

## 5. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LAS OBSESIONES

MARK H. FREESTON y ROBERT LADOUCEUR

### I. INTRODUCCIÓN

Hasta mediados de los años ochenta y la publicación del *Ecological catchment area survey* (Myers *et al.*, 1984; Robins *et al.*, 1984) y de otros amplios estudios en la población, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se consideraba un trastorno raro, con estimaciones del orden del 0,05% (véase Rassmussen y Eisen, 1992). Además, aunque algunos pacientes han manifestado que sufren de “rumiaciones”, de “obsesiones puras” y de fenómenos similares en los que no se encuentran presentes compulsiones manifiestas (p. ej., Rachman, 1971, 1976), este tipo se ha considerado tradicionalmente poco frecuente entre los pacientes con un TOC, estimándose en un 20-25% de todos los casos de este trastorno (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Rachman, 1985). Incluso algo más importante, se cree que esta variante del TOC es muy resistente al tratamiento (véanse Beech y Vaughn, 1978; Greist, 1990; Jenike y Rauch, 1994; Foa, Steketee y Ozarow, 1985).

Durante los últimos diez años se ha producido un número importante de avances. En primer lugar, datos provenientes de Estados Unidos (Karno *et al.*, 1988) y, recientemente, de un estudio epidemiológico transcultural en seis países, han mostrado que el TOC es mucho más prevalente que lo que se había pensado antes: estimaciones recientes colocan la prevalencia del TOC a un año entre el 1,1 y el 1,8% y a lo largo de la vida entre el 1,9 y el 2,5% (Weissman *et al.*, 1994). En segundo lugar, estos mismos autores informan que la proporción de casos de TOC sin compulsiones (es decir, que sólo relatan obsesiones) puede llegar hasta el 50-60%, aunque la entrevista estructurada empicada en esos estudios puede ayudar a incluir un exceso de obsesiones. En tercer lugar, Salkovskis (1985), trabajando en las tempranas descripciones, análisis y recomendaciones para el tratamiento propuestas por Rachman y colaboradores (Rachman, 1971, 1976, 1978; Rachman y De Silva, 1978; Rachman y Hodgson, 1980) para los trastornos obsesivos, proporcionó un amplio modelo de los pensamientos obsesivos y bosquejó un enfoque de tratamiento (Salkovskis y Westbrook, 1989). En cuarto lugar, ha aparecido en la literatura una serie de informes de caso y de estudios de caso único que describen el tratamiento con éxito de las obsesiones por medio de alguna forma de exposición (Headland y McDonald, 1987; Himle y Thyer, 1989; Hoogduin, De Haan, Schaap y Arts, 1987; Ladouceur *et al.*, 1993, 1995; Martin y Tarrier, 1992; Moergen *et al.*, 1987; Milby, Meredith y Rice, 1981; Salkovskis, 1983; Salkovskis y Westbrook, 1989). Estos hallazgos

han cambiado el estatus de las obsesiones puras de ser una variante rara del TOC, resistente al tratamiento, a ser una forma relativamente frecuente con interesantes posibilidades de tratamiento.

## II. CUESTIONES DIAGNÓSTICAS

### II.1. *Diagnóstico diferencial*

Los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) para el TOC conservan muchas de las características clásicas del TOC que se han descrito en la literatura psicopatológica. El TOC puede diagnosticarse por la presencia de obsesiones o de compulsiones. Hay varios cambios importantes con respecto al *DSM-III-R* (APA, 1987). En primer lugar, las obsesiones se definen ahora como «pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, al menos en algún momento mientras dura el trastorno, como invasores e inapropiados y provocan malestar o ansiedad en un grado importante» (p. 422). El término “sin sentido” se ha sustituido por “inapropiado” y el criterio de “inicialmente” se ha reemplazado por “en algún momento”. En segundo lugar, las obsesiones «no son simples preocupaciones excesivas sobre los problemas de la vida real», intentando distinguir de esta manera el TOC del trastorno por ansiedad generalizada (véase Dugas y Ladouceur, cap. 7 de este volumen). Al igual que sucedía anteriormente, aunque no es necesario que estén presentes las compulsiones para hacer un diagnóstico de TOC, se requiere que «la persona trate de ignorar o suprimir esos pensamientos o impulsos o de neutralizarlos con algún pensamiento o acción». El requerimiento de que los pensamientos se vean como de procedencia interna sigue inalterado. Una tercera mejora es que la definición de las compulsiones incluye explícitamente actos mentales: las compulsiones son «conductas repetitivas [...] o actos mentales [...] que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que se tienen que aplicar rigidamente» cuyo «objetivo es evitar o reducir el malestar o algún objeto o situación temidos; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con lo que se intenta neutralizar o evitar, o son claramente excesivos» (p. 423). Finalmente, una precisión importante es que el grado de introspección del sujeto se reconoce como muy variable: «En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o poco razonables. Nota: esto no se aplica a los niños» (p. 423). De hecho, se define un subtipo del TOC, el tipo con poca introspección, cuando ésta no existe en el episodio actual.

### II.2. *Comorbilidad*

Antes de comenzar el tratamiento es importante establecer que el trastorno obsesivo no está complicado por la existencia de otros trastornos del Eje 1 o del

Eje II: es normal esperar un cierto grado de comorbilidad. El reciente estudio epidemiológico transcultural mostró unas tasas de comorbilidad a lo largo de la vida del 27% para la depresión mayor y del 52% para otro trastorno por ansiedad (Weissman *et al.*, 1994) y las cifras pueden ser incluso más elevadas en muestras clínicas, especialmente para la depresión mayor (véase Rasmussen y Eisen, 1992). En algunos casos, la terapia cognitivo-conductual de los pensamientos obsesivos debería demorarse o incluso podría estar contraindicada. Por ejemplo, en el caso de un trastorno por pánico o un trastorno por estrés pos-traumático comórbidos, podría estar indicado el tratamiento de los trastornos comórbidos en primer lugar, ya que la exposición eficaz a los estímulos de la obsesión podría ser difícil. De igual manera, la depresión grave puede requerir tratamiento antes de intervenir sobre los pensamientos obsesivos (véanse también Steketee, 1993; Riggs y Foa, 1993). El abuso de sustancias psicoactivas o los trastornos psicóticos comórbidos presentan problemas especiales de tratamiento y pudiera estar contraindicado el intervenir en los pensamientos obsesivos con técnicas cognitivo-conductuales. No hay cifras disponibles para los trastornos de personalidad entre este subgrupo de pacientes, aunque once estudios que han realizado una evaluación sistemática de los trastornos de personalidad según el *DSM-III* y el *DSM-III-R*, han informado que una mediana del 52% de pacientes con un TOC tienen uno o más trastornos de personalidad (véanse también Moinar *et al.*, 1993; Steketee, 1993). Las características de personalidad pueden interferir con el tratamiento, especialmente los rasgos esquizotípicos, que pueden contribuir a una escasa introspección, y las características del trastorno límite, que pudieran evitar la exposición (Steketee, 1993).

### III. UN MODELO CLÍNICO DE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

El modelo que se va a presentar seguidamente (Freeston y Ladouceur, 1994a) es una síntesis de modelos cognitivo-conductuales anteriores (p. ej., Rachman y Hodgson, 1980; Salkovskis, 1985) y de nuestra propia experiencia clínica y de investigación con obsesiones sin compulsiones manifiestas.

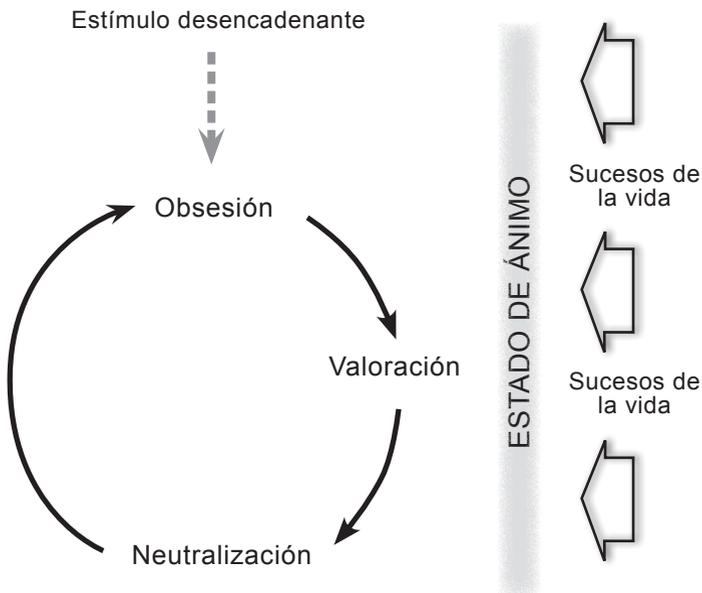
#### III.1. *Las obsesiones*

Los contenidos informados por los pacientes se refieren habitualmente a la agresión y pérdida de control, a hacer daño, a la negligencia, a ser poco honrado, a los accidentes, a la sexualidad, a la religión, a la contaminación y a las enfermedades. Sin embargo, en ocasiones se dan obsesiones que se refieren a pequeñas ambigüedades de la vida diaria (p. ej., ¿pisé justo en la hendidura, o lo hice un poco antes o un poco después?), preguntas existenciales (p. ej., ¿cuándo entra el alma en el cuerpo?) o pensamientos aparentemente neutrales. En la mayoría de los casos, el individuo reconoce generalmente los aspectos egodistónicos e irracionales de su contenido. Pero en algunos casos, los pacientes no están con-

vencidos de que los pensamientos sean irracionales (véase Kozak y Foa, 1994, para una discusión). Conforme progresa el tratamiento, los pacientes reconocen gradualmente los aspectos inapropiados, poco realistas, del pensamiento.

Las explicaciones actuales del TOC están de acuerdo generalmente en que el contenido de los pensamientos como tal es menos importante que el significado que el paciente les atribuye. De este modo, las obsesiones se conceptualizan como un estímulo interno que está sujeto a un procesamiento posterior. Pueden ocurrir espontáneamente o ser desencadenadas por estímulos internos o externos. Los estímulos internos incluyen sensaciones físicas, estados emocionales y acontecimientos cognitivos, mientras que los estímulos externos incluyen objetos, situaciones y personas (véase la figura 5.1).

