreas más específicas tales como trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud. Ejemplos de este cuestionario pueden verse en Bados (2000), Botella y Ballester (1997) y Echeburúa (1995). Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000) presentan datos normativos para su Escala de Inadaptación, en la cual la persona valora de 0 a 5 la medida en que sus problemas actuales afectan a su vida en general como a áreas más concretas (trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). El punto de corte que maximiza la sensibilidad y especificidad es 12 para la escala en su conjunto y 2 (correspondiente a la respuesta “poco”) para los ítems individuales.

AUTORREGISTROS

Wells (1997) ha propuesto un **autorregistro para los rituales** que incluye hora, situación, descripción del tipo de ritual, malestar experimentado (0-100) y duración del ritual. Al final de cada día, el paciente debe apuntar el número de rituales. También ha propuesto un modelo de **autorregistro durante el tratamiento** en el que se apunta fecha, situación, disparador del pensamiento o emoción indeseado, intrusión (pensamiento, imagen, duda, malestar o conducta indeseado), tipo e intensidad (0-100) de la reacción emocional, preocupación sobre la intrusión (principal interpretación negativa sobre la misma), respuesta a la preocupación acerca de la intrusión y recalificación de la emoción. Otros modelos pueden verse en Craske y Tsao (1999) y Steketee (1999, págs. 42-43 y 109).

Como han señalado Craske y Tsao (1999), un **problema con el autorregistro** en pacientes con TOC es que estos pueden volverse compulsivos respecto al mismo, especialmente en el pretratamiento. Además, cuando la frecuencia de las obsesiones y compulsiones es elevada, el registro puede hacerse pesado. En este caso puede emplearse el método del muestreo momentáneo de tiempo: la presencia de obsesiones y compulsiones se registra en momentos específicos (fijos o aleatorios).

OBSERVACIÓN

Un test de evitación conductual es presentado por Steketee et al. (1996). A partir del mismo se obtiene el porcentaje de tareas completadas, el nivel de ansiedad y de evitación durante el test y los rituales asociados con las tareas. Los tests de evitación conductual pueden no ser útiles con cierto tipo de compulsiones (comprobación, orden o rituales mentales).

En el caso de los niños y adolescentes, la observación de sus conductas problemáticas por parte de los padres es muy útil. Estas observaciones son comparadas con el autoinforme del niño y las discrepancias son discutidas y, a ser posible, resueltas.

ESCALAS DE CALIFICACIÓN

Una escala de calificación en que el evaluador califica de 0 a 8 tres áreas del problema (ansiedad/malestar, evitación, rituales) es descrita por Foa y Franklin (2001). Otra escala de calificación en la que se valora de 0 a 8 la gravedad de los miedos obsesivos y de los rituales es presentada por Steketee (1999, págs. 177-178).

EXAMEN MÉDICO

El TOC puede ser consecuencia de ciertos problemas médicos como la epilepsia y los tumores o quistes cerebrales. Por ello es importante descartar la existencia de estas enfermedades.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

A continuación se hablará del tratamiento del TOC como trastorno diferenciado de ansiedad. Sin embargo, existen **modelos transdiagnósticos de la ansiedad** que postulan una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10. Dentro de esta patología nuclear habría un factor específico de hiperactivación fisiológica y, compartido con la depresión, un factor general de afectividad negativa, esto es, una tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad¹. Esta patología compartida, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado a algunos autores a desarrollar diversos protocolos dirigidos cada uno de ellos a tratar múltiples trastornos de ansiedad (principalmente, fobias, pánico y ansiedad generalizada; con menor frecuencia, TOC y trastorno por estrés postraumático); de este modo, pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad.

Los **programas transdiagnósticos** de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, expo-

¹ Mientras que una alta hiperactivación fisiológica caracterizaría a los trastornos de ansiedad, una baja afectividad positiva (o entusiasmo por la vida) sería típica de los trastornos depresivos.

sición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado un alto tamaño del efecto pre-post ($d = 1,29$) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control ($d = 0,14$); además, las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual.

Los tratamientos más investigados para el TOC han sido la exposición más prevención de respuesta (EPR), las intervenciones cognitivo-conductuales y la farmacoterapia. Para revisiones con **adultos**, pueden verse Abramowitz, Brigidi y Roche (2001), Cruzado (1998), Foa y Franklin (2001), Franklin y Foa (2002), Roth y Fonagy (1996), Stanley y Turner (1995) y Vallejo (2003). También los metaanálisis de Abramowitz (1996, 1997, 1998), Abramowitz, Franklin y Foa (2002, citado en Rosa-Alcázar et al., 2008), Eddy et al. (2004), Rosa-Alcázar et al. (2008), Sánchez, Gómez y Méndez (2003) y van Balkom et al. (1994). Hasta el momento, los únicos **tratamientos eficaces y específicos** han sido la EPR, la terapia cognitiva y los antidepresivos serotoninérgicos. La terapia cognitivo-conductual y la ERP asistida por la familia son tratamientos eficaces, pero no han mostrado todavía ser superiores al placebo o a otro tratamiento.

Revisiones para **niños y adolescentes** son las de Barrett et al. (2008), Rapoport e Inoff-Germain (2000), Toro (2001) y Turner (2005); además se cuenta con el metaanálisis de Abramowitz, Whiteside y Deacon (2005), O'Kearney (2007) y Watson y Rees (2008). Los trabajos existentes indican la eficacia de la EPR, la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual (TCC) cuando se aplican individualmente. Cuando estos tratamientos se aplican centrados en la familia, ya sea individual o grupalmente, son posiblemente eficaces, pero faltan más estudios al respecto. Por el momento, unos pocos estudios indican que la EPR es más eficaz que los fármacos serotoninérgicos; por otra parte, la TCC con implicación de los padres ha sido más eficaz que la lista de espera (Barret, Healy-Farrell y March, 2004) y que el tratamiento de relajación con implicación familiar (Freeman et al., 2008).

Posibles **objetivos** del tratamiento son: a) Conseguir que el paciente tenga una explicación de sus obsesiones y que entienda el papel de las compulsiones y de las conductas de evitación. b) Reducir, pero no eliminar, las obsesiones. c) Reducir y, a ser posible, eliminar las compulsiones y conductas de evitación. d) Reducir la ansiedad/malestar producido por las obsesiones y el humor deprimido. e) Corregir la exageración de las consecuencias amenazantes asociadas a las obsesiones. f) Corregir, cuando sea necesario, la sobrestimación del poder e importancia de los pensamientos. g) Corregir, cuando estén presentes, la responsabilidad y el perfeccionismo excesivos. h) Recuperar un estilo de vida más normalizado y emplear el nuevo tiempo libre para actividades personales gratificantes. i) Lograr que el paciente se dé cuenta de las situaciones que facilitan las recaídas y utilice las estrategias aprendidas para afrontar mejor las contrariedades y agentes estresantes.

EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN MÁS PREVENCIÓN DE RESPUESTA

En la **exposición más prevención de respuesta**, el paciente se expone en vivo y/o en la imaginación a los estímulos externos e internos temidos (incluidas las obsesiones y catástrofes anticipadas) al tiempo que se previene la ocurrencia de las compulsiones manifiestas y encubiertas hasta que la ansiedad disminuye significativamente (o hasta un mínimo de 1 hora tras la exposición). Este procedimiento ha sido investigado en un gran número de estudios controlados y ha resultado más eficaz que la lista de espera, la relajación, el placebo farmacológico, la clomipramina y el entrenamiento en control de la ansiedad (Vallejo, 2003). Los resultados no parecen variar en función de que la EPR se haya aplicado en régimen ambulatorio o de internamiento.

Según varios estudios, la **exposición sola o la prevención de respuesta funcionan peor que su combinación** tanto a corto como a medio plazo; el primero de los componentes actúa principalmente sobre el malestar obsesivo y el segundo, sobre las compulsiones. El porcentaje de pacientes mejorados y muy mejorados es también mucho mayor con el tratamiento combinado. Según un par de estudios, la EPR es más eficaz en habituación del ritmo cardiaco cuando la atención se centra en los estímulos temidos que cuando se utiliza **distracción**; sin embargo, los resultados han sido contradictorios al considerar la ansiedad subjetiva.

Existen múltiples variaciones en la forma de llevar a cabo la EPR: exposición asistida por el terapeuta o autodirigida, prevención de respuesta total o parcial, exposición en vivo sola o combinada con exposición imaginal, exposición más o menos graduada, etc. Los datos del **metaanálisis** de Abramowitz (1996) indican que en medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad general, y tanto en el postratamiento como en el seguimiento, **la exposición asistida por el terapeuta funciona mejor** que la autoexposición sola; esta superioridad también se ha puesto de manifiesto en los metaanálisis de Abramowitz et al. (2002, citado en Whittal, Thordarson y McLean, 2005) y Rosa-Alcázar et al. (2008), pero la diferencia no fue significativa en el metaanálisis de Sánchez, Gómez y Méndez (2003), aunque fue en la misma línea.

No se han hallado diferencias entre la exposición asistida por el terapeuta y la autoexposición en estudios que las han comparado directamente con muestras pequeñas; en cambio, Tolin et al. (2007) hallaron que la EPR asistida por el terapeuta fue superior a la autoexposición apoyada con un libro de autoayuda. Por otra parte, si bien los clientes parecen más dispuestos a afrontar las situaciones temidas en presencia del terapeuta, especialmente si este lo ha hecho primero, no se ha demostrado que este modelado lleve a una mayor eficacia. La superioridad de la exposición asistida por el terapeuta no implica que la **autoexposición** no deba utilizarse. Hay algún estudio que indica que la combinación de ambas es más eficaz para mantener las mejoras conseguidas. Además, la autoexposición permite la generalización de los resultados al medio del paciente sin la compañía del terapeuta y mejora el mantenimiento de los logros conseguidos. Por otra parte, según un estudio, que los **terapeutas sean percibidos** por los clientes como empáticos, alentadores y respetuosos ha estado asociado a mejores resultados.

El empleo de **prevención de respuesta total** es superior a la prevención parcial o ausente (Abramowitz, 1996). Varios estudios indican que la **EPR prolongada** a los estímulos temidos (p.ej., 80 minutos) es más eficaz que varias EPR breves de la misma duración total (p.ej., 8 sesiones de 10 minutos). La pauta es prolongar la EPR hasta que la ansiedad y el deseo de llevar a cabo los rituales se reduzcan notablemente, lo cual suele requerir 60-90 minutos o incluso más.

La **exposición gradual y la inundación** son igualmente eficaces según un estudio que las ha comparado directamente y según el metaanálisis de Abramowitz (1996). De todos modos, los clientes prefieren el primer enfoque. Se aconseja proceder a una velocidad que sea aceptable para el paciente y que no se intente ninguna exposición sin la aprobación del mismo. Al mismo tiempo, Foa y Franklin (2001) ven preferible que el ítem más ansiógeno de la jerarquía sea ya abordado cuando hayan transcurrido un tercio de las sesiones; esto es, al final de la primera semana cuando hay cinco sesiones a la semana a lo largo de 3 semanas. De este modo queda tiempo para repetir las exposiciones más difíciles o variantes de la misma en las siguientes semanas.

La **EPR intensiva** (5 sesiones semanales durante 3 semanas) no es más eficaz, aunque quizá sí más eficiente, que la EPR aplicada dos veces por semana. Un estudio no encontró diferencias entre 10 sesiones aplicadas durante 2,5 semanas o durante el doble de tiempo, pero la muestra fue muy pequeña. Con niños tampoco se han hallado diferencias entre la EPR intensiva y semanal (Franklin et al., 1997, citado en Foa, 2004) o la TCC familiar intensiva o semanal (Storch et al., 2007). Abramowitz, Foa y Franklin (2003) hallaron que la EPR con cinco sesiones por semana

fue algo más eficaz en el postratamiento que la EPR con dos sesiones por semana, pero las diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 3 meses debido a un cierto deterioro en la EPR intensiva. Según Foa (2004) y Kozak y Foa (1997b), es posible que una sesión por semana sea suficiente para los casos más leves y que la mayoría de pacientes ($Y\text{-BOCS} > 20$) necesiten al menos 2 sesiones por semana.

La **combinación de exposición en vivo e imaginal** es mejor que la exposición en vivo sola en medidas de ansiedad general (Abramowitz, 1996), depresión (Rosa-Alcázar et al., 2008) y síntomas obsesivo-compulsivos (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003) y mejor que la exposición imaginal en este último tipo de medidas (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003). Que la exposición sea gradual o de tipo inundación no parece afectar a los resultados. En dos estudios del grupo de Foa, el tratamiento combinado resultó superior en el seguimiento a la EPR en vivo. En cambio, De Araujo et al. (1995) no hallaron que la exposición imaginal autoaplicada aumentara la eficacia de la EPR autoaplicada en ningún tipo de medida ni en el postratamiento ni en el seguimiento a los 3 meses. La exposición imaginal fue más difícil de llevar a cabo para los pacientes y hubo más abandonos. Habría que estudiar si la exposición imaginal tendría efectos potenciadores si fuera no sólo autoaplicada y si fuera más prolongada (en este estudio duró 30 en vez de 90 minutos por sesión). Por otra parte, en otro estudio, la combinación de exposición en vivo e imaginal no fue mejor que la exposición en vivo a corto plazo, pero tendió a reducir las recaídas.

Diversos autores (Kozak y Foa, 1997b; Steketee, 1993) han señalado que la **exposición en vivo** a las situaciones obsesivas temidas es más eficaz que la **exposición imaginal** a las mismas situaciones. Ahora bien, la **combinación** de ambos métodos es particularmente útil para mantener los resultados en pacientes que temen no sólo experimentar una gran ansiedad, sino sufrir consecuencias catastróficas caso de no llevar a cabo la compulsión. En estos casos, se les expone también en la imaginación a las consecuencias temidas que disparan sus miedos y no sólo a las situaciones externas. Según Stekette (1999), la **exposición imaginal está indicada** en las siguientes circunstancias: a) Los miedos obsesivos implican predominantemente imágenes mentales (p.ej., hacer daño a alguien) no conectadas aparentemente con eventos externos. b) Los miedos a consecuencias catastróficas caso de no llevar a cabo las compulsiones son prominentes y la exposición en vivo por sí sola no trae a la mente en un grado adecuado las obsesiones sobre estas consecuencias temidas. d) La exposición en vivo es difícil de llevar a cabo ya sea porque el paciente presenta una ansiedad y evitación intensas o por otros motivos (p.ej., proferir obscenidades durante un acto religioso).

La **exposición prolongada imaginal o mediante cinta (con bucle continuo) a las obsesiones y consecuencias temidas más la prevención de las posibles compulsiones internas** se ha mostrado eficaz en un estudio no controlado con pacientes que presentaban obsesiones sin compulsiones manifiestas. En otro estudio, dicho tratamiento ha sido igual de eficaz en pacientes con o sin compulsiones manifiestas (véase Stanley y Beidel, 1995). La exposición a las obsesiones también puede hacerse escribiendo aquellas y leyéndolas en voz alta. Para facilitar la generalización, se termina haciendo la exposición correspondiente (imaginal, mediante cinta, leída) en situaciones ansiógenas o estados de ansiedad.

Según un estudio, la **EPR aplicada en grupo** funciona igual de bien que la individual, tanto a corto como medio plazo, aunque esto sólo puede afirmarse por el momento para casos no muy graves y que no presentan comorbilidad. Además, la eficacia de la EPR (y de la terapia cognitivo-conductual) en grupo no se ve afectada por el hecho de que los pacientes presenten obsesiones-compulsiones similares o no a las de otros pacientes del grupo. De todos modos, el metaanálisis de Eddy et al. (2004) sugiere que se recupera un mayor porcentaje de pacientes con terapia individual que grupal.

Los clientes cuya **pareja o familiares participan** en el tratamiento pueden mejorar más que

los tratados solos, aunque los resultados no han sido consistentes. Grunes, Neziroglu y McKay (2001) han mostrado que pacientes que no habían terminado de responder a la EPR mejoraron más cuando un miembro de la familia colaboró en el tratamiento que cuando siguieron con la EPR individual. Los familiares fueron vistos en grupo y los pacientes individualmente. La colaboración de la familia y el empleo del reforzamiento positivo parecen especialmente importantes en el caso de los niños.

Cuando los **familiares** participan, reciben información sobre el trastorno y sobre cómo ayudar al paciente en la aplicación de la EPR. Se busca que los familiares sepan evitar tanto un estilo antagonista como acomodaticio ante el trastorno y que sepan manejar sus emociones de culpa y enfado. De todos modos, debido a los problemas intensos que suelen existir entre el paciente y su pareja o familiares, hay que ser cuidadoso a la hora de contar con su colaboración en la terapia. Además, los familiares poco ansiosos son mejores colaboradores que los familiares ansiosos. Aparte de la posible participación de los familiares en la terapia, el malestar marital preexistente no parece afectar a los resultados del tratamiento del TOC; además, este tratamiento reduce dicho malestar.

Suele requerirse un promedio de **20 sesiones** de EPR, que pueden ir de frecuencia diaria a semanal. Los **tratamientos más largos suelen ser más eficaces**, aunque no se ha establecido a partir de qué punto ya no es útil continuar con más sesiones; los resultados de Himle et al. (2001) sugieren que la EPR grupal aplicada durante 7 semanas funciona igual de bien a corto y medio plazo que la que dura 12 semanas. Las sesiones suelen durar 1-2 horas (media: **1,5 horas**) y las sesiones más largas son más eficaces que las cortas. Una duración inferior a 1 hora no es aconsejable porque no es suficiente para que se produzca la habituación de la ansiedad.

La EPR da lugar a mejoras significativas en síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, depresión y ajuste social, pero muchos de los pacientes mejorados siguen con problemas importantes. Por otra parte, las tres cuartas partes de los estudios han sido llevados a cabo con pacientes con compulsiones de lavado y comprobación, y hay una **baja representación de otros tipos de TOC: orden, acumulación, lentitud compulsiva y obsesiones sin compulsiones manifiestas**. Los pacientes con rituales de **acumulación** o con obsesiones de **contenido sexual o religioso** mejoran menos al aplicar terapia conductual, terapia cognitivo-conductual o fármacos (Abramowitz et al., 2003; Keeley et al., 2008). La **lentitud** compulsiva no parece responder ni al tratamiento psicológico ni farmacológico. Finalmente, en muchos estudios han participado solamente pacientes con TOC sin otros trastornos comórbidos, lo cual les diferencia de los pacientes que más suelen verse en la clínica (Eddy et al., 2004).

Para mejorar los resultados en el caso de las compulsiones de **acumulación**, se ha propuesto un tratamiento (Steketee y Frost, 2006, 2007) que es más largo que el tratamiento estándar e incorpora ciertas modificaciones: entrevista motivacional (ya que estos pacientes están menos motivados que otros) y entrenamiento en habilidades para mejorar la atención, la organización, la memoria y la toma de decisiones. Igualmente, para mejorar los resultados de las obsesiones de **contenido sexual o religioso** y sin compulsiones manifiestas, se ha propuesto un tratamiento cognitivo-conductual que incluye la EPR y en el que se abordan específicamente las estrategias de neutralización y las creencias y valoraciones del paciente sobre sus obsesiones (Freeston et al., 1997; O'Connor et al., 2005; Rachman, 2003). Por otra parte, aunque las obsesiones y compulsiones de **orden y simetría** no responden peor al tratamiento, Summerfeldt (2004) ha propuesto un tratamiento modificado de EPR para aquellos casos en los que las compulsiones vienen motivadas no por la prevención de una amenaza, sino por la necesidad de que las cosas estén perfectas o para experimentar una sensación de que todo está completo.

Con relación a las **obsesiones-compulsiones de limpieza**, Rachman (1994, citado en Botella y Robert, 1995) ha hecho una interesante distinción entre tres problemas diferentes: polución

mental (ansiedad ante la suciedad no sólo externa, sino también “interior”), ansiedad ante la suciedad (en general por contacto físico) y ansiedad ante la enfermedad. En un fino análisis, Rachman destaca las similitudes y diferencias entre los tres problemas en diversos aspectos: desencadenantes, afecto experimentado, amplitud de la amenaza (a cuántas personas afecta), tipo de amenaza (inmediata/demorada, catastrófica o no), facilidad de invalidación de las creencias, evitación, tratamiento a elegir y facilidad de retorno del miedo. El primer problema es el más difícil de tratar. Referencias más recientes sobre el miedo a la contaminación son las de Rachman (2004, 2006); en la última, Rachman aborda en profundidad como evaluar y tratar el miedo a la contaminación. Por otra parte, McKay (2006) ha destacado el papel de la emoción de asco en el TOC relacionado con la contaminación y en el tratamiento de este. Tanto el miedo como el asco pueden estar implicados en este tipo de TOC.

En aquellos casos en que la EPR no funciona puede intentarse uno o más de los siguientes medio: hacerla más intensiva, aplicarla en otro contexto (hospital de día, unidad conductual para pacientes internos), implicar a la familia en el tratamiento y combinar la EPR con técnicas cognitivas y/o fármacos.

Tamaño del efecto, significación clínica y mantenimiento de los resultados

El **5-25% de las personas no aceptan iniciar el tratamiento de EPR** por una diversidad de razones: negarse a la asignación aleatoria, dificultades horarias, tratamiento no aceptable, ideas sobrevaloradas. El primero de estos motivos no se da en la práctica clínica real, por lo que es de suponer que el porcentaje de rechazos debe ser menor; de todos modos, cuanto más intensiva es la EPR (5 sesiones por semana durante 3 semanas), mayor parece ser el porcentaje de rechazo (25%). El **8-25% de los pacientes abandonan** la intervención una vez iniciada (Abramowitz, 1996 (9%, N = 602), 1997 (13%, N = 274), 1998 (10%, N = 271); Gava et al., 2007 (25%, N = 52); Kobak et al., 1998 (17%, N = ¿); Sánchez, Gómez y Méndez, 2003 (14%, N = ¿); van Balkom et al., 1994 (8%, N = 455)), aunque se han informado porcentajes mayores en la práctica clínica habitual (30-35% en los trastornos de ansiedad). Para favorecer la aceptación y cumplimiento del tratamiento, es útil emplear las estrategias de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991/1999, 2002), ya sea previamente a la terapia o integrada en la misma (Simpson et al., 2008). Otra intervención más sencilla (10 minutos) que puede ser eficaz consiste en pedir al paciente que imagine los eventos implicados en atender a las cuatro primeras sesiones de tratamiento y luego que escriba las razones para continuar la terapia (véase Buckner et al., 2009).

La EPR da lugar a mejoras significativas en síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, depresión y ajuste social. El tamaño del efecto, calculado mediante la diferencia de medias estandarizada, nos permite saber la magnitud del cambio logrado, ya sea del pre al postratamiento o entre dos condiciones. Tamaños del efecto de 0'20-0'49, 0'50-0'79 y 0'80 o más suelen interpretarse respectivamente como de magnitud baja, media y alta. Según los metaanálisis de Abramowitz (1997), Abramowitz et al. (2002, citado en Rosa-Alcázar et al., 2008) y van Balkom (1994), los **tamaños del efecto de la EPR** en comparación al **placebo** (incluida la relajación) en síntomas obsesivo-compulsivos en general han sido respectivamente 1,18, 1,50 y 1,26. Además, van Balkom et al. (1994) dan un tamaño de 0,49 en ansiedad general y 0,35 en depresión. En comparación a **grupos control** (placebo, lista de espera), el tamaño del efecto en síntomas obsesivo-compulsivos ha sido de 1,13 (Rosa-Alcázar et al., 2008) y 1,16 (Eddy et al., 2004); y en depresión, 0,53 (Rosa-Alcázar et al., 2008).

Según los metaanálisis de Abramowitz (1996), Sánchez, Gómez y Méndez (2003) y van Balkom et al. (1994), los **tamaños del efecto pre-post** en síntomas obsesivo-compulsivos autoinformados han sido respectivamente 1,16 (1,58 si las EPR es asistida por el terapeuta), 0,92 y 1,46; y en síntomas obsesivo-compulsivos calificados por el clínico, 1,41, 1,54 y 1,47. En síntomas obsesivo-compulsivos en general el tamaño del efecto ha sido 1,26 (Sánchez, Gómez y Méndez,

2003), 1,44 (Ruhmland y Margraf, 2001) y 1,53 (Eddy et al., 2004). Abramowitz (1996) y van Balkom et al. (1994) dan en ansiedad general los siguientes tamaños del efecto respectivamente: 1,64 y 0,91; y en depresión, 0,76 y 0,89. Van Balkom et al. (1994) informan de un tamaño de 0,70 en ajuste social. Norton y Price (2007) dan un tamaño medio del efecto de 1,39 considerando las medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad general.

De acuerdo con los criterios de cada autor, el **70-75% de los clientes tratados con EPR mejoran** (reducen sus síntomas al menos en un 30%) y el 45-55% pueden clasificarse como muy mejorados (reducción de al menos el 50%). En el metaanálisis de Eddy et al. (2004), basado en cinco estudios metodológicamente rigurosos, mejoraron el **69%** de los pacientes que completaron el tratamiento y el 62% de los que lo iniciaron; según el metaanálisis de Fisher y Wells (2005), mejoraron el **75%** de los pacientes tratados con EPR individual. Ahora bien, en el caso de **obsesiones sin compulsiones manifiestas**, el porcentaje de sujetos **mejorados** es sólo del **50-60%**

Los síntomas obsesivo-compulsivos suelen reducirse en un 40-75%, en medidas como el Inventario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley y la Lista de Verificación de Actividades Compulsivas; y en un 40-60% en la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS); parece mejorar más el componente compulsivo que el obsesivo. Las creencias obsesivas disfuncionales también se reducen. La ansiedad y, en menor grado, la depresión también mejoran, así como el funcionamiento general (laboral, social, etc.), en especial si el tratamiento ha incluido asistencia familiar y medicación. Las mejoras observadas son significativamente mayores en medidas de calificación por evaluadores que en autoinformes de los pacientes. De todos modos, conviene tener en cuenta que en la mayoría de los estudios se ha trabajado con pacientes con TOC moderado (puntuación Y-BOCS pretratamiento alrededor de 20) y que las mejoras son menores en pacientes con sintomatología más grave.

Abramowitz (1998) llevó a cabo una **evaluación metaanalítica de la significación clínica** de los resultados de la EPR en el Inventario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley. El paciente tratado promedio mejoró significativamente, de modo que se situó dentro de una desviación estándar de la media de la población general tanto en el postratamiento como en el seguimiento (5 meses de media). A pesar de esto, la media de los pacientes tratados siguió siendo significativamente superior a la de la población general en los dos periodos de evaluación.

Según los criterios de Jacobson y Truax de cambio fiable y pertenencia a población no disfuncional en la Y-BOCS, el porcentaje de pacientes **recuperados** ha sido de **28%** en el estudio de van Oppen et al. (1995), los cuales emplearon sólo EPR autoaplicada, de **38%** (45% en el seguimiento a los 3 meses) en el de McLean et al. (2001), que emplearon EPR grupal asistida por el terapeuta, y de **59-64%** en los de Abramowitz et al. (2002), Belloch, Cabedo y Carrión (2008), Vogel, Stiles y Götestam (2004) y Whittal, Thordarson y McLean (2005) que usaron EPR individual asistida por el terapeuta. Cuando los criterios tuvieron que ser satisfechos en tres medidas de TOC, el porcentaje bajó a 17% en el estudio de van Oppen et al. (1995). Abramowitz et al. (2003) emplearon EPR individual asistida por el terapeuta y hallaron los siguientes porcentajes de pacientes recuperados según el tema del TOC: simetría (76%), contaminación (70%), daño (59%), pensamientos inaceptables de diversos tipos (46%) y acumulación (31%). En el **metaanálisis** de Eddy et al. (2004), basado en tres estudios metodológicamente rigurosos, se recuperaron el **38%** de los pacientes que completaron el tratamiento y el 31% de los que lo iniciaron. Según el metaanálisis de Fisher y Wells (2005), realizado con cuatro estudios, se recuperaron el **61%** de los pacientes tratados con EPR individual, aunque sólo el **25%** puntuaron 7 o menos en la Y-BOCS.

Los **resultados tienden a mantenerse** en seguimientos que han ido de los 3 meses a los 6 años (media = 6 meses). Como media, el 75% (50-88%) de los clientes tratados permanecen mejorados y el 50% (40-70%) pueden clasificarse como muy mejorados. Sin embargo, durante el periodo de seguimiento el **15% recaen**, al menos **un tercio (34%) recibe tratamiento psicológi-**

co adicional para el TOC y otro tercio, para la depresión. Además, más de la mitad (58%) siguen tomando medicación (Whittall et al., 2008). Sin embargo, en este estudio ni haber recibido más tratamiento ni el hecho de estar tomando medicación estuvieron asociados con haberse recuperado o no.

Hiss, Foa y Kozak (1994) han mostrado que añadir a la EPR un programa de 4 sesiones de 90 minutos de **prevención de recaída** dio lugar a un mantenimiento de las mejoras en el seguimiento a los 6 meses, mientras que se produjo algún repunte de los síntomas en el grupo en el que se añadió un placebo psicológico (relajación progresiva y terapia de asociación libre). El programa de prevención incluyó: a) Justificación de su utilidad e identificación de posibles agentes estresantes o **situaciones de riesgo** que pueden facilitar un contratiempo. b) Enseñanza de **reestructuración cognitiva**. c) Aplicación de **autoexposición** y reestructuración cognitiva en caso de contratiempo. d) Colaboración de **persona allegada** para modificar pautas disfuncionales de interacción (p.ej., crítica hostil) y expectativas no realistas sobre el resultado del tratamiento (p.ej., desaparición completa de los síntomas obsesivo-compulsivos). También para asistir al cliente en caso de contratiempo y para ayudarlo a buscar actividades o trabajo a los que dedicar el tiempo antes ocupado en obsesiones y compulsiones. e) Nueve **contactos telefónicos** de 15 minutos a lo largo de 12 semanas para controlar la aplicación de las habilidades de mantenimiento y asistir en las dificultades encontradas. Estos contactos no estuvieron disponibles en el grupo control.

Variables predictoras

Variables predictoras del resultado del tratamiento. Este tema ha sido revisado por Keeley et al. (2008), Shavitt et al. (2001), Stanley y Turner (1995) y Steketee y Shapiro (1995). Por lo que se refiere al **abandono** del tratamiento, en un estudio se vio que los pacientes que abandonaron tenían síntomas menos graves, fueron más críticos con el terapeuta, se sintieron menos presionados por la familia y tenían diferentes expectativas de tratamiento que los que completaron la terapia. En otro estudio, la presencia del trastorno de ansiedad generalizada predijo el abandono. En cuanto a los resultados **postratamiento**:

- Variables **no predictoras**: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, nivel intelectual (dentro de la amplitud normal), vivir sólo/acompañado, duración del trastorno, satisfacción marital.
- Variables que **no han predicho consistentemente** resultados negativos: nivel de depresión (no muy alto), ansiedad general y presencia de tics.
- Variables que parecen estar **asociadas a una menor eficacia** del tratamiento conductual y cognitivo-conductual: gravedad del TOC, subtipo de síntomas (aquellos con compulsiones de acumulación u obsesiones de contenido sexual/religioso mejoran menos), presencia de ideas sobrevaloradas (mal pronóstico cuando estas son muy extremas o se encuentran cerca del extremo delirante), motivación baja, trastorno depresivo mayor o nivel muy alto de depresión, presencia de trastornos de personalidad o de rasgos (principalmente esquizotípicos), perfeccionismo elevado, menor nivel de ingresos, funcionamiento social pobre, disfunción familiar, hostilidad y reacciones coléricas por parte de la familia, acomodación de la familia a los síntomas del TOC, terapeutas permisivos o neutrales o que favorecen la dependencia. Por otra parte, mientras que la crítica percibida por parte de otros está asociada a peores resultados, los comentarios críticos no hostiles (aquellos centrados en conductas concretas y que no implican descalificaciones globales) calificados por un evaluador predicen un mejor resultado (Chambless y Steketee, 1999).