FIGURA 5.1. *Modelo cognitivo-conductual para los pensamientos invasores*



### III.2. *La valoración y la percepción de la amenaza*

En línea con otros modelos de la ansiedad (p. ej., Beck y Emery, 1985; Clark, 1986), la valoración es un proceso por medio del cual el individuo asigna un significado al pensamiento en términos de su valor, su importancia o sus implicaciones. Si el pensamiento se valora adecuadamente (p. ej., «éste es un pensamiento raro pero no significa nada»), de modo que el individuo trate al mismo como un suceso cognitivo que no tiene necesariamente unos referentes en la vida real, entonces se considera que el pensamiento tiene poca importancia, no

posee ningún valor especial o no conlleva implicaciones personales especiales. Por otra parte, si el pensamiento se valora de manera inadecuada, de manera que se le asignen implicaciones negativas para el individuo (p. ej., «este pensamiento puede significar que realmente vaya a atacar a alguien»), entonces tendrá lugar algún tipo de procesamiento posterior. De este modo, por medio del proceso de valoración, un elemento invasor adquirirá un significado personal y, en caso de valoración negativa, tendrá como consecuencia la percepción de amenaza.

### III.3. *Rituales cognitivos, afrontamiento y neutralización*

Creemos firmemente que la clave del tratamiento cognitivo-conductual de los pensamientos obsesivos por medio de la exposición y de la prevención de la respuesta consiste en comprender la neutralización. Históricamente, los rituales cognitivos se han definido normalmente de una forma bastante limitada. Por ejemplo, «un ritual cognitivo se define como un acto mental que se lleva a cabo de una manera específica y que consiste en una serie de pasos concretos» (Turner y Beidel, 1988, p. 3). Rachman y De Silva (1978) distinguieron entre neutralización y mecanismo de afrontamiento. El primero, que se refiere a «intentos de poner las cosas en orden» (Rachman, 1976), consiste en actos que intentan escapar de, o evitar, la obsesión. La neutralización en este sentido limitado se refiere a cualquier acto que pueda «enmendar, neutralizar, reparar, corregir, prevenir o restaurar» (Rachman y Hodgson, 1980, p. 273). Las estrategias de afrontamiento no se definieron, pero se dieron algunos ejemplos: el decir “basta”, el distraerse contando, cantando o rezando, la evitación física y la búsqueda de elementos tranquilizadores se incluyeron también entre los mecanismos de afrontamiento. Hemos llevado a cabo un amplio programa de estudios sobre qué hacen los sujetos normales y los pacientes con sus obsesiones y pensamientos invasores utilizando cuestionarios y entrevistas estructuradas (Freeston *et al.*, 1991a, 1991b, 1992; Freeston y Ladouceur, 1994b; Freeston *et al.*, 1995). El panorama general que se obtiene de estos estudios podría resumirse como sigue:

1. La mayoría de los individuos utilizan una serie de respuestas diferentes ante los pensamientos invasores, incluyendo no hacer nada, alguna forma de autotranquilizarse, elaborar el pensamiento, buscar elementos tranquilizadores, sustituir el pensamiento por otro, realizar una acción mental o específica para eliminar el pensamiento, emplear una actividad distractora, distraerse con aspectos del entorno y detener el pensamiento. Pueden utilizar diferentes estrategias con distintos pensamientos o con un pensamiento determinado.
2. La elección de la respuesta depende de una variedad de factores, como el pensamiento concreto, su valoración, su contexto situacional, otras estrategias y el estado de ánimo.
3. Ninguna estrategia es siempre más eficaz que otra, aunque estrategias específicas pueden ser relativamente eficaces para determinados individuos. Algunas personas indican de una gran variabilidad en la eficacia de una estrategia concreta.

4. Aunque muchos pacientes obsesivos informaron emplear actividades que satisfacen la limitada definición de la neutralización y los rituales cognitivos expuestos anteriormente, todos ellos empleaban un amplio rango de estrategias de afrontamiento para vérselas con sus pensamientos.

Basándonos en este conocimiento, hemos adoptado una definición muy amplia de la neutralización que engloba rituales cognitivos, intentos de poner orden y estrategias de afrontamiento. La *neutralización* se define como algo voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo es eliminar, evitar o atenuar el pensamiento. De este modo, es posible que muchas formas de neutralización no satisfagan la definición del *DSM-IV* (APA, 1994) de la compulsión cognitiva, ya que puede que no sea repetitiva, ni «impulse a actuar [...] o siga unas reglas» (p. 423). Esto no evita un diagnóstico de TOC, ya que las distintas formas de neutralización son intentos para ignorar, suprimir o neutralizar pensamientos, tal como lo estipulan los criterios del *DSM-IV* para las obsesiones.

#### III.4. *Estado de ánimo y acontecimientos de la vida*

Se considera que el estado de ánimo juega un papel modulador en el trastorno obsesivo-compulsivo (véase Freeston y Ladouceur, 1994a). De modo específico, se postula que los estados de ánimo negativos, 1) aumentan la frecuencia y duración de las obsesiones (Rachman, 1981), 2) aumentan la posibilidad de valoraciones inadecuadas, probabilidades subjetivas infladas, consecuencias extremas, etc., mientras disminuyen la posibilidad de valoraciones adecuadas (Freeston y Ladouceur, 1994c), 3) disminuyen la eficacia de la neutralización (Freeston *et al.*, 1995), 4) aumentan la hipervigilancia ante estímulos desencadenantes (Mathews, 1990), y 5) disminuyen la motivación o la capacidad para llevar a cabo las estrategias aprendidas durante la terapia.

Aunque acontecimientos importantes de la vida pueden estar asociados con la aparición de un TOC o con el inicio del episodio actual (McKeon, Bridget y Mann, 1984; Khanna, Rajendra y Channabasavana, 1988), se piensa que los pequeños problemas cotidianos son responsables de las típicas fluctuaciones implicadas en los niveles sintomáticos (Freeston y Ladouceur, 1994c; Rasmussen y Eisen, 1991). Estos problemas cotidianos pueden verse como desencadenantes indirectos asociados al empeoramiento de los síntomas y entre los que con más frecuencia afectan a los pacientes se encuentran el ser criticado, estar enfermo, descanso insuficiente, dormir poco, temor al rechazo, problemas para tomar decisiones, incapaz 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, para las mujeres, problemas de la menstruación (Freeston y Ladouceur, 1994c).

#### IV. EVALUACIÓN

La terapia cognitivo-conductual con éxito depende de un análisis conductual preciso. Los instrumentos siguientes han demostrado su utilidad en la evaluación de los pensamientos obsesivos:

*Psicopatología general.* La «Escala para las obsesiones compulsiones, de Yale-Brown» (*Yale-Brown obsessive-compulsive scale*) (Goodman *et al.*, 1989a, 1989b) es una escala de evaluación clínica que se ha utilizado ampliamente en comparaciones recientes de los métodos cognitivos, conductuales y farmacológicos de terapia. La lista de síntomas que precede a dicha escala es especialmente útil para proporcionar un panorama general de la sintomatología obsesivo-compulsiva actual y anterior. La subescala sobre obsesiones y los ítems de evaluación general son también útiles para evaluar la gravedad actual del TOC, aunque puede que la subescala sobre compulsiones no sea siempre tan fácil de aplicar a las estrategias de neutralización.

Para el TOC en general y para los síntomas asociados en particular, se recomiendan también tres instrumentos de autoinforme. El «Inventario de Padua» (*Padua inventory*, Sanavio, 1988) es un amplio inventario de 60 ítems sobre la sintomatología obsesivo-compulsiva con cuatro subescalas: «Pérdida de control mental», «Contaminación», «Comprobación», e «Impulsos y preocupaciones sobre la pérdida de control». Existe también una versión abreviada de 40 ítems (Freeston *et al.*, 1994). El «Inventario de depresión, de Beck» (*Beck depression inventory*) y el «Inventario de ansiedad, de Beck» (*Beck anxiety inventory*) (Beck *et al.*, 1988; Beck *et al.*, 1979) son medidas breves y útiles de la sintomatología depresiva y ansiosa.

*Diario de autorregistro.* Los diarios de autorregistro que utilizamos evalúan el malestar asociado a los pensamientos, a la frecuencia y a la duración total de los mismos sobre una escala de 9 puntos en cuadernos adaptados de Marks y colaboradores (Marks *et al.*, 1980). El malestar es la variable más sencilla de comparar entre sujetos por dos razones principales. En primer lugar, la frecuencia o la duración del pensamiento son difíciles de comparar entre sujetos: algunos pueden informar de sólo dos o tres pensamientos por día, pero pasan dos horas dándole vueltas a cada pensamiento, mientras que otros sujetos informan de cientos de breves “ráfagas” que duran unos pocos segundos como mucho. En segundo lugar, la literatura sobre los pensamientos invasores (véase Freeston *et al.*, 1991a) ha establecido que esos pensamientos invasores de tipo obsesivo constituyen una experiencia casi universal que varía ampliamente en frecuencia y duración. De este modo, una respuesta normal (p. ej., una reducción del malestar) ante las obsesiones parece una variable con que considerar los resultados más obvia hasta que se establezcan parámetros claros para la frecuencia y la duración. Es importante asegurarse de que los pacientes utilizan las escalas de forma realista, de modo que la puntuación máxima se defina como lo peor de los síntomas durante el último mes y no lo peor de toda la vida.

*Evaluación cognitiva.* El «Cuestionario de invasiones cognitivas» (*Cognitive intrusions questionnaire*) (CIQ, Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993) es una medida muy específica de las características formales del pensamiento más problemático, de las reacciones al pensamiento y de las valoraciones del mismo. El CIQ identifica primero el pensamiento obsesivo de interés, que luego se evalúa con base en una serie de ítems empleando escalas tipo Likert de 9 puntos: frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminarlo, culpa, probabilidad, desaprobación, responsabilidad percibida, desencadenantes, evitación de los estímulos desencadenantes, esfuerzo para contrarrestar el pensamiento, alivio después de contrarrestarlo y éxito en eliminar el pensamiento. Los pacientes indican luego si el pensamiento invasor tomó la forma de una idea, una imagen, un impulso, una duda o un pensamiento. Señalan también qué estrategias (entre diez) emplean para contrarrestar el pensamiento cuando ocurre. Hemos utilizado el CIQ ampliamente con muestras clínicas y no clínicas y ha mostrado una habilidad y una validez adecuadas (Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993).