En el polo opuesto, una alianza positiva de ayuda, una buena motivación y las expectativas de mejora predicen mejores resultados, aunque débilmente en el mejor de los

casos. La habituación entre sesiones (pero no intra-sesión) es también un predictor positivo. Una mayor comprensión de la justificación del tratamiento y mejor cumplimiento de este, tanto dentro como fuera de las sesiones, parecen dar lugar a mejores resultados, aunque esto sólo es cierto cuando las calificaciones de cumplimiento son hechas por los clínicos, no por los pacientes; además, la magnitud de la asociación suele ser pequeña (Abramowitz et al., 2002; Woods, Chambless y Steketee, 2002). También obtienen mejores resultados los terapeutas que, según los pacientes, muestran más comprensión, respeto e interés y les estimulan a realizar actividades terapéuticas.

Para los **pacientes con ideas sobrevaloradas**, O'Connor et al. (2005) han presentado datos de que la **aproximación basada en la inferencia** es más eficaz que la terapia cognitiva. La primera se centra en las obsesiones o inferencias primarias, las cuales considera como dudas obsesivas (“seguro que el pomo estaba sucio y mi mano se ha contaminado”), no como dudas fundadas, y en los procesos inferenciales que llevan a las mismas; mientras que la terapia cognitiva va dirigida sólo a las inferencias secundarias derivadas de las obsesiones (“si mi mano está sucia, infectaré a otros y les haré daño) y en las valoraciones subsiguientes (“sería responsable de lo que les pase a otros”). Una descripción de la aproximación basada en la inferencia puede verse en O'Connor y Robillard (1999).

Por lo que se refiere al **seguimiento**, no hay predictores o no son consistentes, excepto que el nivel alcanzado en el postratamiento suele predecir el nivel en el seguimiento.

UTILIDAD CLÍNICA DE LA EXPOSICIÓN MÁS PREVENCIÓN DE RESPUESTA

La EPR llevada a cabo en **contextos clínicos reales** ha alcanzado a corto plazo resultados comparables a los logrados en investigaciones controladas según los estudios de Franklin et al. (2000), Rothbaum y Shahr (2000) y Wetzel, Bents y Florin (1999). En el primero de estos estudios, los pacientes pagaron por la terapia, recibieron tratamiento en grupo y el 86% de ellos alcanzaron resultados clínicamente significativos en la Y-BOCS según los criterios de Jacobson y Truax. A diferencia de la práctica real, los terapeutas fueron supervisados. En contraste con los estudios anteriores, Montañó y Froján (2005) compararon casos publicados y casos de centros privados y comprobaron que en estos últimos se trabajaban una mayor variedad de obsesiones y compulsiones, los tratamientos eran más largos y los resultados peores (menos mejoras y más abandonos).

Aunque los resultados obtenidos en investigaciones controladas parecen ser generalizables a la práctica clínica habitual, hay que tener en cuenta que la **duración del tratamiento** y el **porcentaje de abandonos** (30-35% en los trastornos de ansiedad) son **mayores** en el último caso (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007; Turner et al., 1995). Turner et al. (1995) llevaron a cabo un estudio sobre la **duración del tratamiento conductual y cognitivo-conductual en la práctica clínica real**. El tratamiento del TOC requirió de media **46 horas** a lo largo de **3-12 meses**, lo cual contrasta con las 18-30 horas de los estudios controlados; la duración fue mayor que en el caso de la fobia social (29 h, 3-6 meses), el trastorno de pánico con/sin agorafobia (27 h, 3-6 meses), el trastorno de ansiedad generalizada (23 h; 3-6 meses), las fobias específicas (13 h, 3 meses) y la fobia la sangre (11 h, 3 meses). Hay que tener en cuenta que la duración del tratamiento es mayor en los casos que presentan comorbilidad con otros problemas y menor en caso contrario.

Por otra parte, una de las limitaciones de la EPR, además de la ansiedad que produce, es que no está disponible con facilidad. De cara a conseguir que un mayor número de pacientes tengan acceso a la EPR, se ha propuesto **administrar la EPR por teléfono**. En dos estudios no controla-

dos, Taylor et al. (2003) observaron que 12 sesiones de ERP administrada por teléfono junto con un manual de autoayuda fueron útiles para reducir los síntomas del TOC y que los resultados se mantuvieron a los 3 meses; además, tanto el tamaño del efecto como el porcentaje de abandonos fueron similares a los obtenidos en otros estudios en que la EPR fue administrada directamente. Conviene señalar que fueron excluidos los pacientes con depresión mayor y que hubo una sesión de evaluación presencial. Por otra parte, Lovell et al. (2006) hallaron que la EPR aplicada ya sea directamente o por teléfono fueron igual de eficaces a los 6 meses.

En la línea de hacer la EPR más accesible, se han desarrollado también **programas autoaplicados** con el apoyo de un manual y una entrevista telefónica computerizada (programa BT-STEPS). A través de estas entrevistas, se evalúa el progreso de los pacientes y estos reciben retroalimentación sobre el mismo. Además, los pacientes pueden grabar mensajes personales para un terapeuta y recibir la respuesta del mismo dentro de 72 horas. Estos programas producen mejoras significativas pre-post en los síntomas del TOC y en el ajuste social/laboral, pero más de la mitad de las personas que los comienzan no los cumplen (véase, p.ej., Bachofen et al., 1999) y su eficacia es más baja que la del tratamiento presencial. Predictores de peores resultados son el bajo cumplimiento con el programa, la baja motivación inicial y presentar síntomas obsesivo-compulsivos más graves e incapacitantes.

Greist et al. (2002) hallaron que el **BT-STEPS** (que incluyó tres contactos de 15 minutos con un terapeuta a lo largo del tratamiento) fue más eficaz que la autorrelajación en la Y-BOCS, en el ajuste social/laboral y en el porcentaje de pacientes mejorados; pero menos eficaz que la EPR autoaplicada y supervisada (aunque no acompañada) por el terapeuta. El 65% de los pacientes cumplieron con el BT-STEPS y mejoraron más los que más sesiones de autoexposición hicieron. Los que cumplieron con el programa mejoraron de modo similar a los que fueron supervisados por parte de un terapeuta. Los pacientes que no respondieron al BT-STEPS, mejoraron cuando pasaron a ser supervisados por un terapeuta, pero no así a la inversa. Si estos resultados se confirman, podría ofrecerse el programa autoaplicado a un gran número de pacientes y reservar la terapia supervisada por el terapeuta para aquellos que no cumplen con el programa o no responden al mismo.

Para aumentar la eficacia del BT-STEPS, Kenwright et al. (2006) compararon dos grupos: uno recibió además nueve **breves llamadas telefónicas iniciadas por el terapeuta** y el otro pudo solicitar llamadas a iniciativa del paciente. En el primer grupo hubo menos abandonos, más cumplimiento de la EPR y mejores resultados. El tiempo dedicado por el terapeuta a lo largo de 17 semanas fue 76 contra 16 minutos.

En estudios realizados a finales de los 80 (véase Anderson, Jacobs y Rothbaum, 2004), Baer y sus colaboradores emplearon un **ordenador de bolsillo** como complemento a la terapia presencial que apoyaba el empleo de la EPR por parte de los pacientes y permitía reducir el tiempo de contacto con el terapeuta. Muchos pacientes mejoraron, pero las ganancias no siempre se mantuvieron al retirar los ordenadores. Se ha sugerido que estos pueden funcionar como señales de seguridad, de modo que pueden reemplazar a los rituales para reducir la ansiedad.

EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA DE LA TERAPIA COGNITIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

Terapia cognitiva

La **terapia cognitiva (TC)** implica el empleo de la reestructuración cognitiva tanto a nivel verbal como a través de experimentos conductuales. Tanto la terapia racional-emotiva de Ellis

como la terapia cognitiva de Beck han resultado superiores al no tratamiento e igual de eficaces a corto y medio plazo que la EPR autoaplicada, aunque algunos estudios han sido criticados por no haber llevado a cabo la EPR de forma adecuada (p.ej., se ha reducido el número o la duración de las sesiones), lo cual ha dado lugar a unos resultados más pobres de la misma (Vallejo, 2003). En el estudio de van Oppen et al. (1995), la TC fue superior a la EPR autoaplicada (ambas aplicadas individualmente) en porcentaje de pacientes significativamente mejorados o recuperados (50% contra 28%).

La **TC parece igual de eficaz que la EPR** según diversos metaanálisis (Abramowitz, Franklin y Foa, 2002, citado en Abramowitz, Taylor y McKay, 2005; Eddy et al., 2004; Norton y Price, 2007; Rosa-Alcázar et al., 2008; Sánchez, Gómez y Méndez, 2003), al menos cuando la primera incluye experimentos conductuales. Las terapias cognitivas que incluyen algún tipo de EPR son, en general, superiores a las que no lo hacen. Los estudios de Anholt et al. (2008) y Belloch, Cabedo y Carrió (2008) confirman que la TC y la EPR reducen las obsesiones y las compulsiones en el mismo grado, mientras que el trabajo de Belloch, Cabedo y Carrión (2008) –en el que la TC no incluyó experimentos conductuales– indica que ambos tratamientos modifican por igual las estrategias de control de pensamientos y las creencias disfuncionales.

Por otra parte, la **TC parece menos eficaz a corto y medio plazo que la EPR asistida por el terapeuta cuando el tratamiento se aplica en grupo** (McLean et al., 2001) e **igual de eficaz cuando el tratamiento es individual** (Cottraux et al., 2001; van Balkom et al., 1998; Whittal, Thordarson y McLean, 2005; Whittal et al., 2008). En el estudio de McLean et al. (2001), la EPR grupal asistida por el terapeuta fue algo más eficaz que la TC grupal en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses y a los 2 años (Whittal et al., 2008). Estos autores han argumentado que la EPR puede ser más eficaz cuando el tratamiento es en grupo, debido a los efectos de modelado y presión social, mientras que la reestructuración cognitiva puede ser más eficaz cuando se aplica individualmente, debido a la idiosincrasia y complejidad de las valoraciones cognitivas a modificar.

Foa y Franklin (2001) han señalado que al igual que las terapias cognitivas incluyen en la práctica EPR, esta última también intenta desconfirmar las creencias erróneas de los pacientes. Pero en vez de emplear una **EPR pura** o combinarla con el método socrático, utilizan una **discusión más informal de las distorsiones cognitivas**. Así, terapeuta y paciente discuten antes o después de la exposición aspectos como el riesgo realmente implicado, la sobrestimación de la probabilidad de peligro o el sentido exagerado de responsabilidad.

El porcentaje de **pacientes que abandonan la TC** ha sido de 16,7% en el metaanálisis de Sánchez, Gómez y Méndez (2003) y 23% en el de Gava et al. (2007). Sin embargo, en los estudios que han comparado directamente la TC con la EPR (Cottraux et al., 2001; McLean et al., 2001; van Oppen et al., 1995, Whittal et al., 2008), los porcentajes de abandonos han sido respectivamente 10% y 18,6%. (véase también Abramowitz, Taylor y McKay, 2005).

La TC da lugar a mejoras significativas en síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, depresión y ajuste social. El **tamaño del efecto** en comparación al **placebo** ha sido 0,89 en síntomas de TOC y 0,19 en depresión (van Balkom et al., 1994), aunque las comparaciones con el placebo no se hicieron dentro del mismo estudio. El tamaño del efecto en comparación a **grupos control** ha sido 1,09 en síntomas obsesivo-compulsivos en general y 0,42 en depresión (Rosa-Alcázar et al., 2008). El tamaño del efecto respecto a **la lista de espera** ha sido 1,19 en síntomas de TOC (Abramowitz, Franklin y Foa, 2002, citado en Abramowitz, Taylor y McKay, 2005).

Según los metaanálisis de Sánchez, Gómez y Méndez (2003) y van Balkom et al. (1994), los **tamaños del efecto pre-post** en síntomas obsesivo-compulsivos autoinformados han sido respectivamente 1,07 y 1,09; en síntomas obsesivo-compulsivos calificados por el clínico, 2,00 y 1,04.

En síntomas obsesivo-compulsivos en general el tamaño del efecto ha sido 1,53 (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003), 1,54 (Eddy et al., 2004) y 1,84 (Ruhmland y Margraf, 2001; no significativamente diferente del 1,44 logrado con la EPR). Norton y Price (2007) dan un tamaño medio del efecto de 1,16 considerando las medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad general. Van Balkom et al. (1994) dan un tamaño del efecto de 0,32 en ansiedad general y 0,73 en depresión. Al igual que se dijo con la EPR, las mejoras son menores en pacientes con sintomatología más grave.

En el metaanálisis de Eddy et al. (2004), basado en tres estudios metodológicamente rigurosos, **mejoraron el 57%** de los pacientes que completaron el tratamiento y el 52% de los que lo iniciaron; según el metaanálisis de Fisher y Wells (2005), realizado con cinco estudios, mejoraron el **64%** de los pacientes tratados con TC individual, un porcentaje menor que con EPR (75%).

Según los criterios de Jacobson y Truax de cambio fiable y pertenencia a población no disfuncional en la Y-BOCS, el porcentaje de pacientes **recuperados** tras recibir TC ha sido de 50% en el estudio de van Oppen et al., (1995), de 67% en el de Whittal, Thordarson y McLean (2005) y de 69% en el de Belloch, Cabedo y Carrión (2008). Cuando los criterios tuvieron que ser satisfechos en tres medidas de TOC, el porcentaje bajó a 39% en el estudio de van Oppen et al., (1995). El porcentaje ha bajado a 16% cuando la TC se ha aplicado de forma grupal (McLean et al., 2001). En el metaanálisis de Eddy et al. (2004), basado en 2 estudios, se recuperaron el **50%** de los pacientes que completaron el tratamiento y el 42% de los que lo iniciaron. Según el metaanálisis de Fisher y Wells (2005), realizado con dos estudios, se recuperaron el **53%** de los pacientes tratados con TC individual, aunque sólo el **21%** puntuaron 7 o menos en la Y-BOCS.

Si se consideran conjuntamente la EPR y la TC aplicadas individualmente, mejoran el 72% de los pacientes tratados, se recuperan el 59% y puntúan 7 o menos en la Y-BOCS el 24% (Fisher y Wells, 2005).

Los resultados de la TC se mantienen en seguimientos de 3 meses a 5 años, ya haya sido aplicada individualmente o en grupo (Whittal et al., 2008). Sin embargo, un cierto porcentaje de pacientes **recaen**: 13% a los 6 meses en el estudio de Kyrios et al. (2007) y 10% a los 2 años en el de Whittal et al. (2008). Al menos **un tercio (34%) de los pacientes recibe tratamiento psicológico adicional para el TOC**. Además, más de la mitad (58%) siguen tomando medicación (Whittal et al., 2008). Sin embargo, en este estudio ni haber recibido más tratamiento ni el hecho de estar tomando medicación estuvieron asociados con haberse recuperado o no.

Terapia cognitivo-conductual

La adición de entrenamiento autoinstruccional, terapia racional-emotiva o terapia cognitiva de Beck a la EPR no ha aumentado la eficacia de esta ni a corto ni a medio plazo, aunque el empleo de reestructuración cognitiva reduce el número de abandonos (Vogel, Stiles y Göttestam, 2004). La reestructuración cognitiva permite reducir la cantidad de exposición, lo cual puede facilitar la aceptación y el cumplimiento del tratamiento. Esta **terapia cognitivo-conductual (TCC) –que combina reestructuración cognitiva y EPR–** es más eficaz que el no tratamiento y el placebo farmacológico y da lugar a mejoras significativas en síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, depresión, calidad de vida e interferencia (laboral, social y familiar) (Cordioli et al., 2003; O'Connor et al., 1999, 2006; Vogel, Stiles y Göttestam, 2004).

La TCC estaría especialmente indicada para los pacientes que rechazan o abandonan la EPR o no responden a la misma y para aquellos que sólo presentan obsesiones sin compulsiones manifiestas, aunque en este último caso también es útil la EPR, tal como se explicó antes. Asimismo, el

tratamiento combinado podría ser supuestamente útil para prevenir las recaídas y elevar el estado de ánimo (Vogel, Stiles y Götestam, 2004). El control del estado afectivo es importante ya que se piensa que el grado de convicción en las creencias y valoraciones depende del mismo; de todos modos, Cordioli et al. (2003) observaron que la TCC grupal fue mejor que la lista de espera en la escala de ideas sobrevaloradas, pero no en depresión. Por otra parte, no está claro si las ideas sobrevaloradas responden al tratamiento. En cambio, las disfunciones cognitivas (p.ej., memoria no verbal) que presentan muchos pacientes con TOC mejoran tras el tratamiento con TCC (Kuelz, Riemann y Halsband, 2006).

La **TCC grupal** ha sido tan eficaz como la individual en el estudio de Anderson y Rees (2007). Jaurrieta, Jimenez-Murcia, Menchón et al. (2008) hallaron que la TCC individual fue superior en el postratamiento (aunque el porcentaje de abandonos fue casi doble: 32% vs. 16%), pero no a los 6 y 12 meses (Jaurrieta, Jimenez-Murcia, Pino et al., 2008). En otro estudio, la TCC grupal no ha sido superior al entrenamiento en técnicas de relajación (Fineberg et al., 2005). Los resultados de la TCC grupal se mantienen al año, aunque en el estudio de Braga et al. (2005) recayeron el 35,5% de 31 pacientes.

La **TCC parece igual de eficaz que la EPR y la TC** según diversos metaanálisis (Abramowitz, Franklin y Foa, 2002, citado en Abramowitz, Taylor y McKay, 2005; Eddy et al., 2004; Rosa-Alcázar et al., 2008). Según diversos metaanálisis, el porcentaje de pacientes que **abandona la TCC** ha sido **5%** (van Balkom et al., 1994), **8,3%** (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003) y **9%** (Gava et al., 2007).

El **tamaño del efecto** en comparación al **placebo** ha sido 1,10 en síntomas de TOC (van Balkom et al., 1994), aunque las comparaciones con el placebo no se hicieron dentro del mismo estudio. El tamaño del efecto en comparación a **grupos control** ha sido 1,00 en síntomas obsesivo-compulsivos en general y 0,84 en depresión (Rosa-Alcázar et al., 2008). El tamaño del efecto respecto a **la lista de espera** ha sido 0,99 en síntomas de TOC (Abramowitz, Franklin y Foa, 2002, citado en Rosa-Alcázar et al., 2008).

El tamaño del efecto **pre-post** en síntomas obsesivo-compulsivos autoinformados ha sido 1,30 en el metaanálisis de van Balkom et al. (1994) y 1,43 en Sánchez, Gómez y Méndez (2003). Por lo que respecta a los síntomas obsesivo-compulsivos en general, se ha hallado tamaños de 1,39 (Eddy et al., 2004) y 1,66 (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003). Norton y Price (2007) dan un tamaño medio del efecto de 2,03 considerando las medidas de síntomas obsesivo-compulsivos y de ansiedad general, aunque el dato está basado sólo en tres estudios.

Considerando por un momento los **tratamientos conductuales, cognitivos o cognitivo-conductuales conjuntamente**, el metaanálisis de Gava et al. (2007) muestra la superioridad de los mismos sobre las **condiciones control** (tratamiento habitual, lista de espera, no tratamiento) en síntomas obsesivo-compulsivos (1,24), ansiedad (0,52) y depresión (0,30), aunque el tamaño del efecto fue menor en aquellos estudios que incluyeron a pacientes con sintomatología más grave. No hubo diferencias significativas en función del tipo de tratamiento (conductual, cognitivo o cognitivo-conductual), del número de sesiones recibidas (más o menos de 14) y de si el tratamiento fue individual o grupal. Similarmente, Rosa-Alcázar et al. (2008) hallaron los siguientes tamaños del efecto en comparación a grupos control: síntomas obsesivo-compulsivos (1,08), ansiedad general (0,91), depresión (0,64) y ajuste social (0,78). En el metaanálisis de Eddy et al. (2004), hubo en síntomas obsesivo-compulsivos un tamaño del efecto de 1,12 en comparación al control. Respecto al tamaño del efecto **pre-post** en síntomas de TOC, Eddy et al. (2004) hallaron 1,52 y Norton y Price (2007), 1,50. Finalmente, en comparación al **placebo**, Hofman y Smits (2008) hallaron en tres estudios un tamaño del efecto de 1,37 en las medidas principales del trastorno y 0,34 en depresión.

El porcentaje de **pacientes mejorados** en la Y-BOCS con la TCC ha sido de **63%** en el postratamiento y en el seguimiento al año en el estudio de Vogel, Stiles y Götestam (2004) y de **70%** en el estudio de Cordioli et al. (2003). Según los criterios de Jacobson y Truax de cambio fiable y pertenencia a población no disfuncional en la Y-BOCS, el porcentaje de pacientes **recuperados** fue de **38% y 56%** en el postratamiento y seguimiento al año con la TCC y 53% en ambos casos con la EPR más relajación. Siguiendo los mismos criterios, el porcentaje de pacientes recuperados fue **59%** en el estudio de Diefenbach et al. (2007).

Freeston et al. (1997) han demostrado que la **TCC es superior a la lista de espera en el tratamiento de pacientes obsesivos con pocas o nulas compulsiones manifiestas**. El tratamiento incluyó educación sobre el trastorno y justificación del tratamiento, exposición a las obsesiones grabadas en cinta junto con prevención de rituales internos, autoexposición en vivo, reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales y prevención de recaídas. Las medidas en las que se encontraron diferencias significativas fueron la Y-BOCS, autoinformes de TOC y ansiedad y funcionamiento actual. Los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 6 meses. En el postratamiento, el 67% de la muestra total y el 77% de los pacientes tratados mostraron un cambio clínicamente significativo en la Y-BOCS (a los 6 meses, estos porcentajes fueron respectivamente 53% y 59%). Los porcentajes fueron más bajos en el Inventario de Padua (29% y 36%) y en una escala de interferencia en la vida (21% y 23%). De 36 pacientes, 8 no aceptaron el tratamiento y 6 lo abandonaron; estos son porcentajes muy altos. En un estudio posterior con pacientes obsesivos sin compulsiones manifiestas, la TCC individual fue más eficaz que la TCC grupal en medidas sintomáticas, creencias obsesivas, ansiedad y depresión; sin embargo, el 38% de 43 pacientes no aceptaron el tratamiento (O'Connor et al., 2005).

La terapia conductual (EPR) y cognitivo-conductual también son eficaces en niños y adolescentes según los pocos estudios realizados (Barrett et al., 2008; O'Kearney, 2007; Watson y Rees, 2008). El **tamaño del efecto** con respecto a grupos control en síntomas obsesivo-compulsivos ha sido 1,45 (Watson y Rees, 2008). La TCC familiar también parece eficaz. En un estudio con niños y adolescentes, la **TCC con implicación de los padres fue igual de eficaz aplicada individualmente y en grupo**. Ambas fueron superiores a la lista de espera y las mejoras se mantuvieron el seguimiento a los 6 meses. Más de las tres cuartas partes de los niños dejaron de cumplir criterios diagnósticos (Barret, Healy-Farrell y March, 2004). Los resultados se mantuvieron en seguimientos a los 12 y 18 meses; la mayor gravedad del trastorno y la disfunción familiar fueron predictores negativos de los resultados del tratamiento (Barrett et al., 2005). En otro estudio con niños de 5-8 años, Freeman et al. (2008) hallaron que la TCC con implicación de los padres fue más eficaz que el tratamiento de relajación-familiar (se entrena al niño y a sus padres en técnicas de relajación para reducir la ansiedad asociada al TOC).

Aparte de la gravedad del trastorno y la disfunción familiar (Barrett et al., 2005), otros **predictores de una menor eficacia de la TCC familiar en niños y adolescentes** ha sido la comorbilidad con trastornos de conducta, depresión mayor y trastorno de déficit de atención/hiperactividad (Storch et al., 2008).

Los **niños y adolescentes** muestran menos cooperación que los adultos en el tratamiento. De aquí que se aconsejen estrategias motivacionales como la persuasión verbal, el control externo por parte de los padres, el apoyo del terapeuta, el reforzamiento positivo de la cooperación y la apelación a la autoridad paterna. La EPR, junto con procedimientos para incrementar y mantener la motivación, ha sido el procedimiento más empleado, aunque la exposición ha sido más gradual y breve que en el caso de los adultos. El tratamiento suele aplicarse en el medio natural. Los padres colaboran impidiendo la realización de los rituales (generalmente, de modo gradual), dejando de participar en ellos (extinción) y reforzando conductas incompatibles o la no realización de los rituales. Los resultados son bastante buenos (Bragado, 1994). La TCC también se ha mostrado eficaz en niños y superior al placebo farmacológico. Considerando a la EPR y a la TCC conjun-

tamente en los escasos estudios existentes, estos tratamientos han sido superiores al placebo y a la lista de espera.

Para las personas que no responden a la TCC, Sookman y Steketee (2007) han descrito dos aproximaciones que pueden ser útiles: la TC que aborda las creencias disfuncionales de los pacientes y la TCC basada en esquemas.

Según el estudio de Warren y Thomas (2001), la TCC (EPR más reestructuración cognitiva) llevada a cabo en **la práctica privada** es eficaz y alcanza resultados comparables en la Y-BOCS a los logrados en investigaciones controladas. Valderhaug et al. (2007) también ha mostrado en niños y adolescentes que la TCC (individual y familiar) aplicada en la práctica clínica habitual alcanza resultados comparables a los de los estudios controlados.

Aparte de todo lo comentado hasta aquí, un estudio con un diseño de línea base múltiple sugiere que la **terapia de aceptación y compromiso** puede ser eficaz para el TOC tanto en el posttratamiento como en el seguimiento a los 3 meses. Esta terapia ha sido también mejor que la relación progresiva en el posttratamiento y a los 3 meses (Twohig, 2008). Similarmente, la **terapia metacognitiva** de Wells se ha mostrado útil en un par de estudios no controlados con cuatro y ocho pacientes (Fisher y Wells, 2008; Rees y Koesveld, 2008).

Pueden consultarse **estudios de casos** en Alario (1993, caps. 2-3), Brown y Barlow (1997, cap. 5), Cobos y López (1992), Ferrer (1994), Graña y Navarro (2000), Harris y Weibe (1992), Hersen y Last (1985/1993, caps. 4 y 5), March y Mulle (1995), Moreno, Méndez y López (2001), Muñoz y Pérez (1990), Muñoz-Rivas y Graña (2005), O'Kearney (1993), Oltmanns, Neale y Davidson (1995, cap. 1), Raich (1988), Riggs y Foa (1993), Robert (1997), Rodríguez-Naranjo, Gavino y Rando (1996) y Sevillá y Pastor (2006).

EXPOSICIÓN MÁS PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Referencias donde puede encontrarse con detalle cómo se aplica la EPR son Cruzado (1993, 1998), Gavino (2008), Kozak y Foa (1996, 1997a, 1997b) y Steketee (1993, 1999). Gavino (2005) ofrece guías útiles para manejar muchas de las dificultades que pueden surgir en la terapia. Buenos libros de autoayuda son los de Moreno et al. (2008) y Sevillá y Pastor (2004). Caso de existir una depresión grave o abuso grave de sustancias, se aconseja tratar estos mediante terapia cognitivo-conductual y/o fármacos antes de abordar el TOC. La hospitalización está recomendada para aquellos pacientes que presentan riesgo de suicidio o de crisis psicótica o que necesitan una supervisión muy estrecha, pero no cuentan con nadie que les ayude durante el tratamiento.

PROGRAMA DE EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Se expondrá el **programa de Foa** (Foa, 2004; Foa y Franklin, 2001; Kozak y Foa, 1997a, 1997b), aunque se tendrán en cuenta también las guías de Steketee (1999). Andrews et al. (2003) presentan también unas breves guías para el terapeuta y un manual para el paciente. Un libro de autoayuda en línea con el programa de Foa es el de Kozak y Foa (1997a). La intervención implica una **exposición repetida y prolongada** (de 90 a 120 minutos) a las situaciones y pensamientos que producen malestar; al mismo tiempo el cliente debe abstenerse de llevar a cabo las compulsiones a pesar del fuerte deseo experimentado. De este modo, la exposición proporciona una información que desconfirma las asociaciones y creencias erróneas del paciente (p.ej., que sin rituales la ansiedad permanecerá y ocurrirán las consecuencias temidas) y promueve la habituación del

malestar; en consecuencia se reducen de modo estable las obsesiones y compulsiones.

Conviene remarcar que no sólo la terapia cognitiva tiene el objetivo de intentar modificar las cogniciones erróneas, sino también la EPR; lo que varía es el método utilizado. **Antes y/o tras la exposición es habitual que terapeuta y paciente discutan de manera informal aspectos como los riesgos implicados** (p.ej., en el caso de dejarse la TV encendida), **la sobrestimación de su probabilidad** (p.ej., probabilidad real de que se produzca un incendio al dejar la TV encendida) **y otros errores cognitivos** como la responsabilidad exagerada e igualar pensamiento con acción (p.ej., no diferenciar entre pensar que se va a hacer daño a alguien y hacerlo). En cambio, en la terapia cognitiva se emplea el método socrático con los mismos fines. Hay que destacar que **durante la exposición las discusiones informales no suelen llevarse a cabo o se limitan a un mínimo para evitar que tengan una función distractora** e impidan que el paciente se concentre en lo que está haciendo. Sea cuando sea que se intenten corregir las cogniciones erróneas, **si el paciente pregunta si es totalmente seguro hacer algo**, no se le da seguridad absoluta, sino que se le comenta que la probabilidad de que suceda lo que teme es muy baja; el terapeuta también puede añadir que él haría dicha actividad (y puede, de hecho, modelarla) y que se la dejaría hacer a sus hijos. Si el cliente insiste, el terapeuta no entra en debates ni ofrece tranquilización, sino que hace ver al paciente el miedo implicado y le recuerda que cuando no hay pruebas de que algo es peligroso, hay que suponer que lo más probable es que sea seguro (Foa, 2004; Foa y Franklin, 2001).

En el programa de **Kozak y Foa (1997b)** la EPR se aplica tanto en la imaginación como en vivo dentro de la misma sesión, **aunque** la exposición imaginal se recomienda sólo para aquellos pacientes que temen catástrofes, no para los que únicamente informan experimentar ansiedad. En cambio **Steketee (1999)** considera que **la exposición imaginal no es importante si** la exposición en vivo basta para procesar eficazmente los miedos y pensamientos catastróficos.

La EPR puede llevarse a cabo **diariamente** los días laborables (lunes a viernes) a lo largo de 3 semanas o de modo **menos intensivo** (1-2 sesiones por semana). Según Foa (2004) y Kozak y Foa (1997b), es posible que una sesión por semana sea suficiente para los casos más leves y que la mayoría de pacientes ($Y\text{-BOCS} > 20$) necesiten al menos 2 sesiones por semana. Una exposición intensiva, que permita una supervisión más estrecha por parte del terapeuta, puede ser más apropiada para aquellos pacientes con síntomas más graves y mayor deterioro, que están menos motivados, que tienen dificultades para completar sus actividades entre sesiones o que viven lejos y han tenido que desplazarse para recibir tratamiento. Tras las 3 semanas de tratamiento intensivo o 15 sesiones de EPR más espaciada, el terapeuta realiza en una semana dos visitas de 4 horas a casa del paciente para ayudar a este a realizar las exposiciones más difíciles o que continúan siendo problemáticas (Foa y Franklin, 2001). Finalmente, puede establecerse una visita semanal o contacto telefónico durante varias semanas para solventar posible dificultades y facilitar el mantenimiento de los resultados.

Steketee (1999), pensando en la mayoría de centros clínicos en los cuales el tratamiento diario no es posible, ha propuesto una programa de **16-20 sesiones** que se llevan a cabo **dos veces por semana durante las primeras seis semanas** y semanalmente después. La duración mínima de las sesiones es de 60 minutos.

La EPR es **gradual**, **aunque** la situación más difícil se aborda ya cuando han transcurrido un tercio de las sesiones para que haya tiempo de seguir trabajando variaciones de las situaciones más perturbadoras y para contrarrestar la tendencia del cliente a posponer el afrontamiento. Además, el paciente debe practicar por su cuenta entre sesiones durante 2-3 horas diarias, a ser posible, seguidas.

En el caso de los **niños pequeños** el tratamiento sufre una serie de **modificaciones**: a) la EPR no se hace en plan intensivo, sino 1-2 veces por semana, las sesiones son más breves (45-60 minutos) y el enfoque más gradual; b) se emplea un programa de reforzamiento por completar las tareas de exposición y abstenerse de los rituales; c) se gradúa la prevención de los rituales estableciendo tareas de dificultad baja, media y alta según la situación; d) la calificación de la ansiedad o malestar producido por las situaciones no se hace según una escala de 0 a 100, sino empleando un medio más gráfico: un termómetro de miedo; y e) cuanto más pequeño es el niño, más se necesitará que los padres participen en las sesiones de tratamiento; en cambio, con los adolescentes esto puede ser contraproducente.

En **pacientes con fuertes convicciones religiosas** es importante asegurarles que la terapia no les hará volverse en contra de la religión. Esto es especialmente importante cuando se emplean durante la exposición imágenes sacrílegas. Hay que poner especial cuidado en que comprendan que el hecho de tener los pensamientos intrusos deliberadamente hace que la intrusión se reduzca a medio y largo plazo. Puede ser una buena idea contar con la colaboración de un miembro del clero en quien confíe el paciente y al que, con el permiso de este, se le expliquen sus síntomas y los mecanismos de la exposición.

En general, para aquellos pacientes que presentan obsesiones religiosas o que tienen poca conciencia de que sus obsesiones y compulsiones son excesivas e irrazonables puede ser necesario contar con la **ayuda de un experto que tenga conocimientos especiales en el área relativa al miedo del cliente**; este experto puede ser un sacerdote, ministro, rabino, ingeniero, médico, etc. Conviene que el terapeuta se reúna primero con el experto para explicarle el problema del paciente y otros aspectos como la búsqueda repetida de tranquilización y la sobrestimación del peligro en respuesta a la información que se le proporcionará. Posteriormente, puede organizarse un encuentro entre experto y paciente al que, siempre que sea posible, acudirá también el terapeuta para prevenir la confusión sobre la información dada (Steketee, 1999).

El primer paso en la aplicación del tratamiento es proporcionar al cliente una **explicación de su problema y una justificación y descripción detallada de la EPR**. Ejemplos pueden verse en Kozak y Foa (1997b, págs. 53-57) y Steketee (1999, págs. 56-59). Cosas importantes de las que debe avisarse al paciente en el programa de Foa son: a) La EPR requiere un gran esfuerzo y dedicación, tanto en la consulta como fuera de ella; si no se está dispuesto a asumir esto, es mejor no comenzar. Si se considera conveniente puede emplearse un contrato de tratamiento como el propuesto por Steketee (1999, pág. 75). b) La exposición a lo que se teme es gradual, pero los rituales deben dejar de realizarse ya desde el primer día. No hay días de descanso en que puedan volverse a practicar los viejos rituales o las conductas de evitación ya trabajadas. c) El cliente habrá de hacer ejercicios que van más allá de lo que la gente normal hace y dejar de hacer cosas que la gente hace normalmente (p.ej., no lavarse cuando se está sucio o no comprobar cosas que normalmente se comprueban), ya que la finalidad inicial es reducir los síntomas del TOC, no comportarse de entrada como el resto de la gente. Esto último queda reservado para el final del tratamiento. d) La colaboración de personas allegadas es importante en muchos casos. Hay que explicar en qué consistirá dicha colaboración (véase más abajo).

Es normal que un **paciente objete al hecho de tener que dejar de hacer cosas que la gente hace normalmente**, tal como lavarse las manos antes de comer. A continuación se transcribe cómo se afrontó esta objeción con una paciente (Foa y Franklin, 2001, pág. 248):

- P: ¿Quiere decir que no podré lavarme después de ir al aseo o antes de comer? La gente se lava después de ir al váter. ¿Por qué no puedo lavarme menos de lo que hago ahora, como hace la gente normal?
- T: Otra gente no tiene TOC. Recuerde que para usted lavarse la hace sentir menos “contaminada” y menos ansiosa. ¿Cierto?

P: Sí.

T: Si usted se lava, aunque sea brevemente, cuando se siente “contaminada”, nunca tendrá la oportunidad de aprender que la sensación de contaminación desaparecerá por sí misma sin lavarse. Si usted está muy ansiosa, esto puede llevar un rato, incluso varias horas antes de que se sienta mejor; pero finalmente sucederá. Por otra parte, si se lava, incluso brevemente, cada pocas horas, esto reforzará su idea de que tiene que lavarse para sentirse mejor.

P: Pero, ¿por qué 3 días? ¿No puedo ducharme una vez al día como otra gente?

T: Por la misma razón. Usted se sentiría aliviada incluso si esperara 24 horas entre lavados. Y esto fortalecería su creencia de que usted necesita “descontaminarse” lavándose. Usted debe aprender a utilizar el jabón y el agua para sentirse limpia y fresca, pero no para “descontaminarse”.

(La paciente respondió que lo comprendía, pero que no estaba segura de poder hacerlo. El terapeuta le contestó que el tratamiento era muy exigente, que ella debía comprometerse a no lavarse y que él y alguna persona del entorno de la paciente le ayudarían cuando lo necesitara.)

Además de la explicación del problema y de la justificación y descripción detallada de la EPR, **otros elementos educativos incluyen** la información de que fenómenos similares a las obsesiones y compulsiones son relativamente frecuentes en la población general (véanse las **tablas 3 y 4**), la presentación de datos sobre la eficacia de la intervención, el análisis de los pros y contras de empezar un programa de EPR y la discusión sobre otros tratamientos complementarios y/o alternativos.

A continuación se expondrán los **restantes componentes del tratamiento** del grupo de Foa. Cada sesión suele comenzar con una revisión de las actividades entre sesiones (10-15 minutos) seguida de exposición imaginal (45 minutos) y exposición en vivo (45 minutos); un último periodo de 10-15 minutos se dedica a revisar la sesión y a dar instrucciones para practicar entre sesiones ambos tipos de exposición. En ambos tipos de exposición hay prevención de los rituales. Es importante que en la conducción de la EPR el terapeuta reconozca explícitamente el sufrimiento del paciente al tiempo que se muestra firme, pero no autoritario. También es conveniente que al principio de cada sesión, el terapeuta comente con el paciente las tareas de exposición que se harán durante la misma.

Exposición imaginal

En la exposición imaginal el paciente **imagina contenidos que provocan obsesiones y malestar y no intenta reducir este malestar** retirándose de la situación (p.ej., dejando de imaginar o cambiando el contenido) o empleando rituales o estrategias de afrontamiento. Simplemente, lo tolera hasta que se reduce significativamente. Puede señalarse que **intentar suprimir las obsesiones** contribuye a mantenerlas. Como ejemplo, puede pedirse al paciente que intente no pensar en elefantes rosas y que observe lo que sucede (es difícil no pensar en ellos). Así pues, la supresión de las obsesiones aumenta estas y mantiene el malestar.

El **material utilizado para provocar las imágenes correspondientes puede presentarse a través de distintos medios**: descripción verbal o escrita por parte del terapeuta, grabaciones hechas por el cliente, fotos o diapositivas, cintas de video o material audiovisual generado por ordenador. Lo importante no es el medio, sino que el material esté bien seleccionado y sea presentado de tal manera que provoque el malestar obsesivo. Atendiendo a la practicidad, la descripción verbal por parte del terapeuta es el medio más recomendable, ya que puede introducirse cualquier contenido y este puede ser cambiado y reiniciado en cualquier momento y grabado para que el cliente lo emplee durante sus prácticas de exposición en casa.

El contenido de las escenas a imaginar debe incluir: a) **Detalles de la situación contextual**: elementos del ambiente, lo que el cliente dice o hace. Lo importante no es incluir detalles *per se*, sino aquellos que activen el malestar obsesivo. c) Las **reacciones físicas** que el paciente suele

experimentar al tener sus obsesiones. c) Las **consecuencias temidas**, incluidas las más desastrosas y horribles. De hecho, Foa (2004) recomienda la **exposición imaginal sólo para aquellos pacientes que temen catástrofes**, no para los que únicamente informan experimentar ansiedad. Según señala Steketee (1999), conviene tener en cuenta que al elaborar la escena junto con el paciente, **el terapeuta no añade componentes horribles que no hayan sido expresados previamente por aquel**. Dos ejemplos de escenas se presentan a continuación; otro puede verse en Cruzado (1993, págs., 127-128).

Se encuentra sentado en la silla y yo estoy con usted. Está comenzando a sentirse algo ansioso porque sabe lo que vamos a hacer hoy. Sabe que tocaremos muchas cosas que usted normalmente evita y sabe que va a contaminarse. Le diré que es hora de empezar y que la primera tarea es sentarse en el suelo. Usted se pone en tensión inmediatamente y siente cómo su corazón se acelera cuando mira hacia el suelo. Puede ver que la moqueta no está muy limpia. Hay unas pocas hebras y algunas manchas oscuras en el suelo. Le viene a la cabeza que la gente camina por superficies muy sucias y luego trae la suciedad a la moqueta. La moqueta está llena de gérmenes traídos por los zapatos de la gente. Se imagina que han caminado por calles y aceras y por hierba donde los perros han orinado y defecado. Usted sabe que la gente no mira mucho por donde camina y no limpia sus pies cuidadosamente cuando entra en un edificio. Usted permanece de pie y duda en sentarse en el sucio suelo. Realmente no quiere hacerlo, pero sabe que es importante hacerlo para reducir sus síntomas obsesivo-compulsivos. Finalmente, se sienta en el suelo. Usted no quiere tocarlo con sus manos, pero pone una mano sobre el suelo para equilibrarse cuando se sienta y lo nota bastante polvoriento. Mira la palma de su mano y ve algo de pelo pegado a la misma. Se da cuenta de que su mano y sus vestidos están sucios ahora. Se pregunta si ha cogido gérmenes provenientes de las heces por haber tocado el suelo. Cree que deben estar ahí, puesto que mucha gente ha caminado sobre este suelo y usted puede afirmar que no ha sido cuidadosamente limpiado. Se siente fatal cuando se da cuenta de que no podrá lavarse después de haber tocado el suelo. Desearía levantarse y lavarse las manos, pero no va a hacerlo, y se siente muy incómodo por esto. Se imagina que se va a poner enfermo debido a los gérmenes (Kozak y Foa, 1997b, pág. 79).

“Quiero que imagines la siguiente escena tan vívidamente como puedas, como si te estuviera ocurriendo realmente, experimentando las mismas sensaciones como si fuera real. Imagina que estás en el comedor de tu casa y de pronto llaman a la puerta y tú debes levantarte y abrirla haciendo girar el pomo. La puerta se abre y entra un vagabundo sucio y desaliñado, lleva varios días sin ducharse, se dirige hacia ti y se identifica como un tío tuyo al que no ves desde hace mucho tiempo. Quiere abrazarte y se sorprende cuando tú intentas apartarte, y te dice que no puede creerse que le rechaces. Te da un fuerte abrazo, roza su cuerpo con tu cuerpo durante dos segundos. Tú sientes que la contaminación se extiende sobre ti, puedes sentir sus manos sobre tu espalda. A continuación te besa en ambas mejillas y toca tu pelo. Deseas que se vaya pero no puedes decir nada. Quieres lavarte las manos, ducharte o darte un baño pero no puedes moverte, la sensación de estar contaminado te inmoviliza. Esta persona sucia y maloliente se acerca hacia ti y te coge la mano, tú sientes cómo esa mano te transmite cada vez más infección. Te gustaría explicarle lo que sientes y pedirle que se aleje de ti, pero no te atreves a hacerlo. Dejas que se siente junto a ti y ponga su sucio abrigo sobre el asiento en que tú estás sentado, notas cómo te contamina pero no dices nada, deseas correr, gritar y nunca volver a ver a este señor. Pero estás ahí, permaneces a su lado y te contamina más y más, La contaminación circula por tus brazos y tu cara, y te gustaría alejar tus piernas del resto del cuerpo para que no se infecte, pero es imposible, la infección se transmite por cada poro de tu piel. Te habla pero no le oyes, tu corazón late muy deprisa, estás a punto de perder el control y desmayarte pero consigues mantenerte en pie. Quieres huir pero te das cuenta de que es imposible evitar esa situación, debes hacerle frente, él sigue acercándose a ti para contemplar el colgante que llevas sobre tu cuello, sabes que nunca te sentirás libre de la infección. Comienzas a sentir que nunca se irá. No podrá limpiarse nunca. Te gustaría correr a la

habitación de al lado, pero te das cuenta de que has de hacer frente a la situación. Te sientes atrapado. Él no se marchará nunca, continuará contaminándote para siempre, más y más. Nunca te sentirás libre de nuevo. ¿Cómo te estás sintiendo ahora?”.

Un ejemplo de una escena de exposición imaginal relacionada con el tema de la contaminación y **ejemplos** de jerarquías breves de exposición imaginal para lavadores y comprobadores pueden verse en Cruzado (1993, apéndice 5).

La exposición imaginal **procede de modo gradual**. Se identifican varias situaciones ansiógenas, se elabora una escena para cada una de ellas y las escenas se ordenan gradualmente según su nivel (0-100) de unidades subjetivas de ansiedad o malestar (USAs); la primera de las escenas de la jerarquía debe ser de 40-50 USAs. Cada una de estas escenas se presenta dentro de una sesión, seguida de la exposición en vivo correspondiente siempre que sea posible. La sesión **se graba en una cinta de audio** para que el cliente pueda utilizarla en sus exposiciones imaginales en casa. Es importante remarcar que **se trata de imaginar, no de escuchar la cinta**. Si un paciente no consigue reducir su malestar tras 45 minutos de autoexposición imaginal, se le aconseja que continúe hasta que el malestar decrezca o pasen otros 45 minutos.

Durante la exposición imaginal **se pregunta al paciente cada 5 minutos por su nivel USAs de 0 a 100 y cada 15 minutos por el nivel de viveza de la imagen (0-100)**. El cliente debe responder rápidamente sin dejar de imaginar la escena. Si el cliente no experimenta malestar o no imagina vívidamente la escena, hay que interrumpir el procedimiento y examinar qué pasa (véase más abajo). **Cada escena se trabaja en una sesión hasta que** el malestar se reduce considerablemente (40-50%) o pasan 45 minutos, aunque algunos pacientes requieren más tiempo; sin embargo, si la ansiedad no se va reduciendo durante la exposición imaginal, esta no será eficaz. **Tras la exposición, se pregunta** de nuevo por la claridad de la imagen, problemas de imaginación, nivel de malestar y posible empleo de rituales. Conviene **representar gráficamente la evolución** de los niveles USAs a lo largo de la sesión y entre sesiones para enseñársela al paciente y que pueda comprobar el progreso.

Varios son los **problemas** que pueden surgir durante la exposición imaginal. Si persisten, hay que abandonar el procedimiento.

- El cliente **no consigue una imagen vívida**. Posibles soluciones son llevar a cabo un mejor entrenamiento en imaginación, incluir detalles importantes que han sido omitidos, eliminar detalles distractores, pedir al cliente que verbalice en voz alta la escena que está intentando imaginar.
- El cliente **no experimenta malestar** al imaginar la escena. Suponiendo que la escena esté bien construida, una causa frecuente es la evitación por parte del cliente de los elementos más aversivos o el empleo de estrategias distractoras o de rituales. En este caso conviene recordar con el cliente la justificación del procedimiento y que este debe generar malestar para ser útil; luego, se le alienta a implicarse totalmente en la escena. Algunos clientes se implican más emocionalmente cuando el terapeuta sólo describe la escena una vez y luego continúan imaginando en silencio. A otros les puede ayudar verbalizar en voz alta lo que están imaginando o ir alternando imaginación silenciosa durante 5 minutos con descripción en voz alta de la imagen durante otros 5 minutos.

Se introducen variaciones en las escenas cuando se consideran necesarias para conseguir los fines de la exposición. Por otra parte, si se identifican nuevas situaciones perturbadoras, deben ser incorporadas en las sesiones posteriores. **Una escena se da por superada** cuando sólo produce un malestar bajo durante 2 días seguidos.

En cada **sesión de exposición el terapeuta anota los datos** que se comentan al final del subapartado de exposición en vivo. **En cada exposición imaginal entre sesiones con ayuda de cinta el paciente apunta** el nivel USAs pre, el máximo y el final, y dificultades encontradas u otros comentarios. Este autorregistro es revisado al comienzo de cada sesión (Kozak y Foa, 1997b, págs. 176-177). Para facilitar la generalización, el paciente **termina haciendo la exposición imaginal en situaciones ansiógenas o estados de ansiedad.**

Steketee (1999) ha señalado que cuando un paciente presenta obsesiones acompañadas básicamente por rituales mentales, conviene que él mismo **grave estas obsesiones con su propia voz en una cinta sin fin y la escuche repetidamente.** Esto permite la exposición repetida a la obsesión a la vez que se trata de impedir la ejecución del ritual. Posibles ejemplos de obsesiones adecuadas para este procedimiento serían pensamientos con contenido blasfemo o inmoral (“mi madre arderá en el infierno; mi padre se pudrirá junto a Satanás; Dios, ¡destruye a mi familia!”), palabras malas y números de la mala suerte, aunque nada impide aplicar el procedimiento a otro tipo de pensamientos obsesivos.

Exposición en vivo

Terapeuta y cliente eligen de **10 a 20 situaciones para cada miedo obsesivo.** Más que el número de situaciones, lo importante es que estas representen las principales dificultades del paciente y que se incluyan las situaciones particularmente perturbadoras. De todos modos, el número de situaciones será mayor para pacientes que presentan múltiples miedos obsesivos. Identificadas las situaciones, el cliente emplea la escala USAs para valorar de 0 a 100 el nivel de ansiedad que le produce cada situación. Las situaciones son ordenadas jerárquicamente y aquellas que producen un mismo nivel de perturbación se agrupan juntas.

Cada ítem debe ser especificado con el suficiente detalle como para que el cliente sepa la dificultad de la tarea de exposición. Sin embargo, no es necesario especificar de entrada las **variaciones** que se introducirán en cada tarea de exposición. Es mejor ir acordando estas variaciones con el cliente cuando se aprecie su necesidad tras observar las exposiciones del paciente.

La primera situación a trabajar es una moderadamente difícil (40-50 USAs); luego se va procediendo gradualmente hasta el ítem final (100 USAs). Comenzar por situaciones de sólo 10-20 USAs tiene el inconveniente de que al paciente le resulta difícil observar el proceso de habituación, aunque puede ser necesario con clientes que toleran mal la ansiedad. Suele haber un mínimo de 15 sesiones a lo largo de 3 o más semanas, según la intensidad del programa. **El ítem más perturbador debe ser planeado y afrontado cuando hayan transcurrido un tercio de las sesiones.** Una vez afrontado este ítem, las exposiciones posteriores deben implicar la repetición de la situación o de variaciones de la misma.

Algunos miedos obsesivos (p.ej., a contaminarse) pueden trabajarse fácilmente en la consulta porque los elementos temidos están presentes en esta o pueden traerse a la misma. Sin embargo, **en la mayoría de los casos la exposición tendrá lugar en el entorno natural:** casa del paciente, lugar de trabajo, tiendas, lugares públicos. Es importante que el **terapeuta o una persona entrenada estén presentes durante las primeras exposiciones** para prevenir las conductas defensivas del paciente y asegurar que la EPR se lleva a cabo correctamente.

Al menos en las primeras sesiones o en los ítems más difíciles, es usual que el terapeuta **modele** la actividad de exposición antes de que la lleve a cabo el cliente. **Durante la exposición, la conversación se centra** en las reacciones del cliente a la misma (sentimientos, sensaciones, preocupaciones, interpretaciones, creencias, imágenes, posibles compulsiones) para facilitar el proce-

samiento emocional de todos aquellos elementos que provocan malestar; sin embargo, para evitar distracciones, no se intentan reestructurar las cogniciones negativas. El terapeuta debe estar preparado para afrontar fuertes reacciones emocionales del cliente (lagrimas, silencios tensos, enfado); cuando estas ocurren, se habla sobre lo que ha ocurrido, pero no se para la exposición a no ser que esto parezca esencial.

Cada paso de la jerarquía se trabaja en una sesión (dentro o fuera de la consulta) hasta que la ansiedad se reduce considerablemente (40-50%). También puede añadirse como criterio para dar por terminado un paso que las reacciones observables del paciente indiquen cierta habituación y que el deseo de llevar a cabo el ritual sea relativamente bajo. El **nivel de USAs** experimentado (y, en ocasiones, el deseo de ejecutar el ritual) se valora cada 5-10 minutos. **Si un ítem es superado y aún queda bastante tiempo** de sesión, se introduce uno nuevo; pero si queda poco tiempo, es mejor no hacer esto, ya que el paciente no se habituará, acabará la sesión con un malestar elevado y terminará por ejecutar sus rituales. Conviene **representar gráficamente la evolución de los niveles USAs** a lo largo de la sesión y entre sesiones para enseñársela al paciente. **Si por cualquier motivo, debe terminarse una sesión antes de que la ansiedad se haya reducido notablemente**, no se enseña el gráfico y se pide al paciente que continúe con la EPR por su cuenta y llame al terapeuta dentro de 1-2 horas para informar cómo ha ido.

A la hora de llevar a cabo las exposiciones, conviene **estar al tanto de las conductas sutiles de evitación**. Por ejemplo, un paciente que toca con la mano un objeto temido, evita hacerlo con ciertos dedos. Un cliente que no iba al cine para no contaminarse con el contacto con otra gente, comienza a ir, pero se sienta sólo en la fila de asientos que él considera más limpios o espera a salir el último para no rozarse con la gente. Otro paciente puede colocar en el armario la ropa que ya ha llevado, pero vigilando para que no toque a la ropa limpia. Estas conductas de evitación y la realización de rituales internos o externos impiden la habituación durante la exposición.

Se introducen **variaciones** en los ítems cuando se consideran necesarias para conseguir los fines de la exposición. Por ejemplo, tras tocar con su mano algo “contaminante”, el cliente se toca con la misma su cara, pelo y ropa y repite esto frecuentemente (p.ej., cada 5 minutos); o bien practica en sentarse en váteres de distintos lugares. Por otra parte, si se identifican nuevos ítems perturbadores, deben ser incorporados en las sesiones posteriores. **Un ítem se da por superado** cuando sólo produce un malestar bajo durante 2 días seguidos.

Al menos en las sesiones iniciales, es útil repetir la exposición al último ítem de la sesión anterior para determinar en qué grado persiste la reducción del malestar. Lo usual es que el nivel de ansiedad haya aumentado algo respecto al fin de la exposición previa, pero que no sea tan elevado como el del comienzo de la exposición anterior. Cuando se alcanza un nivel de 20-25 USAs, se introduce el siguiente ítem de la jerarquía.

Para facilitar la **generalización**, el paciente debe practicar por su cuenta entre sesiones durante 2-3 horas diarias, a ser posible, seguidas, aunque esto es un ideal; el cliente debe practicar actividades que generen un nivel similar de ansiedad a las practicadas en la sesión. Para aumentar la probabilidad de que el paciente lleve a cabo las actividades, conviene **preguntarle por el grado en que se considera capaz de realizarlas y acordar aquellas con valores de 80% o más**. Por otra parte, son útiles las visitas del terapeuta a la casa y entorno del paciente para ayudar a este a realizar las exposiciones más difíciles o que continúan siendo problemáticas. Cuando el problema es la acumulación, la mayoría de las sesiones se llevan a cabo en la casa del cliente.

En la **tabla 5** se dan ejemplos de ítems para posibles jerarquías de distintos miedos obsesivos: contaminación, daño sobrenatural y daño a sí mismo o a otros por actos de negligencia. En la **tabla 6** aparecen tres jerarquías empleadas concurrentemente con un paciente con miedo obsesivo a

dañar a otros. Otras jerarquías pueden verse en Steketee (1999, págs. 67-69). **Con pacientes que presentan más de un tipo de obsesión**, suele ser mejor comenzar con un tema obsesivo y progresar hasta que el paciente sea capaz de continuar por sí mismo con poca ayuda. Luego se pasa al segundo tema obsesivo y se procede del mismo modo antes de seguir con el tercero, caso de que exista (Steketee, 1999).

Puede ser conveniente avisar a los pacientes que conforme progresa el tratamiento de una obsesión-compulsión (p.ej., contaminación), **puede intensificarse algún otro síntoma obsesivo que estuvo presente en el pasado** (p.ej., hacer daño a otros). Hay que explicar que esto es normal y que los “nuevos” miedos serán también tratados mediante exposición (Steketee, 1999).

A continuación, siguiendo a Kozak y Foa (1997b), se presentarán **ejemplos de cómo aplicar diversos planes de exposición** en pacientes con rituales de lavado, comprobación y acumulación. Otros ejemplos pueden verse en Cruzado (1993, apéndice 6). En pacientes con miedos de contaminarse, no basta con tocar los objetos temidos una sola vez, sino que la exposición implica repetir cada pocos minutos tocar los objetos y tocarse la ropa, manos, cara, etc.

Con relación a las personas que presentan rituales de comprobación, conviene tener en cuenta que, tras realizar la correspondiente exposición a la situación temida (p.ej., encender y apagar la cocina, abrir y cerrar una puerta, pasar por un sitio conduciendo), no conviene que permanezcan en la situación, ya que esto les permitiría realizar comprobaciones automáticas o implícitas (“no ocurre nada, debo haber apagado bien la cocina”). Por lo tanto, una sesión incluye una serie de tareas en las que el paciente **se expone a lo que teme y luego abandona rápidamente la situación sin volver a la misma durante un prolongado periodo** de tiempo, si es que vuelve. Además, **se le recuerdan o se le pide que recuerde repetidamente los riesgos implicados** en las situaciones de exposición y el hecho de no haber realizado ninguna comprobación; esto prolonga el periodo de exposición sin necesidad de tener que volver a la situación. En tercer lugar, el cliente debe **repetir la exposición sin el terapeuta** para que no pueda inferir que no ha provocado ningún daño a partir del comportamiento del terapeuta.

Por último, **cuando las acciones temidas son de bajo riesgo, pueden ser realizadas a propósito como tareas de exposición**. Ejemplos son: a) encender el horno y salir de casa durante una hora, b) dejar encendidos televisores, radios y luces durante largos periodos de tiempo sin comprobar, c) poner un plato roto en el fondo del lavavajillas y lavar los platos, d) rellenar un cheque sin el nombre del acreedor o sin la firma, y e) decir a propósito palabras equivocadas durante la conversación o cometer pequeñas “imperfecciones” en las cosas que hace.

Plan de exposición con un paciente con rituales de lavado

El paciente temía contaminarse por heces, orina y contacto con otros, y contraer una enfermedad grave o contagiar a otros. Los ítems de la **jerarquía** y su nivel de USAs fueron: 1) contacto con una persona en la calle (100), b) heces (100), c) orina (100), d) asientos de aseos públicos (80), e) sudor (75), f) periódicos (60) y g) pomos o tiradores (50). A continuación se detalla lo que se hizo en cada sesión con ayuda de instrucciones y, a veces, modelado del terapeuta:

Sesión 1. El paciente caminó por la clínica con el terapeuta y tocó pomos y tiradores, incluidos los de los aseos. Luego frotó sus manos una contra otra; tocó sus ropas, cara y pelo; estrechó las manos del terapeuta y luego las de otra gente. Tocó periódicos dejados por otra gente en la sala de espera y luego tocó con sus manos otras partes de su cuerpo y a otra gente.

Sesión 2. El paciente tocó periódicos y pomos. Luego, tocó otras partes de sí mismo y estre-

chó las manos de otra gente. Finalmente, para tocar el sudor, el cliente metió una mano en su sobaco y la otra dentro de su zapato.

Sesión 3. En los primeros 10 minutos el cliente repitió la exposición a los pomos, periódicos y sudor de las sesiones anteriores. Luego, tras el modelado del terapeuta, tocó con su dedo índice el asiento del váter y cerró la mano para que el dedo tocara otras partes de esta. Después, el paciente puso en contacto sus dos manos y tocó la mano del terapeuta. En el siguiente paso el terapeuta tocó su cara y sus ropas y pidió al cliente que hiciera lo mismo. Tras repetir este proceso, el cliente tocó el asiento del váter con toda su mano, incluyendo la palma, y repitió el proceso descrito.

Sesión 4. Se comenzó repitiendo la tarea de tocar el asiento del váter. Luego, tras el modelado del terapeuta, el paciente se sentó en el asiento del váter. A continuación, el terapeuta salió del aseo y el cliente echó el pestillo y se sentó sin ropa en el asiento del váter como si fuera a usarlo y sin hacer ninguna inspección del mismo.

Sesión 5. El cliente se sentó en el asiento del váter, puso unas pocas gotas de orina en una toallita de papel y volvió al despacho del terapeuta con la toallita en la mano. El terapeuta cogió la toallita, tocó la mancha dejada por las gotas y pidió al paciente que hiciera lo mismo. Luego, el paciente puso en contacto sus dos manos y tocó sus ropas, cara y cabello. Además, guardó la toallita para seguir practicando.

Sesión 6. El cliente se sentó en el asiento del váter, tocó su zona anal con una toallita de papel y volvió al despacho del terapeuta. Este tocó la mancha contaminada y luego tocó sus ropas, cara y pelo. El cliente hizo lo mismo y guardó la toallita para seguir practicando.

Sesión 7. Se repitió la exposición a la contaminación fecal de la sesión anterior con la toallita guardada. Luego, el terapeuta acompañó al cliente a una zona frecuentada por mendigos y el cliente se acercó a varios de ellos, les ofreció una moneda, tocó su mano cuando la aceptaron y la estrechó si se lo permitieron. Tras cada contacto, el paciente tocó la mano del terapeuta y luego sus propias ropas, cara y cabello.

Sesiones 8-15. Se practicaron variaciones de las exposiciones llevadas a cabo durante las sesiones anteriores y se prestó especial atención a aquellas áreas en las que persistía algún malestar. El cliente visitó y tocó aseos públicos fuera de la clínica (p.ej., en restaurantes y tiendas) y repitió el contacto con mendigos en otras zonas. En una ocasión, el terapeuta fue a casa del paciente y le pidió que tocara con las dos toallitas *contaminadas* distintos elementos del hogar, incluyendo encimeras y utensilios de la cocina, ropa limpia guardada y superficies interiores de la secadora y del lavavajillas.

Es interesante destacar el **empleo de toallitas o pañuelos de papel que han entrado en contacto con objetos *contaminados*** y que pueden utilizarse para *contaminar* otros objetos y proseguir con la exposición en distintos lugares.

Steketee (1999) ha señalado que algunos pacientes con miedos de contaminación se quejan de que al tocar los objetos contaminados, experimentan una sensación de hormigueo en la piel difícil de tolerar. Se les puede decir que si toleran el malestar, las sensaciones disminuirán, pero si esto no es suficiente, puede emplearse una **estrategia atencional** para reducir la sensibilidad o aumentar la confianza en que el malestar disminuirá. Por ejemplo, se le dice al cliente que atienda a alguna otra presión en su cuerpo (producida, p.ej., por un cinturón o un zapato) y se le pregunta si la había notado hace unos minutos y, si no, por qué no. A partir de aquí se explica que la atención a las sensaciones de contaminación puede contribuir a mantenerlas o exacerbarlas.