La «Entrevista estructurada sobre neutralización» (*Structured interview on neutralization*) (Freeston *et al.*, 1995) evalúa estrategias empleadas para contrarrestar el pensamiento más problemático identificado en el CIQ como el pensamiento de interés (Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993). Se pide a los sujetos que formen el pensamiento claramente al inicio de la entrevista. El entrevistador utiliza entonces 10 preguntas de exploración para provocar ejemplos de estrategias. Se continúa con preguntas más específicas hasta que se obtienen descripciones operacionales y se buscan más ejemplos similares. Una vez que se ha establecido el repertorio, se analiza cada estrategia según los parámetros siguientes: contexto específico donde se utiliza, secuencia específica, probabilidad de que el pensamiento se convierta en realidad, intensidad del elemento invasor, estado de ánimo, intensidad del estado de ánimo, eficacia inmediata de la estrategia y número de veces que se repite la estrategia. La probabilidad, la intensidad del pensamiento, la intensidad del estado de ánimo y la eficacia se evalúan por medio de una escala tipo Likert de cinco puntos (0, *nada en absoluto*, hasta 4, *muy elevada*).

El «Inventario de creencias obsesivas» (*Inventory of beliefs related to obsessions*) (IBRO, Freeston *et al.*, 1993) es una medida de creencias disfuncionales relativas a los pensamientos obsesivos, compuesta por 20 ítems, que hemos desarrollado y validado secuencialmente sobre seis muestras independientes. El IBRO es fiable (test-retest,  $r = 0,70$ ; alfa de Cronbach =  $0,82$ ). La validez de criterio (grupos conocidos) se ha demostrado comparando pacientes clínicos con grupos control y sujetos muy perturbados por los pensamientos invasores con sujetos menos perturbados. El análisis factorial reveló factores que medían responsabilidad, elevada estimación de la amenaza e intolerancia ante la incertidumbre.

Además de calcular las puntuaciones totales de los instrumentos de evaluación, es importante continuar con preguntas específicas sobre los síntomas, las valoraciones y las creencias. Se debería explorar los ítems con puntuaciones extremas o puntuaciones inesperadamente altas o bajas (p. ej., cuando un determi

nado ítem está en desacuerdo con los datos de la entrevista o con la hipótesis de trabajo del clínico) con el fin de enterarse de qué quiere decir el paciente con la puntuación.

## V. TRATAMIENTO

Los tratamientos actuales más eficaces son distintas variaciones de los métodos de exposición descritos originalmente por Rachman y colaboradores, como el entrenamiento en saciación o el entrenamiento en habituación. Aunque hay varios estudios de caso y algunos diseños de caso único (Headland y McDonald, 1987; Himle y Thyer, 1989; Hoodguin *et al.*, 1987; Ladouceur *et al.*, 1993, 1995; Martin y Tarrier, 1992; Moergen *et al.*, 1987; Milby, Meredith y Rice, 1981; Salkovskis, 1983; Salkovskis y Westbrook, 1989), en el momento de escribir esto sólo hay un estudio que incluya un grupo de control de lista de espera (Ladouceur *et al.*, 1994a). El paquete de tratamiento que se presenta seguidamente fue evaluado sistemáticamente con 28 pacientes. En total, hemos tratado más de 45 pacientes con estos métodos.

### V.1. *Características del tratamiento*

El objetivo del tratamiento consiste en cambiar el conocimiento del paciente sobre las obsesiones, evitar la neutralización y permitir, así, que los pacientes se habitúen con los pensamientos obsesivos. La frecuencia y la duración de los pensamientos y el malestar causado por ellos disminuirá consecuentemente. Los objetivos específicos son:

1. Proporcionar una explicación adecuada de las obsesiones
2. Hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos.
3. Preparar al paciente para la exposición a los pensamientos y a las situaciones que desencadenan las obsesiones.
4. Corregir cuando sea necesario la sobreestimación del poder y de la importancia de los pensamientos.
5. Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de la respuesta (es decir, neutralizar la actividad neutralizadora).
6. Corregir, cuando esté presente, la exageración de las consecuencias de temor específicas asociadas al pensamiento.
7. Corregir, cuando esté presente, el perfeccionismo y la responsabilidad excesiva.
8. Hacer que el paciente se dé cuenta de las situaciones en las que es más vulnerable a la recaída.
9. Preparar las estrategias a utilizar cuando ocurra otra recaída.

El programa está estandarizado recibiendo cada paciente todos los componentes del tratamiento. Se encuentra también individualizado, ya que el tipo de exposición, los objetivos de la prevención de la respuesta y de la corrección cognitiva variarán según las características de cada paciente. El formato que empleamos para llevar a cabo el tratamiento se basaba en sesiones de una hora y media durante los primeros dos tercios de la terapia. Había normalmente de tres a cuatro sesiones de evaluación seguidas por dos sesiones de tratamiento a la semana hasta que se dominase la exposición a los pensamientos objetivo y la prevención de la respuesta, disminuyendo la duración y la frecuencia de las sesiones en la última fase y produciéndose un desvanecimiento o atenuación gradual de las ayudas de tratamiento. Los pacientes reciben normalmente de cuatro a cinco meses de tratamiento incluyendo cerca de tres meses con dos sesiones a la semana.

### V.2. *Sesiones de evaluación*

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, la evaluación normalmente se realiza durante tres sesiones por lo menos. La primera aborda generalmente los principales síntomas que caracterizan a los pensamientos obsesivos, las respuestas de neutralización, las situaciones que se evitan, etc. Puede ser útil aquí la «Escala para las obsesiones y compulsiones de Yale-Brown» y el *BDI* y el *BAI* y el «Inventario de Padua» pueden entregarse como tareas para casa con el fin de completar un visión global de los síntomas principales y asociados. La segunda sesión puede emplearse para recoger la historia general, como la aparición y el curso del trastorno, el tratamiento anterior (psicológico o farmacológico), las exacerbaciones debidas al estrés, el funcionamiento social y el conocimiento sobre el TOC. Los cuestionarios cognitivos (*CIQ*, *IBRO*) pueden entregarse como tareas para casa. La tercera sesión puede centrarse en las estrategias utilizadas y en algunos aspectos de la valoración.

### V.3. *El autorregistro*

Se debería introducir el autorregistro tan pronto como fuera posible; por ejemplo, cuando se hubieran identificado los síntomas pertinentes. Algunos pacientes son aprensivos con respecto al autorregistro, creen que sus obsesiones aumentarán y, entonces, se preocupan más. Es importante informar al paciente que esto no ocurre muy a menudo y que existen numerosas ventajas en el autorregistro para la aplicación con éxito del tratamiento. Por ejemplo, el autorregistro permite que el paciente y el terapeuta descubran elementos que pueden estar modulando la variabilidad y la gravedad de los síntomas (p. ej., fluctuaciones asociadas al ciclo menstrual en las mujeres) y, en último termino, ayudar en la prevención de las recaídas. Además, permite que el paciente y el terapeuta sepan cuándo está funcionando la terapia y por qué, y cuándo no lo está haciendo y por qué no. Es muy importante trabajar conjuntamente con el paciente en las sesio-

nes posteriores hasta que el autorregistro se presente como válido y significativo.

#### V.4. *La primera sesión de intervención*

En todas las sesiones, lo que el terapeuta hace en primer lugar es plantear el programa de la sesión, verificar el autorregistro y cualquier otra tarea que se le haya asignado al paciente. El repasar los informes de las tareas para casa aumenta la información disponible para el terapeuta y muestra también la importancia de las tareas asignadas. La primera sesión tiene dos objetivos principales: 1) establecer el contrato terapéutico y 2) proporcionar el modelo de los pensamientos obsesivos que se empleará a lo largo del tratamiento.

##### V.4.1. Establecimiento del contrato terapéutico

El terapeuta expresa que está listo para explicar totalmente cada paso del tratamiento y para contestar todas las preguntas pertinentes. Se anima a los pacientes a que hagan preguntas, de modo que cada tarea pueda realizarse con éxito. El terapeuta explica que el objetivo de cada ejercicio será identificado por el terapeuta y por el paciente conjuntamente. Cuando los pacientes lo entienden, pueden participar activamente en el proceso y adoptar un enfoque de solución de problemas. Los pacientes se implican de forma activa en todas las decisiones, como, por ejemplo, los objetivos para la exposición, tienen que indicar si piensan que son capaces de realizar el ejercicio y sugerir cambios con el fin de hacer el ejercicio más relevante personalmente. El terapeuta animará insistentemente al paciente para que realice los ejercicios, pero nunca le forzará a que haga las cosas contra su propia voluntad, sino que le recordará los acuerdos existentes. El terapeuta buscará la retroalimentación del paciente. Este debe informar con honradez si los ejercicios se han llevado a cabo o no, con el fin de hacer ajustes sobre cualquier dificultad que pueda haber surgido.

##### V.4.2. El establecimiento de un modelo

El modelo que se presenta al paciente se adapta según la sofisticación de éste. En todos los casos, el modelo se ilustra con las propias obsesiones, valoraciones, creencias, estrategias de valoración, etc., del paciente.

El primer paso consiste en proporcionar una explicación de los pensamientos invasores:

Pensamientos desagradables pasan por la cabeza de las personas contra su voluntad en el 99% de la población. Hemos estudiado estos pensamientos en más de dos mil (2 000) personas de todas las edades y ocupaciones y hemos encontrado algunos contenidos comunes. Habitualmente se refieren a la sexualidad, a la religión, al daño, a la enfermedad, a la contaminación, a la agresión, a los errores, a la

falla de honradez, pero también incluyen el orden, la simetría y pequeños detalles sin importancia. Los pensamientos a menudo parecen salir de ninguna parte, aunque pueden ser provocados por estímulos desencadenantes específicos. Por ejemplo, pensamientos sobre hacer daño a la gente pueden ser desencadenados por un cuchillo grande, etcétera.

En este punto, el terapeuta entrega al paciente una lista de pensamientos obtenida con la población general y le invita a que la lea. Luego, el terapeuta ayuda al paciente a que haga la conexión entre sus propios pensamientos y los de la población en general. Hay suficientes ejemplos en la lista proveniente de la población normal para incluir todos los temas importantes relatados por los pacientes. El objetivo es establecer que el contenido de los pensamientos no difiere entre el informado por los pacientes y el encontrado en la población general.

Hay muy pocas diferencias en el contenido de los pensamientos entre la población general y la gente que acude a consulta a causa de sus pensamientos obsesivos. Las diferencias yacen en la frecuencia de los pensamientos, su duración, el malestar producido, la importancia que la persona da a los mismos y el esfuerzo empleado por el sujeto para vérselas con ellos. Los pensamientos invasores extraños constituyen una experiencia normal que en cerca del 2% de la población se convierten en problemáticos y entonces se les denomina obsesiones. Como es normal tener algunos pensamientos desagradables, el objetivo de la terapia no es eliminar esos pensamientos, porque esto te haría diferente a los demás. El objetivo es cambiar tus reacciones a los pensamientos modificando la importancia concedida a los mismos, cambiando las estrategias que empleas. Luego disminuirán la frecuencia y la duración de los pensamientos junto con el malestar que producen. Los pensamientos se harán mucho menos frecuentes y menos molestos y serás capaz de vértelas con ellos cuando en ocasiones pasen por tu cabeza.