Plan de exposición con un paciente con rituales de comprobación

El paciente temía hacer daño a otros al conducir o utilizar aparatos, cerraduras o luces de la casa. También temía que su hija de 4 años se le cayera sobre un suelo duro o cayera escaleras abajo. Los ítems de la **jerarquía** y su nivel de USAs fueron: 1) conducir por autopistas (100), b) llevar a la hija en brazos sobre un suelo de hormigón (85), c) hija jugando cerca de la puerta abierta que da a las escaleras (75), d) tirar de la cadena del váter con la tapa bajada (70), e) abrir puertas y ventanas (60), y f) usar las luces y la cocina de gas (50). Para prevenir las consecuencias temidas, el cliente comprobaba repetidamente el área alrededor del coche (directamente y con los espejos), la zona por la que se movía su hija y el estado de esta, y el estado de los aparatos, cerraduras y luces en la casa. A continuación se detalla lo que se hizo en cada sesión:

Sesión 1. El cliente encendió y apagó las luces una vez, hizo lo mismo con la cocina de gas y abrió y cerró las ventanas una vez. Tras cada una de estas acciones, abandonó inmediatamente la habitación y se concentró en no haber realizado ninguna comprobación. Todo este procedimiento se repitió con diferentes interruptores, aparatos y ventanas. Muy importante, cada ejercicio se llevó a cabo en un área diferente de la casa para que no pudiera tener lugar una comprobación *accidental* de las tareas previamente realizadas.

Sesión 2. Se repitió todo lo de la sesión anterior, pero sin la presencia del terapeuta en la misma habitación. De este modo, el cliente no podía inferir que no había hecho nada dañino a partir del comportamiento del terapeuta.

Sesión 3. Se repitieron los ejercicios de la sesión anterior. Además, el cliente permitió que su hija jugara cerca de la puerta que daba a las escaleras sin su supervisión.

Sesión 4. Se repitieron los ejercicios de la sesión anterior. Además, el cliente permitió que su hija estuviera sobre el suelo de hormigón y luego la llevó en brazos sobre dicho suelo.

Sesión 5. Se repitieron los ejercicios de la sesión anterior. Luego, el cliente, acompañado por el terapeuta, condujo por la autopista y volvió a casa por una ruta diferente para que no pudiera comprobar si había habido algún accidente. El espejo retrovisor central fue desplazado para que el paciente no pudiera comprobar el área detrás del automóvil y los espejos retrovisores laterales fueron utilizados sólo para cambiar de carril.

Sesión 6. El cliente condujo por la autopista como en la sesión anterior, pero sin el terapeuta. Tras la exposición, volvió a la clínica para contar su experiencia.

Sesiones 7-15. Se continuó la exposición a todas las situaciones anteriores bajo condiciones diversas y con especial énfasis en los ítems más difíciles. Las variaciones de la tarea de conducir incluyeron conducir por la noche, conducir bajo un tiempo lluvioso, conducir por áreas llenas de peatones y conducir por áreas llenas de niños.

Plan de exposición con un paciente con rituales de acumulación

Un programa típico de exposición para pacientes acumuladores incluye dos componentes: a) **deshacerse de una gran cantidad de material** y b) practicar en **clasificar las cosas de modo no perfeccionista**. Si un cliente tiene mil kilos de material acumulado que le ocupa un par de habitaciones, sería prohibitivo en términos de tiempo revisar uno a uno todo el material. En su lugar, se programan una serie de tareas de exposición para deshacerse de la mayor parte posible del mate-

rial, tan rápido como sea posible y con una mínima clasificación en categorías de “guardar” y “descartar”; ciertos bloques o cajas de material son eliminados sin inspección.

Kozak y Foa (1997b) aconsejan que, aparte de lo anterior, debe haber también una **práctica separada en saber seleccionar el nuevo material a conservar**. Para ello, pequeñas cantidades de material son clasificadas rápidamente y sólo se retienen aquellos objetos que serán útiles en el futuro inmediato; el resto son eliminados en el acto.

Kozak y Foa (1997b) presentan el caso de una cliente que había almacenado grandes cantidades de periódicos, revistas, ropa vieja, correo, recibos, facturas y material de embalaje. Había almacenado el material en su casa, contenedores de alquiler y en su coche. Además, el frigorífico estaba lleno de alimentos pasados, por lo que no había espacio para guardar alimentos frescos. Los ítems de la **jerarquía** y su nivel de USAs fueron: 1) vaciar las habitaciones de la casa con objetos acumulados y deshacerse de contenidos (95), b) vaciar los contenedores de almacenamiento y deshacerse de contenidos (95), c) vaciar el frigorífico y deshacerse de toda la comida sin clasificarla (90), d) deshacerse del material almacenado en el coche (85), e) clasificar el correo nuevo y tirar la mayoría (75), f) clasificar la caja de recibos y facturas y tirar la mayoría (75), g) deshacerse de prendas de ropa vieja (60), h) deshacerse de material viejo de embalaje (57), i) deshacerse de revistas viejas en la oficina (55), y k) deshacerse de periódicos viejos en la oficina (50). A continuación se detalla lo que se hizo cada día:

Día 1. La cliente trajo una caja de revistas y periódicos viejos a la consulta para tirarlos a un contenedor. El terapeuta demostró como descartar rápidamente sin inspeccionar cuidadosamente cada objeto. Se permitió una inspección superficial en la que la cliente miraba el objeto mientras lo tiraba. Los objetos útiles pudieron ser retenidos, aunque no se identificó ninguno. Como tarea para casa, la cliente tuvo que hacer lo mismo con otra caja.

Día 2. La paciente eliminó una nueva caja de periódicos y revistas bajo la supervisión del terapeuta. Luego hizo lo mismo con una gran caja de material para envolver. A continuación, el terapeuta acompañó a la cliente a uno de sus contenedores de alquiler, inspeccionó el contenido y escogió junto con la paciente una caja para ser tirada inmediatamente. Como tarea para casa, la cliente tuvo que eliminar una caja de revistas y periódicos y una caja de material para envolver.

Día 3. La cliente eliminó dos cajas de ropa vieja bajo la supervisión del terapeuta. Este demostró como clasificar las facturas de tiendas de una caja que la paciente había traído. Todas las facturas fueron eliminadas excepto las correspondientes a aparatos caros bajo garantía. Las facturas con importe inferior a 50 euros fueron eliminadas inmediatamente. No se permitió ninguna inspección o deliberación prolongada. En caso de duda sobre si guardar una determinada factura, esta fue eliminada. Como tarea para casa, la cliente repitió la de los días 1 y 2 y eliminó una caja de ropa vieja y una pequeña caja de facturas.

Día 4. La cliente trajo todo el correo recibido desde el primer día del tratamiento y un libro de cheques. El terapeuta demostró como clasificar y eliminar el correo reciente. Todo el correo comercial fue eliminado sin abrirlo. El resto fue abierto, inspeccionado durante 5 segundos y eliminado a no ser que fueran facturas, cheques o cartas personales. La cliente extendió un cheque para una factura y lo envió en la misma sesión sin conservar ningún resguardo del pago a excepción de la anotación en el talonario de cheques. Luego, el terapeuta acompañó a la paciente a su coche y fueron hasta unos contenedores del hospital. El terapeuta demostró cómo deshacerse rápidamente de periódicos viejos, botellas, latas, revistas, ropa vieja y envases de alimentos almacenados en el maletero y asientos del coche. Luego, la cliente se deshizo del 75% del material almacenado en el coche, rápidamente y sin clasificación. Como tarea para casa, eliminó el 25% del material restante, compró grandes bolsas de basura y clasificó el

nuevo correo recibido para eliminarlo o contestarlo.

Día 5. El terapeuta se desplazó a casa de la cliente. Ambos vaciaron en bolsas de plástico el 75% del contenido del frigorífico y las llevaron a los contenedores de basura. Como tarea para casa, la cliente alquiló un pequeño camión y lo trajo a su casa para usarlo durante los días siguientes.

Día 6. En casa de la paciente, esta y el terapeuta cargaron en el camión cajas y bolsas de periódicos, revistas y otro material y lo llevaron a los contenedores de basura próximos. No se permitió ninguna inspección detallada o clasificación de los contenidos de cajas y bolsas. Si alguna era de ropa, se retuvo para su clasificación posterior. En esta sesión se eliminó cerca del 5% del material almacenado. Como tarea para casa, la cliente tuvo que dedicar una hora a transportar más material a los contenedores de basura.

Días 7-15. Se repitieron y elaboraron las tareas de exposición de las sesiones anteriores. La mayoría del tiempo se dedicó a deshacerse del material almacenado en el piso y en los contenedores alquilados. Algunos días el terapeuta fue a casa de la cliente. Esta fue otros días a la consulta para discutir las actividades de exposición previas y venideras a realizar por su cuenta. Algunos días la paciente quedó con amigos en su casa o en la empresa de contenedores alquilados para que le ayudaran a transportar material a eliminar. Cada día se eliminó el 10% del material, así que casi todo el material almacenado había sido eliminado el último día. El resto fue tirado por la paciente tras estos 15 días.

En cada **sesión de exposición el terapeuta anota los siguientes datos:** número de sesión y fecha, tiempo empleado en las actividades entre sesiones, nivel inicial de depresión, nivel inicial de ansiedad, nivel inicial de impulso para ritualizar, descripción de la exposición imaginal, descripción de la exposición en vivo, descripción de los patrones de USAs y de los impulsos para ritualizar, posibles violaciones de la prevención de respuesta y descripción de las mismas, nivel USAs cada 5 minutos (tanto para la exposición imaginal como en vivo), nivel de viveza de la imagen cada 15 minutos, instrucciones para la EPR entre sesiones, nivel final de depresión, nivel final de ansiedad y nivel final de impulso para ritualizar (Kozak y Foa, 1997b, págs. 174-175).

En cada EPR entre sesiones el paciente apunta: número de sesión y fecha, situación a practicar, tiempo de práctica, nivel USAs cada 10 minutos y comentarios o dificultades. Para la exposición imaginal con ayuda de cinta, apunta el nivel USAs pre, el máximo y el final, y dificultades encontradas u otros comentarios (Kozak y Foa, 1997b, págs. 176-177). Este autorregistro se integra con el mencionado un poco más abajo al hablar de la prevención de respuesta.

Es importante recalcar al paciente los **logros** que va consiguiendo. Si no se hace así, no es raro que pasen por alto o minimicen la disminución producida en los síntomas y deterioro. Como se dijo antes, existe también un tratamiento cognitivo-conductual específico para mejorar los resultados en el caso de las compulsiones de acumulación (Steketee y Frost, 2006, 2007).

Prevención de respuesta

La **prevención de respuesta total** (no necesariamente desde el principio) es más eficaz que la prevención parcial o ausente. Sin embargo, esta prevención no debe conseguirse mediante imposición o restricción física por parte de otros. Al contrario, el terapeuta debe **convencer al paciente** de la necesidad de abstenerse de las compulsiones explicándole las razones de esto y acordando **actividades alternativas** que puede llevar a cabo cuando el deseo de realizar los rituales sea muy fuerte. Estas actividades deben ser incompatibles con el ritual y pueden incluir pasear,

hacer ejercicio, hacer trabajos manuales, escuchar música y hacer cosas con otros. La actividad debe proseguirse hasta que el impulso para realizar el ritual se haya reducido notablemente. Asimismo, un familiar o amigo puede alentar al cliente a resistir los rituales recordándole la justificación para ello y la importancia de la resistencia. Si a pesar de todo, el paciente ve que no va poder refrenar la compulsión, puede llamar al familiar que le ayuda o al terapeuta.

Algunos pacientes **objetan que no pueden parar los rituales porque su trastorno es biológico**. Posibles **argumentos** para persuadirles son: a) Explicar que las explicaciones biológicas y psicológicas son diferentes modos de comprender el TOC y que ambos pueden ser útiles. Para apoyar esto pueden darse datos sobre la eficacia de la EPR y de la farmacoterapia y comentar los hallazgos de que ambas terapias producen cambios cerebrales similares según ha puesto de manifiesto la tomografía mediante emisión de positrones. b) Proporcionar ejemplos del papel de la práctica en la rehabilitación física y cognitiva tras una lesión (por ictus, accidente, etc.) para remarcar que aunque un problema sea físico, esto no significa que ciertas conductas no puedan ser muy útiles.

Otros pacientes también **objetan que no pueden parar los rituales, aunque no por razones biológicas**. Posibles **argumentos** para persuadirles son: a) Identificar ocasiones en las que el cliente retrasó sus rituales debido a la inconveniencia de estos; de este modo, pueden aceptar que tienen un cierto grado de control sobre los mismos. b) Para los clientes cuyos rituales parecen estar muy automatizados, puede explicárseles que para controlarlos, necesitarán en primer lugar ser conscientes de los mismos y que se les enseñarán medios de aumentar esa conciencia. Por ejemplo, se le puede pedir al paciente que describa en detalle el ritual mientras lo realiza deliberadamente, que escriba una descripción de la manera en que lo suele practicar, que una persona le avise en una primera fase cada vez que el ritual ocurre y en una segunda fase cada vez que ocurre sin que el cliente lo haya señalado dentro de un margen de tiempo, que sepa identificar los antecedentes cognitivos y físicos del ritual, y que lleve un autorregistro de las ocurrencias del ritual.

Las formas de llevar a cabo la prevención de respuesta pueden ser muy distintas. Por ejemplo, pueden ir desde un lavado normal sin supervisión hasta, en el caso de pacientes hospitalizados, una abstinencia total de lavarse durante varios días bajo supervisión del personal sanitario. El **grado de supervisión no parece afectar a los resultados, pero sí el rigor de las reglas**. Los clientes siguen más fácilmente las instrucciones estrictas que minimizan tener que decidir si una acción es un ritual o algo normal en comparación a las instrucciones vagas que requieren juicios sutiles por parte del cliente o que le permiten hacer compulsiones parciales. Por otra parte, para poder prevenir los rituales internos, es imprescindible que el paciente distinga estos de las obsesiones.

Reglas estrictas para la prevención de respuesta en personas con rituales de lavado o comprobación pueden verse en las **tablas 7 y 9** y en Cruzado (1993, apéndice 7); este tipo de reglas debe darse por escrito a los pacientes y se han empleado especialmente cuando el tratamiento se aplica de modo intensivo; por ejemplo, durante 3 semanas y con contacto diario con el terapeuta. Hacia el final del tratamiento, una vez finalizado el periodo de reglas estrictas de prevención de respuesta, se proporcionan al cliente **guías para la conducta “normal” de lavado** (véanse las **tablas 8 y 10**). Como se dijo antes, se pide inicialmente al paciente que deje de hacer cosas que la gente hace normalmente (p.ej., no lavarse cuando se está sucio o no comprobar cosas que normalmente se comprueban), ya que la finalidad inicial es reducir los síntomas del TOC, no comportarse de entrada como el resto de la gente. Esto último queda reservado para el final del tratamiento. Cuando se llega a esta fase, es importante discutir con el cliente cuáles son las pautas de comportamiento normal (las cuales puede desconocer dada su larga historia de rituales) y pedirle que las practique como parte del tratamiento.

Las reglas para los **rituales de repetición y orden** implican no hacerlos para aquellos ele-

mentos que se han trabajado en cualquier sesión previa. Al igual que en el resto de los rituales, rigen las reglas para la persona de apoyo (véanse las tablas 7 y 9 y lo dicho más abajo) y la necesidad, tras el tratamiento, de seguir exponiéndose semanalmente a las situaciones que perturbaban, no evitar las situaciones que causan algún malestar y afrontar deliberadamente dos veces por semana las situaciones que se tienden a evitar hasta que el nivel de ansiedad se reduzca claramente.

Otros autores siguen una aproximación más gradual en la prevención de respuesta:

- a) Steketee (1999) **previene los rituales relacionados con situaciones que se han trabajado** en sesiones previas (p.ej., tocar el pomo de las puertas) pero permite realizar las compulsiones en situaciones que aún no se han trabajado (p.ej., apoyar la mano en el suelo). Sin embargo, en estas situaciones se acuerda, si es posible, una reducción de los rituales (p.ej., lavarse las manos 2 minutos en vez de 5). Un peligro de la opción de Steketee es que si tras exponerse a una situación de menor ansiedad (tocar el zapato), surge una situación más ansiógena (tocar la tapa del váter) y se ejecuta el ritual (lavarse las manos), este servirá también de tranquilización para la primera situación. La solución es volver a exponerse inmediatamente a la situación que se está trabajando.
- b) Otros clínicos indican al cliente que no haga los rituales **durante un periodo de 2 horas después de haber realizado la exposición, pero permiten la conducta normal** (p.ej., de lavado y comprobación) **durante el resto del día**.
- c) Finalmente, otros han **prevenido** la realización de los rituales **por periodos de tiempo progresivamente más largos** (media hora, una hora, etc.) tras terminar la exposición.

Es **raro que los pacientes consigan eliminar de modo rápido y consistente sus rituales**. Por tanto, conviene anticiparles la posibilidad de que esto ocurra y pedirles que lleven un **auto-registro** donde anoten tanto los deseos de realizar las compulsiones como las violaciones de las reglas de prevención; en este caso tiene que describir el ritual y la duración del mismo. Estos datos son comentados con el terapeuta y pueden ser cruciales para encontrar formas de resistir los rituales. El terapeuta debe reaccionar sin enfado ni frustración y alentar a los clientes para que sigan trabajando de cara a la eliminación de los rituales, pero sin desanimarse por fallos ocasionales. También debe indicarles que una vez realizado el ritual, la mejor estrategia para contrarrestarlo y luchar contra el desaliento, es **practicar de nuevo la autoexposición** a la situación o pensamiento que ha disparado el ritual, sin llevar a cabo este y hasta que se reduzca marcadamente el malestar.

Por otra parte, de Silva, Menzies y Shafran (2003) proponen que cuando un paciente tiene **dificultades para prevenir las compulsiones mentales**, se busque una **actividad mental atractiva** que la persona pueda llevar a cabo en lugar de hacer el ritual. Posibles ejemplos de actividades son resolver problemas de aritmética mental, hacer crucigramas o puzles o leer un texto absorbente. Si esta nueva actividad puede convertirse en una compulsión o cumplir la misma función que esta, es una cuestión que está por dilucidar.

Algunos pacientes ocultan que siguen llevando a cabo los rituales prohibidos. En estos casos debe abordarse el problema con prontitud, pero sin animosidad. Conviene considerar las razones para no cumplir con la prohibición, recordar la justificación para no hacer los rituales y discutir el impacto negativo que la realización de los mismos tiene en el tratamiento. Si la ocultación persiste y el cliente sigue haciendo los rituales de forma prolongada y deliberada (en vez de breve y automática), Kozak y Foa (1997b, págs., 127-128) recomiendan volver a enfatizar lo anterior y plantear cuidadosamente al paciente la posibilidad de poner fin al tratamiento y esperar hasta que se encuentre preparado para cumplir con los requisitos del mismo.

Si un paciente no informa de sus rituales al terapeuta, ya sea deliberadamente o por no ser

consciente de los mismos, existen tres alternativas: a) Pedir a una persona allegada, con el consentimiento previo del paciente, que informe al terapeuta. b) Pedir a la persona allegada que avise de modo adecuado al paciente cuando viola las reglas. c) Reunirse el terapeuta con el cliente y la persona allegada para discutir los progresos y las dificultades surgidas. Hay que enseñarles a ambos cómo pueden discutir las violaciones de las reglas –violaciones de las que el paciente puede no darse cuenta al no considerar ciertas conductas como rituales– y cómo la persona allegada puede ayudar al paciente. Esta **persona de apoyo** puede señalar al paciente lo que está haciendo o evitando y preguntarle si cree que es algo de tipo obsesivo-compulsivo; si la respuesta es afirmativa, le pregunta si es algo que ya está trabajando en terapia. De ser así, le recuerda que es importante seguir el programa para poder mejorar y le pregunta si puede ayudarlo de algún modo para superar la conducta de evitación o no hacer el ritual. También le sugiere que comente lo ocurrido con el terapeuta. Es importante que la persona de apoyo se muestre **calmada, emplee un tono de voz suave y haga sugerencias en vez de dar órdenes**. En caso necesario, la persona de apoyo debe intentar parar las violaciones de las reglas mediante una firme insistencia verbal, pero sin discutir ni emplear la fuerza. No debe impedir físicamente hacer el ritual a no ser que el paciente haya dado su consentimiento previo a cómo hacerlo.

No es raro que al eliminar los rituales aparezcan otros rituales o conductas sutiles de evitación. Por ejemplo, emplear alcohol o colonia en vez de lejía para esterilizar las cosas; escuchar las noticias o atender a lo que dicen los pasajeros en vez de mirar por el espejo retrovisor para comprobar si se ha atropellado a alguien. Es conveniente preguntar específicamente al paciente si ha pasado a realizar otras cosas para aliviar la ansiedad. De ser así, hay que identificarlas, recordar al cliente de qué modo estos nuevos rituales contribuyen a mantener el problema y pedirle que deje de hacerlos.

Según Foa (2004), **en ocasiones, una vez que el paciente ha dejado de hacer un ritual, ocurre aquello que teme** (p.ej., que enferme o muera un familiar). Curiosamente, la respuesta habitual en estos casos es que el paciente atribuya la consecuencia temida a factores externos (“a mi hijo le han contagiado el virus que corre por el colegio”, “mi padre tenía el corazón muy dañado”) y no a haber dejado de realizar el ritual.

Un tipo frecuente de ritual es la **búsqueda repetida de tranquilización** por parte de otros para reducir el malestar obsesivo (p.ej., pedir confirmación a la pareja de si se ha cerrado el gas). El terapeuta debe mostrar al paciente que el alivio producido por la tranquilización es transitorio, indicarle que la búsqueda de tranquilización es un tipo de ritual y decirle que deje de buscar tranquilización; la regla es abstenerse de confirmar las propias impresiones preguntando a los demás, ya que la meta es confiar en el propio juicio, salvo las excepciones acordadas con el terapeuta. Por tanto, cuando un paciente pregunta si es totalmente seguro hacer algo, no se le da seguridad absoluta, sino que se le comenta que la probabilidad de que suceda lo que teme es muy baja; el terapeuta también puede añadir que él haría dicha actividad (y puede, de hecho, modelarla) y que se la dejaría hacer a sus hijos.

Asimismo, se pide a las **personas del entorno del cliente que dejen de proporcionarle tranquilización**. Aunque esta medida es terapéutica, suele producir ansiedad y/o ira en el paciente. Por ello, conviene preparar a todas las partes. Un medio útil es que ante las demandas de tranquilización, un familiar le pida al cliente que recuerde lo que ha discutido previamente con el terapeuta. Si a pesar de esto, insiste, el familiar puede responder diciendo: “sé lo mal que te sientes, pero como acordamos todos con el terapeuta, no es conveniente que te responda a lo que me pides”; luego, podría pasar a hablar de otro tema. Si el cliente insistiera, el familiar podría recordarle la justificación de su negativa (el cliente debe confiar en su propio juicio, la tranquilización sólo produce un alivio transitorio) y si siguiera insistiendo, decirle que hablara con el terapeuta.

El papel de los familiares y amigos del paciente es importante en el tratamiento del TOC.

Muchas veces, las personas allegadas se acomodan a las conductas de evitación y a los rituales del paciente. Por ejemplo, pueden lavarse más de lo necesario o evitar tocar ciertas cosas ante la petición del cliente con miedo a contaminarse, pueden comprobar por el cliente si la cocina está apagada o pueden ayudarle a tomar decisiones sencillas; para otros ejemplos véase la Escala de Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo antes descrita. Las **conductas de acomodación de familiares y amigos deben ir siendo eliminadas** como parte de las actividades de EPR. Pautas útiles son las siguientes:

- **Reunirse con las personas allegadas** y buscar su colaboración. Esto requiere **justificar** adecuadamente por qué es beneficioso dejar de colaborar en los rituales y conductas de evitación. También es importante **enseñarles** de qué forma concreta pueden llevar a cabo las siguientes acciones de ayuda: estar disponible durante la exposición en caso necesario, mostrar aprobación por los esfuerzos y logros del paciente, tomar nota de aspectos importantes para la terapia (p.ej., nuevos rituales, conductas de evitación), no dar tranquilidad, avisar cuando se emplea una compulsión e intentar que deje de hacerse. Finalmente, conviene indagar posibles **obstáculos** por su parte (creencia de que el cliente necesita su protección, compartir en cierta medida los miedos del paciente). Esta reunión al comienzo del tratamiento se complementa con reuniones posteriores.
- Los **cambios** por parte de las personas allegadas **no deben ocurrir antes de que el paciente haya afrontado** las correspondientes situaciones temidas.
- El **cliente debe colaborar en el proceso anterior** para no sentirse dejado de lado o traicionado y, por lo tanto, debe participar en las reuniones con las personas allegadas y terapeuta; estas reuniones suelen mantenerse dos veces a la semana. Es importante que haya un acuerdo entre el paciente y las personas de apoyo respecto al modo en que aquellas van a ayudarle.
- Una vez afrontada una situación, el **paciente debe solicitar a familiares y amigos que dejen de cooperar** en sus rituales y conductas de evitación. El **terapeuta debe controlar** si el cliente hace esto y las personas allegadas cumplen.

Aparte de los problemas de acomodación, también pueden darse **conflictos interpersonales** con personas allegadas, los cuales pueden interferir en la EPR, desmoralizar al paciente e incluso agravar su trastorno. Estos conflictos pueden tener que ver con el TOC o no. En este último caso se recomienda a cliente y personas allegadas que **pospongan las discusiones sobre temas conflictivos** (tareas de la casa, niños, dinero, familia política, etc.) **hasta el fin de la terapia**. Una vez terminada la EPR, se puede enseñar al cliente a **identificar y manejar tanto estos focos de conflicto como otros acontecimientos estresantes** (p.ej., errores tontos, demasiada responsabilidad, enfermedad de un familiar, ruidos, perder cosas, obligaciones sociales, visitas inesperadas, demasiadas cosas que hacer, no tener tiempo suficiente).

En otros casos los conflictos surgen por las reacciones negativas de las personas allegadas ante el TOC y su tratamiento. Pueden contemplarse varias posibilidades:

- Las personas allegadas pueden reaccionar con **frustración** e incluso enfado cuando el progreso no es lineal o los síntomas no desaparecen por completo. Conviene avisarles de antemano de que el progreso ocurre con altibajos y que lo más probable es que los síntomas se reduzcan, no que sean eliminados.
- Otras personas se implican tanto en que el paciente mejore que llevan a cabo conductas contraproducentes de **control**. Hay que hablar con ellas al respecto y acordar formas más eficaces de ayuda.
- Algunas personas allegadas **creen** que el cliente utiliza los síntomas del TOC para **mani-**

pular su entorno y que el paciente debería ser capaz de poner fin a dichos síntomas sin esfuerzo ni ayuda. Puede discutirse con estas personas qué es lo que les lleva a pensar así; también conviene discutir con ellas la naturaleza del TOC para que logren una mejor comprensión del mismo y esto les ayude a modificar su actitud.

- Finalmente, algunos familiares reaccionan con **críticas desaprobatorias y cólera** ante los síntomas del TOC y la falta de progreso. Conviene trabajar con estas personas para que se den cuenta de su actitud, entiendan mejor el trastorno del cliente, comprendan que las reacciones hostiles y coléricas agravan el problema y reducen la eficacia del tratamiento, y también para que aprendan formas alternativas de comunicarse e interactuar con el paciente.

Cuando no sea posible cambiar las actitudes de las personas allegadas, habrá que procurar que el cliente minimice el contacto con ellas durante el tratamiento.

EXPOSICIÓN FUNCIONAL COGNITIVA

La exposición a las obsesiones y consecuencias temidas mediante cinta de audio (con bucle continuo) más prevención de las compulsiones internas puede consultarse en Freeston y Ladouceur (1997) y Salkovskis y Kirk (1989). A continuación se presenta el procedimiento de **Freeston y Ladouceur** (1997), denominado exposición funcional cognitiva.

Tras haber acordado el modelo explicativo del TOC (véase Freeston y Ladouceur, 1997, págs. 147-152), **se justifica la necesidad de aprender a tolerar los pensamientos**. Esto implica pensar de forma deliberada en la obsesión sin utilizar respuestas neutralizadoras. Como consecuencia, disminuyen las obsesiones (en frecuencia, duración e intensidad), la importancia que se les da y la ansiedad que producen. Además, la exposición con prevención de respuesta permite comprobar que la ocurrencia de las consecuencias temidas no depende ni de tener obsesiones ni del empleo de la neutralización. Si algún paciente afirma que el procedimiento es contraintuitivo, puede ponerse algún ejemplo de cómo la exposición es útil para superar los miedos (a la oscuridad, al agua, a los animales) y presentar las obsesiones como si se tuviese una fobia a las mismas que puede combatirse con la exposición. Los **siguientes pasos** son:

- 1) El terapeuta ayuda al cliente a **identificar** sus pensamientos obsesivos.
- 2) El terapeuta ayuda al paciente a **jerarquizar** los distintos pensamientos identificados en orden de menor a mayor amenaza. Un ejemplo sería el siguiente con los niveles de ansiedad de 0 a 8 entre paréntesis:
 - a) decir palabrotas en voz alta (2), b) empujar a alguien en la calle (3), pegar un puñetazo a alguien en la cara (5), atacar a alguien con un cuchillo (7) y volverse completamente loco y matar a mucha gente (8).

Si sólo parece haber un pensamiento principal, puede hacerse una graduación variando el contexto de la exposición:

- a) con el terapeuta en la clínica (3), b) igual, pero con un cuchillo y una foto del hijo (4), c) con el terapeuta en casa (5), d) sola en casa (7), y e) sola en casa con el hijo presente (8).
- 3) El terapeuta hace preguntas al paciente para que **describa con detalle el primer pensamiento**; deben incluirse elementos sensoriales y reacciones cognitivas, emocionales y físicas al pensamiento. Es preciso que la descripción contenga las consecuencias específi-

cas temidas por el cliente (p.ej., contaminarse al tocar a alguien, agredir físicamente a alguien, ser recluso en un hospital psiquiátrico) aunque no es necesario exagerar estas. El terapeuta debe ser capaz de soportar las descripciones de los pacientes y las reacciones de estos durante la exposición.

- 4) Se pide al **paciente que escriba el pensamiento con el mayor detalle posible**; el texto puede ser breve o muy extenso y elaborado. Es preciso asegurarse de que no se incluya ningún elemento neutralizador en el pensamiento. Luego, **el terapeuta lo lee en voz alta** para que el cliente compruebe si falta algún aspecto. Un ejemplo es el siguiente:

“Voy andando por la calle. Veo a una anciana que va caminando hacia mí. Parece frágil e indefensa. De repente, me viene el pensamiento: ‘¿Qué sucedería si pierdo el control y la empujo?’. Mi estómago se tensa, las manos me sudan y tengo dificultades para respirar. La anciana se encuentra ya mucho más cerca. Cierro los puños y lucho por mantener el control. Ella llega a mi altura y comienzo a sentir pánico. Pasa rápidamente a mi lado y yo sigo andando. Me pregunto si la empujé. La duda empieza a aumentar. La veo tirada en el suelo con los huesos rotos. Llega la ambulancia. Me siento horrible, soy un asesino y me condenarán” (Freeston y Ladouceur, 1997, pág. 154).

- 5) El **paciente lee el pensamiento en voz alta** para que el terapeuta pueda elegir una cinta de duración adecuada y comprobar que la lectura se hace con la expresión, ritmo y pausas apropiados (no mecánicamente y sin emoción) que facilitarán la formación de la imagen. Se pide al cliente que lea de tal modo que el terapeuta pueda experimentar la sensación de tener el pensamiento.
- 6) El **paciente graba el pensamiento en una cinta** de duración algo mayor que el pensamiento descrito y se hace el número de repeticiones necesarias para llenar la cinta casi por completo. Aunque el empleo de una cinta no es necesario, especialmente conforme el paciente va dominando la EPR, se piensa que las sesiones son más fáciles con la ayuda de dichas cintas que pidiendo simplemente al cliente que imagine la escena o la relate en voz alta.

A continuación, **se informa** al paciente de que en breve va a empezar la sesión de **exposición** y las **características** de esta: duración aproximada, continuar hasta que la ansiedad disminuya, mantener el pensamiento sin bloquearlo ni distorsionarlo, no emplear elementos neutralizadores e informar del nivel de ansiedad/malestar tras cada repetición del pensamiento. Previamente a la exposición, el cliente contesta un **autorregistro** en el que valora el nivel de ansiedad actual, la ansiedad máxima esperada durante la exposición y la ansiedad esperada después de la exposición.

Llegados a este punto, y si se dispone tiempo suficiente, comienza la **exposición** que puede durar de **25 a 45 minutos** o más. El paciente pasa a **escuchar la cinta de modo continuo a través de auriculares al tiempo que intenta mantener la imagen y no emplear estrategias** para reducir la ansiedad; es decir, se previenen las compulsiones internas. **Tras cada repetición de la imagen, el cliente informa de su nivel de ansiedad.** Es conveniente ir apuntando estos niveles en un gráfico.

Si la ansiedad no aumenta en los primeros minutos, se detiene la exposición para analizar y corregir los posibles motivos; por ejemplo, mala descripción del pensamiento, problemas de imaginación o actividades deliberadas para evitar, eliminar o atenuar la imagen, incluidas aquí las estrategias de afrontamiento. Si la ansiedad aumenta en los primeros minutos, no necesariamente de un modo lineal, **se sigue con la exposición hasta que** la ansiedad disminuya por debajo (muy por debajo si es posible) del nivel inicial durante al menos dos presentaciones. Conviene no basar-

se sólo en el autoinforme del cliente, sino tener también en cuenta sus respuestas no verbales (respiración, temblor, expresión facial).

Después, el paciente termina de completar el **autorregistro** (ansiedad actual, ansiedad máxima durante la exposición), informa si ha empleado actividades de neutralización de la imagen o de reducción de la ansiedad –y, de ser así, cuáles han sido y si se ha vuelto a exponer a la imagen– y describe sus reacciones a la experiencia. Una vez que la exposición a un pensamiento funciona en la consulta, lo cual suele requerir al menos dos sesiones, se manda como **tarea para casa** dos veces al día. Superado un paso, se pasa al siguiente de la jerarquía.

Una vez que los pacientes son capaces de emplear la exposición sin emplear conductas neutralizadoras, se les pide que **la lleven a cabo cuando los pensamientos surjan de forma espontánea**. Es decir, deben prestar atención a los mismos y observar cómo vienen y se van sin hacer nada ante ellos. Posteriormente, la persona puede practicar también la exposición funcional cognitiva tras exponerse a las situaciones que disparan las obsesiones (p.ej., situaciones ansiógenas o estados de ansiedad).

TERAPIA COGNITIVA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitiva puede ser **útil para** facilitar la realización de la EPR, valorar adecuadamente la información proporcionada por la EPR, alentar la generalización y reducir la probabilidad de recaída, aunque esto último no ha sido demostrado. La EPR es vista no sólo como un medio para facilitar la habituación de la ansiedad, sino principalmente como un experimento conductual que permite someter a prueba las valoraciones e interpretaciones de los pensamientos intrusos y las predicciones realizadas: “si pienso en esto, sucederá”, “la ansiedad no se reducirá nunca”, etc. La terapia cognitiva también permite abordar la depresión que frecuentemente presentan los pacientes con TOC.

La reestructuración cognitiva es **especialmente útil cuando la exposición no permite comprobar** si que lo que se teme es cierto o no. Un ejemplo serían las obsesiones blasfemas que llevan a la persona a temer que se condenará si no las neutraliza. Es difícil que el paciente acepte la exposición en estos casos. Puede emplearse la reestructuración para buscar pruebas favorables y contrarias a dos hipótesis: el paciente es un blasfemo o padece un trastorno obsesivo-compulsivo. Otra solución es que hable con un sacerdote de confianza que le convenza de que tiene un trastorno y no una actitud pecaminosa. **Otros casos** en que la terapia cognitiva puede ser especialmente útil son aquellos pacientes que no aceptan o abandonan la EPR, los que no se benefician de la misma y los que presentan sólo obsesiones.

La reestructuración cognitiva se aplica tanto en su vertiente verbal como conductual (experimentos conductuales); estos últimos implican exposición, aunque no tan prolongada como la EPR. Sin embargo, **Steketee (1999) ha propuesto un programa que comienza por EPR sola e introduce más tarde las intervenciones cognitivas**. En concreto, se aplica EPR durante unas pocas sesiones y en el resto se comienza con EPR y, una vez que el paciente ha conseguido la habituación deseada, se sigue con técnicas cognitivas. De todos modos, con clientes que no se atreven a comenzar con la EPR, se comienza con la reestructuración cognitiva. En la parte cognitiva del tratamiento no está presente ningún familiar para permitir que el paciente pueda hablar libremente de sus pensamientos y sentimientos.

Referencias donde puede encontrarse con detalle cómo se aplican técnicas cognitivas son Cruzado (1998), Freeston y Ladouceur (1997), Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996), Gavino (2008), Steketee (1999), van Oppen y Arntz (1994) y Wells (1997). La **tabla 11** presenta ejem-

plos de experimentos conductuales, además de los que se comentarán a continuación y de otros que son presentados de forma detallada por Morrison y Westbrook (2004). Steketee y Frost (2006, 2007) presentan una guía para el terapeuta y un libro de trabajo para el paciente con acumulación y adquisición compulsivas. El libro de Rachman (2006) versa sobre cómo conceptualizar, evaluar y tratar el miedo a la contaminación (por contacto, mental, tras una violación real o percibida).

Hay al menos **dos casos en los que los experimentos conductuales deben centrarse sólo en incrementar la credibilidad de la perspectiva alternativa** a la cognición negativa en vez de desafiar directamente esta última: a) cuando el paciente cree que algo malo le sucederá a él o a sus seres queridos, pero no sabe exactamente qué y b) cuando la consecuencia temida se sitúa en el futuro lejano (“si toco los pomos, desarrollaré cáncer dentro de 10 años”, “si tengo estas imágenes blasfemas, iré al infierno cuando muera”) (Morrison y Westbrook, 2004).

A la hora de presentar a los pacientes el **modelo cognitivo-conductual del TOC** (véase, p.ej., Steketee, 1999, págs. 59-61), es útil informarles además de lo siguiente: prevalencia del trastorno, pensamientos intrusos que tiene la gente sin TOC, frecuencia de estos pensamientos y similitudes y diferencias entre la gente con y sin TOC (no hay diferencias en la presencia de los pensamientos intrusos, sino en su frecuencia, duración e importancia que se les otorga).

La aplicación de la técnica de la **flecha descendente** es fundamental para descubrir los significados que el paciente otorga a sus obsesiones, las consecuencias que teme y las creencias subyacentes. Naturalmente, puede no ser fácil al inicio identificar los miedos más profundos debido a que los pacientes han estado evitando durante años pensar o hablar sobre los mismos.

Es importante tener en cuenta que **al comienzo del tratamiento un paciente puede no creer que haya modos alternativos de ver las cosas**. Acepta que la alternativa es plausible intelectualmente, pero sigue pensando que su interpretación es la correcta. Es mejor **no forzar la situación**, sino acordar ir revisando los datos que vayan surgiendo. Para que el cliente admita la posibilidad de que lo que uno cree puede cambiar, pueden buscarse otras creencias que el cliente ha modificado en otros ámbitos de su vida porque ya no eran verdad o resultaban inútiles o incluso dañinas. Ejemplos para un ex-fumador serían “fumar no me hace daño” o “puedo dejarlo cuando quiera”. Otras áreas en que pueden buscarse creencias modificadas son hábitos dietéticos, sobreprotección de los hijos, práctica religiosa, uso del cinturón de seguridad o del casco, etc.

Un **problema con las técnicas cognitivas es que algunos pacientes tienden a utilizarlas como estrategias de neutralización**. Para ayudar a un paciente a distinguir entre una valoración adecuada y una valoración neutralizadora, Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996) han propuesto las siguientes **pautas**: a) Una valoración adecuada permite actuar de modo no neutralizador; esto implica normalmente afrontar la situación o pensamiento. b) Una valoración adecuada no necesita ser repetida cada vez que la persona afronta la situación o pensamiento; una repetición del mismo análisis cognitivo indica que se está empleando probablemente neutralización. c) Buscar nueva información es útil para valorar adecuadamente situaciones nuevas; pero una búsqueda excesiva de información o la comprobación de información previamente obtenida suele indicar neutralización. d) En caso de duda, la mejor estrategia es afrontar la situación o pensamiento temido y retrasar el análisis cognitivo para más tarde, cuando el paciente no está intentando librarse de sentimientos de malestar o responsabilidad.

Finalmente, **algunos pacientes se resisten a admitir que están mejorando** porque piensan que al reconocer esto provocarían una recaída. Este pensamiento mágico o supersticioso, una forma de fusión pensamiento-acción, debe ser desafiada de modo similar a como se describe más abajo. Otros pacientes no reconocen su mejora porque no podrían soportar la decepción si los síntomas volvieran. En este caso, debe enfatizarse el módulo de prevención de recaída, de modo que el paciente sepa qué hacer caso de que los síntomas reaparezcan.

INTERVENCIONES CON DISFUNCIONES COGNITIVAS ESPECÍFICAS

El siguiente material está tomado de Cruzado (1998), Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996), Steketee (1999) y van Oppen y Arntz (1994).

Sobrestimación de la importancia de los pensamientos

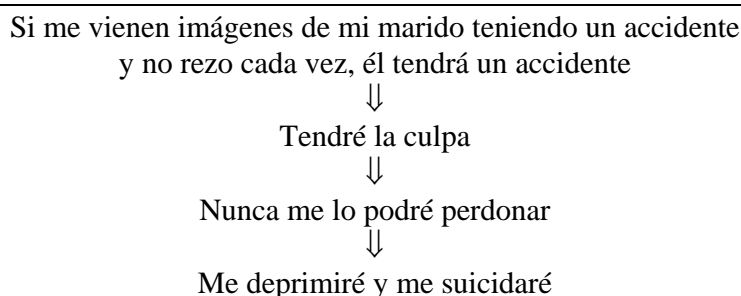
Sucede de varias maneras y comprende el *denominado razonamiento cartesiano distorsionado*, dos formas de fusión pensamiento-acción, que Rachman ha denominado fusión pensamiento-acción moral y probabilística, y el pensamiento mágico o supersticioso.

Razonamiento cartesiano distorsionado. Este error está basado en la idea simple de que la mera presencia de un pensamiento, le otorga una gran importancia: “Debe ser importante porque pienso acerca de ello y pienso acerca de ello porque es importante”. Otras variantes incluyen “si pienso sobre ello, significa que secretamente lo quiero” o “pensar esto refleja mi verdadera naturaleza”. Por ejemplo, “si me vienen pensamientos de matar a mi hijo, es porque realmente lo deseo, mi verdadera naturaleza es la de un asesino”.

Se ha de explicar al paciente que **intentar suprimir un pensamiento indeseado puede** explicar la ocurrencia del mismo y hacer que se dé con más frecuencia. Se pueden planificar experimentos conductuales en que se intenta suprimir un pensamiento para comprobar los efectos de aumento o de rebote del mismo no sólo a corto plazo, sino también en los días siguientes (usando el autorregistro). Se elige un pensamiento poco importante, se le somete a la tarea de supresión (“durante los siguientes 5 minutos no piense en...”) y se registran los efectos de esto en su frecuencia posterior. Posteriormente puede elegirse un pensamiento obsesivo y pedir al cliente que intente suprimirlo en días alternos durante la semana siguiente y apunte la frecuencia o duración del mismo cada día para poder comparar

Para desafiar la creencia “es importante porque pienso en ello”, se pueden utilizar métodos de muestreo o de registro de pensamientos para mostrar que suceden muchos pensamientos cuya calificación de importancia tiene un valor bajo. Por último, se han usado **experimentos atencionales** para comprobar que decidir arbitrariamente que algo es importante, aumenta su notabilidad y el grado de preocupación que produce.

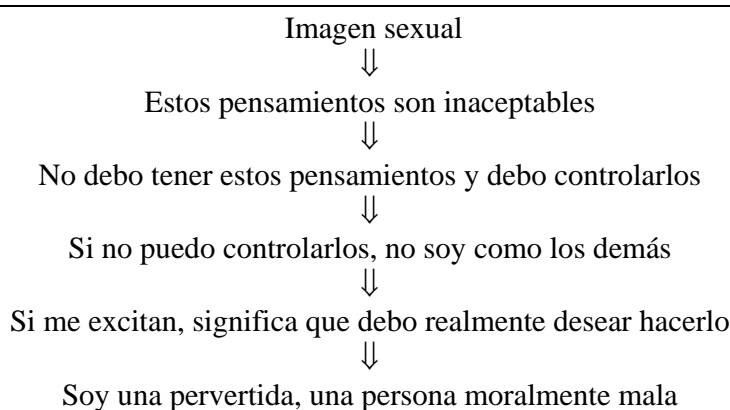
Fusión pensamiento-acción probabilística. Una mujer que tenía imágenes terribles de su marido en un accidente de coche, rezaba para contrarrestar la imagen cada vez que sucedía. A continuación puede observarse la técnica de la flecha descendente.



El supuesto disfuncional es el de que los pensamientos pueden aumentar la probabilidad de un suceso o incluso llegar a causarlos. Esta creencia se puede desafiar mediante **experimentos**

conductuales. Por ejemplo, el paciente puede comprar un billete de lotería y pensar repetitivamente durante media hora diaria a lo largo de la semana que le tocará. O bien, se puede fijar en un electrodoméstico en buen estado (p.ej., un tostador) y pensar 100 veces diarias en que la próxima semana se romperá. Los resultados se comparan con la predicción. Otra posibilidad es intentar matar a cierto animal (p.ej., un pececillo) o conseguir que una figura pública se rompa el brazo mediante el pensamiento. Si el paciente no cree que los pensamientos puedan causar este tipo de acciones benignas, se le hace ver la contradicción de esto con sus pensamientos obsesivos.

Fusión pensamiento-acción moral. Un segundo ejemplo se basa en la idea de que pensar algo es tan malo como hacerlo. Una joven informaba de imágenes sexuales inaceptables para ella desde la adolescencia temprana. El resultado de la técnica de la flecha descendente fue:



El supuesto disfuncional clave es que algunos pensamientos son inaceptables y son moralmente equivalentes a realizar la acción. Este tipo de creencia se modificó del siguiente modo:

- a) **Proporcionando información nueva.** Se explicó primero cómo muchos estímulos eróticos nuevos, especialmente de temas tabú, no relacionados con la conducta sexual preferida, puede producir activación. Segundo, se explicó la relación entre ansiedad y activación sexual. Finalmente, se pidió a la paciente que leyera un libro sobre fantasías sexuales femeninas (“Mi jardín secreto”), lo que indica la variedad de estas y proporciona un sentido de normalidad.
- b) **Distinguiendo entre pensamientos y acción.** Se utilizaron dos técnicas. Primero, la paciente identificó pensamientos sexuales aceptables que no había querido llevar a cabo y que, de hecho, no había realizado. Segundo, se definió la moralidad como una elección activa de llevar a cabo o no diferentes acciones de acuerdo con los propios valores y principios. De este modo, la ocurrencia de pensamientos no se relaciona con la moralidad; elegir obrar de una manera u otra, sí.

Una forma particularmente eficaz de normalizar los pensamientos es **pedir a la gente que hable con personas en quien confía sobre los pensamientos extraños que tiene**. Muchos pacientes no se atreverán a hacerlo con conocidos, pero sí con algún sacerdote (que, por cierto, debe estar al tanto de la naturaleza del TOC). Otras posibilidades son a) recordar a los clientes que la inmensa mayoría de la población normal tiene algún tipo de “malos” pensamientos (tabla 4) y preguntarles cómo explican esto; b) pasar un cuestionario de pensamientos obsesivos entre varios conocidos; c) preguntar al paciente qué pensaría si los pensamientos que él tiene los tuviera una persona cercana (p.ej., madre, amigo).

La **técnica del continuo** puede emplearse también para desafiar la creencia de que pensar algo es tan malo como hacerlo. Se pide al paciente que dibuje una escala de 0 (la persona más

moral) a 100 (la persona más inmoral) y que califique cuán inmoral es por tener su pensamiento obsesivo. Luego, se le pide que califique la moralidad de otras acciones (p.ej., violar a una mujer, tirar a un bebé a la basura, prender fuego a un piso, matar a un familiar, asesinar a varias personas) y que vuelva a juzgar la inmoralidad de su pensamiento obsesivo en comparación a estas acciones.

Pensamiento mágico o supersticioso. En este caso se da una fuerte fusión entre pensamiento y acción: por ejemplo, ciertos números pueden asociarse con seguridad o peligro. Esto conduce a la repetición de las acciones de neutralización un número seguro de veces o a la evitación de objetos, acciones o sucesos que contienen un número peligroso. Lo mismo puede pasar con letras y colores. Este tipo de valoración es **muy difícil de cambiar** por varias razones. Primero, la convicción suele ser muy alta. Segundo, muchas veces se temen catástrofes que afectan a familiares y las consecuencias son subjetivamente demasiado terribles para asumir riesgos. Tercero, los pacientes se sienten completamente responsables de lo que pueda suceder; además, el hecho de que el peligro pueda no ser inminente, sino en algún momento indeterminado en el futuro, no hace más que complicar las cosas. Todo esto hace muy difícil diseñar experimentos conductuales que sean aceptables para el paciente o, que si lo son, sean considerados como una prueba de las creencias del cliente. La exposición también tiende a ser rechazada por las mismas razones. Una posibilidad es centrarse en la naturaleza arbitraria de las asociaciones entre el número o letra y la seguridad o el peligro. Alternativamente, dar al paciente “unas vacaciones de responsabilidad” (asumiendo el terapeuta las consecuencias de lo que suceda) puede permitir comprobar los verdaderos efectos de dejar de pensar y actuar mágicamente.

Responsabilidad

En primer lugar, se ha de hacer consciente al paciente (p.ej., mediante autorregistro) de las situaciones en las que toma responsabilidad excesiva; las señales emocionales, tales como sentirse culpable o molesto acerca de algo, son frecuentemente la mejor señal. Cuando los pacientes toman una responsabilidad excesiva sobre algo, una forma de que vean esto es **transferir mediante un contrato la responsabilidad (temporalmente) al terapeuta** de cualquier daño que ocurra durante un periodo especificado. Se registran los pensamientos, conductas y reacciones del paciente y se comparan con las de un periodo similar en que la responsabilidad se vuelve a transferir al cliente.

Pueden abordarse dos aspectos de la responsabilidad: a) La **sobrestimación de la cantidad de responsabilidad**: “si mi hermana, que está embarazada, coge toxoplasmosis, será mi culpa”, “si mi bicicleta cae a la calzada y hay un choque, será mi culpa”. b) La **sobrestimación de las consecuencias de haber sido responsable de algo**: “si mi hermana enferma de cáncer, todo el mundo me condenará y no volveré a tener amigos”, “si mi casa no parece muy limpia, todos me culparán y nadie volverá a visitarme”.

La **técnica del gráfico circular** es una de las más útiles para trabajar la **sobrestimación de la cantidad de responsabilidad**. En este procedimiento el paciente enumera primero todos los factores que contribuyen al suceso temido; si el cliente olvida algún factor importante, se le sugiere para ver si lo acepta. Luego se dibuja un círculo, y el paciente asigna una porción del círculo a cada factor proporcionalmente a la importancia de su contribución. La contribución personal del paciente es la que se dibuja en último lugar. Por ejemplo, una persona creía que si su bicicleta caía en la calle, sería responsable de un terrible choque de automóviles. El paciente creía que él era el único responsable y que los otros conductores no podrían frenar ni apartarse. Al aplicar la técnica del gráfico circular (véase la figura), el paciente identificó los siguientes factores contribuyentes al choque: conductor, tiempo atmosférico, coche contrario y mecánica del coche. Después, estableció la contribución de cada uno de estos factores (45%, 25%, 20% y 5% respectivamente) con

lo que su responsabilidad personal quedó reducida al 5%.

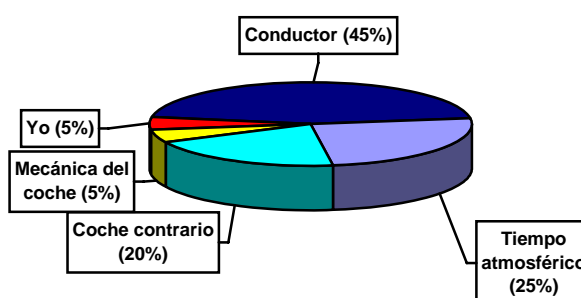


Figura. Ilustración de la técnica del gráfico circular con los factores que contribuyen a un choque de automóviles.

Existe una **versión algo diferente del gráfico circular**. El paciente valora primero su grado de responsabilidad en la ocurrencia de un evento. Luego, enumera todos aquellos factores que pueden afectar a dicha ocurrencia y estima el peso de cada factor. Al final, el paciente vuelve a calificar su grado de responsabilidad y compara esta calificación con la primera, que es invariablemente más alta.

Para cuestionar la **sobrestimación de las consecuencias percibidas de haber sido responsable de algo**, puede emplearse la **técnica del doble criterio**. El terapeuta pide al paciente si consideraría a otra persona culpable si el suceso le ocurriese a esta y que compare esto con lo que piensa cuando le ocurre a él. Tomemos el ejemplo de la paciente que creía que “si mi hermana enferma de cáncer, todo el mundo me condenará y no volveré a tener amigos”. Primero se le preguntó qué haría si una amiga tuviera un hijo enfermo de cáncer: ¿Le culparía por ello? ¿Ocurrirían las mismas consecuencias que ella teme? La paciente fue mucho más benigna con su amiga, pero pensaba que si le sucediera a ella la cosa sería completamente diferente. Se hizo explícito a la paciente el doble criterio y se investigaron las razones para mantener este doble criterio. Además, se podrían haber analizado los costes y beneficios de mantener el doble criterio.

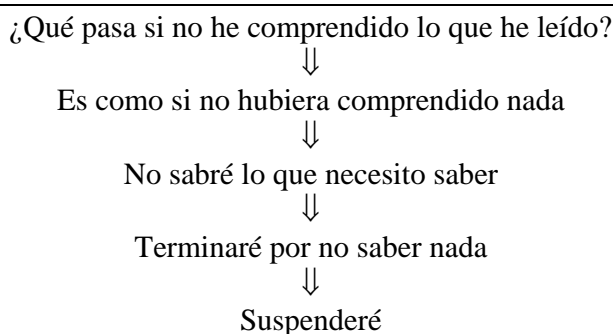
También pueden emplearse **experimentos conductuales** para someter a prueba las consecuencias de haber sido responsable de algo. En el caso de la paciente que pensaba que nadie la visitaría si su casa no estaba limpia, se le pidió que no limpiara la casa durante una semana y que invitara luego a unos amigos. Tenía que fijarse en si no volvían a visitarla más a causa de la suciedad o si realmente sus amigos no notaron esta y la seguían visitando con la misma frecuencia.

Finalmente, otra estrategia que puede utilizarse para cuestionar la responsabilidad excesiva es **simular un juicio**, en el que el paciente actúa como un abogado de la acusación y/o de la defensa. Es más difícil para el paciente ser el abogado de la acusación porque los únicos datos de culpa o responsabilidad que tiene son subjetivos (sus sentimientos de culpa), mientras que lo que se le solicita es probar la culpabilidad mediante argumentos empíricos sólidos (¿dónde están los hechos?). Cuando el paciente interpreta los dos papeles, considera y compara dos puntos opuestos de vista; por eso le es más fácil modificar su valoración. El papel del terapeuta es hacer de juez y cortar toda aportación de datos inadmisibles, tal como rumores (“una vez oí que...”) o argumentos irracionales.

Perfeccionismo

Las valoraciones perfeccionistas se basan en la idea de que puede existir un estado perfecto. Las obsesiones de simetría, completar y buen arreglo o colocación son modos muy bien conocidos de perfeccionismo en el TOC. Otras formas observadas incluyen la necesidad de certidumbre o necesidad de saber y la necesidad de control.

Necesidad de certeza. Un estudiante universitario tenía obsesiones relativas a que no comprendía perfectamente todo lo que leía. Su lectura era lenta, había perdido todo placer en ella, y se distraía de otras tareas intentando comprobar si había comprendido lo que había leído explicándose el texto a sí mismo. A continuación puede observarse la técnica de la flecha descendente.



Este fue desafiado de tres formas. Primero, se identificó y se desafió el pensamiento **dicotómico**: “si no lo comprendo todo, entonces es como si no comprendiera nada”. Segundo, se establecieron las **ventajas** (saber que se sabe, certeza sobre algunas cosas) y **desventajas** (dudas sobre uno mismo, frustración cuando no tengo éxito, leer menos, pérdida de placer en la lectura, preocupación y distracción, fatiga) de tratar de comprender cada cosa perfectamente. Tercero, se **desafió la validez de las ventajas**. En este caso el paciente tenía que identificar el número de veces en las que estaba seguro de lo que había leído. Como era de esperar, admitió que sucedía muy infrecuentemente. De este modo, no sólo perseguía inútilmente ventajas que casi nunca ocurrían, sino que sufría las desventajas de buscar una comprensión perfecta. Esto abrió la puerta para modificar creencias subyacentes mediante un cambio de conducta.

Para desafiar la predicción “si no entiendo todo lo que he leído, no sabré lo que debo saber”, se llevó a cabo un **experimento conductual** en el que el paciente dividió el material de lectura en tres categorías: 1) cosas que sólo han de leerse de una forma somera (publicidad, folletos, propaganda, periódicos, etc.), 2) lecturas que han de leerse y comprenderse en términos generales (lecturas preparatorias, lecturas de entretenimiento) y 3) material que ha de ser leído y bien comprendido (material de examen, solicitudes de trabajo, etc.). El material de la primera categoría tenía que ser leído de la forma más rápida posible. En la segunda categoría, la primera página había de ser leída a velocidad normal, y las siguientes, 1/3 más rápido. La tercera categoría permaneció sin ser abordada por el momento. Cuando se llevó a cabo este experimento, no sólo no se confirmó la predicción, sino que el paciente encontró que aumentó el placer de la lectura y la velocidad, disminuyó la distracción y acabó sabiendo más, ya que leía más y se preocupaba menos. Después, fue capaz de abordar la tercera categoría y leer algunas partes más rápidas que otras, según su importancia relativa.

Otra técnica que podría haberse utilizado es llevar a cabo una **encuesta** entre un pequeño grupo de gente para ver cuántas cosas comprenden perfectamente de todo lo que leen y cuán importante piensan qué es comprenderlo perfectamente todo.

La técnica más eficaz para desafiar la creencia de que es necesario estar seguro de algo es

usar la **prevención de respuesta como un experimento conductual**: el paciente, cuando se le presenta la obsesión, debe tomar el riesgo de no actuar; es decir, no utilizar estrategias para comprobar la verdad o desviar su responsabilidad, y observar qué pasa con su necesidad de saber. Normalmente cada vez que el paciente se resiste a neutralizar, su necesidad de estar seguro sobre un suceso particular se desvanece. Luego, el cliente debe añadir este suceso a una lista de cosas sobre las que no hay necesidad de estar seguro.

Los **experimentos conductuales son útiles para cuestionar tanto las actitudes perfeccionistas como la responsabilidad exagerada**. La persona puede cometer deliberadamente un pequeño error, cambiar un hábito rígido o provocar situaciones ambiguas y luego comparar los resultados reales con las consecuencias negativas específicas predichas.

Necesidad de control. Generalmente, la necesidad de control surge en un nivel intermedio de la técnica de la flecha descendente; una indagación mayor revela creencias sobre la fusión pensamiento-acción, responsabilidad o predicción de catástrofes. Sin embargo, en casos raros, la necesidad de control es un fin en sí misma. Un paciente evitaba un amplio número de situaciones placenteras porque pensamientos no relacionados (no necesariamente desagradables) podían aparecer y estropearle la experiencia. Se desafió en primer lugar la viabilidad de controlar los pensamientos mediante experimentos conductuales de concentración y supresión (intentando pensar exclusivamente en algo e intentando luego no pensar en algo). Segundo, se examinaron las ventajas y desventajas de mantener la creencia de control. Por último, se pidió al paciente que predijera su nivel de disfrute antes de una actividad, realizara esta, independientemente de los pensamientos que pudieran aparecer, y valorara su nivel actual de disfrute.

Cuando se trabaja con pacientes que tienen actitudes perfeccionistas, es importante ser flexible en las actividades entre sesiones. **Es difícil que el paciente vea que buscar la perfección es contraproducente si al mismo tiempo el terapeuta exige normas de cumplimiento elevadas**. Para evitar la autocrítica, la desmoralización y el abandono de las actividades, el éxito debe definirse en términos de esfuerzo. La distinción entre una actitud flexible ante la ejecución y la tolerancia implícita de la conducta de evitación puede ser complicada y debe ser abordada explícitamente. Finalmente, algunos pacientes se fijan meta exageradas (p.ej., dejar de tener obsesiones) por lo que es necesario revisar el modelo del TOC, remarcar la imposibilidad de dichas metas y situar las expectativas excesivas dentro del contexto de un perfeccionismo contraproducente.

Interpretación exagerada de las amenazas

La exageración de la probabilidad y gravedad los de resultados negativos es una característica general de los trastornos de ansiedad. Aunque no es una característica específica del TOC, es útil cuestionar la interpretación exagerada de la amenaza y predecir consecuencias más realistas para facilitar la exposición y los experimentos conductuales. Sin embargo, según Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996), esto será insuficiente si no se desafían las creencias sobre responsabilidad, la necesidad de certidumbre y/o la sobrestimación de la importancia de los pensamientos. Algunas anticipaciones son tan catastróficas que incluso una mínima posibilidad de ser responsable del resultado es inaceptable para el paciente.

El paciente sobrestima las probabilidades de peligro. Por ejemplo: “si toco a un vagabundo, cogeré una enfermedad”, “si no apago mi cigarro, quemaré mi casa”. Una técnica que puede utilizarse es **calcular la probabilidad de la catástrofe**. En este procedimiento, la estimación de la probabilidad original se compara con la estimación basada en un **análisis de la secuencia de sucesos** que conducen a la catástrofe. Primero, paciente y terapeuta analizan la secuencia de sucesos que conducen a la catástrofe. Segundo, el paciente estima la probabilidad de cada suceso por separado. Por último, se calcula la probabilidad acumulada y se compara con la estimación origi-

nal del paciente. Todo esto puede ser hecho por escrito para que pueda ser usado posteriormente. En la tabla siguiente se ilustra todo este proceso para el ejemplo del cigarrillo. Según el esquema expuesto serían necesarios diez millones de cigarrillos para esperar un incendio. Se puede comparar esta probabilidad (0,00001%) con la esperada inicialmente por el paciente, que era del 20%.

Tabla. Cálculo secuencial hecho por un paciente de la probabilidad de que se quemara su casa por no apagar un cigarrillo.

Pasos	Probabilidad	Probabilidad acumulada
1. No apagar el cigarrillo	1/10	1/10
2. Una pequeña chispa cae en la alfombra	1/10	1/100
3. La alfombra se enciende	1/10	1/1000
4. La alfombra empieza a quemarse y no noto de inmediato que se quemara	1/100	1/100.000
5. Me doy cuenta del fuego demasiado tarde, de modo que no puedo hacer nada	1/100	1/10.000.000

Otro método para trabajar la sobrestimación de las probabilidades de peligro es hacer una **encuesta** entre amigos y conocidos para determinar cuál es la frecuencia de ocurrencia del resultado temido (p.ej., contraer una enfermedad) cuando no se lleva a cabo la conducta de evitación (p.ej., no tocar a ciertas personas) ni los rituales (p.ej., lavarse repetidamente las manos).