En este punto, los pacientes preguntan a menudo, «¿Por que tengo este tipo de pensamientos?». En estos momentos, no poseemos desgraciadamente respuestas totalmente convincentes a esta pregunta. Sin embargo, una explicación que se ha mostrado satisfactoria con los pacientes es la siguiente:

Necesitamos de la capacidad de tener pensamientos espontáneos con el fin de ser capaces de resolver problemas y ser creativos. De esta forma, podemos saber cómo actuar en una nueva situación o imaginar ideas nuevas o inventar algo nuevo. Necesitamos un generador de pensamientos que pueda darnos nuevas ideas. Sin embargo, este productor de pensamientos puede generar también otros tipos de ellos y creemos que estos pensamientos desagradables provienen igualmente del generador de ideas. Tenemos también una capacidad para reaccionar al peligro, de forma útil, y para anticipar el mismo. El sistema de detección del peligro existe para protegernos: éste es el papel de la ansiedad. Por una serie de razones diferentes, el generador de ideas y el sistema de detección del peligro parecen estar asociados más fuertemente en algunas personas. Este sistema parece reaccionar en exceso actuando como si hubiera un tigre esperando en la esquina, cuando, de hecho, lo que hay es un gatito. De modo que cuando el generador de ideas y el sistema de detección del peligro reaccionan conjuntamente en exceso, se producen las obsesiones. Cualquiera que sea la razón exacta, podemos aprender a que el generador de ideas y el sistema de detección del peligro reaccionen de forma más

apropiada, de manera que persistan las características útiles, mientras que los rasgos superactivos asociados con las obsesiones disminuyan notablemente.

El paso siguiente del modelo se refiere a la importancia que la persona concede a los pensamientos. Aunque esto se denomina técnicamente valoración, nuestra experiencia con los pacientes sugiere que la “importancia dada a los pensamientos” es un término más accesible, insistiendo en el papel activo del paciente en la valoración.

La razón por la que el mismo tipo de pensamientos desagradables causa molestias considerables en algunas personas, pero no en otras, se debe a cómo interpreta la persona los pensamientos o cuánta importancia les concede. No es una coincidencia que veamos obsesiones de daño entre gente educada, obsesiones religiosas entre personas religiosas, obsesiones sobre la sexualidad entre gente con una gran moralidad y pensamientos sobre errores entre gente cuidadosa: cuanto más importante es algo, peor parece ser el pensamiento negativo sobre ello.

El paso siguiente del modelo se refiere a la idea de la neutralización.

Cuando alguien concede mucha importancia a los pensamientos, bien sea a su presencia o a su contenido, y concluye que el pensamiento es negativo, peligroso, inaceptable, etc., entonces es normal querer eliminarlo, controlarlo o solucionarlo de una u otra manera. Para darte un ejemplo, haremos un pequeño experimento. Cierra los ojos e intenta pensar en un camello durante 2 minutos. Cada vez que el camello desaparezca de tu cabeza, indícalo levantando un dedo. (El terapeuta registra el número de veces que el paciente pierde el pensamiento.) ¿Cómo fue? ¿Fue fácil mantener el camello en la cabeza? Ahora cambiaremos las cosas. Cierra los ojos e intenta no pensar en el camello durante 2 minutos. Levanta el dedo cada vez que aparezca el pensamiento. (El terapeuta registra el número de veces que el paciente no controla el pensamiento.) ¿Qué sucedió? ¿Fue difícil mantener el pensamiento alejado? ¿Qué te enseñan estos experimentos sobre intentar controlar tus pensamientos?

En todos los casos que hemos visto, tanto con sujetos clínicos como con sujetos no clínicos, es difícil mantener el pensamiento presente y ¡totalmente imposible! mantener el pensamiento alejado. El terapeuta invita al paciente a que comente el experimento y le lleva a que concluya que nuestro control mental, incluso con imágenes o ideas que no tienen un significado importante para nosotros, está muy lejos de ser perfecto. Algo incluso más importante es que, cuanto más intentamos no pensar sobre algo, más frecuentemente nos viene el pensamiento a la cabeza. Puede ser útil sugerir al paciente que intente el mismo experimento con alguien que no tenga obsesiones. La mayoría de los pacientes de forma espontánea establecen la conexión entre este experimento y sus propias obsesiones. El terapeuta puede entonces definir formalmente la neutralización.

Todas las estrategias, que al principio pueden ser muy lógicas, se convierten al final en parte del problema. Todos los esfuerzos para controlar, para eliminar o para evitar los pensamientos son formas de lo que denominamos neutralización.

(Se añaden al modelo ejemplos específicos del repertorio del paciente obtenidos durante la entrevista estructurada.) ¿Cuántas estrategias diferentes has intentado? ¿Cuántas han funcionado? ¿Cuántas funcionan siempre?

Ya se ha planteado el modelo básico y puede afirmarse lo siguiente:

Puede pensarse en las obsesiones como un círculo vicioso en el que los pensamientos pueden desencadenarse por estímulos u ocurrir espontáneamente. Concedes una notable importancia a los pensamientos, intentas eliminarlos o controlarlos y, lo mismo que sucedía con el efecto camello, retornan de nuevo.

En este punto, se plantea la distinción básica entre los aspectos voluntarios e involuntarios del modelo. Los pensamientos obsesivos y el “efecto camello” se consideran involuntarios, mientras que la importancia concedida a los pensamientos y la neutralización se consideran voluntarios. Con un poco de ayuda, el paciente llega a establecer que los dos aspectos voluntarios del modelo, es decir la importancia dada a los pensamientos y las estrategias de neutralización, son los elementos donde la modificación es posible.

Se invita al paciente a que resuma los principales puntos del modelo como tarea para casa. Se le pide que observe las clases de interpretación o la importancia dada a los pensamientos.

## V.5. *La segunda y la tercera sesión*

El objetivo de la segunda sesión de tratamiento consiste en comprobar que se entiende el modelo, se añade cualquier detalle que falte y se prepara al paciente para la exposición y la prevención de la respuesta.

### V.5.1. El papel de la ansiedad

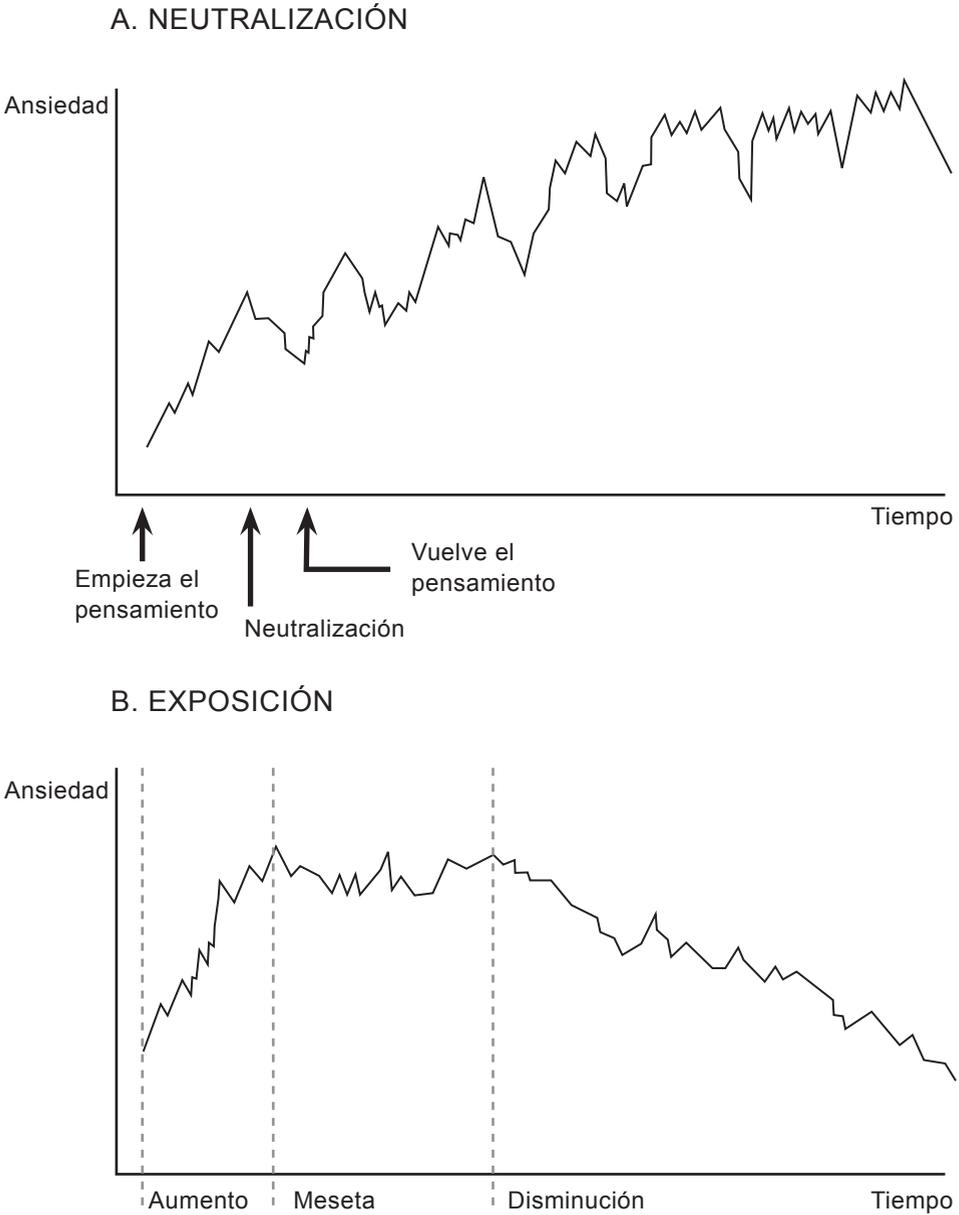
El terapeuta explica el papel de la ansiedad (o de otras emociones negativas experimentadas por el paciente, como el malestar, la frustración, el estrés o la tensión) siguiendo el modelo.