El paciente sobrestima las consecuencias del peligro. Por ejemplo: “si cojo una enfermedad, infectaré a una amiga embarazada y su hijo nacerá deformado”, “si cometo un error al escribir un número de cuenta en una transferencia bancaria, el dinero llegará a una persona errónea, perderé mi dinero y viviré en la pobreza toda la vida”. Varias creencias subyacen a esta última estimación exagerada: a) si cometo un error en el número de cuenta, la transferencia se realizará, incluso si el número de cuenta bancaria no concuerda con el nombre de la persona; b) si cometo un error en la transferencia, no tengo derecho legal a que me devuelvan el dinero; c) la transferencia se realizará con independencia de la cantidad, aunque esta sea muy alta (p.ej., 40.000 euros); d) si cometo un error en la transferencia, nunca recuperaré el dinero.

Para obtener datos empíricos de la estimación de las consecuencias, el paciente puede pedir **información a un experto**; por ejemplo, puede enviar una carta al banco en la que formula específicamente todas las preguntas anteriores. Es importante obtener información de lo que es esperable que suceda, no de lo que podría llegar a suceder. Otro método útil es realizar un **experimento conductual**. Un ejemplo puede consistir en escribir deliberadamente un número incorrecto en la transferencia de una pequeña cantidad, comprobar si el dinero se remite a una persona errónea, y, de ser así, ver si es posible recuperar el dinero. Otro posible experimento puede ser que el paciente transfiera una gran cantidad a un número de cuenta de su pareja y ponga otro nombre para ver si la cantidad es transferida.

Algunos clientes pueden pasar por alto la información obtenida porque **dicen no poder tolerar la posibilidad remota de que la consecuencia temida pueda suceder**. En estos casos, el paciente está reaccionando como si la consecuencia fuera a ocurrir y sobrestima la probabilidad de que ocurra. Puede discutirse si esta forma de pensar es apropiada para otros contextos no obsesivos tales como creer que un dolor de estómago implica cáncer o que una tormenta indica que caerá un rayo en la casa. La idea es si el hecho de que un desastre pueda ocurrir o de que uno piense que puede ocurrir, hace que sea más probable. También se puede preguntar al cliente cuánto dinero estaría dispuesto a jugarse a favor de que la consecuencia temida vaya a ocurrir.

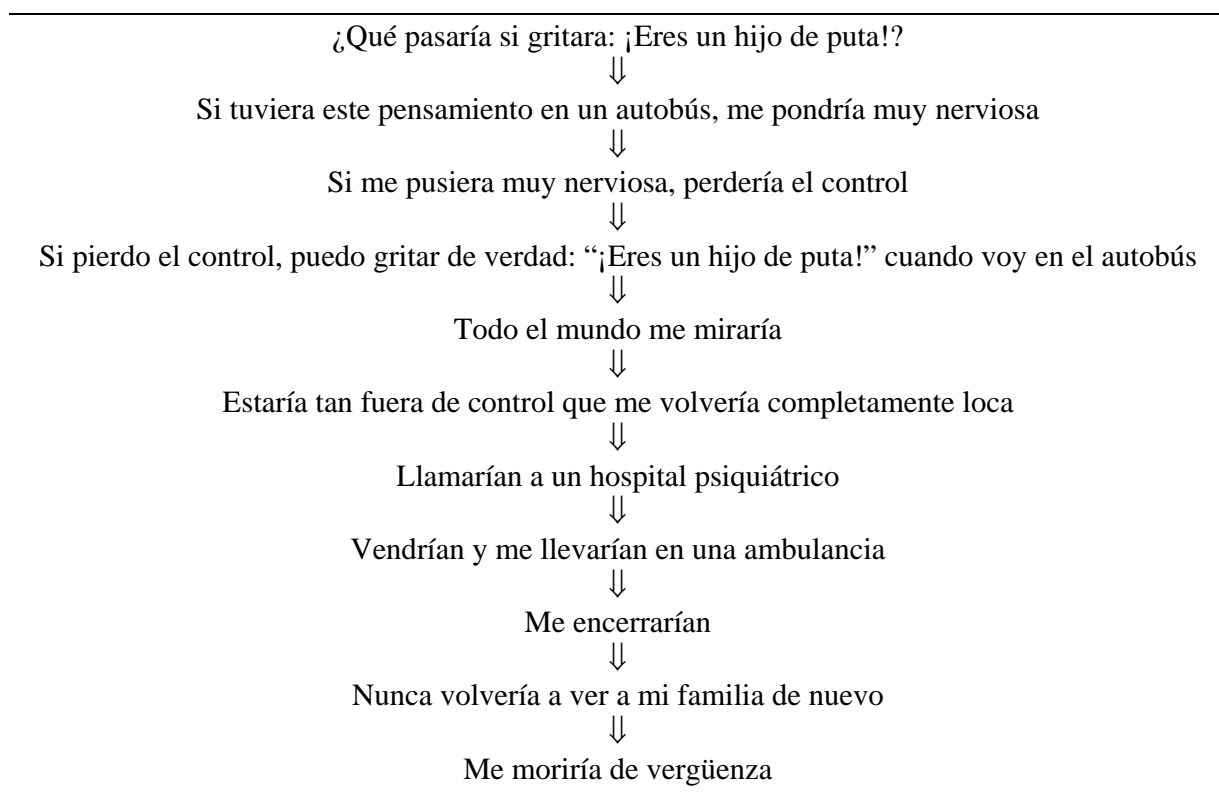
Por otra parte, **si el cliente no quiere correr ningún riesgo y pide seguridad** de que no sucederá la consecuencia temida, se remarca que aunque la búsqueda de seguridad es comprensible,

no hay garantía absoluta de que un suceso determinado no vaya a ocurrir. La idea no es buscar una seguridad absoluta, sino tener clara cuál es la probabilidad de que algo ocurra y no exagerar esta ocurrencia. Se comenta que la vida está llena de peligros de muy baja probabilidad de ocurrencia (p.ej., ser atropellado) que aceptamos porque salimos ganando si comparamos los beneficios que obtenemos (poder realizar muchas actividades de la vida diaria) con los costes que supone la evitación y la pequeña probabilidad de que ocurra lo que se teme. A continuación se pide al cliente que repase la información de que dispone sobre la probabilidad de que ocurra la consecuencia temida, que analice los beneficios de no evitar y el precio que está pagando por evitar ciertas actividades y situaciones para prevenir supuestamente la consecuencia, y que decida qué es lo que le compensa más.

Consecuencias de la ansiedad

Según algunos teóricos, las creencias sobre las consecuencias de la ansiedad y del malestar no son causas fundamentales del TOC, pero pueden ser importantes en su mantenimiento debido a que conducen a algunas conductas de neutralización y evitación, e impiden de este modo la refutación de creencias más fundamentales y el éxito de la terapia de exposición. Estas creencias ocurren de dos formas principales: “la ansiedad es peligrosa” y “la ansiedad me impide funcionar correctamente”. En ambos casos la preocupación puede ser acerca de las consecuencias inmediatas de la ansiedad o centrarse en algún momento futuro.

La ansiedad es peligrosa. Frecuentemente se observa este primer tipo de creencia acerca de la ansiedad entre personas con obsesiones sobre agresiones e impulsos motores, así como “miedo a volverse loco”. Por ejemplo, una mujer de 33 años tenía pensamientos obsesivos acerca de proferir insultos y juramentos. El peor lugar en que le podían ocurrir era el autobús; véase a continuación la técnica de la flecha descendente.



Obsérvese que la ansiedad aporta un eslabón en la cadena de fusión pensamiento-acción: pensamiento-ansiedad-acción. En ausencia de ansiedad la paciente no creía que el pensamiento condujera a la acción. De hecho, era la sensación de ansiedad la que provocaba la conducta de evitación, de modo que la paciente sólo cogía el autobús los días que estaba calmada. El procedimiento habitual de exposición en este caso sería grabar toda la cadena de pensamientos en una cinta sin fin, escucharla repetidamente sin neutralizar y finalmente, escuchar la cinta y/o formar el pensamiento obsesivo en la situación (autobús)

Sin embargo, los miedos de la paciente a la ansiedad impidieron que la exposición funcionara, por lo que fueron abordados por otros medios. Primero, se dio **información sobre la ansiedad y sus consecuencias**. Segundo, **se analizaron todas las ocasiones anteriores en las que se estuvo ansiosa y “perdió el control”**. Por ejemplo, cuando dijo haber perdido el control en un banco, se le preguntó qué hizo y si gritó, se desmató o atacó a alguien. Se encontró que no había perdido nunca el control, pero que tenía miedo de perderlo. Por último, pueden aplicarse **técnicas de inducción de ansiedad**, semejantes a las utilizadas en el tratamiento del pánico, como un experimento conductual para demostrar que síntomas tales como despersonalización, percepciones visuales distorsionadas, etc. son síntomas típicos de ansiedad aguda. Una vez que está ansioso, se pide al paciente que “pierda el control”, lo que inevitablemente le conduce a la conclusión de que no puede hacerlo, incluso en ese estado. Estas intervenciones centradas en el papel de la ansiedad, más que en los pensamientos como tales, permiten luego la exposición funcional al pensamiento y a sus consecuencias dramáticas.

La ansiedad impide funcionar. Esta creencia puede también ser un obstáculo para la exposición eficaz, especialmente en lo que respecta a la generalización de la exposición y la prevención de respuesta a los pensamientos que ocurren de forma natural. Se puede tratar tanto con métodos retrospectivos como prospectivos. Como muchos pacientes siguen trabajando y se sienten ansiosos gran parte del tiempo, se recogen **datos retrospectivos de que a pesar de la ansiedad, continúan funcionando**, aunque no sea al máximo rendimiento (es útil corregir la creencia perfeccionista de que es necesario rendir al máximo nivel todo el tiempo, la comparación con los compañeros etc.). Los pacientes, de hecho, informan frecuentemente que aunque las obsesiones pueden ser muy intensas antes o después de un suceso muy importante, están ausentes durante el suceso en sí mismo. Sin embargo, esto no ha alterado su percepción de que las obsesiones ocurrirán durante el suceso y que no serán capaces de afrontarlas.

Otra técnica es hacer **predicciones prospectivas del funcionamiento del paciente en tareas específicas**; luego se le pide que se exponga a las obsesiones y que observe su rendimiento real mientras está ansioso. Se compara el rendimiento real con el predicho. Se trata tanto de corregir las expectativas del paciente como de dejar claro que el paciente mantiene su capacidad de rendimiento, incluso cuando las obsesiones ocurren. Una instrucción útil es decir al el paciente: “observe la presencia de los pensamientos, pero no reaccione a los mismos, no los bloquee; sólo note cómo vienen y luego cómo lentamente se van”.

Por último, hay pacientes que **han dejado de creer que sus pensamientos obsesivos sean ciertos (es decir, que haya amenaza), pero pueden seguir intentando neutralizarlos para evitar quedar “enganchados con la obsesión” y ponerse ansiosos más adelante**: “puedo enfrentarme con ellos ahora, pero ¿qué pasa si siento pánico mañana?”. En estos casos se desea evitar la ansiedad futura, lo que conduce a una neutralización proactiva, tal como la búsqueda de tranquilización o la evitación. Dos intervenciones son útiles aquí: a) La neutralización de un pensamiento garantiza su retorno, igual que ocurre cuando se intenta no pensar en un elefante blanco. b) No neutralizar conduce a la desaparición del pensamiento. Hay que revisar explícitamente lo ocurrido en ocasiones anteriores e identificar los pros y contras de neutralizar.

TERAPIA DE REDUCCIÓN DE LA IDEACIÓN DE PELIGRO

Jones y Menzies (1997) han presentado una nueva terapia cognitiva, la **terapia de reducción de la ideación de peligro**, dirigida a reducir las estimaciones de la probabilidad de resultados peligrosos en personas con compulsiones de lavado/limpieza. Esta terapia no incluye exposición directa o indirecta a los estímulos temidos, ni prevención de respuesta, ni experimentos conductuales y tampoco aborda la responsabilidad personal exagerada. Incluye:

- **Justificación y descripción del tratamiento.** Se remarca que la ansiedad es debida a la sobrestimación de la probabilidad y gravedad de las consecuencias temidas y que el cambio conductual seguirá al cambio cognitivo.
- **Reestructuración verbal.** Los pacientes identifican sus pensamientos negativos relativos a la contaminación, los reevalúan, los cambian por otros más apropiados y aprenden estos leyéndolos, copiándolos y elaborándolos más cada día en casa durante 15 minutos. Luego, los aplican y los adaptan a nuevas situaciones.
- **Entrevistas filmadas.** Los pacientes ven varias entrevistas filmadas de 10 minutos en las que salen trabajadores que tienen un contacto regular con estímulos relacionados con la contaminación. Los trabajadores (enfermeras, limpiadores, cajeros de banco, jardineros, empleados de imprentas y laboratorios) cuentan en detalle su contacto repetido con los estímulos (fluidos corporales, suciedad, pelo animal, dinero). Se enfatiza la ausencia de enfermedades laborales en cada entrevistado. Se invierten 40-60 minutos.
- **Experimentos microbiológicos.** Varias personas se “contaminaron” una mano realizando ciertas tareas con ella: estrechar la mano de 39 personas, acariciar un gato, tocar una pala de plástico utilizada para retirar la arena de la cubeta de un gato, tocar el exterior de un cubo de basura y tocar las puertas de un lavabo público. La otra mano no realizó ninguna de estas tareas y actuó como control. Se analizó el número y tipo de microorganismos presentes en la mano control y se compararon con los de la otra mano. No se aisló ningún organismo patógeno. El microbiólogo concluyó que ninguna de las tareas supuso contaminación con organismos diferentes de aquellos que son normales en la piel. Se entrega a los pacientes un par de páginas que resumen estos resultados y se discuten los mismos para desafiar el riesgo exagerado que los clientes asocian con las tareas mencionadas.
- **Tarea de estimación de la probabilidad de catástrofe.** Se compara la estimación que el paciente hace de la probabilidad de un resultado negativo con la estimación derivada del análisis de la secuencia de eventos que pueden conducir al resultado temido. Así, conductas como tirar la basura son descompuestas en la secuencia de eventos necesaria para que se dé la contaminación (bacterias presentes en el cubo, bacterias transmitidas a la mano, bacterias entrando en el cuerpo, fallo del sistema inmunológico). La persona da estimaciones de probabilidad para cada paso en la secuencia y estas se multiplican para obtener la probabilidad de enfermedad, la cual es menor que la estimación inicial que había hecho el cliente. Se discute y remarca esta diferencia. Se dedican 30-60 minutos a este componente. Como actividades para casa, la persona aplica el método a una nueva situación cada semana.
- **Información correctiva.** Los pacientes reciben datos sobre las tasas de enfermedad y muerte en varios trabajos (p.ej., porcentaje de trabajadores sanitarios que han contraído el virus de la inmunodeficiencia humana). Además, se enfatizan las concepciones erróneas comunes sobre las enfermedades y sobre la facilidad con que pueden ser contraídas. Por otra parte, se entrega una hoja del Departamento de Microbiología de la universidad en la

que se destacan los problemas inherentes al excesivo lavado de manos: a) Este reduce las bacterias, pero no las elimina; las que están bien metidas en los poros vuelven a restablecer el tamaño de la población. b) El lavado vigoroso puede producir erosiones en la piel, con lo cual se rompe la barrera protectora y se abre la vía para la entrada de agentes patógenos que pueden producir infecciones. Se invierten 20-60 minutos.

- **Concentración de la atención.** Pretende reducir la frecuencia de pensamientos intrusos amenazantes aumentando la habilidad para atender a otros aspectos cognitivos durante una respiración rítmica. Los clientes se concentran en una serie de números mientras inspiran y en la palabra “relax” mientras expiran. Se pide a los pacientes que respiren normalmente, sin enlentecer o acelerar la respiración. Al principio se practica con ojos cerrados y en sitios tranquilos y luego se va pasando a hacerlo en sitios más ruidosos y con los ojos abiertos. Los clientes practican en casa dos periodos de 10 minutos al día. Dentro de las sesiones se dedican 60 minutos a este componente.

Hasta el momento la terapia de reducción de la ideación de peligro ha demostrado ser superior a la lista de espera en un estudio en el postratamiento y en un seguimiento a los 3 meses (Jones y Menzies, 1998) y se ha mostrado eficaz, según un diseño de línea base múltiple a través de cinco sujetos y también clínicamente, con personas en las que no había funcionado ni la medicación serotoninérgica ni la EPR y que presentaban ideación sobrevalorada (poca conciencia de que sus obsesiones y compulsiones eran excesivas e irrazonables) (Krochmalik, Jones y Menzies, 2001).

DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Los datos son escasos. No se cree que sea una técnica especialmente eficaz, aunque podría ser útil para parar los rituales internos cuando se hace EPR.

PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

Se describirá el programa de prevención de Kozak y Foa (1997b), el cual ha sido aplicado por Hiss, Foa y Kozak (1994) en 4 sesiones de 90 minutos más nueve contactos telefónicos de 15 minutos a lo largo de 12 semanas. El programa incluye:

- **Explicar** que la ocurrencia de agentes estresantes o situaciones de riesgo pueden facilitar la reaparición o intensificación ocasional de los síntomas del TOC. Este fenómeno es presentado no como una recaída, sino como un **contratiempo**, el cual es una oportunidad para aplicar lo aprendido durante el tratamiento.
- **Enseñar a identificar posibles agentes estresantes** en la vida cotidiana y los métodos habituales de afrontarlos. **Enseñar otras técnicas de afrontamiento** que se consideren oportunas: reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, relajación, etc.
- Aplicación de la **autoexposición** y de las técnicas de afrontamiento en caso de contratiempo. La autoexposición implica: a) reconocer la aparición de una obsesión a partir del malestar experimentado; b) como primer paso afrontar la intrusión centrándose en la tarea entre manos en vez de hacer un ritual; c) si la intrusión persiste, considerarla de un modo exagerado hasta que se reduzca el malestar; y d) si aparece un patrón de obsesiones perturbadoras, afrontar deliberada y repetidamente las situaciones que las provocan hasta que se reduzcan marcadamente el malestar y la frecuencia y duración de las obsesiones.

- Colaboración de **personas allegadas**. Se discute con estas la naturaleza del TOC y su tratamiento, las expectativas no realistas sobre el resultado del tratamiento (p.ej., desaparición completa de los síntomas obsesivo-compulsivos) y los conceptos de contratiempo y recaída. Se discute también cómo la crítica hostil y otras fuentes de estrés interpersonal pueden agravar los síntomas del TOC. Asimismo, se exploran modos en que pueden ayudar al cliente en caso de contratiempo.
- Búsqueda por parte del cliente, con la ayuda necesaria por parte del terapeuta y otras personas, de **nuevos intereses y actividades** (sociales, laborales) a los que dedicar el tiempo antes ocupado en obsesiones y compulsiones.
- Programar **breves contactos telefónicos cada vez más espaciados** para revisar la aplicación de las habilidades de mantenimiento y asistir en las dificultades encontradas.
- Alentar al cliente a **restablecer el contacto con el terapeuta** una vez acabado el tratamiento **caso de** no poder manejar un contratiempo.

Steketee (1999) presenta un programa similar aunque añade el repaso de las estrategias cognitivas aprendidas para reestructurar las creencias disfuncionales.

TRATAMIENTO MÉDICO

Revisiones del tratamiento farmacológico del TOC han sido llevadas a cabo por Compton, Kratochvil y March (2007), den Boer y Westenberg (1995), Dougherty, Rauch y Jenike (2002), Goodman et al. (1997), Pigott y Seay (1999), Reinblatt y Riddle (2007), Stanley y Turner (1995) y Toro (2001). También se han llevado a cabo metaanálisis como los de Abramowitz (1997), Eddy et al. (2004), Kobak et al. (1998), Soomro et al. (2008) y van Balkom et al. (1994).

Los fármacos recomendados para el TOC son los **antidepresivos serotoninérgicos**: clomipramina (150-300 mg/día), fluoxetina (20-80 mg/día), fluvoxamina (100-300 mg/día), fluvoxamina de liberación controlada, (100-300 mg/día), paroxetina (40-60 mg/día), sertralina (75-225 mg/día), citalopram (20-80 mg/día) y escitalopram (10-20 mg/día). Todos estos fármacos son más eficaces que el placebo en adultos. En niños y adolescentes, la clomipramina se ha mostrado superior al placebo y también hay estudios que muestran la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (p.ej., paroxetina, sertralina, fluvoxamina, fluoxetina) (Compton, Kratochvil y March, 2007; Reinblatt y Riddle, 2007; Watson y Rees, 2008); para las dosis recomendadas, puede consultarse Toro (2001). La clomipramina ha sido el fármaco más estudiado y ha sido superior a antidepresivos no serotoninérgicos como la nortriptilina, amitriptilina, imipramina y desipramina. Según algunos estudios metaanalíticos, la clomipramina es también superior a otros antidepresivos serotoninérgicos, pero esto no ha sido confirmado en comparaciones directas (véanse Kobak et al., 1998, y Pigott y Seay, 1999). Una posible explicación del hallazgo metaanalítico es que los estudios con los otros antidepresivos serotoninérgicos se llevaron a cabo más tarde que los de la clomipramina y, a diferencia de estos, incluyeron pacientes (hasta un 20%) que no habían respondido a otros antidepresivos.

Los antidepresivos serotoninérgicos **tardan 8-12 semanas en conseguir efectos**. Una posible forma de reducir esta latencia a 4 semanas sería combinarlos con mirtazapina, un antagonista de los adrenoceptores Alfa2. En un estudio simple ciego la combinación de citalopram más mirtazapina consiguió efectos más rápidos que el citalopram más placebo.

Una persona que no ha respondido a un fármaco serotoninérgico es mucho menos probable que lo haga ante otro del mismo tipo. En **casos refractarios** se ha intentado **potenciar los efectos de los antidepresivos serotoninérgicos** con buspirona, litio, inositol, ácido eicosapentanoico o naltrexona, sin resultados satisfactorios. En un estudio controlado con pacientes que no habían respondido a la fluvoxamina, la adición de un neuroléptico (**haloperidol**) fue más útil que la adición de placebo, especialmente en aquellos pacientes que presentaban además trastornos por tics, pero debe estudiarse detenidamente si los posibles beneficios compensan los riesgos. Existen algunos estudios en los que los pacientes que no habían respondido a un fármaco serotoninérgico recibieron además **quetiapina** (un antipsicótico atípico) o placebo; los primeros mejoraron más. En otro estudio, fue más eficaz añadir **olanzapina** (un antipsicótico) que placebo a un antidepresivo serotoninérgico; estos resultados no fueron confirmados en otro estudio en que la dosis de olanzapina fue más baja. En general, añadir **antipsicóticos** en casos refractarios es útil en un tercio de los casos, especialmente si hay obsesiones graves, ideas sobrevaloradas, personalidad esquizotípica o tics comórbidos (Bloch, 2006; Starcevic y Brakoulias, 2008). Finalmente, sólo un estudio ha investigado la eficacia de una práctica frecuente en la clínica con pacientes resistentes al tratamiento farmacológico: combinar clomipramina con otro fármaco serotoninérgico. En este estudio, el citalopram más clomipramina fue más eficaz que el primero de estos fármacos.

Con los fármacos serotoninérgicos, **mejoran el 70% de los pacientes que terminan el tratamiento** y el 53% de los que lo inician; estos porcentajes contrastan con los obtenidos con el placebo (24% y 19% respectivamente). La reducción de síntomas obsesivo-compulsivos es del 25-40% en la Y-BOCS; también mejoran la ansiedad, la depresión y el ajuste social. Las mejoras observadas son significativamente mayores en medidas de calificación por evaluadores que en autoinformes de los pacientes. El 15-25% de los pacientes mejoran poco o nada. El 25% de los pacientes con TOC no aceptan los fármacos serotoninérgicos y el 20% abandonan el tratamiento.

Conviene tener en cuenta que en la mayoría de los estudios se ha trabajado con pacientes con TOC moderado (puntuación Y-BOCS pretratamiento alrededor de 20) y que las mejoras son menores en pacientes con sintomatología más grave. Además, en muchos estudios han participado solamente pacientes con TOC sin otros trastornos comórbidos, lo cual les diferencia de los pacientes que más suelen verse en la clínica (Eddy et al., 2004). Por otra parte, las compulsiones de lavado y limpieza no parecen responder muy bien a los serotoninérgicos (Starcevic y Brakoulias, 2008).

En pacientes que no responden a la medicación, la TCC se ha mostrado útil. Sin embargo, con pacientes que tienen una larga historia de poca respuesta a los fármacos, los resultados de la TCC son menores que en pacientes sin dicha historia. Posibles causas son que dichos pacientes tengan poca conciencia de su problema y que no inviertan el suficiente esfuerzo en el tratamiento.

Los **efectos secundarios** más frecuentes de la clomipramina han sido los anticolinérgicos (boca seca, estreñimiento), mareo (hipotensión postural), temblor, fatiga, somnolencia, náuseas, sudoración, dolor de cabeza, disfunción sexual (problemas para eyacular, anorgasmia), visión borrosa, anorexia, dispepsia, insomnio y ganancia de peso. Los otros antidepresivos serotoninérgicos tienen menos efectos secundarios (náuseas, dolor de cabeza, insomnio, fatiga, molestias gástricas, diarrea, inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, sudoración, aumento de peso a largo plazo), dan lugar a un menor porcentaje de abandonos del tratamiento debido a dichos efectos y tienen una menor toxicidad en caso de sobredosis. Sin embargo, pueden aumentar en niños y adolescentes los pensamientos de suicidio.

La **retirada del fármaco** tras la fase aguda del tratamiento (al menos unas 10-12 semanas) lleva a la **reaparición de los síntomas** en la inmensa mayoría de los casos (60-90%), incluso cuando la medicación es sustituida por placebo. Estas recaídas tan frecuentes han sido observadas cuando la discontinuación del fármaco ha sido rápida; no se sabe aún qué pasaría con una retirada

más gradual a lo largo de un mayor periodo de tiempo (6 meses o más). Las personas que han respondido al tratamiento pueden mantener las mejoras hasta 2 años si siguen tomando la medicación a **dosis completa o reducida** (50%). En el estudio de Ravizza et al. (1996, citado en Goodman et al., 1997), no hubo diferencias entre los que siguieron tomando la dosis completa o sólo media dosis de su antidepresivo serotoninérgico (clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina) durante 2 años. El porcentaje de recaídas fue del 25-40% en comparación con el 77-85% entre los que dejaron de tomar el fármaco. Aún está por estudiar adecuadamente qué pasa cuando se deja de tomar la medicación tras este largo periodo de tratamiento, pero las recaídas parecen ser frecuentes. Aunque algunos pacientes pueden descontinuar la medicación tras 6-24 meses de tratamiento, la mayoría necesitan **al menos una baja dosis de medicación durante años**.

En el estudio de Koran et al. (2002), los pacientes que habían respondido a 52 semanas de sertralina fueron asignados aleatoriamente a seguir tomando el fármaco o cambiados a placebo. Tras 28 semanas, el grupo que siguió con la sertralina fue mejor que el placebo en porcentaje de personas que: a) habían recaído o habían mostrado una respuesta clínica insuficiente, o b) habían tenido una exacerbación aguda de sus síntomas.

Algunos estudios han encontrado que los pacientes que responden al tratamiento farmacológico (p.ej., fluoxetina), pero no aquellos que no lo hacen ni los controles normales, muestran reducciones de la **tasa metabólica de glucosa en el núcleo caudado**. Estos mismos cambios han sido observados en los pacientes que responden a la TCC (Baxter et al., 1992; Schwartz et al., 1996). Sin embargo, dado que la TCC tiende a mantener sus efectos, habría que estudiar posibles diferencias de acción en el cerebro. Se ha observado en un estudio que tras una TCC exitosa, y en comparación a un grupo control normal, se redujo la actividad talámica bilateral y aumentó la actividad del córtex cingulado anterior dorsal derecho, aumento que correlacionó fuertemente con el grado de mejora en el TOC (Saxena et al., 2008). El primero de estos cambios, pero no el segundo es común con los fármacos serotoninérgicos. La reducción de la actividad talámica podría ser la vía común final, pero la TCC podría llegar aquí a través de un mecanismo biológico diferente: aumento de la actividad del córtex cingulado anterior dorsal derecho, el cual está implicado en la reevaluación y supresión de las emociones negativas.

A pesar de la facilidad de su aplicación y de los efectos moderados que consigue, el **tratamiento farmacológico tiene limitaciones importantes**: da lugar a más recaídas y abandonos del tratamiento que EPR, tiene efectos secundarios significativos y está contraindicado en mujeres que quieren quedarse o están embarazadas o cuando interfiere con otras medicaciones. A pesar de esto, los fármacos son una alternativa relativamente eficaz y suele ser frecuente su combinación con el tratamiento psicológico. Finalmente, casos muy graves de TOC que no han respondido al tratamiento psicológico ni farmacológico (incluyendo diversos fármacos serotoninérgicos y clomipramina por vía intravenosa) pueden beneficiarse de la **psicocirugía** (capsulotomía, cingulotomía). Aunque se carece por el momento de estudios controlados de doble ciego, un 32% de los pacientes en los que se ha practicado una o más cingulotomías pueden considerarse buenos respondedores en el seguimiento realizado 32 meses de media más tarde; y un 14% son respondedores parciales (Dougherty et al., 2002). En un seguimiento de hasta 10 años con pacientes intervenidos con capsulotomía, Rück et al. (2008) hallaron que la intervención fue moderadamente eficaz, pero con un lato riesgo de efectos secundarios. Otra posibilidad, mucho menos estudiada, es la estimulación magnética transcraneal repetida.

Según estudios metaanalíticos, cuando se consideran las medidas de autoinformes del TOC, la **EPR es superior a la medicación serotoninérgica**, excepto, quizá, en el caso de las obsesiones sin compulsiones manifiestas. La **combinación de ambos tratamientos es superior a la medicación sola, pero no a la EPR sola**; sin embargo, hay que señalar que las obsesiones responden más al tratamiento combinado que a la EPR (Toro, 2001) y que en el metaanálisis de Sánchez, Gómez y Méndez (2003) el tratamiento combinado fue más eficaz que la EPR. Cuando se consi-

deran las calificaciones hechas por evaluadores, no se han hallado diferencias entre la EPR, la medicación serotoninérgica y la combinación de ambos. Similarmente, Kobak et al. (1998) **dejaron de hallar diferencias significativas entre estos tres tipos de tratamientos cuando controlaron las variables metodológicas que afectaban al tamaño del efecto** (año de publicación, método de cálculo del tamaño del efecto, aleatorización o no, empleo de grupo control o no, tipo de medida empleado). Finalmente, en el caso de los **niños** y adolescentes, la EPR también ha sido superior a la medicación serotoninérgica según el metaanálisis de Abramowitz, Whiteside y Deacon, B.J. (2005), aunque hubo diferencias metodológicas entre ambos tipos de estudios.

Las comparaciones indirectas, como las hechas a través del metaanálisis, son problemáticas dado que las líneas de investigación psicológica y farmacológica han diferido en las medidas empleadas y, probablemente, en las características de las muestras empleadas. La misma crítica puede hacerse a las revisiones cualitativas que han concluido que el porcentaje de pacientes mejorados y de reducción de síntomas es mayor con la EPR que con los fármacos serotoninérgicos.

Faltan buenos estudios que hagan comparaciones directas entre el tratamiento psicológico y el farmacológico. Algunos estudios, pero no otros, indican que la **EPR y/o la TCC son más eficaces que la clomipramina, la sertralina y la fluvoxamina**, tanto en adultos como en niños y adolescentes (Foa, 2004; Foa et al., 2005; Nakatani et al., 2005; Sousa et al., 2006). Por otra parte, **el tratamiento combinado suele ser más eficaz que la medicación sola**, tanto en el postratamiento como a la hora de prevenir las recaídas. Algunos estudios, pero no otros, han puesto de manifiesto que **el tratamiento combinado puede ser algo más eficaz en el postratamiento que la EPR o la TCC, aunque las diferencias desaparecen en el seguimiento** (Tenneij et al., 2005; van Oppen et al., 2005). O'Connor et al. (1999) hallaron que tanto la TCC como la medicación fueron más eficaces que el no tratamiento para el TOC y que la combinación de ambas aumentó su eficacia. Además, fue clínicamente más beneficioso introducir la TCC tras un periodo de medicación que comenzar ambos tratamientos simultáneamente. Sin embargo, estos mismos autores (O'Connor et al., 2006) no hallaron que la TCC más medicación fuera más eficaz que la TCC, excepto en estado de ánimo.

Foa et al. (2005) hallaron que tanto la EPR aplicada intensivamente como su combinación simultánea con imipramina fueron más eficaces que el fármaco solo, pero no difirieron entre ellas. En un trabajo realizado en condiciones naturales con 56 pacientes que pagaban por la terapia, la TCC sola fue igual de eficaz que la TCC combinada simultáneamente con antidepresivos serotoninérgicos (Franklin et al., 2002). **Es posible que el tratamiento combinado sea más eficaz cuando la exposición se aplica una vez a la semana en vez de intensivamente y cuando el fármaco precede a la terapia psicológica**, aunque O'Connor et al. (2006) no hallaron esto último con TCC y fluvoxamina.

Por otra parte, en un estudio con **niños y adolescentes**, la **combinación simultánea de TCC y sertralina** fue más eficaz que la sertralina en dos sitios diferentes, mientras que en comparación a la TCC fue superior en un lugar (Duke), pero no en otro (Pensilvania); no están claras las razones de esta divergencia, aunque quizá la TCC fuera mejor aplicada en Pensilvania [Foa, 2004; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004]. La revisión de O'Kearney (2007) indica que el tratamiento combinado es superior a la medicación sola, pero no a la TCC.

Los datos de algunos estudios sugieren que la **adición de EPR o TCC puede ser útil para aquellos pacientes que no han respondido a los antidepresivos serotoninérgicos** (Simpson et al., 2008). Igualmente, en pacientes que han respondido inicialmente al tratamiento farmacológico, la adición de EPR tras 3 meses de paroxetina o venlafaxina ha resultado más beneficiosa que continuar con el fármaco (Tenneij et al., 2005).

En cuanto a las recaídas una vez discontinuado el tratamiento, la EPR, ya fuera combinada

con clomipramina o no, se mostró superior a la clomipramina sola (12% contra 45%) (Simpson et al., 2004). Igualmente, con niños, la TCC ha sido mejor que la sertralina a la hora de prevenir las recaídas (Ramos et al., 2005).

Para personas con TOC muy grave que no responden al tratamiento psicológico o farmacológico, existen datos con más de 400 pacientes sobre la eficacia de un programa tipo hospital de día. El tratamiento, de una duración media de 66 días, consiste en TCC (con EPR intensiva de hasta 4 horas diarias) más tratamiento farmacológico individualizado. La mejora conseguida fue una reducción media del 30% en los síntomas del TOC (Stewart et al., 2005).

Un último fármaco a comentar es la **D-cicloserina**, un agonista parcial del receptor glutamatergico del N-metil-D-aspartato que ha facilitado la extinción del miedo en investigación con animales y humanos. La D-cicloserina no es un ansiolítico sino un facilitador del aprendizaje. Kushner et al. (2007) compararon 10 sesiones de EPR más 10 dosis de 125 mg de D-cicloserina con 10 sesiones de EPR más placebo. Los pacientes del primer grupo abandonaron menos el tratamiento, necesitaron menos sesiones para reducir en un 50% el malestar de línea base e informaron de menos malestar relacionado con sus obsesiones. Sin embargo, y de modo concordante con la bibliografía animal, la diferencia entre los grupos fue reduciéndose con la administración repetida del fármaco; la diferencia fue significativa tras cuatro sesiones, pero no en la última sesión.

El estudio de Wilhelm et al. (2008, citado en Norberg, Krystal y Tolin, 2008) confirma el efecto potenciador de la D-cicloserina. No así, el de Storch et al. (2007, citado en Norberg, Krystal y Tolin, 2008); sin embargo, estos autores administraron el fármaco a una mayor dosis (250 mg vs. 50-125 mg), durante más tiempo (12 vs. 5 semanas) y el tiempo hasta la sesión de exposición fue más largo (4 vs. 1-2 horas). Según el metaanálisis de Norberg, Krystal y Tolin (2008), la D-cicloserina es más eficaz cuando se administra poco antes (1-2 horas) o poco después de las sesiones, pero su eficacia se reduce con la administración repetida y en el seguimiento; estas dos últimas cosas sugieren que su principal papel puede ser aumentar la velocidad o eficiencia de la exposición y facilitar la aceptación de esta. Una dosis por encima de 100-125 mg también puede reducir la eficacia de la D-cicloserina.

TABLAS

Tabla 1. Ejemplos de obsesiones y compulsiones de un paciente. La primera obsesión está descrita por mismo paciente.

“...creo recordar que uno de mis vecinos –más gamberro que yo en aquellos años, un ser conflictivo, rayano en la delincuencia, con una ínfima cultura–, habiendo dicho yo que en Bélgica se habla belga, me replicó que en Bélgica se habla francés. Ambos teníamos razón pero yo comienzo a dudar sobre quién fue ese día más perfecto, más certero, así como si me subestimó. Han transcurrido, *grosso modo*, veinte años desde entonces. Creo que no me minusvaloró; tan sólo dijo que en Bélgica se habla francés (cierto), habiendo aseverado yo, por mi parte, que allí se habla belga (cierto). Mi duda sobre lo que pudo haber dicho, el no recordar lo que dijo a continuación (si es que dijo algo a continuación) me ha obsesionado durante el pasado mes del presente año. Ante ello, me he golpeado la barbilla y los muslos tras tratar de reconstruir aquel momento, pero no recuerdo exactamente nada de lo que pudo decir o de lo que dijo o si dijo algo a continuación de decir algo que, ora en un caso, ora en otro caso, es verdadero. Penetra en mi una falsa idea, una idea irracional; que yo pudiese haber pronunciado la palabra "alemán". Pero no siendo posible tal cosa, y no pudiendo dominar dicha idea diabólica, comienzo a gritar “no, no, no, no...”; reconstruyo; re-reconstruyo; re-re-reconstruyo aquel día, más no recuerdo exactamente nada. Esto me atormenta aunque la obsesión expuesta no actúa durante todo el día, pero ¡por favor ya basta! Sé que si a ese vecino le comentase algo al respecto hoy por hoy, es claro que exclamaba: ‘¡tú estás loco! ¿De qué me estás hablando?’. Sí, eso es lo que me preguntaría, pero, ¿acaso no es cierto que soy un orate?”.

Otro tipo de obsesiones sufridas por el paciente son las relacionadas con el hecho de haber pagado o no los artículos que compra. Así cuando abona los artículos adquiridos en cualquier establecimiento (quioscos, farmacias, etc.) necesita comprobar si el dinero entregado coincide exactamente con el precio correspondiente, para lo cual cuenta de una en una las monedas entregadas, apretándolas fuertemente contra el mostrador de la tienda. Pero aún habiendo realizado esto, cuando ha terminado de pagar se queda cerca del lugar durante 4 ó 5 minutos para comprobar que el vendedor no le reclama el pago. No obstante, por la noche y una vez quitada la ropa, introduce una y otra vez las manos en los bolsillos de sus pantalones para comprobar que no tiene dinero que no le pertenece. Convertirse en delincuente supone para él uno de sus más importantes temores, pues negaría su condición de “Ser Perfecto”.

Nota. Tomado de Moreno, Méndez y López (2001, pág. 614). (*) Uso limitado.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-IV.

A. Obsesiones o compulsiones.

Las obsesiones se definen por:

- 1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que son experimentados, en algún momento durante la perturbación, como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar acusados.
- 2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas reales.
- 3) La persona intenta pasar por alto o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.
- 4) La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son un producto de su propia mente (no vienen impuestos como ocurre en la inserción de pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

- 1) Conductas (p.ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p.ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser aplicadas rígidamente.
- 2) Las conductas o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir el malestar o a prevenir algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien son claramente excesivos.

B. En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables. **Nota:** Esto no se aplica a los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones causan fuerte malestar, consumen tiempo (más de una hora diaria) o interfieren significativamente con la rutina normal de la persona, con su funcionamiento laboral (o académico) o con sus actividades o relaciones sociales acostumbradas.

D. Si está presente otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p.ej., preocupación por la comida en un trastorno alimentario; arrancarse el pelo en la tricotilomanía; inquietud por la apariencia en el trastorno dismórfico corporal; preocupación por las drogas en el trastorno de consumo de sustancias; preocupación por tener una enfermedad grave en la hipocondría; preocupación por deseos o fantasías sexuales en una parrifilia; o rumiaciones de culpa en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una condición médica general.

*Especificar si **hay poca conciencia** (poor insight):* durante la mayor parte del tiempo del episodio actual la persona no reconoce que las obsesiones y compulsiones son excesivas o irrazonables.

Nota. Tomado de American Psychiatric Association (1994). (*) Uso limitado.

Tabla 3. Obsesiones y compulsiones en a) niños y adolescentes y b) adultos con TOC.

A) NIÑOS Y ADOLESCENTES**Obsesiones**

- Suciedad, gérmenes y contaminación	40%
- Que suceda algo terrible a uno mismo o a seres queridos (muerte, enfermedad)	24%
- Simetría/orden/exactitud	17%
- Escrupulos religiosos	13%
- Preocupación o disgusto por desechos o secreciones corporales	8%
- Números de la suerte y de la mala suerte	8%
- Pensamientos, imágenes o impulsos prohibidos, agresivos o sexuales	4%
- Preocupación por la limpieza u objetos de la casa	3%
- Sonidos, palabras o música intrusos y sin sentido	1%

Compulsiones

- Lavado o acicalado excesivo	85%
- Repetición de rituales (p.ej., entrar y salir de la misma puerta)	51%
- Comprobación	46%
- Rituales para impedir el contagio	23%
- Tocar	20%
- Contar	18%
- Ordenar simétricamente	17%
- Medidas preventivas de daño a uno mismo o a los demás	16%
- Coleccionar	11%
- Rituales para limpieza de la casa u objetos inanimados	6%
- Varios (moverse, escribir)	26%

B) ADULTOS**Obsesiones y compulsiones**

	Adultos con TOC	Población general
- Comprobación	79,3%	15,4%
- Acumulación	62,3%	14,4%
- Orden	57,0%	9,1%
- Moral	43,0%	4,2%
- Sexual/religioso	30,2%	2,3%
- Contaminación	25,7%	2,9%
- Hacer daño	24,2%	1,7%
- Enfermedad	14,3%	1,8%
- Otras	19,0%	1,1%
- Cualquiera de las de arriba	100,0%	28,2%

Nota. Tomado de Ruscio et al. (2008), Swedo y Rapoport (1989, citado en Bragado, 1994, pág. 66 y Wicks-Nelson e Israel, 1997, pág. 137). (*) Uso limitado.

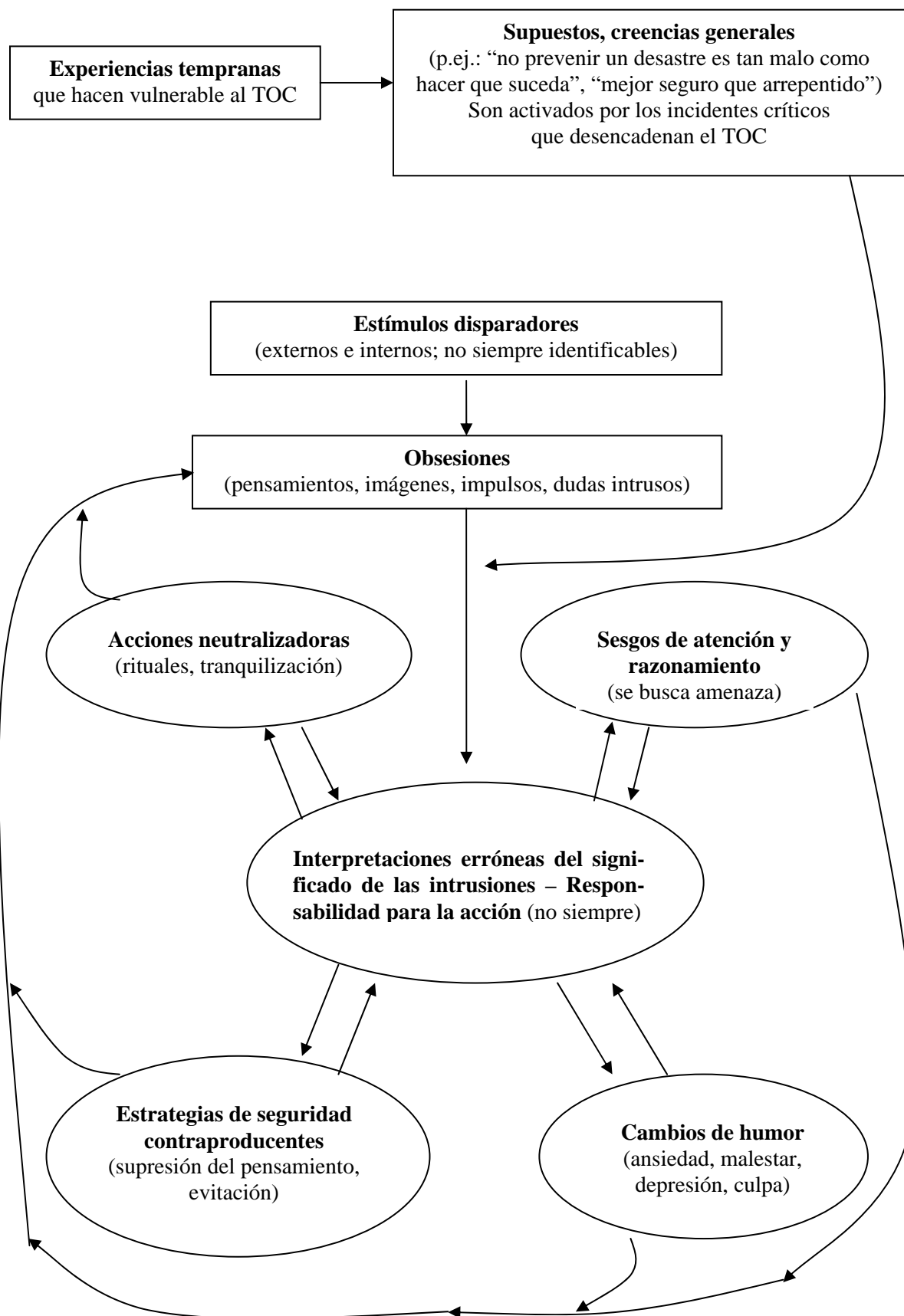


Figura 1. Modelo del origen y mantenimiento del TOC adaptado de Salkovskis (1985, 1999).

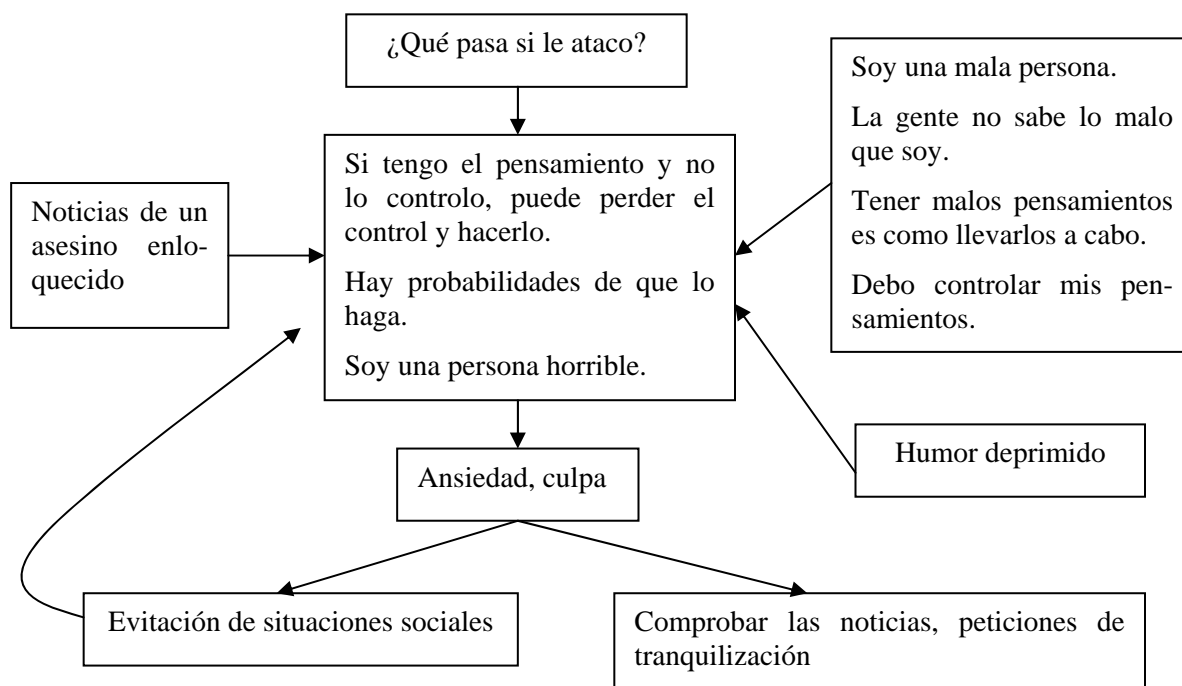


Figura 2. Modelo explicativo para un caso con obsesión de hacer daño (Steketee, 1999).

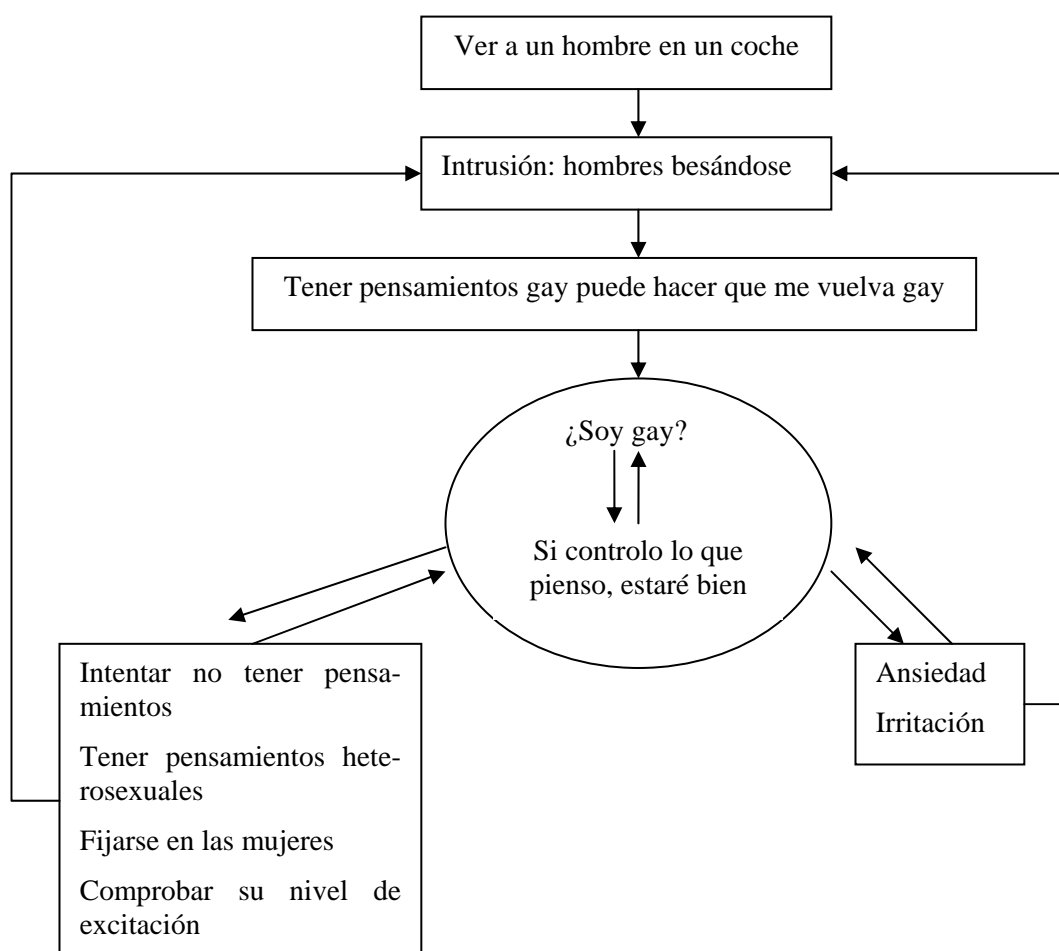


Figura 3. Modelo explicativo para un caso con obsesión homosexual (Wells, 1997).

Tabla 4. Alguno o algunos de los siguientes pensamientos, imágenes o impulsos intrusos son experimentados por el 85-90% de la población normal.

-
- Impulso a hacer daño a alguien.
 - Pensamientos de cólera intensa hacia alguien, relacionados con una experiencia pasada.
 - Pensamientos de que un accidente le ocurre a un ser querido.
 - Impulso a decir algo desagradable a alguien y maldecirle.
 - Pensamientos de daño o muerte hacia un familiar o amigo íntimo.
 - Pensamientos de actos violentos durante el sexo.
 - Pensamientos de que algo va mal en la salud de uno.
 - Impulso a atacar física y verbalmente a alguien.
 - Pensamientos de que ocurra un daño a los niños, especialmente accidentes.
 - Pensamientos de que la probabilidad de tener un accidente aéreo disminuiría si un familiar lo tuviera.
 - Pensamientos de si le ha ocurrido un accidente a un ser querido.
 - Pensamientos de que uno mismo, el cónyuge y el niño que se espera sufrirán un grave daño debido a la exposición a contaminantes (p.ej., asbesto).
 - Pensamientos de si el cónyuge ha sufrido algún daño.
 - Impulso a insultar a alguien a gritos.
 - Impulso a hacer daño o ser violento con los niños, especialmente los más pequeños.
 - Impulso a estrellar el coche mientras se conduce.
 - Impulso a atacar y castigar violentamente a alguien; por ejemplo, tirar a un niño del autobús.
 - Impulso a decir cosas groseras a la gente.
 - Pensamientos sobre accidentes o desgracias, normalmente cuando se va a viajar.
 - Impulso a apartar o a quitar a la fuerza a la gente en una aglomeración (p.ej., una cola).
 - Impulso a atacar a ciertas personas.
 - Impulso a decir cosas inapropiadas (“cosas inadecuadas en el lugar equivocado”).
 - Impulso sexual hacia mujeres atractivas, conocidas o desconocidas.
 - Desear e imaginar que alguien cercano ha sufrido daño.
 - Pensamientos de experiencias ocurridas hace muchos años en que uno se sintió avergonzado, humillado o fracasó.
 - Impulso a atacar violentamente a alguien y matarlo.
 - Pensamientos de saltar desde lo alto de un edificio o de una montaña o acantilado.
 - Impulso a atacar sexualmente a una mujer, conocida o desconocida.
 - Impulso a decir cosas groseras e inaceptables.
 - Impulso a llevar a cabo ciertas prácticas sexuales que implican dolor para la pareja.
 - Impulso a saltar desde el andén cuando está llegando el tren.
 - Pensamientos de castigar físicamente a un ser querido.
-

Nota. Adaptado de Rachman y de Silva (1978, citado en Steketee, 1999, págs. 4-5).

Tabla 5. Ejemplos de ítems para posibles jerarquías de distintos miedos obsesivos.

Miedo a contaminarse
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tocar la parte superior del zapato 2. Tocar la suela del zapato 3. Sentarse en el suelo de la oficina 4. Tocar los grifos del fregadero en la clínica 5. Tocar el pomo de la puerta del aseo de la clínica 6. Tocar el pestillo de la puerta del aseo de la clínica 7. Sentarse en el suelo en un aseo público 8. Tocar el tirador o la cadena del aseo de la clínica 9. Tocar el rollo de papel higiénico del aseo 10. Tocar la tapa del asiento del váter en el aseo de la clínica 11. Tocar la taza del váter 12. Sentarse vestido en el asiento del váter en la clínica 13. Sentarse en el váter de la clínica, orinar, usar papel higiénico, tirar de la cadena con la mano 14. Sentarse en el váter de un restaurante, orinar, usar papel higiénico, tirar de la cadena con la mano 15. Sentarse en el váter de un aeropuerto, orinar, usar papel higiénico, tirar de la cadena con la mano 16. Tocar las heces de un perro en la acera con el zapato 17. Tocar el zapato después de haber tocado con él las heces de un perro en la acera 18. Tocar los pomos de las puertas y otras superficies de la clínica después de haber tocado un zapato contaminado con heces de perro 19. Estrechar la mano a una persona en la calle 20. Tocar un producto de alimentación en un mercado después de haber estrechado la mano a una persona en la calle
Miedo al daño sobrenatural
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensar en las palabras “mala suerte” 2. Decir en voz alta las palabras “mala suerte” 3. Escribir las palabras “mala suerte” en un papel 4. Escribir las palabras “mala suerte” en el dorso de la mano 5. Pensar en el número 13 6. Decir en voz alta el número 13 7. Escribir el número 13 en un papel 8. Escribir el número 13 en el dorso de la mano 9. Pensar en una palabra blasfema 10. Decir en voz alta la palabra blasfema 11. Escribir la palabra blasfema en una tarjeta y llevarla siempre encima 12. Ver la película “El exorcista” 13. Usar un tablero Ouija para predecir el futuro
Miedo a causar daño a sí mismo o a otros por actos de negligencia
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dejar una bolsa de plástico de la tintorería en el cubo de la basura 2. Poner el hervidor de seguridad (“kettle”) en el fuego y abandonar la cocina 3. Manejar fuentes de cristal mientras se prepara la comida 4. Cortar pan en la cocina con un cuchillo afilado mientras el niño está en su sillita 5. Poner el hervidor de seguridad (“kettle”) en el fuego y salir de casa 6. Dejar un trozo de cristal roto en el fondo del lavavajillas 7. Poner un trozo de cristal roto en la encimera del fregadero mientras se prepara la comida 8. Poner un bote de desatascador en la encimera del fregadero mientras se prepara la comida 9. Tener al niño en brazos mientras se sostiene un cuchillo de pan 10. Tocar al niño con el extremo romo de un cuchillo de pan

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997b, págs., 64-66).

Tabla 6. Jerarquías empleadas concurrentemente en un paciente con miedo obsesivo a dañar a otros.

Jerarquía 1: Miedo a ser responsable de daño: provocar un incendio		
Actividad de exposición	Malestar (0-100)	Sesión
Hacer café en casa con una cafetera eléctrica	35	1
Emplear la tostadora sin desenchufar tras el uso	40	1
Usar y cerrar los grifos del lavabo de arriba y salir sin comprobarlos	40	1
Pasar por la máquina automática de café de un centro sin hacer comprobaciones	40	2
Usar la plancha en casa, desenchufarla y salir sin comprobar	45	2
Usar la cocina de gas en casa, apagarla y salir sin comprobar	45	2
Usar la fotocopiadora en el trabajo cerca de una taza de café sin comprobación	45	3
Usar el ordenador, dictáfono y luces en el trabajo sin comprobación	45	3
Permanecer cerca de la cocina de gas en casa de un amigo sin comprobación	55	3
Coger un café de una máquina automática en un centro y salir sin comprobar	55	3
Usar la plancha en casa, apagarla, dejarla enchufada y salir de la habitación	60	4
Usar utensilios cerca de la cocina de gas sin comprobarla	65	4
Irse a dormir por la noche sin comprobar la cocina de gas	65	4
Irse a dormir por la noche sin comprobar el horno	75	5
Sentarse en la mesa en el trabajo cerca de una estufa eléctrica	75	5
Usar el área de cocina (no los electrodomésticos) en el trabajo	75	5
Usar la plancha de cocinar en el trabajo	75	5
Encender la estufa eléctrica en el trabajo, apagarla, salir sin comprobar	80	6
Usar la cocina de gas en casa sin comprobar	80	6
Entrar por la noche en la cocina a oscuras y salir sin comprobar	85	6
Hacer café en el trabajo	90	7
Encender el calefactor en el trabajo	95	8
Jerarquía 2: Miedo a ser responsable de daño: atropellar a peatones		
Actividad de exposición (siempre solo y a la velocidad permitida, no más lento)	Malestar (0-100)	Sesión
Ir en bicicleta por el carril bici con peatones	40	1
Conducir hasta el final de la manzana y volver	45	1
Conducir hasta la tienda de comestibles (2 manzanas), tráfico ligero	60	2
Conducir hasta el centro comercial (1,5 km), tráfico ligero	65	3
Conducir hasta la clínica por el día	65	4
Conducir hasta la tienda de comestibles (2 manzanas), tráfico denso	70	5
Conducir hasta el centro comercial (1,5 km) por la noche	70	5
Conducir hasta el centro comercial (1,5 km) por el día, tráfico denso	75	6
Conducir hasta el centro del pueblo a la hora de comer	75	7
Conducir hasta casa de X (amigo) por la noche	80	7
Conducir hasta el centro de la ciudad a la hora de comer	80	8
Conducir por la autopista y adelantar a una motocicleta	85	8
Jerarquía 3: Miedo a ser responsable de daño: herir al gato		
Actividad de exposición	Malestar (0-100)	Sesión
Cerrar la puerta delantera de casa con el gato en la cocina	25	1
Cerrar la puerta delantera de casa con el gato cerca	35	2
Cerrar la reja metálica y puerta traseras con el gato en otra habitación	40	2
Cerrar la reja metálica y puerta traseras con el gato cerca	50	3
Cerrar la puerta delantera de casa con el gato bajo los pies	50	3
Cerrar la reja metálica y puerta traseras con el gato bajo los pies	60	4

Nota. Tomado de Steketee (1993, págs. 119-120).

Tabla 7. Prevención de rituales de lavado: Instrucciones para el cliente.

-
- Durante el periodo de tratamiento no debe usar agua en su cuerpo; es decir, no puede lavarse las manos, fregar (salvo con guantes), enjuagarse, ducharse (salvo lo dicho más abajo), bañarse, nadar o usar toallitas o paños húmedos.
 - Puede emplear cremas y otros artículos de aseo (desodorante, polvos de talco, etc.) excepto si ve que el uso de estos elementos reduce su sensación de contaminación.
 - Aféitese con una maquinilla eléctrica.
 - Puede usar agua para beber o lavarse los dientes, pero tenga cuidado para que no caiga en la cara o en las manos.
 - Cada 3 días puede tomar una ducha de 10 minutos, incluido el lavado de pelo. El lavado ritualista o repetitivo de áreas específicas del cuerpo (p.ej., genitales, pelo) durante la ducha no está permitido. Las duchas deben ser cronometradas por la persona que le ayuda, pero no es necesario que esta le observe directamente.
 - Lleve la ropa al menos dos días seguidos; puede cambiarse de ropa interior una vez al día.
 - Pueden hacerse excepciones a estas reglas en circunstancias poco usuales, tales como problemas médicos que requieran limpieza. Acuerde esto con su terapeuta.
 - En casa, si tiene un impulso para lavar o limpiar que teme no poder resistir, hable con la persona que le ayuda y pídale que permanezca con usted o vaya a algún sitio con usted hasta que el impulso se reduzca a un nivel manejable.
 - La persona que le ayuda debe avisarle cuando viola estas reglas y posteriormente ambos deben comentarlo con el terapeuta. Esta persona debe intentar parar dichas violaciones mediante una firme insistencia verbal, pero sin discutir ni emplear la fuerza. Esta persona puede impedirle físicamente hacer el ritual si usted ha dado su consentimiento previo a cómo hacerlo. Asimismo, puede cerrar las llaves de paso del agua si usted da su permiso.
 - Instrucciones especiales:
-

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997b, pág. 178) y Steketee (1999).