Cuando se da una gran importancia al pensamiento en términos de peligro o daño, es habitual que aumente la ansiedad. Ésta es una experiencia desagradable y es normal que la gente intente hacer algo con el pensamiento para disminuir la ansiedad. La neutralización conduce a menudo, aunque no siempre, a una disminución temporal y parcial de la ansiedad. Como produce cierto alivio, la reducción del malestar aumenta la probabilidad de que se produzca de nuevo la neutralización (por medio del refuerzo negativo). Además, conforme la ansiedad empeora, la frecuencia del pensamiento aumenta.

Aunque es normal querer evitar o reducir la ansiedad, la neutralización conlleva que, debido al “efecto camello”, retorne el pensamiento. No sólo se experimentará la ansiedad otra vez, sino que, debido a la sensación de perder el control, empeorará a menudo en cada nueva ocasión. Se parece un poco a jugar al Monopoly: cada vez que pasas por la salida obtienes 20 000 pta más!

El terapeuta puede mostrar entonces una curva de ansiedad para la neutralización y compararla con una curva de habituación (Figura 5.2)

FIGURA 5.1. *Ansiedad asociada con las obsesiones*



Observa cómo aumenta la ansiedad después del pensamiento obsesivo y cómo disminuye parcialmente después de la neutralización, para aumentar de nuevo ¡aún más! con el pensamiento siguiente. Por otra parte, hay una curva de habituación natural para la ansiedad que entraña una primera fase de aumento de la ansiedad, una segunda fase de meseta y, finalmente, una tercera fase de disminución. Este tipo de curva se ha estudiado en miles de personas con todo tipo de ansiedad, incluyendo la ansiedad asociada a las obsesiones. De modo que, si empleamos la neutralización, nunca aprenderemos que la ansiedad disminuirá por sí misma, incluso si no hacemos nada.

### V.5.2. La evitación

Aunque en la mayoría de los casos la neutralización significa hacer algo para vérselas con los pensamientos, algunos pacientes siempre y muchos pacientes algunas veces empican también la evitación pasiva para intentar controlar los pensamientos. La evitación, al añadir más importancia a los pensamientos, mantiene las obsesiones al aumentar el rango de estímulos potenciales. La evitación impide que el paciente aprenda que la ansiedad provocada por los pensamientos o por estímulos disminuirá, incluso cuando se enfrente al estímulo.

### V.5.3. Búsqueda de elementos tranquilizadores

La búsqueda de elementos tranquilizadores se considera otra forma de neutralización. Puede ser necesario establecer explícitamente la conexión entre ciertas características de dicha búsqueda y las de otras formas de neutralización, como pueden ser, por ejemplo, el efecto temporal, la necesidad de repetir la demanda y la variabilidad de la eficacia de los elementos tranquilizadores.

### V.5.4. La exposición

Ahora que se ha establecido completamente el modelo y se ha ilustrado con ejemplos del propio repertorio de pensamientos, interpretaciones y estrategias del paciente, se plantea que para romper el círculo vicioso es necesario aprender a tolerar los pensamientos. Esto implica pensar de forma deliberada en el pensamiento (exposición) sin emplear la neutralización (prevención de la respuesta). Cuando se logre esto, la ansiedad disminuirá, la importancia dada al pensamiento se reducirá, cualquier consecuencia temida sucederá o no con, exactamente, la misma probabilidad que antes, y los pensamientos disminuirán gradualmente en intensidad, duración y frecuencia.

Se debe recordar que los pacientes buscan normalmente otro truco, otra estrategia o una forma nueva de eliminar las obsesiones cuando acuden a terapia. Así, podría parecer que la exposición y la prevención de la respuesta van en contra de la intuición. En este momento, puede ser útil emplear un ejemplo para ilustrar el principio de exposición. Por ejemplo, ¿cómo ayudaría el paciente a un

niño a superar el miedo (p. ej., a los perros) o cómo superó el paciente un temor en el pasado? Se puede introducir también la idea de la exposición progresiva. El método descrito por el paciente puede reformularse en términos relativos a la exposición. Entonces, el terapeuta puede presentar a las obsesiones como si se tuviese una fobia a las propias ideas y donde se pueden aplicar los mismos métodos de tratamiento.

La razón principal para utilizar un casete de cinta continua (como las que emplean muchos contestadores automáticos) en la exposición es que proporciona al terapeuta cierta capacidad para manipular un acontecimiento encubierto: los pensamientos obsesivos son mucho menos predecibles que las fuentes de contaminación o que los estímulos asociados con la conducta de comprobación, encontrados en las formas más frecuentes de TOC. La presentación regular del pensamiento por medio de una de esas cintas permite al paciente que practique de forma constante la prevención de la respuesta. Las sesiones con una exposición duradera son más fáciles con dichas cintas que con otras técnicas que requieren ensayos repetidos en la imaginación, que hable en voz alta, etc. No decimos que ese casete de cinta continua sea esencial, ni tampoco que sea necesariamente la mejor forma de actuar: la presentación verbal del pensamiento puede interferir, bajo algunas circunstancias, con una formación satisfactoria de la imagen. Sin embargo, pensamos que la cinta continua proporciona un medio práctico, eficaz, de entrenar al paciente en la exposición y en la prevención de la respuesta para los acontecimientos encubiertos. Conforme el paciente domina la exposición y la prevención de la respuesta, la grabación no siempre será necesaria para los ítems superiores de la jerarquía. Cuando hay varios pensamientos, se puede poner como primer objetivo el pensamiento que provoca menos ansiedad (ver cuadro 5.1).

CUADRO 5.1. *Jerarquía para pensamientos diferentes*

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Pensamientos</i>
2	Decir palabrotas en voz alta
3	Empujar a alguien cuando se va andando por la calle
5	Pegar un puñetazo a alguien en la cara
7	Atacar a alguien con un cuchillo
8	Volverse completamente loco, comportarse violentamente y matar a mucha gente

Sin embargo, si hay un pensamiento principal, puede que no sea posible disponer de una serie de elementos de exposición ordenados jerárquicamente en función del contenido. En este caso, lo que variará será el contexto de la exposición:

- Con el terapeuta en la clínica (nivel de ansiedad, 3);
- Con el terapeuta en la clínica, con un cuchillo y una foto del hijo (nivel de ansiedad, 4);

- Con el terapeuta en casa (nivel de ansiedad, 5);
- Sola en casa (nivel de ansiedad, 7); y finalmente,
- Sola en casa con el hijo presente (nivel de ansiedad, 8).

La construcción de jerarquías puede requerir cierta creatividad, pero el empleo de un aparato de casetes tipo walkman facilitará la exposición a contextos físicos específicos. No tenemos pruebas de que la exposición gradual sea superior a la exposición directa al pensamiento más ansiógeno. Sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza encubierta de las obsesiones y de la mayoría de las estrategias de neutralización, a menudo es difícil conseguir inicialmente la exposición funcional. Así que, desde un punto de vista puramente práctico, puede ser aconsejable empezar con pensamientos o contextos menos amenazantes hasta que se hayan dominado totalmente las técnicas de exposición y de prevención de la respuesta.

Una vez que se haya identificado conjuntamente entre el paciente y el terapeuta el primer objetivo, este último pide al paciente que describa el pensamiento con detalle. El terapeuta hace preguntas hasta que se obtengan detalles suficientes, como, por ejemplo, los colores, las palabras, la textura, los sonidos y los olores concretos, las reacciones cognitivas y emocionales a los pensamientos y, en general, cualquier respuesta física. Luego, el terapeuta pide al paciente que escriba el pensamiento con tanto detalle como le sea posible. Estamos de acuerdo con otros autores (p. ej., Riggs y Foa, 1993; Steketee, 1993) que no es necesario exagerar y añadir más consecuencias. Sin embargo, pensamos que es necesario que los pacientes se expongan ellos mismos tanto tiempo como se mantengan las consecuencias temidas. Por ejemplo, si el resultado final de una obsesión a hacer daño es ser arrestado, ser llevado a juicio y ser recluido para el resto de su vida en una institución mental, es importante que el sujeto se exponga hasta este último punto. Puede ser desagradable para los terapeutas escuchar las escenas terroríficas relatadas por los pacientes y las perturbadoras reacciones que pueden tener lugar durante la exposición. La técnica es eficaz cuando se lleva a cabo adecuadamente y la incomodidad del terapeuta disminuirá también con la habituación después de varias experiencias con la técnica.

Un ejemplo del texto para la exposición al segundo pensamiento del caso anterior podría ser:

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. Hila llega a mi altura y comienzo a sentir pánico. Pasa rápidamente a mi lado y yo sigo andando. Me pregunto si la empuje. 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.

El texto puede ser muy breve o tratarse de una escena muy elaborada. El terapeuta se asegura de que no se incluya ningún elemento neutralizador (es decir, ningún factor que disminuya la ansiedad) en la secuencia. Luego, el terapeuta lee

el pensamiento en voz alta al paciente, de modo que éste puede ver si falta algún aspecto. Entonces, el paciente lee el pensamiento en voz alta con el fin de que el terapeuta pueda calcular el texto para escoger una cinta de suficiente duración y también para asegurarse de que el pensamiento se lea con la expresión adecuada, a un ritmo apropiado y haciendo las pausas para permitir que se formen las imágenes. Se le pide al paciente que lea de un modo tal que el terapeuta pueda experimentar la sensación de tener el pensamiento. El leer rápido, mecánicamente, o con un afecto embotado, pueden ser formas de evitación cognitiva. Luego se graba el pensamiento en una cinta que da vueltas continuamente y que tiene una duración apropiada (p. ej. 15 segundos, 30 segundos, 1 minuto, 3 minutos), con el número de repeticiones necesario para llenar la cinta casi completamente.

Una vez que se ha grabado y verificado el pensamiento, comienza la sesión de exposición. Las instrucciones son las siguientes:

En unos momentos empezaremos la primera sesión de exposición. Esto llevará normalmente de 25 a 45 minutos, aunque puede durar más. Continuaremos hasta que tu nivel de ansiedad haya disminuído. Cierra los ojos y escucha el casete sin emplear elementos neutralizadores. no... (nombre de las estrategias específicas empleadas por el paciente). Mantén el pensamiento, no lo bloques, ni lo distorsiones, ni lo elimines. Después de cada repetición del pensamiento, informa de tu nivel de malestar en la escala habitual (generalmente la escala que se utiliza para el autorregistro). Ahora, dime lo que vamos a hacer.

Si no hay tiempo suficiente para llevar a cabo la exposición durante la sesión (es decir, un mínimo de 50 minutos), se reprogramará para la sesión siguiente. El terapeuta pide al paciente que rellene una hoja de autorregistro antes de empezar con el ejercicio de exposición. Esa hoja se refiere habitualmente al nivel de ansiedad actual, al nivel máximo de ansiedad esperado durante la exposición, y al nivel de ansiedad esperado después de la sesión de exposición. Es útil que el terapeuta represente las evaluaciones de la ansiedad en un gráfico durante la sesión de exposición.