Tabla 8. Guías para la conducta “normal” de lavado hacia el final del tratamiento.

-
- No se duche más de una vez al día; máximo 10 minutos.
 - No se lave las manos más de 5-6 veces al día; máximo 30 segundos por vez.
 - Limite el lavado de manos a las siguientes ocasiones: a) antes de las comidas, b) después de ir al váter, y c) después de manipular cosas grasientas o visiblemente sucias.
 - Continúe exponiéndose deliberadamente cada semana a los objetos y situaciones que le perturbaban.
 - Si algunos objetos o situaciones continúan perturbándole en alguna medida, expóngase a los mismos 2 veces por semana.
 - No evite las situaciones que le causan algún malestar. Si ve que tiende a evitar una situación, afróntela al menos 2 veces por semana hasta que el nivel de ansiedad se reduzca claramente.
 - Otras guías:
-

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997b, pág. 180) y Steketee (1999).

Tabla 9. Prevención de rituales de comprobación: Instrucciones para el cliente.

- A partir de la primera sesión de exposición y prevención de respuesta, no puede llevar a cabo ninguna conducta ritualista.
 - Puede comprobar *sólo una vez* en aquellas situaciones en que la mayoría de la gente haría lo mismo; por ejemplo, comprobar *una sola vez* que se ha cerrado la puerta o se ha apagado una estufa.
 - No puede hacerse ninguna comprobación para los elementos que generalmente no se comprueban (p.ej., sobres vacíos que van a tirarse, adelantar a un peatón en el coche).
 - Pueden hacerse excepciones a estas reglas en circunstancias poco usuales, pero debe acordar esto primero con su terapeuta.
 - En casa, si tiene un impulso para comprobar que teme no poder resistir, hable con la persona que le ayuda y pídale que permanezca con usted o vaya a algún sitio con usted hasta que el impulso se reduzca a un nivel manejable.
 - La persona que le ayuda debe avisarle cuando viola estas reglas y posteriormente ambos deben comentarlo con el terapeuta. Esta persona debe intentar parar dichas violaciones mediante una firme insistencia verbal, pero sin discutir ni emplear la fuerza. Esta persona puede impedirle físicamente hacer el ritual si usted ha dado su consentimiento previo a cómo hacerlo.
 - Instrucciones especiales:
-

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997b, pág. 179) y Steketee (1999).

Tabla 10. Guías para la conducta “normal” de comprobación hacia el final del tratamiento.

- Continúe exponiéndose deliberadamente cada semana a los objetos y situaciones que le perturbaban.
 - No compruebe más de una vez aquellos objetos o situaciones que le impulsaban a comprobar.
 - No compruebe ni tan siquiera una vez en aquellas situaciones que su terapeuta le ha dicho que no requieren comprobación.
 - No evite las situaciones que le impulsan a comprobar. Si nota una tendencia a evitar, afronte estas situaciones deliberadamente dos veces a la semana hasta que el nivel de ansiedad se reduzca claramente y ejerza su control refrenándose de comprobar.
 - No les pida a amigos o familiares que comprueben para evitar tener que comprobar.
 - Otras guías:
-

Nota. Tomado de Kozak y Foa (1997b, pág. 181) y Steketee (1999).

 Tabla 11. Ejemplos de experimentos conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo.

- *Paciente que cree que la ansiedad será insoportable, que no se reducirá y que sucederá algo malo al exponerse a una situación temida.* Se le pide: a) que prediga el nivel de ansiedad que experimentará, las consecuencias que ocurrirán y la intensidad o gravedad de estas cuando se exponga durante un tiempo prefijado a los estímulos temidos sin hacer conductas neutralizadoras; y b) que se exponga, que registre lo que realmente sucede y que compare.

- *Persona que piensa que la tranquilización por parte del terapeuta sobre si ha podido o no causar un daño es beneficiosa (el terapeuta piensa en cambio que el alivio producido es temporal y que la tranquilización ayuda a mantener el problema obsesivo).* Se pide a la persona que registre en una escala 0-100 su ansiedad sobre el posible daño causado, su creencia en los pensamientos al respecto y la necesidad de tranquilización. Luego, se le ofrece esta y el sujeto tiene que seguir registrando durante un periodo más o menos largo para ver si los efectos conseguidos son permanentes o sólo temporales.

- *Persona con obsesiones de hacer daño a otros que cree que si tiene cerca un objeto afilado, no podrá resistir el impulso de usarlo contra alguien (marido, familiares conocidos).* Se queda a solas con la persona en la consulta y se pone un gran cuchillo de cocina sobre la mesa con el mango dirigido hacia el paciente. Se le pide que informe de su ansiedad periódicamente y al final de la sesión valora su grado de creencia en su pensamiento (“si tengo este pensamiento de hacer daño, es probable que lo haga”) para ver en qué medida se ha reducido (Morrison y Westbrook, 2004). Posteriormente, el experimento puede extenderse a personas allegadas.

- *Persona que cree que si tiene un pensamiento de que algo malo le sucederá a alguien, esto sucederá a no ser que practique ciertos rituales.* Se le pide que tenga pensamientos de que algo malo les pasará al terapeuta y a su secretaria durante los próximos minutos y se comprueban los resultados. Posteriormente, se le pide que piense deliberadamente 10-15 minutos cada día que algo cada vez peor (rotura de muñeca, infarto) le pasará al terapeuta antes de la próxima sesión; finalmente, hace lo mismo respecto a su marido e hijos (Morrison y Westbrook, 2004).

- *Persona con obsesiones de hacer daño a su hijo pequeño que cree que puede estrangularlo si se queda a solas con él.* Se le pide que se quede cada tarde a solas con él cuando está más indefenso (durmiendo en la cuna), que se repita su obsesión (“voy a estrangularlo”) y que se lo imagine haciéndolo. La persona valora su ansiedad, el impulso a causar daño a su hijo y el nivel de creencia en su predicción (Morrison y Westbrook, 2004).

- *Persona con obsesiones de comportarse inadecuadamente con los niños y que necesita controlar sus pensamientos estrictamente para que eso no suceda.* Se le pide que durante un día controle sus pensamientos tanto como le sea posible, mientras que durante otro día debe permitir su ocurrencia y contarlos. Luego compara su nivel de ansiedad y control bajo ambas condiciones y observa si se ha comportado o no inapropiadamente (Morrison y Westbrook, 2004).

- *Persona que piensa que si no se lava las manos frecuentemente (50-100 veces al día) y no se cambia diariamente de ropa, estará sucia y los demás se darán cuenta y la rechazarán.* Se le pide primero que se fije con qué frecuencia sus colegas se cambian de ropa, se lavan las manos y llevan manchas en la ropa y si esto conduce a su rechazo. Luego, se le pide que vaya a trabajar un día con una mancha en la blusa y después tres días seguidos con la misma ropa y que observe cuidadosamente las reacciones de los demás. Finalmente, se acuerda que se lave las manos sólo en situaciones adecuadas (antes de comer, al ir al váter, cuando están visiblemente sucias) (Morrison y Westbrook, 2004).

REFERENCIAS

- Aardema, F., O'Connor, K.P., Emmelkamp, P.M.G., Marchand, A. y Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the Inferential Confusion Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Abramowitz, J.S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Abramowitz, J.S., Brigidi, B.D. y Roche, K.R. (2001). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review of the treatment literature. *Research on Social Work Practice*, 11, 357-372.
- Abramowitz, J.S., Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A y Furr, J.M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049-1057.
- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Zoellner, L.A. y DiBernardo, C. (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 26, 447-463.
- Abramowitz, J.S., Taylor, S. y McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 140-147.
- Abramowitz, J.S., Whiteside, S.P. y Deacon, B.J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36, 55-63.
- Alario, S. (1993). *Estudio de casos en terapia del comportamiento* (2ª ed.). Valencia: Promolibro.
- Anderson, P., Jacobs, C. y Rothbaum, B.O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 253-267.
- Anderson, R. y Rees, C. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research And Therapy*, 45, 123-137.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Andrews, G., Slade, T. y Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Anholt, G., Kempe, P., de Haan, E., van Oppen, P., Cath, D., Smit, J., et al. (2008). Cognitive versus behavior therapy: processes of change in treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 38-42.
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington: Autor.
- Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I.M., Park, J.M., Greist, J.H., Baer, L., Wenzel, K.W., Parkin, J.R. y Dotts, S.L. (1999). Home self assessment and self treatment on obsessive compulsive disorder using a manual and a computer conducted telephone interview: Replication of a U.K. U. S. study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60, 545 549
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435.
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M. y Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1005-1014.
- Barrett, P., Farrell, L., Pina, A., Peris, T. y Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 131-155.
- Barret, P., Healy-Farrell, M.C.P. y March, J.S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46-62.
- Baxter, L.R., Schwartz, J.M., Bergman, K.S., Szuba, M.P., Guze, B.H., Mazziotta, J.C., Alazraki, A., Selin, C.E., Ferng, H-W, Munford, P. y Phelps, M.E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Beech, H.R. y Vaughan, M. (1987). Evaluación de las conductas obsesivas. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carrobbles (Eds.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones* (3ª ed., pp. 475-489). Madrid: Pirámide.
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrión, C. (2008). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive versus behaviour therapy in the individual treatment of obsessive-compulsive disorder: changes in cognitions and clinically significant outcomes at post-treatment and one-year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 521-540.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: Resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 235-250.
- Biondi, M. y Picardi, A. (2005). Increased maintenance of obsessive-compulsive disorder remission after integrated serotonergic treatment and cognitive psychotherapy compared with medication alone. *Psychotherapy and*

- Psychosomatics*, 74, 123-128.
- Bloch, M.H. (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11, 622-632.
- Bloch, M.H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M.C., Pittenber, C. y Leckman, J.F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T. y Ferrando, L. (1998). Instrumentos de evaluación: Escalas de detección, de gravedad y discapacidad y de calidad de vida. En S. Cervera, M. Roca y J. Bobes (Dir.), *Fobia social* (pp. 97-140). Barcelona: Masson.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, C. y Robert, C. (1995). El trastorno obsesivo-compulsivo. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 187-223). Madrid: McGraw-Hill.
- Bouvard, M., Cottraux, J., Mollard, E., Arthus, M., Lachance, S., Guerin, J., Sauteraud, A. y Say-Nan, Y. (1997). Validity and factor structure of the Obsessive Compulsive Thoughts Checklist. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 51-66.
- Braga, D.T., Cordioli, A.V., Niederauer, K. y Manfro, G.G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180-186.
- Bragado, M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). *Casebook in abnormal psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Brown, T.A., DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Adult and Lifetime version*. Albany, NY: Graywind Publications Incorporated.
- Buckner, J., Cromer, K., Merrill, K., Mallott, M., Schmidt, N., Lopez, C., et al. (2009). Pretreatment intervention increases treatment outcomes for patients with anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 126-137.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M. y Sternberger, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Calvocoressi, L., Mazure, C.M., Kasl, S.V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S.J., et al. (1999). Family accommodation of obsessive compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 636-642.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L. y Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Clark, D.A., Antony, M.M., Beck, A.T., Swinson, R.P. y Steer, R.A. (2005). Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143.
- Cobos, P. y López, C. (1992). Trastorno obsesivo compulsivo en la adolescencia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 597-619.
- Coles, M.E., Frost, R.O., Heimberg, R.G. y Steketee, G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 179-194.
- Compton, S., Kratochvil, C. y March, J. (2007). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Psychiatric Annals*, 37, 504-517.
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice: A source book. Volume II: Adults (3ª edición). Nueva York: Free Press.
- Cordioli, A., Heldt, E., Bochi, D., Margis, R., de Sousa, M., Tonello, J., et al. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 211-216.
- Cottraux, J., Note, I., Nan Yao, S., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M. y Dartigues, J-F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- Craske, M.G. y Tsao, J.C.I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- Crino, R., Slade, T. y Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162, 876-882.
- Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cruzado, J.A. (1998). Trastorno obsesivo-compulsivo. En Vallejo, M.A. (Ed.), *Manual de terapia de conducta*, (Vol. I, pp. 363-428). Madrid: Dykinson.
- de Araujo, L.A., Ito, L.M., Marks, I.M. y Deale, A. (1995). Does imagined exposure to the consequences of not ritualising enhance live exposure for OCD? A controlled study. I. Main outcome. *British Journal of Psychiatry*, 195, 65-70.
- den Boer, J.A. y Westenberg, H.G.M. (1995). Serotonergic compounds in panic disorder, obsessive-compulsive disorder and

- anxious depression: A concise review. *Human Psychopharmacology*, 10, S173-S183.
- DeRubeis, R.J. y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- de Silva, P., Menzies, R.G. y Shafran, R. (2003). Spontaneous decay of compulsive urges: The case of covert compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 129-137.
- Diefenbach, G., Abramowitz, J., Norberg, M. y Tolin, D. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3060-3068.
- Dougherty, D.D., Baer, L., Cosgrove, G.R., Cassem, E.H., Price, B.H., Nierenberg, A.A., Jenike, M.A. y Rauch, S.L. (2002). Prospective long term follow up of 44 patients who received cingulotomy for treatment refractory obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 269-275.
- Dougherty, D.D., Rauch, S.L. y Jenike, M.A. (2002). Pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 387-410). Nueva York: Oxford University Press.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Ecker, W. y Gonner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 895-904.
- Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R. y Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030.
- Emmelkamp, P.M.G., Kraaijkamp, H.J.M. y van den Hout, M.A. (1999). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 23, 269-279.
- Ferrer, E. (1994). Técnicas cognitivas modificadas en el trastorno obsesivo-compulsivo. Informe de dos casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 871-897.
- Fineberg, N.A., Hughes, A., Gale, T.M. y Roberts, A. (2005). Group cognitive behaviour therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD): a controlled study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 257-263.
- Fisher, P.L. y Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Fisher, P. y Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Foa, E.B. (2004). *Terapia cognitivo-conductual en trastornos obsesivo-compulsivos*. II Seminario Internacional sobre Actualizaciones en Psicología Clínica. Bellvitge (Barcelona), 17 de diciembre de 2004.
- Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3ª ed., pp. 209-263). Nueva York: Guilford.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E. y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, W., Schmidt, A.B., Simpson, H.B. y Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Bux, D.A., Zoellner, L.A. y Feeny, N.C. (2002). Cognitive behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T. y Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 367-386). Nueva York: Oxford University Press.
- Freeman J.B., Garcia A.M., Coyne, L., Przeworski, A., Himle, M., Compton, S. y Leonard, H. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 593-602.
- Freeston, M.H. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, págs. 137-169). Madrid: Siglo XXI.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H. y Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J. y Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Freund, B., Steketee, G.S. y Foa, E.B. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 76-79.
- Frost, R.O. y Hartl, T.L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*,

- 34, 341-350.
- Frost, R.O., Steketee, G. and obsessive-compulsive cognitions working group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Frost, R.O., Steketee, G. y Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, O., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- Goodman, W.K., Ward, H., Kablinger, A. y Murphy, T. (1997). Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 5), 32-49.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Parellada, M. Bousño, M. y Bobes, J. (2008). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5ª ed.). Barcelona: Ars Médica.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M. y McGuire, H.F. (2007). Tratamientos psicológicos versus tratamiento habitual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Gavino, A. (2005). *Tratando... trastorno obsesivo-compulsivo: Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K., Keeley, M., Geffken, G., et al. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.
- Graña, J.L. y Navarro, D. (2000). Modelo psicopatológico y tratamiento de un caso con un trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología Conductual*, 8, 117-146.
- Greist, J.H., Marks, I.M., Baer, L., Kobak, K.A., Wenzel, K.W., Hirsch, M.J., Mantle, J.M. y Clary, C.M. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 138-145.
- Grunes, M.S., Neziroglu, F. y McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 32, 803-820.
- Harris, C. V., Weibe, D. J. (1992). An analysis of response prevention and flooding procedures in the treatment of adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 107-115.
- Hersen, M. y Last, C.G. (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Hettema, J.M., Neale, M.C. y Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Melzer, H. y Goodman, R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179, 324-329.
- Himle, J.A., Rassi, S., Haghightagou, H., Krone, K.P., Nesse, R.M. y Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven vs. twelve week outcomes. *Depression and Anxiety*, 13, 161-165.
- Hiss, H., Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808.
- Hodgson, R.J. y Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hoffman, S.G. (2007). Enhancing exposure-based therapy from a translational research perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1987-2001.
- Hofmann, S. y Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Jaurrieta, N., Jimenez-Murcia, S., Menchón, J., Del Pino Alonso, M., Segalas, C., Alvarez-Moya, E., et al. (2008). Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 18, 604-614.
- Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Alonso, P., Granero, R., Segalàs, C., Labad, J., et al. (2008). Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 697-704.
- Jones, M.K. y Menzies, R.G. (1997). Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT): Preliminary findings with three obsessive-compulsive washers. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 955-960.
- Jones, M.K. y Menzies, R.G. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers. A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 959-970.
- Julien, D., O'Connor, K.P. y Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Keeley, M., Storch, E., Merlo, L. y Geffken, G. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118-130.
- Kenwright, M. Marks, I. Graham, C. Franses, A. y Mataix-Cols, D. (2006). Brief scheduled phone support from a clinician to enhance computer-aided self-help for obsessive-compulsive disorder: randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1499-1508.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Katzelnick, D.J. y Henk, H.J. (1998). Behavioral versus pharmacological

- treatments of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-216.
- Koran, L.M., Hackett, E., Rubin, A., Wolkow, R. y Robinson, D. (2002). Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 88-95.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1996). Obsessive-compulsive disorder. En V.B. Van Hasselt y M. Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 65-122). Nueva York: Plenum.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1997a). Mastery of obsessive-compulsive disorder: *A cognitive-behavioral approach. Client workbook*. Londres: Oxford University Press.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1997b). Mastery of obsessive-compulsive disorder: *A cognitive-behavioral approach. Therapist guide*. Londres: Oxford University Press.
- Krochmalik, A., Jones, M.K. y Menzies, R.G. (2001). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 897-912.
- Kuelz, A.K., Riemann, D. y Halsband, U. (2006). Neuropsychological impairment in obsessive-compulsive disorder - improvement over the course of cognitive behavioral treatment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 1273-1287.
- Kushner, M.G., Kim, S.W., Donahue, C., Thuras, P., Adson, D., Kotlyar, M. et al. (2007). D-Cicloserine augmented exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 835-838.
- Kyrios, M. et al. (2007, julio). Cognitive, symptomatic and functional changes following cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Comunicación presentada en el V World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Barcelona.
- Lee, H.-J. y Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsessions: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Liebowitz, M.R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., Roberts, C. y Hadley, S. (2006). Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 333, 883.
- Low, N. C. P., Cui, L. H. y Merikangas, K. R. (2008). Community versus clinic sampling: Effect on the familial aggregation of anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 63, 884-890.
- Mancebo, M., Pinto, A., Rasmussen, S. y Eisen, J. (2008). Development of the Treatment Adherence Survey-patient version (TAS-P) for OCD. *Journal Of Anxiety Disorders*, 22, 32-43.
- March, J. S., Mulle, K. (1995). Manualized cognitive-behavioural psychotherapy for obsessive compulsive disorder in childhood: a preliminary single case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 175-189.
- Mataix-Cols, D., Sánchez-Turet, M. y Vallejo, J. (2002). A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2002, 25-36.
- McKay, D. (1997). A maintenance program for obsessive compulsive disorder using exposure with response prevention: 2-year follow up. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 367-369.
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 53-59.
- McLean, P.D., Whittall, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Soechting, 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, 205-214.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy* (pp. 426-483). Madrid: Pirámide.
- Merlo, L.J., Storch, E. A., Murphy, T.K., Goodman, W.K. y Geffken, G.R. (2005). Assessment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a critical review of current methodology. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 195-214.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós. (Original de 1991.)
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2ª ed.). New York: Guilford.
- Montaño, M. y Froján, M.X. (2005). Literatura científica y práctica clínica. Un estudio comparativo sobre la intervención en los problemas obsesivo-compulsivos. *Clínica y Salud*, 16, 237-251.
- Moreno, P., Martín, J.C., García, J. y Viñas, R. (2008). *Dominar las obsesiones: una guía para pacientes*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, P.J., Méndez, F.X. y López, E.L. (2001). Trastornos de personalidad y respuesta al tratamiento psicológico en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo grave. *Psicología Conductual*, 9, 609-627.
- Morrison, N. y Westbrook, D. (2004). Obsessive-compulsive disorder. En J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann y M. Mueller (Eds.) *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 101-118). Oxford: Oxford University Press.
- Muñoz, M. y Pérez, E. (1990). Pensamientos obsesivos. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández Abascal y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 143-165). Madrid: TEA.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J.L. (2005). Tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 135-157). Madrid: Pirámide.
- Muris, P., Merckelback, H. y Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 249-252.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., Isomura, K., Kato, N., Yoshioka, K. y Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder--effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 269-276.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J.A., Stevens, K.P. y Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale:

- Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.
- Norberg, M., Krystal, J. y Tolin, D. (2008). A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63, 1118-1126.
- Norton, P. y Philipp, L. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., et al. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 148-163.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M.C., Todorov, C., Borgeat, F., Leblanc, V., Grenier, S. y Doucet, P. (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 408-419.
- O'Connor, K., Freeston, M. H., Gareau, D., Careau, Y., Dufour, M. J., Aardema, F. y Todorov, V. (2005). Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 87-96.
- O'Connor, K.P. y Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 359-375.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F. y Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 64-71. Abstract from PsycINFO.
- O'Kearney, R. (1993). Additional considerations in the cognitive-behavioral treatment of obsessional ruminations: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 357-365.
- O'Kearney, R. (2007). Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 41, 199-212.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M. y Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertralina, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.
- Pigott, T.A. y Seay, S.M. (1999). A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 101-106.
- Raich, R.M. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. En D. Macià y F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos* (pp. 66-84). Madrid: Pirámide.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255.
- Rachman, S. (2006). *The fear of contamination: Assessment and treatment*. Londres: Oxford University Press.
- Radomsky, A.S. y Rachman, S. (2004). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 893-913.
- Ramos, F., Regina, A., Montenegro, L. et al. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1128-1136.
- Rapee, R.M., Craske, M.G., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27, 279-293.
- Rapoport, J.L. (Ed.). (1991). *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rapoport, J.L. e Inoff-Germain, G. (2000). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 419-431.
- Rector, N., Cassin, S., Richter, M. y Burroughs, E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 145-149.
- Rees, C. y van Koesveld, K. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- Reinblatt, S. y Riddle, M. (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology*, 191, 67-86.
- Riggs D.S. y Foa, E.B. (1995). Obsessive compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 189-239). Nueva York: Guilford.
- Robert, C. (1997). La autoexposición y prevención de respuesta en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo con rituales de comprobación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 83-96.
- Robert, C. y Botella, C. (1990). El trastorno obsesivo-compulsivo (I): Una revisión de las teorías explicativas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 549-584.
- Rodríguez-Naranjo, C., Gavino, A. y Rando, M.A. (1996). Variables relevantes en el tratamiento de las compulsiones

- obsesivas. Estudio de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 501-527.
- Rosa-Alcázar, A., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. y Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom?* Nueva York: Guilford.
- Rothbaum, B.O. y Shahar, F. (2000). Behavioral treatment of obsessive compulsive disorder in a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 262-270.
- Rück, C., Karlsson, A., Steele, J.D., Edman, G., Meyerson, B.A., Ericson, K. et al. (2008). Capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up of 25 patients. *Archives of General Psychiatry*, 65, 914-921.
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta Analysen auf Störungsebene (Efficacy of psychological treatments for specific phobia and obsessive compulsive disorder). *Verhaltenstherapie*, 11, 14-26. Resumen recuperado el 17 de octubre de 2005 de la base de datos PsycINFO.
- Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T. y Kessler, R.C. (2008). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. Published online August 26, 2008. doi: 10.1038/mp.2008.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P.M. y Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 129-168). Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. y Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sánchez-Meca, J., Gómez, A. y Méndez, F.X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico. *Psicología Conductual*, 11, 213-237.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Saxena, S., Gorbis, E., O'Neill, J., Baker, S.K., Mandelkern, M.A., Maidment, K.M., Chang, S., Salamon, N., Brody, A.L., Schwartz, J.M. y London, E.D. (2008). Rapid effects of brief intensive cognitive-behavioral therapy on brain glucose metabolism in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 13, 1-9.
- Schwartz, J.M., Stoessel, P.W., Baxter, L.R., Martin, K.M. y Phelps, M.E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-113.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2004). *Tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo: Un manual de autoayuda paso a paso*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.
- Sevillá, J. y Pastor, C. (2006). Tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo en un adolescente. En F.X. Méndez, J.P. Espada y M. Orgilés (Coords.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes: Estudio de casos clínicos* (pp. 131-152). Madrid: Pirámide.
- Shafraan, R., Thordarson, M.A. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Shavitt, R.G., Bravo, M.C., Belotto, C. y Miguel, E. (2001). Predictive factors of treatment response in OCD. *Behavior Therapist*, 24, 57-60, 70.
- Shearer, S. (2005). *Trastornos de ansiedad*. Barcelona: Medical Trends.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. y Raj, B.A. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (suppl. 3), 89-95.
- Sierra, J.C., Buéla-Casal, G. y Bermúdez, M.P. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos. En G. Buéla-Casal, y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (págs. 219-270). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Simpson, H., Foa, E., Liebowitz, M., Ledley, D., Huppert, J., Cahill, S., et al. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 621-630.
- Simpson, H., Foa, E., Liebowitz, M., Ledley, D., Huppert, J., Cahill, S., et al. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 621-630.
- Sookman, D. y Steketee, G. (2007). Directions in specialized cognitive behavior therapy for resistant obsessive-compulsive disorder: Theory and practice of two approaches. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 1-17.
- Soomro, G., Altman, D., Rajagopal, S. y Oakley-Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, Retrieved July 4, 2008, from MEDLINE database.
- Sousa, M.B., Isolan, L.R., Oliveira, R.R., Manfro, G.G. y Cordioli, A.V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1133-1139.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Stanley, M.A. y Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.
- Starcevic, V. y Brakoulias, V. (2008). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 651-661.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Steketee, G. (1994). Behavioral assessment and treatment planning with obsessive compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 613-633.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Steketee, G., Chambless, D.L., Tran, G.Q., Worden, H. y Gillis, M.M. (1996). Behavioral avoidance test for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 73-83.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M. y Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229-238.
- Steketee, G. y Freund, B. (1993). Compulsive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analyses and revision. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 13-25.
- Steketee, G. y Frost, R.O. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 15, 905-927.
- Steketee, G. y Frost, R. (2006). *Compulsive hoarding and acquiring: Therapist guide*. Londres: Oxford University Press.
- Steketee, G. y Frost, R. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: Client workbook*. Londres: Oxford University Press.
- Steketee, G., Frost, R.O. y Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 463-479.
- Steketee, G. y Shapiro, L.J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.
- Stewart, S. E., Stack, D. E., Farrell, C., Pauls, D. L. y Jenike, M. A. (2005). Effectiveness of intensive residential treatment (IRT) for severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 603-609.
- Storch, E., Geffken, G., Merlo, L., Mann, G., Duke, D., Munson, M., et al. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 469-478.
- Storch, E., Merlo, L., Larson, M., Geffken, G., Lehmkuhl, H., Jacob, M., et al. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 583-592.
- Summerfeldt, L.J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 60, 1155-1168.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Spring, T., Yeh, A.H., Corcoran, K.M., Eugster, K. y Tisshaw, C. (2003). Telephone-administered cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 13-25.
- Tenneij, N.H., van Megen, H.J.G.M., Denys, D.A.J.P. y Westenberg, H.G.M. (2005). Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1169-1175.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafraan, R., Sawchuk, C.N. y Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Tolin, D. F., Hannan, S., Maltby, N., Diefenbach, G. J., Worhunsky, P. y Brady, R. (2007). A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials. *Behavior Therapy*, 28, 178-191.
- Toro, J. (2001). *Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Psicopatología y tratamiento*. Barcelona: Meeting & Congress.
- Turner, C.M. (2006). Cognitive-behavioural theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 26, 912-938.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. y Stanley, M.A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- Twohig, M. (2008). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training in the treatment of obsessive compulsive disorder. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 68(7-B), p. 4850. Retrieved July 4, 2008, from PsycINFO database.
- Vallejo, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 337-353). Madrid: Pirámide.
- van Balkom, A., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & van Dyck, R. (1998, August). Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 492-499.
- van Balkom, A.J.L.M., van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., van Dyck, R., Nauta, M.C.E. y Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- Van Grootheest, D.S., Cath, D.C., Beekman, A.T. y Boomsma, D.I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8, 450-458.
- van Oppen, P. y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*,

- 32, 79-87.
- van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Hoodguin, K. y van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- van Oppen, P., van Balkom, A. J., de Haan, E. y van Dyck, R. (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1415-22.
- Valderhaug, R., Larsson, B., Götestam, K. y Piacentini, J. (2007). An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research And Therapy*, 45, 577-589.
- Vogel, P.A., Stiles, T.C. y Götestam, K.G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 275-290.
- Warren, R. y Thomas, J.C. (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 277-285.
- Watson, D. y Wu, K.D. (2005). Development and validation of the Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses (SCOPI). *Assessment*, 12, 50-65.
- Watson, H. y Rees, C. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 489-498.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. y Davies, M.I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wetzel, C., Bents, H. y Florin, I. (1999). High-density exposure therapy for obsessive-compulsive inpatients: a 1-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 186-192.
- Whittal, M., Robichaud, M., Thordarson, D. y McLean, P. (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1003-1014.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. y McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-1576.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Prentice-Hall. (original de 1997.)
- Woods, C.M., Chambless, D.L. y Steketee, G. (2002). Homework compliance and behavior therapy outcome for panic with agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 88-95.
- Wu, K.D. y Watson, D. (2003). Further investigation of the obsessive-compulsive inventory: Psychometric análisis in two non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 305-319.

APÉNDICE. Otros instrumentos de evaluación en el trastorno obsesivo-compulsivo.

CUESTIONARIOS

Versión Infantil del Inventario de Obsesiones de Leyton (Berg et al., 1988, citado en Rapoport e Inoff-Germain, 2000).

Escala de Ansiedad Infantil de Spence (*Spence Children's Anxiety Scale*; Spence, 1998). Consta de 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Treinta y ocho ítems hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad y 6 son ítems positivos de relleno para reducir el sesgo de respuesta negativo; no cuentan para la puntuación total. Aparte de esta, pueden calcularse seis subpuntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. Las seis subpuntuaciones son ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems; corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems).

Cuestionario de Control de la Ansiedad (*Anxiety Control Questionnaire*; Rapee et al., 1996). A través de sus 30 ítems, valorados de 0 a 5 según el grado en que se esté de acuerdo con ellos, evalúa el control percibido sobre las reacciones y síntomas de ansiedad ("puedo relajarme normalmente cuando quiero") y las amenazas y problemas externos ("poco puedo hacer para influir en los juicios de la gente sobre mí"). Se han identificado provisionalmente dos factores correspondientes a estos dos tipos de aspectos (reacciones emocionales y eventos externos). Se supone que una baja puntuación en este cuestionario tras el tratamiento indicaría una mayor probabilidad de recaída. El instrumento puede consultarse en la fuente original y en Antony, Orsillo y Roemer (2001).