Si el nivel de malestar no ha aumentado después de varias presentaciones, por ejemplo, después de 6 a 10 minutos, el terapeuta detiene la exposición con el fin de llevar a cabo un análisis conductual de la situación. Hay varias razones posibles por las que puede que no aumente la ansiedad. En primer lugar, el registro puede ser inadecuado. Por ejemplo, es posible que las palabras que se emplean no sean suficientemente representativas del pensamiento real o que el tiempo sea insuficiente para formar imágenes. En segundo lugar, algunos pacientes no tienen la capacidad para imaginarse el pensamiento de forma suficientemente clara para la exposición funcional. Si la persona es incapaz, después de varios intentos de practicar con escenas positivas o neutrales, de ponerse en la situación, se deben de considerar otras formas de exposición (véase Ladouceur *et al.* 1993). En tercer lugar, el paciente puede estar neutralizando, bien empleando estrategias ya identificadas o bien utilizando otras estrategias que todavía no se han descubierto. Si esto es así, el terapeuta reitera la importancia de no utilizar elementos neutralizadores haciendo un llamamiento al modelo. El terapeuta debería investigar también las razones de la conducta de neutralización en el caso

de que el paciente anticipe consecuencias negativas. Si fuese así, se requeriría una intervención de naturaleza cognitiva para explorar, reformular o afrontar estas anticipaciones.

La exposición continúa si la ansiedad aumenta. Se debe tener en cuenta que el incremento y la disminución del nivel de ansiedad no es necesariamente uniforme. El terapeuta observa de cerca al paciente con el fin de descubrir cualquier señal física, como los cambios en el ritmo de respiración, temblar, la expresión facial, y para ver si hay signos que manifiesten un desacuerdo entre las señales físicas y el informe verbal del paciente. La exposición continúa hasta que el malestar disminuya por debajo del nivel inicial durante, por lo menos, dos presentaciones y, si es posible, hasta que el nivel de ansiedad haya disminuido muy por debajo del nivel inicial. Una vez que se ha terminado la exposición, el terapeuta pide al paciente que rellene la segunda parte de la hoja de autorregistro, evaluando la ansiedad actual y la ansiedad máxima experimentada durante la exposición. El paciente indica también si ocurrió la conducta de neutralización y, si fuese así, que forma se utilizó y si el paciente se volvió a exponer inmediatamente al pensamiento.

El terapeuta pide luego al paciente que describa las reacciones a la experiencia. Las reacciones se reformulan en los términos del modelo y en los de las expectativas previas del paciente. En nuestra experiencia, es raro que la primera sesión de exposición sea altamente eficaz debido a las dificultades para llevar a cabo la prevención de la respuesta ante todas las formas de neutralización. Por esta razón, es muy importante no mandar como tarea para casa la exposición hasta que el paciente haya tenido éxito durante la sesión de terapia.

Una vez que la exposición se ha desarrollado satisfactoriamente en la clínica, entonces se puede emplear en casa. Esto suele suceder, aunque no siempre, después de dos sesiones de exposición. Nuestra recomendación actual es que escuchen la cásete dos veces al día. Es importante identificar el momento y la situación en los que, con una gran probabilidad, llevará a cabo satisfactoriamente los ejercicios de exposición.

## V.6. *Las sesiones de exposición posteriores*

En todas las sesiones en las que se ha mandado la exposición como tarea para casa, es importante examinar al comienzo de cada sesión las hojas de autorregistro sobre la exposición. Deberían abordarse la duración, las puntuaciones y las notas sobre la neutralización.

Cuando los pacientes son capaces de terminar la exposición sin emplear elementos de neutralización, pueden entonces empezar a llevar a cabo la exposición cuando los pensamientos ocurren de forma espontánea. La instrucción aquí es la siguiente:

Cuando aparecen los pensamientos, préstales atención. Observa cómo vienen y cómo se van sin reaccionar ante ellos; déjales donde están sin hacer nada de particular con ellos.

Con el fin de aumentar la generalización, se puede modificar el casete cuando provoque menos ansiedad (ha tenido lugar cierta habituación entre sesiones). Estas modificaciones exigen creatividad por parte del paciente y del terapeuta, con el fin de encontrar formas de crear una exposición funcional óptima e incluir variaciones del estímulo, de la situación, de la intensidad del pensamiento y del estado de ánimo.

### V.7. *Las técnicas cognitivas*

Las técnicas cognitivas pueden tener como objetivo toda una serie de diferentes temas que se observan habitualmente en los pacientes con pensamientos obsesivos. Estos son:

1. Sobreestimar la importancia de los pensamientos y de sus derivaciones, como la fusión del pensamiento y la acción, y el pensamiento mágico.
2. Exageración de la responsabilidad.
3. Control perfeccionista sobre los pensamientos y las acciones y la necesidad asociada de la certeza.
4. Las consecuencias relacionadas con el contenido de los pensamientos, que implican estimaciones exageradas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de sucesos negativos.

Los objetivos específicos varían de acuerdo con los pacientes y los tipos de valoración que se hacen. El *CIQ* y el *IBRO* nos darán información sobre las evaluaciones disfuncionales específicas y las creencias subyacentes.

Utilizamos las técnicas cognitivas de dos maneras. En el primer caso, pueden emplearse como un medio de facilitar la exposición, abordando primero preocupaciones del paciente tales como el poder de los pensamientos para causar actuaciones, la naturaleza de la responsabilidad y las consecuencias de la ansiedad. En este caso, hay un prerrequisito o correquisito para la exposición eficaz. En el segundo caso, pueden utilizarse como un complemento de la exposición para integrar completamente la nueva información generada por la misma, fomentar la generalización, y crear las condiciones que minimizarán las posibilidades de recaída. Así, para algunos pacientes, se pueden abordar determinados objetivos al comienzo de la terapia, mientras que para otros se abordarán una vez que el paciente haya dominado los aspectos esenciales de la exposición.

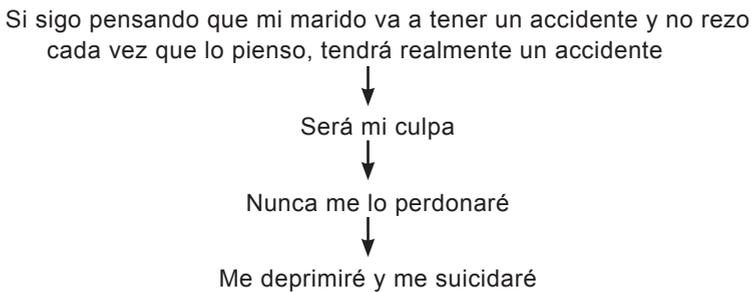
Una vez que se han identificado las valoraciones que constituyen el objetivo, se puede emplear una serie de técnicas limitada sólo por la creatividad del terapeuta y la capacidad del paciente para participar activamente. Una de las mejores formas de identificar las suposiciones subyacentes consiste en utilizar la «flecha descendente» (Burns, 1980), conocida también como la técnica del «¿y qué?», por medio de la cual se examina secuencialmente el pensamiento original buscando las consecuencias cercanas y lejanas. No es raro, en el curso del empleo de esta técnica, encontrar varias clases de suposiciones subyacentes: por ejem-

plo, las valoraciones erróneas de daño se encuentran asociadas a menudo con valoraciones equivocadas de la gravedad y de la probabilidad de las consecuencias, así como con una responsabilidad exagerada. Las suposiciones erróneas pueden cuestionarse por medio de cualquier técnica apropiada. Seguidamente se presentan algunos ejemplos de intervenciones que han demostrado ser útiles con los pacientes en nuestro programa de tratamiento y en la práctica privada.

### V.7.1. Sobreestimación de la importancia de los pensamientos

Esto puede ocurrir de varias maneras. El primer ejemplo se refiere al *pensamiento mágico*, es decir, que el pensamiento puede producir acontecimientos reales.

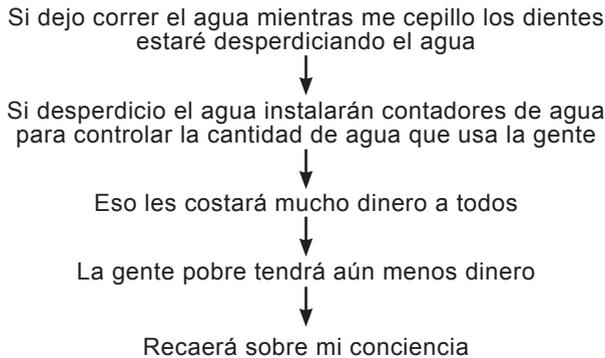
Una mujer casada tenía imágenes terroríficas de que su marido sufría un accidente de coche y empleaba una oración para contrarrestar la imagen cada vez. Seguidamente presentamos la flecha descendente asociada con este pensamiento.



La suposición básica aquí es que los pensamientos pueden causar acciones, aunque también está presente la responsabilidad. Una forma en la que hemos cuestionado satisfactoriamente este tipo de pensamiento es por medio de experimentos conductuales. Por ejemplo, el paciente compra un billete de lotería el lunes y se imagina que le toca el premio gordo durante media hora cada día de la semana (las probabilidades son 1 entre 100000 para la lotería nacional en España). Alternativamente, se escoge un pequeño electrodoméstico, que se sabe que funciona bien (p. ej., el tostador). El paciente piensa 100 veces al día, durante la siguiente semana, que el aparato se estropeará. El resultado se compara con la predicción.

### V.7.2. Exageración de la responsabilidad

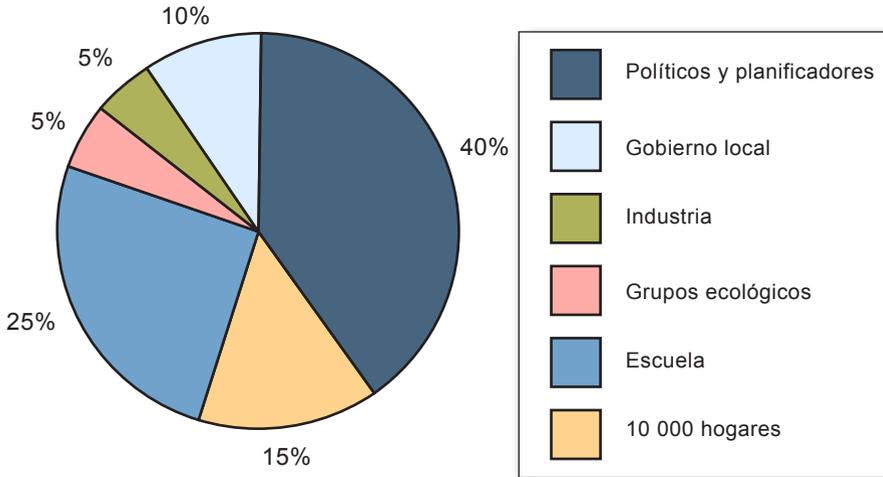
Un joven universitario estaba obsesionado con la idea de que si dejaba correr el agua mientras se cepillaba los dientes o mientras lavaba los platos, sería responsable de la instalación de contadores de agua en todas las casas.



La suposición básica aquí se encuentra en el exceso de responsabilidad personal que funciona a dos niveles. El primero se refiere al empleo del agua por parte del individuo comparado con cómo usa el agua el resto de la ciudad. De hecho, el ahorro de agua sería considerable, pero el papel de un individuo sería insignificante. Si utilizamos un gráfico en forma de queso para determinar el volumen de agua utilizada por el individuo mientras se cepilla los dientes (lo que se puede medir) comparado con el volumen que se emplea en la industria, en todas las otras casas, para regar el jardín, etc., se podrían establecer las contribuciones respectivas. La técnica es atribuir responsabilidad a todas las otras fuentes antes de buscar la responsabilidad que resta del individuo. De esta forma, la idea de un poder fundamental es claramente errónea: ¿De qué manera podría influir la mínima proporción de agua utilizada por el paciente sobre la política pública?

El segundo nivel consiste en abordar la responsabilidad personal del individuo comparada con la responsabilidad colectiva para el uso racional del agua: aunque este papel esencial es claramente erróneo, si se es un ciudadano responsable se tiene cierto grado de responsabilidad. Sin embargo, el uso racional del agua es una responsabilidad colectiva y no individual. De nuevo, se emplea el gráfico en forma de queso para determinar con precisión la responsabilidad personal. Por ejemplo, la responsabilidad se atribuye al papel de los políticos y de los que planifican la distribución del agua (40%), al papel del ayuntamiento para educar a la gente sobre el uso responsable del agua (15%), al cumplimiento de las regulaciones impuestas a las industrias (25%), al papel de los grupos ecológicos para concienciar al público (5%), al papel de la educación en las escuelas (5%) y, finalmente, al número de casas que haya en la ciudad (supongamos unas 10 000)(10%) (véase figura 5.3). De este modo, siendo una de las 10 000 casas y con cinco miembros de familia, la responsabilidad personal del individuo es del  $10\% \times 1/10\,000 \times 1/5 = 0,0002\%$ .

Una forma más de cuestionar este tipo de valoración es que el paciente actúe como fiscal y/o abogado defensor en el caso. A menudo es más difícil para el paciente ser fiscal, ya que la única evidencia de culpabilidad (es decir, la responsabilidad) es, por medio del racionamiento emocional, su experiencia subjetiva de culpa. El paciente tiene que probar su "culpabilidad" encontrando argumentos sólidos con pruebas empíricas reales («¿Cuáles son los hechos?»). Cuando el paciente representa ambos papeles, puede considerar y comparar dos puntos de vis

FIGURA 5.1. *Atribución adecuada de la responsabilidad para el consumo de agua*

ta opuestos, resaltando así la naturaleza modificable de la valoración. El papel del terapeuta es representar al juez y “hacer que no consten” las pruebas inadmisibles, como los rumores («una vez oí que...») o los argumentos irracionales.

La clave para cuestionar las valoraciones de la responsabilidad es establecer, en primer lugar, un darse cuenta (p. ej., por medio del autorregistro) de las situaciones en las que el paciente adquiere una responsabilidad excesiva. Las señales emocionales, como sentirse culpable o molesto por algo, son, a menudo, la mejor forma de descubrir la responsabilidad excesiva. Cuando los pacientes toman una responsabilidad excesiva sobre acontecimientos específicos, una forma de exponer esa naturaleza excesiva es transferir la responsabilidad (temporalmente) al terapeuta, por medio de un contrato, de cualquier daño que se pudiera producir durante un período específico (véase Rachman, 1993). Se registran los pensamientos, la conducta y las reacciones y se comparan con un período similar cuando la responsabilidad se vuelve a transferir al paciente. Otra forma de destacar la exagerada responsabilidad consiste en predecir las reacciones del paciente (cognitivas, emocionales o conductuales) cuando la responsabilidad se transfiere a otra persona; por ejemplo, se paga a alguien una gran cantidad de dinero para que se haga cargo de la situación. Se le pregunta al paciente, «¿seguiría empleando elementos neutra-lizadores si tuviera que pagar 500000 pta a una persona para que condujera detrás de Vd. con el fin de asegurarse que no ha atropellado a nadie?».

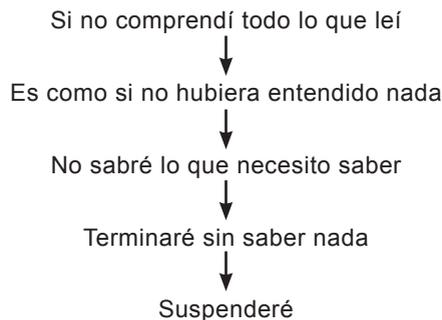
### V.7.3. Responsabilidad exagerada y consecuencias de un resultado negativo

Este tipo de valoración es frecuente en distintos trastornos por ansiedad y existe una serie de buenos ejemplos en la literatura (Beck y Emery, 1985; Van Arntz,

1994). La flecha descendente se emplea para identificar todos los pasos de la cadena que conduce a la consecuencia finalmente temida. Se evalúa la probabilidad subjetiva de cada paso, para calcular luego la probabilidad acumulada. Una vez que se han identificado todos los pasos, se cuestiona la lógica de las consecuencias en cada uno de ellos y su grado de probabilidad.

#### V.7.4. Perfeccionismo

Las valoraciones perfeccionistas de los pensamientos existen bajo una serie de formas. Un tipo de perfeccionismo es la necesidad de certeza o de que se va a realizar completamente la tarea (véase Rasmussen y Eisen, 1991). Un joven estudiante licenciado, con una serie de obsesiones sobre diferentes ambigüedades, sufría de obsesiones continuas de que no había entendido perfectamente las cosas que había leído. Empezó a leer cada vez más despacio, le iba siendo menos agradable leer y se distraía en otras tareas intentando ver si había comprendido lo que había leído, explicándose el texto a sí mismo.



Esto se cuestionó de tres maneras. En primer lugar, el pensamiento dicotómico («Si no entendí todo es como si no hubiera entendido nada»). En segundo lugar, se expusieron las ventajas y desventajas de intentar comprender todo perfectamente.

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
Saber que sé	Dudas sobre uno mismo y frustración cuando no tengo éxito (generalmente)
Certeza sobre algunas cosas	Leer menos Pérdida de placer en la lectura Preocupación y distracción, fatiga

Una vez que se establecieron las ventajas y las desventajas, se cuestionó la validez de las primeras. En este caso, el paciente tenía que identificar el número de veces que estaba seguro de lo que había leído. De hecho (tal como se podría predecir), admitió que esto sucedió de forma muy infrecuente. Así, no sólo estaba: 1) entregado a la inútil persecución de las denominadas ventajas que casi

nunca tenían lugar, sino que 2) sufría también todas las desventajas de buscar una comprensión perfecta. Esto abrió la puerta para modificar los pensamientos subyacentes cambiando la conducta.

Para refutar la predicción («Si no entiendo todo lo que leo, no sabré lo que necesito saber y, finalmente, suspenderé»), se diseñó un experimento conductual. Dividió las cosas que tenía que leer en tres categorías:

- a. Cosas que solamente tenía que leer (publicidad, folletos, periódicos, etcétera).
- b. Cosas que tenía que leer y comprender en términos generales (leer por placer).
- c. Cosas que tenía que leer y comprender bien (contenidos del examen, anuncio de un trabajo, etcétera).

En la primera categoría tenía que leer las cosas tan rápido como le fuese posible sin retroceder. En la segunda categoría, se leía la primera página a la velocidad normal y las páginas siguientes se leían 1/3 más rápido. La tercera categoría permanecía intacta por el momento. No sólo no era correcta la predicción (que terminaría sin saber nada y fracasaría), sino que el paciente encontró que leía con más agrado, la velocidad aumentó, la distracción disminuyó y terminó sabiendo más, porque leía más y se preocupaba menos. Fue capaz finalmente de adentrarse en un texto de la tercera categoría y leer algunas partes más rápidamente que otras, según su importancia relativa.

Los experimentos conductuales son útiles para cuestionar la responsabilidad exagerada y las actitudes perfeccionistas, cometiendo deliberadamente, por ejemplo, un pequeño error o cambiando un hábito rígido y luego predecir las consecuencias negativas específicas y compararlas con el resultado real. Cuando se plantean de forma apropiada, estos experimentos permiten que se hagan unas predicciones más precisas.

## V.8. *La prevención de las recaídas*

El estudio formal de las recaídas y de su prevención en el TOO se encuentra todavía en su infancia, aunque textos recientes (p. ej., Emmelkamp, Klock y Blaauw, 1992; Salkovkis, 1985; Steketee, 1993) están abordando la cuestión de forma más explícita. No hay datos sobre la recaída en los pensamientos obsesivos sin compulsiones manifiestas. Nuestra propia experiencia nos dice que la mejor forma de que el tratamiento se vaya desvaneciendo es aumentar el período de tiempo entre sesiones y que de vez en cuando haya un contacto con el terapeuta para una “puesta a punto” y para aprender a reaccionar de forma adecuada a nuevas situaciones. Aunque mucha de la información necesaria para vérselas con la recaída se encuentra implícita a lo largo del tratamiento, se debería identificar de forma explícita en las sesiones posteriores y recogerse en un documento que el paciente pueda guardar. La información esencial del paquete incluye:

- Una comprensión clara del modelo y de cómo el estado de ánimo y los acontecimientos de la vida pueden modular el modelo, ayudando al paciente a comprender los cambios a niveles de los síntomas residuales y a identificar los primeros signos de la recaída. Se debería representar sobre papel el modelo y la información básica. Se pueden grabar también las sesiones de prevención de las recaídas.

- Expectativas claras sobre los síntomas residuales. El paciente puede esperar tener, en ocasiones, apariciones de pensamientos más frecuentes e intensos, pero será capaz de afrontarlos. En particular, las situaciones desencadenantes con baja frecuencia son más difíciles de ajustar debido a la falta de práctica y a la novedad. De este modo, las vacaciones, los cambios imprevistos de la vida, las situaciones de “mala suerte”, se encuentran a menudo asociados a los aumentos de los síntomas obsesivos.

- Instrucciones escritas sobre lo que hay que hacer en caso de recaída. Esto puede resumirse en los puntos siguientes, aunque es mejor presentarlos con ejemplos y detalles personalizados:

1. Que no te entre pánico.
2. Revisa el modelo.
3. No concedas importancia a los pensamientos, no catastrofices.
4. No emplees elementos neutralizadores, ni conductas de evitación, ni busques factores tranquilizadores, etcétera.
5. Haz prácticas de exposición.
6. Analiza las situaciones clave, aplica técnicas de reestructuración para reevaluar la probabilidad, atribuye responsabilidades, etcétera.
7. Identifica estímulos estresantes y aplica la solución de problemas, busca ayudas cuando sea necesario.
8. Identifica lo que hacías cuando las cosas iban mejor y qué has dejado de hacer.
9. Considera a las recaídas como una oportunidad de llevar la teoría a la práctica y mantenerte al día, pero no como un retroceso o un fracaso.

Debería observarse que otros autores han planteado toda una serie de ayudas complementarias que puede ser útil para los pacientes con un TOC a la hora de prevenir las recaídas (Emmelkamp *et al.*, 1992; Riggs y Foa, 1993; Salkovskis, 1989; Steketee, 1993; Turner y Beidel, 1988; Warren y Zgourides, 1991). El consenso general es desarrollar formas de superar las dificultades diarias en días normales. Las ayudas complementarias pueden incluir entrenamiento en asertividad, terapia marital o familiar, el entrenamiento en el control del estrés, la planificación de las actividades, el entrenamiento en solución de problemas, etcétera.

### V.9. Tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico combinados

En los últimos años se ha dado un aumento del interés por la combinación de las terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas en el tratamiento del TOC.

Un reciente metaanálisis de 87 estudios sobre tratamiento (Van Balkom *et al.*, 1994) encontró que la terapia de conducta era significativamente superior al placebo en las evaluaciones de los síntomas obsesivo-compulsivos. Se observaron también algunos resultados significativos secundarios para la terapia cognitiva. En los síntomas autoinformados, la terapia de conducta se presentaba como más eficaz que los fármacos antidepresivos clomipramina, fluoxetina o fluvoxamina considerados en combinación y no había evidencia de que estos antidepresivos más la terapia de conducta fuera superior a la terapia de conducta sola. Como no existen estudios comparativos sobre pensamientos obsesivos sin rituales compulsivos manifiestos, no es posible proporcionar recomendaciones con base empírica. Sin embargo, tal como hemos afirmado en otra parte (Ladouceur, Freeston y Gagnon, 1994b), nuestra experiencia nos ha demostrado que, en algunos casos, combinaciones apropiadas de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual pueden facilitar el tratamiento al estabilizar al paciente, mejorar los síntomas depresivos y establecer una primera sensación de control, permitiéndole así que dedique más recursos a la terapia cognitivo-conductual.

Es necesaria una estrecha colaboración entre el médico y el terapeuta para permitir un desvanecimiento apropiado del tratamiento y/o una sustitución de la medicación alternativa (p. ej., de un antidepresivo con efectos antiobsesivos no comprobados), de modo que se puedan practicar las habilidades con unos niveles de síntomas adecuados y que permitan una atribución apropiada de los beneficios del tratamiento a las nuevas habilidades que se hayan aprendido durante la terapia cognitivo-conductual. Esto puede disminuir la probabilidad de recaídas cuando se retire la medicación. Hemos observado que algunos pacientes con una historia previa de depresión o de recaídas cuando se retiraba la medicación, pueden beneficiarse del mantenimiento de una baja dosis de medicación que esté por debajo de los niveles normales recomendados, mientras que los cambios en el estilo de vida tienen lugar después de una terapia cognitivo-conductual con éxito. Con una "red de seguridad" en su entorno, el paciente se sentirá más seguro y más capaz de cumplir con el desafío de aprender a vivir sin obsesiones, de temer menos la recaída.

### V.10. *La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual*

Además de los casos tratados con éxito de los que ya se ha informado (Ladouceur *et al.*, 1993, 1995), recientemente 28 pacientes han participado en un estudio que evaluaba resultados. En el postest, había una mejoría significativamente superior en el grupo de tratamiento que en el grupo control en la escala para las obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown obsessive-compulsive scale*), al igual que en medidas de funcionamiento global y en autoinformes de ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y variables cognitivas. El beneficio promedio obtenido por todos los pacientes en el tratamiento fue un 57% de reducción en la puntuación inicial de la escala anterior. Para los pacientes que completaron el tratamiento, el 82% había mejorado mucho. Disminuyeron los síntomas obsesivos, depresivos y ansiosos autoinformados, así como los pen-

samientos irracionales y la valoración de los pensamientos objetivo, hallándose unos tres cuartos de las puntuaciones de los pacientes dentro del rango normal después del tratamiento. Un seguimiento realizado a los seis meses mostró que las ganancias permanecían estables. El seguimiento de los pacientes que habían terminado el tratamiento 2-3 años antes muestra que mantienen los beneficios del mismo aunque algunos siguen siendo vulnerables a las perturbaciones del estado de ánimo y a ocasionales ataques de ira en respuesta a acontecimientos estresantes. En estos momentos, estamos planificando adaptar el paquete de tratamiento para intervenir, en un próximo futuro, en adolescentes con un TOC.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (y edición-Revisada) (DSM-III-R). Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a edición) (DSM-IV). Washington: APA.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beech, H. R. y Vaughn, M. (1978). *Behavioural treatment of obsessional states*. Chichester: Wiley.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. Nueva York: New American Library.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. Nueva York: Plenum.
- Emmelkamp, P. M. G., Kloek, J. y Blaauw, H. (1992). Obsessive-compulsive disorders. En P. H. Wilson (dir.). *Principles and practice of relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B.J. (1985). Behavior therapy with obsessive compulsives. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.). *Obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Plenum.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 181-190.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994<sup>^</sup>). «From intrusions to obsessions: An account of the development and maintenance of obsessive-compulsive disorder». En preparación.

- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994b). «What do patients do with their obsessive thoughts?». En preparación.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994c). «Mood, cognitive appraisal, daily life events and obsessional severity in OCD without overt compulsions». En preparación.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1991a). Cognitive intrusions in a non-clinical population. 1. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1991b, noviembre). *Les intrusions cognitives: Implications pour le trouble obsessionnel-compulsif*. [Intrusive thoughts: Implications for obsessive compulsive disorder]. Comunicación presentada en la reunión anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivières, Quebec.
- Freeston, M. FL, Ladouceur, R., Gagnon, E. y Thibodeau, N. (1992, junio). *Intrusive thoughts, worry, and obsessions: Empirical and theoretical distinctions*. En P. Salkovskis (dir.), *Clinical and non-clinical intrusive thoughts*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto.
- Freeston, M. IL, 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., Provencher, M. y Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Letarte, FL, Rheaume, J., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1994). Measurement of obsessive-compulsive symptoms with the Padua Inventory: Replication and extension. Manuscrito enviado para publicación.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G. R. y Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. FL, Rasmussen, S. A., Mazure, O, Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heniger, G. R. y Charney, D. S. (1989/»). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 44-50.
- Headland, K. y McDonald, B. (1987). Rapid audio-tape treatment of obsessional ruminations. A case report. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 188-192.
- Flimle, J. y Thyer, B. A. (1989). Clinical social work and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 13, 459-470.
- Hoogduin, K., De Haan, E., Schaap, C. y Arts, W. (1987). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Jenike, M. A. y Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 11-17.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. y Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Khanna, S., Rajendra, P. N. y Channabasannava, S. M. (1988). Life events and onset of obsessive-compulsive disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34, 305-309.
- Kozak, M.J. y Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.

- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Thibodeau, N., Gagnon, F. y Bujold, A. (1994b, noviembre). *Treatment of obsessions: A controlled study*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H. y Gagnon, F. (1994b). *Cognitive and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder*. Manuscrito enviado para publicación.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Ladouceur, R., Freeston, M. FL, Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1993). Idiographic considerations in the cognitive-behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 301-310.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. y McDonald, R. (1980). Clomopramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Martin, O y Tarrrier, N. (1992). The importance of cultural factors in the exposure to obsessive ruminations: A case example. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 181-184.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- McKeon, J., Bridget, R. y Mann, A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 144, 185-189.
- Milby, J. B., Meredith, R. L. y Rice, J. (1981). Videotaped exposure: A new treatment for obsessive-compulsive disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 249-255.
- Moergen, S., Maier, M., Brown, S. y Pollard, C. A. (1987). Habituation to fear stimuli in a case of obsessive-compulsive disorder: Examining the generalization process. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 65-70.
- Molnar, C, Freund, B., Riggs, D. y Foa, E. B. (1993, noviembre). *Comorbidity of anxiety disorders and DSM-III-R axis II disorders in obsessive-compulsives*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Myers, K., Weissman, M., Tischler, L., Holzer, E., Leaf, J., Orvaschel, H., Anthony, C, Boyd, H., Burke, D., Kramer, M. y Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Rachman, S. J. (1971). *Obsessional ruminations*. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. J. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. J. (1978). An anatomy of obsessions. *Behavior Analysis and Modification*, 2, 255-278.
- Rachman, S. J. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.

- Rachman, S.J. y De Silva, P. (1978). Normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Rasmussen, S. y Eisen, J. L. (1991). Phenomenology of OC1): Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. En J. Zohar, T. Insel y S. Rasmussen (dirs.). *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Springer.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (1992). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53,4-10.
- Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.). *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-959.
- Salkovskis, P. M. (1983). Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311-313.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. y Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon.
- Van Balkom, A. J. L. M., Van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., Nauta, M. M. C, Vorst, H. C. M. y Van Dyck, R. (1994). *A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy*. Manuscrito enviado para publicación.
- Van Oppen, P. y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Warren, R. y Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. Nueva York: Pergamon.
- Weissman, M. M., Bland, R. O, Canino, G. J., Grcenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K., Newman, S. O, Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramarathe, P. J., Wittchen, H. U. y Yeh, E. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

#### LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Mavissakalian, M., Turner, S. M. y Michelson, L. (dirs.) (1985). *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

- Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.). *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Stcketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon.