

Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Facultad de Psicología

UAM

María Márquez-González, Rosa Romero-Moreno, Tatiana Fernández Marcos y
Marta Ortega Otero

Equipo de trabajo: María Márquez-González, Rosa Romero-Moreno, Tatiana Fernández Marcos y Marta Ortega Otero
Ámbito: atención sanitaria (Salud Mental)
1. Objetivo general: ofrecer recomendaciones al profesional en formación para la atención (evaluación e intervención) a los clientes adultos con TOC
Información que contiene la Guía: <ul style="list-style-type: none">- Descripción y aspectos definatorios básicos del TOC (prevalencia, comorbilidad, etc)- Etiología: factores explicativos del origen y mantenimiento de este problema psicológico- Aspectos más relevantes para orientar la evaluación del TOC- Intervención psicológica<ul style="list-style-type: none">○ Objetivos terapéuticos y principales líneas de tratamiento empíricamente validadas en función de dichos objetivos○ Árbol de decisión○ Seguimiento- Recursos bibliográficos de interés

El objetivo de esta guía es especificar de forma concisa el protocolo de actuación ante personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Concretamente, se pretende ofrecer un marco para guiar la evaluación e intervención terapéutica de los profesionales de atención clínica ante este tipo de problemática.

El presente protocolo no pretende ser una guía exhaustiva que incluya todos los detalles del abordaje clínico de estos casos. Existen manuales especializados que, si el lector está interesado, puede revisar en la bibliografía recomendada. Más bien, se presenta información y pautas básicas de actuación que pretenden proporcionar al clínico una orientación sencilla ante este tipo de casos.

ÍNDICE	Nº pág
1. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?	4
1.1. ¿Qué características definen al trastorno obsesivo-compulsivo?	4
1.2. ¿Qué datos conocemos sobre su prevalencia y pronóstico?	9
1.3. ¿Con qué otros problemas psicológicos se asocia?	10
1.4. ¿Cómo podemos explicar el desarrollo y el mantenimiento de este tipo de problema?	11
2. ¿CÓMO PODEMOS EVALUAR ESTE PROBLEMA PSICOLÓGICO?	17
2.1. ¿Qué aspectos han de evaluarse y a través de qué instrumentos podemos hacerlo?	17
3. ¿CÓMO PODEMOS INTERVENIR PARA AYUDAR A LAS PERSONAS CON ESTE PROBLEMA PSICOLÓGICO?	23
3.1. ¿Qué objetivos tiene la intervención psicológica en casos de TOC?	23
3.2. Principales líneas de tratamiento empíricamente validadas en función de los objetivos	23
3.3. Árbol de decisión	34
3.4. Seguimiento	35
4. Bibliografía básica comentada y webs de interés	36
5. Referencias bibliográficas	38

1. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?

1.1. ¿Qué características definen al trastorno obsesivo-compulsivo?

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual (DSM-IV) como un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia recurrente de obsesiones y/o compulsiones que interfieren en el funcionamiento adecuado y la adaptación de la persona (Hipervínculo 1: [Criterios DSM-IV.doc](#)). Pero, ¿qué hemos de entender por obsesiones y compulsiones?

1. Obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes experimentados, al menos en un primer momento, como inapropiados y aversivos y que generan ansiedad o malestar acusados. En ocasiones, las obsesiones no son fáciles de identificar porque no tienen un contenido preciso o delimitado y no resultan fáciles de percibir por la persona, quien, simplemente, experimenta malestar más o menos intenso ante determinadas situaciones (p.ej., suciedad o desorden). Suelen tener que ver con la anticipación de consecuencias negativas si no se realizan ciertas conductas (compulsiones). La persona reconoce que, aunque involuntarias, son el producto de su propia mente (no vienen impuestas desde fuera, como en los delirios o alucinaciones). Su frecuencia, duración y contenido varía mucho de una persona a otra. En general, las obsesiones suelen generar angustia y malestar a la persona, quienes suelen desarrollar algún tipo de conducta (manifiesta o encubierta) para hacer frente a dicho malestar (**compulsiones**). Es importante señalar que las obsesiones no son preocupaciones excesivas o intensas sobre problemas de la vida real. Lee y Kwon (2003; citado en Bados, 2005) clasifican las obsesiones en **autógenas** y **reactivas**:

- a) **Obsesiones autógenas:** son aquellas para las que es difícil encontrar estímulos desencadenantes, suelen tener un contenido relacionado con temas que la persona considera inmorales (p.ej., blasfemias, sexo inmoral y/o agresividad) y son experimentadas con intensa angustia y malestar por la persona, quien, para controlarlas, suele recurrir a **rituales encubiertos**, esto es, estrategias mentales neutralizadoras (p.ej., rezar o imaginar escenas o imágenes contrarias a la

obsesión). La presencia de este tipo de obsesiones se relaciona con una tendencia de las personas que las sufren a **sobreestimar la importancia de los propios pensamientos**, que se consideran equivalentes a las acciones a las que se refieren (p.ej., “pensar en la posibilidad de matar a mi hijo es tan malo y deplorable como la acción real de matarle”). Algunos autores se refieren a esta tendencia como **fusión pensamiento-acción** y consideran este tipo de creencias disfuncionales como un aspecto nuclear en una gran proporción de casos de TOC (Rachman, 2003; Wells, 1997; 2000).

- b) Obsesiones reactivas: este tipo de obsesiones se activan ante situaciones y estímulos específicos y no son experimentadas por la persona que las tiene con tanto malestar como las obsesiones autógenas, ya que se asumen como reacciones más o menos lógicas ante estímulos que se consideran aversivos, tales como asimetría, fallos o errores, suciedad, objetos relacionados con la seguridad, etc. La persona que experimenta este tipo de obsesiones puede tender a **sobreestimar su grado de responsabilidad y/o control** sobre la ocurrencia y/o prevención de eventos aversivos tales como contaminarse, ser robado, que entren en la propia casa, etc. Por esta razón, cuando le surgen estas obsesiones, la persona suele recurrir a **rituales observables** (conductas manifiestas) con el objetivo de prevenir tales consecuencias desastrosas y el malestar asociado a ellas. Estos rituales serían precisamente las **compulsiones** (de lavado, de comprobación, de orden o de seguridad, entre otras).

2. Compulsiones: son conductas motoras y/o cognitivas dirigidas a reducir o prevenir el malestar generado por las obsesiones y/o a neutralizar/prevenir las consecuencias negativas anticipadas por éstas. A veces tienen poca conexión con el daño que pretenden prevenir (p.ej., tener que repetir mentalmente una palabra 100 veces para evitar que alguien tenga un accidente) y, cuando existe dicha relación (p.ej., limpieza para evitar contaminación), son claramente desproporcionadas e interfieren en el desarrollo de la vida de la persona. Pueden ser conductas motoras **observables** (p.ej., rituales de comprobación o limpieza) o respuestas **encubiertas**, específicamente, actos cognitivos neutralizadores (p.ej., ante la obsesión de haber enviado una enfermedad a alguien sólo por pensar en ello,

rodear las imágenes de las personas con un círculo de luz para “protegerlas” de esa enfermedad). Aunque en la mayor parte de los casos (un 90%) las compulsiones suelen llevarse a cabo como respuesta a las obsesiones, existen **compulsiones sin obsesión o malestar (ansiedad) previos** que la persona pueda identificar (un 10% de los casos). Estas compulsiones se han establecido en el repertorio de la persona por su gran efectividad para prevenir la aparición de la obsesión o el malestar (para profundizar en este tema, ver Cruzado, 1998) y están muy integradas en la forma de funcionar de las personas, quienes no las experimentan como aversivas o indeseables.

Con relativa frecuencia, las personas perciben sus obsesiones y compulsiones como **exageradas o irracionales**. Cuando esto no ocurre, suele emplearse el término “**poca conciencia de enfermedad**” como una especificación del trastorno. Se ha encontrado que la baja conciencia de enfermedad podría ser más habitual en ciertos perfiles obsesivos tales como el de acumulación (Lochner y Stein, 2003), que se describe más adelante.

La mayoría de las personas con TOC presentan **tanto obsesiones como compulsiones**, si bien un pequeño porcentaje (2%) parece presentar **obsesiones puras**, sin rituales externos o internos identificables y otra pequeña proporción de casos (10%), como ya se ha comentado, pueden presentar compulsiones sin obsesiones previas identificables. La clasificación internacional de trastornos mentales de la OMS (CIE-10) establece una distinción entre casos de TOC con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas y casos con predominio de rituales compulsivos¹.

Además de las obsesiones y compulsiones, suelen aparecer en los casos de TOC numerosas **conductas de evitación y/o escape de estímulos y situaciones** que activan el malestar y las obsesiones correspondientes (p.ej., la persona con obsesión con la limpieza que evita pasar al lado de cubos de basura).

Existen diferentes temas o contenidos de las obsesiones y compulsiones, así como diversos tipos de conductas de evitación. De hecho, se ha sugerido que el TOC puede no

¹ Puede percibirse cierto paralelismo entre esta distinción y la establecida por Lee y Kwon (2003) entre obsesiones autógenas y reactivas.

ser un trastorno único, sino un espectro de síndromes potencialmente coincidentes (Bados, 2005). Por otro lado, la mayor parte de las personas que presentan TOC (un 60%) manifiestan más de un tipo de obsesión y compulsión. La Tabla 1 recoge los contenidos y tipos más frecuentes de obsesiones, compulsiones y conductas de evitación que pueden presentarse:

Tabla 1. Contenidos y tipos más frecuentes de obsesiones y compulsiones²

Tipo	Características principales
Contaminación (Prevalencia: 37,8%)	<p>Obsesiones sobre posibles contagios de enfermedades, objetos contaminados con virus o bacterias capaces de transmitir enfermedades.</p> <p>Compulsiones de lavado, limpieza y desinfección.</p> <p>Otras conductas de evitación: evitar contacto con objetos potencialmente contaminados, usar guantes u otras medidas de protección, etc.</p>
Violencia / impulsos agresivos (Prevalencia: 4,3%)	<p>Obsesiones sobre hacer daño a uno mismo u otros, actos criminales, imágenes de uno mismo cometiendo asesinatos o “barbaridades”, conductas socialmente inadecuadas (p.ej., pegar a alguien con quien se está hablando).</p> <p>Compulsiones tales como rituales mentales de neutralización como pensar en actos o imágenes contrarias a la obsesión (contraimágenes; p.ej., acariciar a la persona en lugar de pegarla) o intentar pensar en otras cosas, conductas positivas hacia la otra persona (p.ej., decirle algo positivo), etc.</p> <p>Conductas de evitación de las interacciones con determinadas personas (o evitar quedarse solo en caso de obsesiones sobre daño a uno mismo).</p>
Seguridad (Prevalencia: 23,6%)	<p>Obsesiones relacionadas con dudas constantes sobre conductas de seguridad o sobre haber cometido descuidos en este sentido (p.ej., “¿he cerrado el coche?”)</p> <p>Compulsiones de comprobación (verificación) o de haber realizado la conducta de seguridad (p.ej., cerrar varias veces seguidas el coche comprobando que se ha cerrado), preguntas a otras personas buscando tranquilización (p.ej., “He cerrado la puerta, ¿verdad?”), pedir/exigir garantías, vigilancia constante (p.ej., no perder de vista la puerta durante</p>

² Los porcentajes de prevalencia han sido tomados de la guía NICE 2005 para el TOC, elaborada por The British Psychological Society y The Royal College of Psychiatrists.

	un buen rato), etc.
Orden, simetría, perfección (Prevalencia: 10 %)	<p>Obsesiones relacionadas con que las cosas tienen que hacerse de un modo concreto, siguiendo un orden determinado, y con un grado de exactitud y perfección concretos (p.ej., “si hago una cosa con una mano, la tengo que hacer igual con la otra”, “no debe quedarme ni una sombra de duda sobre este tema”)</p> <p>Compulsiones tales como restablecer el orden y la simetría de las cosas, hacer las cosas de forma meticulosa y/o en una secuencia determinada (e inflexible) o lentamente para poder comprobar que se hacen bien (lentitud compulsiva).</p>
Moral/ religión (Prevalencia: 5,9%)	<p>Obsesiones relacionadas con imágenes y pensamientos blasfemos, sensación de ser inmoral, de estar contaminado por la impureza, “ser pecador”, escenas sexuales con figuras religiosas, etc.</p> <p>Compulsiones como rituales mentales de “purificación” o formación de contraimágenes (p.ej., imaginarse una luz limpiándole del pecado) o actos como rezar intensamente pidiendo perdón, confesarse, etc.</p>
Erótica (Prevalencia: 5,5%)	<p>Obsesiones relacionadas con la posibilidad de realizar actos eróticos (o sexuales) indeseados o mal vistos por la persona y la sociedad (p.ej., relaciones homosexuales, con niños, etc), fantasías con actos eróticos considerados inaceptables, dudas sobre los propios deseos y orientación sexual.</p> <p>Compulsiones como pensar en otras cosas, eliminar los malos pensamientos de la mente y pensar en uno mismo en actos sexuales deseables o “bien vistos”, comprobación compulsiva de si hay o no excitación sexual, etc.</p> <p>Pueden aparecer conductas de evitación relacionadas con el evitar estar a solas con las personas u objetos relacionados con sus obsesiones.</p>
Acumulación (“Síndrome de Diógenes”) (Prevalencia: 4,8%)	<p>Obsesiones relacionadas con el valor de las cosas y la anticipación de consecuencias desastrosas de deshacerse de ellas.</p> <p>Las compulsiones consisten en la acumulación de numerosos objetos, muchos de ellos de escasa o nula utilidad, que invaden espacio de la propia casa e interfieren con el movimiento en ella. La persona, aunque reconozca su escasa utilidad actual, evita tirar estos objetos porque piensa en que podrían resultarles útiles de alguna forma en el futuro.</p>

Otro tipo de obsesiones y compulsiones que pueden presentarse son los siguientes:

1. Obsesiones y compulsiones relacionadas con temas corporales / somáticos:

Pensamientos e imágenes obsesivas relacionadas con defectos corporales (p.ej., tener la nariz torcida) o posibles enfermedades (p.ej., tener cáncer). Las compulsiones en estos casos están relacionadas con la comprobación de que no tienen la enfermedad (p.ej., yendo al médico o preguntando a otras personas “¿Tú crees que estoy enfermo?”)

En estos casos, es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con los trastornos somatomorfos hipocondría y dismórfico corporal ([Hipervínculo 2: Guía para el Diagnóstico Diferencial del TOC.doc](#))

2. Obsesiones sin sentido: melodías, frases, palabras o imágenes sin aparente sentido que aparecen de forma repetitiva y causan malestar a la persona (p.ej., un eslogan de un anuncio publicitario que aparece de forma insistente e impide concentrarse a la persona en alguna tarea).

3. Compulsiones a contar cosas (p.ej., contar los coches que pasan por la carretera) , a memorizar cosas (p.ej., memorizar las matrículas de los coches), no pisar sobre determinados lugares de la calzada (p.ej., no pisar las líneas entre las baldosas de la acera), etc.

1.2. ¿Qué datos conocemos sobre su prevalencia y pronóstico?

El TOC suele aparecer en la adolescencia o a principios de la edad adulta. La edad de aparición suele ser más temprana en varones (rango: 6 a 15 años) que en mujeres (rango: 20 a 29). La prevalencia del TOC es más alta en niños que en niñas (2:1), si bien las tasas se equiparan al llegar a la edad adulta. Aunque antes se consideraba que el TOC era un trastorno relativamente infrecuente, datos más recientes indican tasas de prevalencia a lo largo de la vida en torno al 2,5% y de prevalencia anual situadas entre un 1,5-2,1%. Es frecuente que las personas afectadas tarden bastante tiempo en buscar ayuda psicológica. Tradicionalmente, se ha asumido que este trastorno es más habitual en población de nivel cultural y socioeconómico medio-alto, si bien no existen datos concluyentes en este sentido. No parecen existir diferencias importantes en las tasas de prevalencia en función del sexo,

aunque hay temáticas obsesivo-compulsivas más frecuentes en las mujeres (limpieza, contaminación) y otras más habituales entre los varones (seguridad y lentitud compulsiva).

El pronóstico de este trastorno ha mejorado mucho con el desarrollo de tratamientos eficaces. Un estudio prospectivo encontró que aproximadamente un 60% de las personas con TOC mostraban signos de mejoría general tras 10 años de seguimiento (Skoog y Skoog, 1999). Sin embargo, en ausencia de tratamiento, el curso suele ser crónico: un 60% de personas continuaban mostrando síntomas significativos en el estudio citado. Si bien pueden aparecer fluctuaciones (etapas de mejora y empeoramiento de los síntomas), la remisión espontánea y completa no es muy frecuente (un 23% según Marks; citado en Cruzado, 1998). Son predictores de buen pronóstico los síntomas leves, un inicio tardío, la ausencia de compulsiones, la duración corta de los síntomas y un funcionamiento adecuado previo al trastorno. En general, los estudios coinciden en que detectar el trastorno e intervenir lo antes posible es una garantía de mejor pronóstico. Un problema importante en este sentido es que las personas con este problema psicológico pueden tardar entre 10 y 15 años en buscar ayuda profesional (NICE, 2005). Más datos sobre la prevalencia y epidemiología del TOC pueden encontrarse en Bados (2005) y en la guía NICE (2005).

1.3. ¿Con qué otros problemas psicológicos se asocia?

El trastorno obsesivo-compulsivo presenta un elevado grado de comorbilidad con otros trastornos, especialmente con depresión: entre un 23% y un 38% padecen depresión mayor y hasta un 80% presentan síntomas depresivos significativos como afecto negativo, culpa o autoconcepto negativo (ver Abramowitz, Franklin, Schwartz y Furr, 2003; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006). También aparecen con frecuencia de forma comórbida otros trastornos de ansiedad, tales como la fobia social (26%), las fobias específicas (20%) o el trastorno de ansiedad generalizada (un 16%) (ver LaSalle y otros, 2004; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006). Asimismo, entre un 20 y un 30% de los clientes con TOC informan de la presencia de tics nerviosos en el pasado o en la actualidad (Bados, 2005). En este sentido, se ha propuesto que hasta un 50% de las personas que sufren el síndrome de Gilles de la Tourette o trastorno por tics presentan TOC de forma comórbida (Nezu y otros, 2006). Por otro lado,

la comorbilidad y semejanza sintomática entre el TOC y el trastorno dismórfico corporal (TDC), actualmente clasificado como un trastorno somatomorfo, ha hecho que algunos clínicos hayan propuesto que se considere al TDC como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo (Frare, Perugi, Ruffolo y Toni, 2004).

También aparecen en un elevado porcentaje de los casos de TOC (en torno al 50%, según Bados, 2005) repertorios conductuales propios de la personalidad obsesiva (escrupulosidad, tesón, rigidez, excesiva importancia a los detalles, perfeccionismo, etc) y de otros trastornos de personalidad del cluster C (trastorno por evitación y por dependencia), si bien existe escasa evidencia hasta la fecha que avale la presencia de un patrón premórbido de personalidad alterada previo al inicio del TOC (ver NICE, 2005).

1.4. ¿Cómo podemos explicar el origen y el mantenimiento de este tipo de problema?

La explicación actual baraja factores de diferentes tipos que pueden contribuir a generar en la persona una **vulnerabilidad** elevada a desarrollar el trastorno:

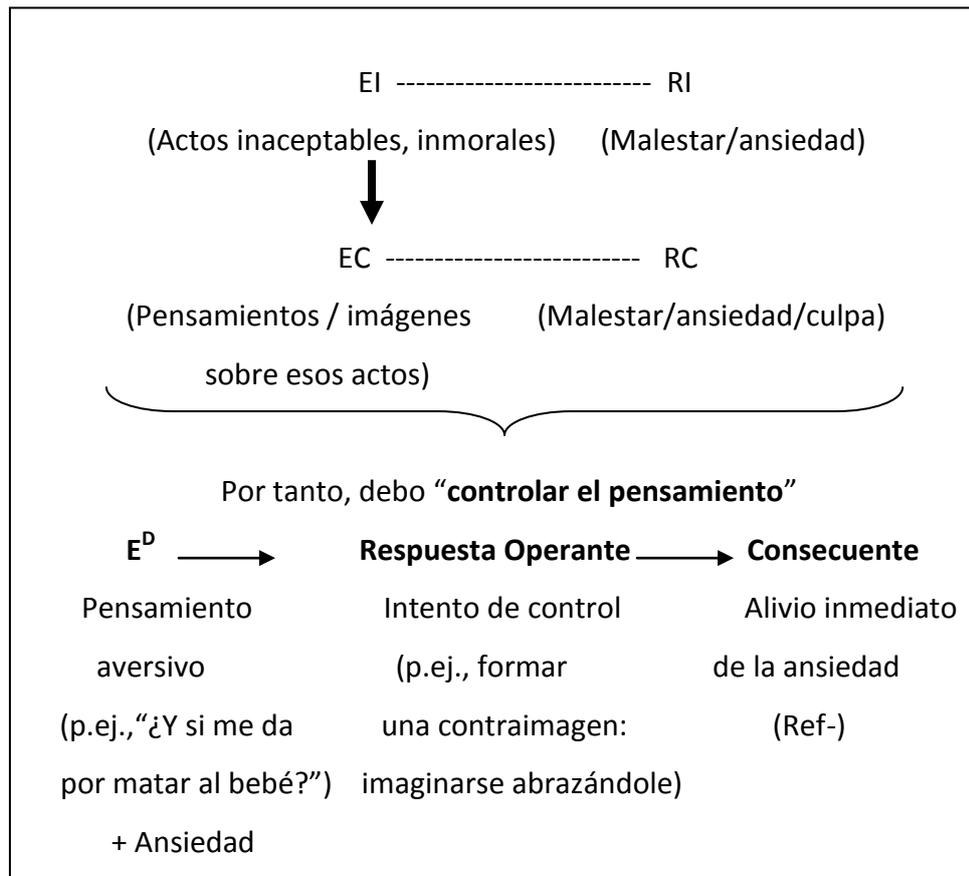
- **Factores Biológicos.** Hay datos que sugieren cierta **heredabilidad genética** del TOC: las personas con este trastorno tienen 4 veces más probabilidades de tener otros familiares TOC que personas sin el trastorno (ver metanálisis de Hettema y otros, 2001, citado en la guía NICE, 2005). Otros estudios encuentran diferencias entre personas TOC y personas sin el trastorno en el **funcionamiento de ciertas regiones cerebrales** (fundamentalmente, corteza órbita-frontal, núcleo caudado y ganglios basales).
- **Factores socio-ambientales.** Determinados estilos educativos que enfatizan la **responsabilidad y el perfeccionismo**, o una formación moral o religiosa que establezca rígidamente la frontera entre lo que está bien y lo que está mal o que conceda una importancia especial al pensamiento, concediendo la misma importancia (gravedad) al hecho de pensar “cosas malas” que al hecho de hacerlas pueden sin duda contribuir a la aparición de un **TOC**. La **sobreprotección** de los padres puede favorecer el desarrollo de una vulnerabilidad a la ansiedad en los hijos, asociada al déficit en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas o al aprendizaje de miedos por condicionamiento clásico. Asimismo,

modelos familiares de personalidad obsesiva o comportamientos compulsivos pueden favorecer aprendizaje por modelado. También pueden contribuir a moldear el desarrollo del TOC **factores de tipo sociocultural**, fundamentalmente creencias culturales, morales y/o religiosas que enfatizan la importancia de unos aspectos (p.ej., moral, limpieza, pecado) y resten importancia a otros o incluso juzguen negativamente (p.ej., placer, disfrute, juego).

- **Factores psicológicos (variables disposicionales)**. Algunas variables que pueden predisponer a desarrollar un TOC (y a mantenerlo, una vez desarrollado) están relacionadas con el repertorio conductual de la persona, moldeado por su historia de aprendizaje particular. Algunas de las más importantes son **creencias (reglas verbales)** que **sobreestiman la importancia del pensamiento y la responsabilidad o implicación de la propia identidad en lo que se piensa** (“pensar algo malo es igual que hacerlo”) y/o **exageran la conexión entre pensamiento y realidad** en lo que se ha denominado **fusión pensamiento-acción** (“pensar algo puede hacer que ocurra”). La **intolerancia de la duda o incertidumbre**, la **hiperresponsabilidad**, el **perfeccionismo** entendido como la creencia de que existe una respuesta perfecta para todo y que los fallos son intolerables porque pueden producir consecuencias terribles y la **exageración de la importancia de controlar los pensamientos** inaceptables son también variables disposicionales fundamentales. El temor a cometer errores puede asociarse a una **gran dificultad para tomar decisiones** y la tendencia a transferir a otras personas esta responsabilidad. Todas estas variables psicológicas podrían contribuir a formar esa disposición a desarrollar un **TOC** cuando se produce algún **acontecimiento estresante** en la vida de la persona (Modelo de vulnerabilidad-estrés; Zubin y Spring, 1977)

Las creencias que enfatizan la importancia del pensamiento por considerarlo reflejo de la propia identidad (“soy lo que pienso”) o porque especifican la contingencia de “si pienso X aumento las probabilidades de que ocurra X en realidad” pueden favorecer el **aprendizaje del miedo al propio pensamiento**, que podría expresarse en secuencias como la indicada en la Figura 1.

Figura 1. Secuencias funcionales posiblemente implicadas en el origen del TOC



Nota: EI: estímulo incondicionado; RI: respuesta incondicionada; EC: estímulo condicionado; RC: respuesta condicionada; E^D: estímulo discriminativo; Ref-: refuerzo negativo.

Como puede observarse en la Figura 1, las creencias que sobreestiman la importancia del pensamiento favorecen el **condicionamiento aversivo de los propios pensamientos**, que adquieren la función de estímulos condicionados de malestar y ansiedad. Tales pensamientos y el malestar generado por ellos pueden adquirir función de estímulos discriminativos si la persona reacciona intentando controlar el pensamiento (eliminarlo de su mente o prevenir su aparición). Dicho control puede ejercerse a través de estrategias de evitación o control manifiesta (observable) o encubierta (como el ritual mental de formar una contraimagen), que tienen como consecuencia inmediata un alivio momentáneo de la ansiedad. Dicha reducción del malestar se debe a que se ha neutralizado el pensamiento o se ha hecho algo para disminuir la probabilidad de que se produzcan las consecuencias desastrosas anticipadas (la persona ha cumplido con la responsabilidad de "prevenir el desastre"). Estos refuerzos negativos, por definición,

incrementan la probabilidad de responder de la misma forma cuando vuelvan a aparecer tales pensamientos o el malestar.

El resultado de estas secuencias iniciales de intentos de control del pensamiento o del malestar de forma directa a través de rituales mentales o conductas compulsivas manifiestas suele ser, paradójicamente, el contrario al deseado por la persona, ya que se suele producir un efecto rebote, esto es, un aumento de la frecuencia de aparición de dichos pensamientos, que se convierten de este modo en **obsesiones** por su carácter intrusivo y repetitivo.

La inmediatez de las consecuencias reforzantes (alivio del malestar o ansiedad) relacionadas con el descenso del malestar que tienen las estrategias de control, rituales o compulsiones explica también el **mantenimiento** de las secuencias operantes de evitación a través de las cuales suelen manifestarse la mayor parte de los casos de TOC. Además, la persona puede comenzar a obtener otro tipo de refuerzos por sus conductas compulsivas o evitativas, tales como la atención o el cariño por parte de sus familiares (refuerzo positivo), el librarse de otras responsabilidades o problemas de su vida (refuerzo negativo), etc. Así, las estrategias de control, rituales o compulsiones se ven reforzadas continuamente cada vez que el pensamiento obsesivo aparece, generalizándose además a otras situaciones similares. Suele ocurrir que, cada vez que aparece la obsesión (E^D) rápidamente se da la compulsión (R operante), haciéndose la latencia de respuesta cada vez más corta hasta que ambos fenómenos (obsesión y compulsión) se asocian por contigüidad temporal.

Finalmente, las conductas compulsivas pueden llegar a ejercerse de forma preventiva, esto es, de manera que permitan a la persona prevenir o evitar la experiencia de cualquier tipo de malestar. De este modo, tal y como se comentó anteriormente, la persona puede llegar a una fase en la que ni siquiera llega a experimentar obsesiones ni malestar, dada la elevada efectividad de sus conductas compulsivas. En otras palabras, a medida que pasa el tiempo, las obsesiones pueden convertirse en estímulos neutros e incluso desaparecer: los pensamientos obsesivos se extinguen por la presentación repetida de EC-RC sin el EI, rompiéndose la asociación entre las obsesiones y el malestar. Por su parte, las compulsiones se mantienen ante la aparición del E^D , ya que han sido asociadas a refuerzo negativo durante mucho tiempo.

La figura 2 refleja las principales secuencias funcionales que suelen estar implicadas en el mantenimiento del TOC y la Tabla 2 muestra los procesos más importantes que intervienen en el mantenimiento.

Figura 2. Secuencias funcionales implicadas en el mantenimiento del TOC

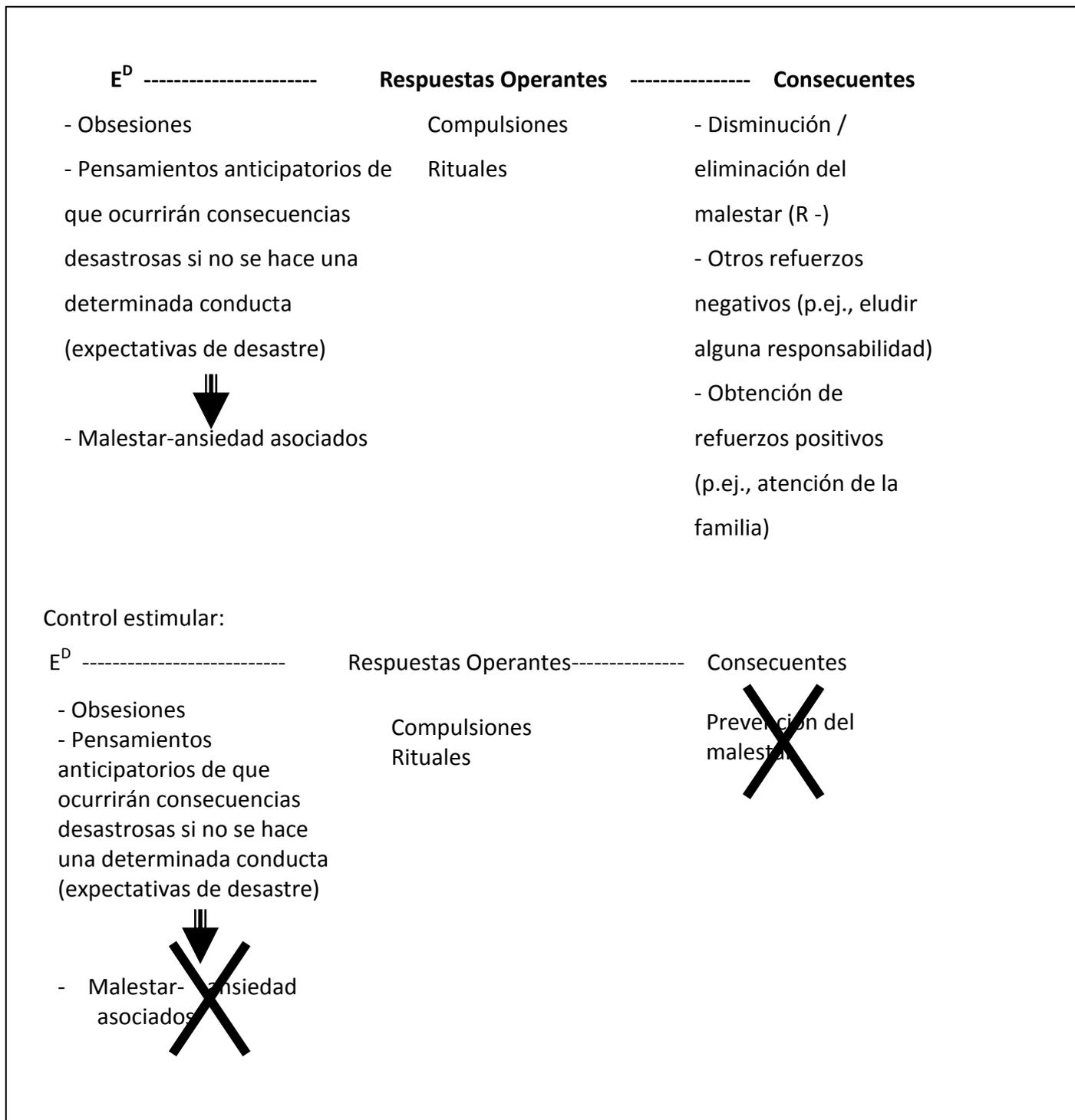


Tabla 2. Procesos que intervienen en el mantenimiento del TOC

PROCESO DE MANTENIMIENTO	DESCRIPCIÓN
Atención selectiva	La hipervigilancia de los indicios de amenaza intensifica la detección de estímulos obsesivos.
Factores fisiológicos	La respuesta de pelea o huida es normal ante una amenaza percibida. El razonamiento emocional reafirma las creencias equivocadas que conducen a la sensación de ansiedad
Comportamiento en búsqueda de seguridad	Los rituales manifiestos y ocultos, la búsqueda de confirmación y las estrategias neutralizantes se refuerzan por la disminución inmediata del estrés que engendran. En el largo plazo, estas estrategias previenen la pérdida de confirmación de las creencias erróneas porque sus resultados se interpretan en forma incorrecta
Evitación pasiva	La evitación produce una disminución temporal de la ansiedad, pero previene la pérdida de la confirmación de las estimaciones exageradas del riesgo porque la persona nunca tiene la oportunidad de averiguar que el peligro es improbable
Ocultamiento de las obsesiones	El ocultamiento de las obsesiones ante otros previene la pérdida de confirmación de las creencias equivocadas sobre la normalidad de los pensamientos invasivos.
Intento del control del pensamiento	Los intentos inadecuados para controlar o suprimir los pensamientos no deseados conducen a un aumento de éstos. La apreciación incorrecta de la falta en el control del pensamiento conduce a un mayor sufrimiento.

2. ¿CÓMO PODEMOS EVALUAR ESTE PROBLEMA PSICOLÓGICO?

2.1. ¿Qué aspectos han de evaluarse y a través de qué instrumentos podemos hacerlo?

Existen numerosos manuales que explican pormenorizadamente la evaluación del TOC. El profesional interesado en obtener información detallada sobre esta cuestión puede acudir a Bados (2005), Nezu y otros (2006) y la guía NICE (2005).

En este apartado se describen las líneas principales de la evaluación del TOC en adultos y se presentan las áreas principales a evaluar y los principales instrumentos de evaluación de dichas áreas. Las principales áreas a evaluar en un problema psicológico obsesivo-compulsivo son las siguientes:

1. **Manifestaciones principales del trastorno:** obsesiones, compulsiones, conductas de evitación (frecuencia, duración, topografía).
2. **Variables funcionalmente relacionadas con el problema:** antecedentes (estímulos evocadores, condicionados o discriminativos) y consecuentes (con función de refuerzo, castigo o extinción) implicados en las principales secuencias funcionales que explican el mantenimiento del problema.
3. **Variables disposicionales:** predisponentes o factores de vulnerabilidad biológica y psicológica -historia de aprendizaje- de la persona que faciliten la aparición y/o contribuyan al mantenimiento del problema.
4. **Facilitadores ambientales:** estresores y otros elementos del contexto actual o pasado que han facilitado/facilitan el desarrollo y mantenimiento del problema.

La evaluación de estas áreas con objetivos de intervención ha de realizarse a través de las siguientes técnicas:

- a) Una entrevista conductual orientada al análisis funcional
- b) Observación o auto-observación (auto-registros)
- c) Autoinformes sobre variables relevantes

Si el objetivo de la evaluación es, además, hacer un diagnóstico, existen entrevistas semiestructuradas e instrumentos de autoinforme que permiten hacer una evaluación exhaustiva de la sintomatología del trastorno (p. ej., ADIS-IV).

En la tabla 3 se presentan los principales instrumentos que pueden emplearse para evaluar las manifestaciones clínicas del TOC (síntomas y signos principales).

Tabla 3. Instrumentos habitualmente empleados para evaluar la sintomatología del TOC

<p>Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV) (Brown, DiNardo y Barlow, 1994).</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué información permite obtener? Presencia y gravedad de la sintomatología característica de los diferentes trastornos de ansiedad, así como de otros trastornos (del estado de ánimo, hipocondría, trastorno por somatización, etc). Incluye una sección para explorar la historia familiar de trastornos psicológicos, la historia médica y la de tratamiento psicológico y psiquiátrico del cliente. Permite realizar el diagnóstico.- Características relevantes: dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico.
<p>Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS; Goodman y otros., 1989)</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué información permite obtener? Ocurrencia, durante el último mes y en el pasado, de obsesiones, compulsiones y conductas de evitación agrupadas por categorías y grado de interferencia de cada una de ellas con su bienestar y funcionamiento cotidiano, señalando el grado en que se evitan ciertas actividades debido a las obsesiones o al miedo a tener que realizar compulsiones. Consta de 10 ítems (5 para las obsesiones y 5 para las compulsiones). En relación a las obsesiones que señale tener, el cliente indica, en una escala de 0 (=ninguno/ausente) a 4 (=extremo): 1) el tiempo que ocupan las obsesiones, 2) la interferencia producida por éstas; 3) el malestar generado por ellas; 4) su grado de resistencia ante éstas; y 5) su grado de control sobre ellas. En relación a las compulsiones, la persona informa de: 1) el tiempo que conlleva su realización, 2) la interferencia producida; 3) el malestar generado; 4) su grado de resistencia ante éstas; 5) su grado de control sobre ellas. Se obtienen tres puntuaciones: total de obsesiones (rango 0-20), total de compulsiones (rango 0-20) y puntuación total en la escala (suma de las dos puntuaciones anteriores, rango 0-40). Este instrumento es la medida más empleada para evaluar la gravedad del TOC (puntuación total: leve: 8-15; moderada: 16-23; grave: 24-31; muy grave: 31-40).

- **Características relevantes.** Esta escala presenta la ventaja adicional de que permite evaluar también el grado en que la persona piensa que sus obsesiones o compulsiones son razonables. La versión en castellano puede encontrarse en Cruzado (1993).

Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R; The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R; Foa y otros, 2002; Fullana y otros, 2005).

- **¿Qué información permite obtener** Evalúa el grado de malestar generado por los distintos tipos de pensamientos obsesivos y compulsiones. Compuesto por 18 ítems repartidos en 6 subescalas de tres ítems cada una: limpieza/lavado, comprobación, orden, obsesividad, acumulación y neutralización mental. Los ítems son valorados por la persona de 0 a 4 según el grado de malestar que le provocan.
- **Características relevantes.** Existe una versión validada del cuestionario en español con adecuadas propiedades psicométricas (α total=0,86; r test-retest (1 mes)=0,67; Fullana y otros, 2005). Propiedades psicométricas excelentes (fiabilidad, validez factorial y convergente) y gran sensibilidad para discriminar (Foa y otros, 2002). Aplicable no sólo a personas con problemas psicológicos sino también a la población general para evaluar conductas y pensamientos obsesivos subclínicos (Malpica, Ruiz, Godoy y Gavino, 2009).

Inventario Obsesivo-Compulsivo de Clark-Beck (Clark y Beck, 2002; Clark, Antony, Beck, Swinson y Steer, 2005).

- **¿Qué información permite obtener?**
Evalúa frecuencia y gravedad de síntomas obsesivo-compulsivos de acuerdo con los criterios del DSM-IV y los modelos teóricos cognitivos sobre el TOC. Las obsesiones son evaluadas por 14 ítems que exploran contenidos obsesivos relacionados con suciedad/contaminación, agresión/daño, preocupaciones religiosas/morales/sexuales, incontrolabilidad y responsabilidad excesiva, duda, resistencia, perfeccionismo e indecisión. Además, se valora el grado de interferencia diaria, de “insight” y de evitación cognitiva que la persona presenta ante estas obsesiones. Otros 11 ítems evalúan la frecuencia y gravedad de las compulsiones de limpieza, comprobación, repetición y simetría/precisión, neutralización mental y lentitud. Además, se evalúa el malestar provocado por la prevención de la compulsión, el grado de interferencia en las actividades diarias, el grado de evitación y de incontrolabilidad percibida en la compulsión y el grado de malestar. El formato de respuesta es tipo Likert con 4 opciones respuesta (0 = Nunca o muy rara vez, 1= Ocasionalmente, 2 =

Frecuentemente, 3= Con mucha frecuencia).

- **Características relevantes.** Este instrumento ha sido validado al español por Belloch, Reina, García-Soriano y Clark (2009). La versión castellana presenta buenas propiedades psicométricas.

Las respuestas de evitación y las compulsiones manifiestas pueden además ser evaluadas a través de auto-registros adecuados y observación (Test de Evitación Conductual; Lang y Lazowick, 1965). Wells (1997) propuso un auto-registro para los rituales que incluye hora, situación, descripción del tipo de ritual, malestar experimentado (0-100) y duración del ritual (Hipervínculo 3: modelos de auto-registro).

La Tabla 4 recoge las principales **variables disposicionales** y **facilitadoras ambientales** que pueden estar implicadas en la explicación de la adquisición y/o el mantenimiento del problema obsesivo, así como los principales instrumentos que pueden emplearse para su evaluación.

Tabla 4. Variables Disposicionales y Facilitadoras ambientales en el TOC

Variables disposicionales personales
Historia de aprendizaje:
<ul style="list-style-type: none">• Hiperresponsabilidad / hipersensibilidad a la culpa• Perfeccionismo• Fusión pensamiento-acción• Creencias o reglas verbales sobre los pensamientos, su importancia o la necesidad de controlarlos• Repertorio deficitario de estrategias de solución de problemas• Repertorio deficitario de Habilidades Sociales
Baja tasa de refuerzo en su vida (explorar fuentes de refuerzo prioritarias, valores, motivaciones y tasa de actividades agradables).
Función prioritaria de refuerzo: refuerzo negativo
Facilitadores ambientales
<ul style="list-style-type: none">• Situaciones de estrés

Para la evaluación de **creencias/reglas verbales** relacionadas con el pensamiento y aspectos como la **fusión pensamiento-acción**, pueden emplearse los siguientes instrumentos:

- **INVENTARIO DE CREENCIAS OBSESIVAS (ICO;** Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero, Carrió, 2003). Compuesto por 50 ítems que evalúan las siguientes áreas de creencias: responsabilidad excesiva, sobreestimación de la importancia de los pensamientos, fusión pensamiento-acción tipo probabilidad, fusión pensamiento-acción tipo moral, importancia de controlar los pensamientos, sobreestimación de la amenaza, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con 7 opciones de respuesta, desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta el 7 = totalmente de acuerdo. Este instrumento ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas.

- **CUESTIONARIO DE CONTROL DEL PENSAMIENTO-VERSIÓN REDUCIDA (TCQ-R)** (Thought Control Questionnaire, TCQ; Wells y Davies, 1994).

Esta escala mide la frecuencia con la que la persona utiliza de forma general distintas técnicas para controlar pensamientos desagradables y/o indeseados. La versión en castellano está formada por 16 ítems del instrumento original que evalúan la frecuencia de uso de cinco estrategias de control de pensamientos desagradables e indeseados en general: (1) distracción, (2) castigo, (3) revaloración, (4) control social y (5) preocupación.

- **INVENTARIO DE SUPRESIÓN DEL OSO BLANCO** (White Bear Suppression Inventory;WBSI; Muris, Merckelbach, Horselenberg, 1996; adaptación española realizada por Luciano, Belloch y otros., 2006): evalúa el grado de acuerdo/desacuerdo con una serie de pensamientos, ideas o imágenes inoportunas que son difíciles de controlar. La escala está formada por 15 ítems (por ej., “Hay cosas sobre las que prefiero no pensar” o “tengo pensamientos que no puedo parar”) y presenta un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo).

En cuanto a las variables funcionalmente relacionadas (antecedentes y consecuentes), a través de **observación** (Test de Evitación Conductual; Lang y Lazowick, 1965) y **auto-registros** adecuados, hemos de poder recoger información sobre los factores funcionalmente relacionados con la ocurrencia de las obsesiones y compulsiones, de cara a

poder restablecer las secuencias funcionales que explican el mantenimiento del mismo. La Tabla 5 recoge algunos de los principales estímulos que se encuentran frecuentemente implicados (funcionalmente relacionados) en el mantenimiento de los trastornos obsesivos al presentar una función de **antecedente o consecuente de las respuestas compulsivas y de evitación**.

Tabla 5. Estímulos con función de Antecedente o Consecuente más habituales en el TOC

Posibles Antecedentes	Posibles Consecuentes
Pensamientos e imágenes aversivas (obsesiones)	Disminución de la ansiedad (Refuerzo negativo)
Situaciones externas en las que se suelen activar las obsesiones o el malestar.	Evitación del malestar (refuerzo negativo)
Sensaciones (estímulos interoceptivos) que activan determinados pensamientos o imágenes.	Colaboración de los familiares en los rituales (Refuerzo negativo)
Cualquier estímulo que la persona haya condicionado a través del proceso de generalización estimular y que genere ansiedad o malestar a la persona.	Atención y apoyo emocional de familiares, pareja o amigos/as (refuerzo positivo) Evaluación: Escala de Acomodación Familiar para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Family Accomodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder, FAS; Calvocoressi y otros., 1995).
Estados emocionales u orgánicos particulares en los que las obsesiones y compulsiones se activan y/o realizan con más frecuencia (operaciones de establecimiento): - Estados de ansiedad asociados a estresores y/o problemas que no se saben manejar - Estados de cansancio, fatiga, privación de sueño, excesivo tiempo solo/a....	Otros beneficios o consecuencias positivas (Refuerzo positivo): escape de responsabilidades, tiempo libre (baja laboral), etc

3. ¿CÓMO PODEMOS INTERVENIR PARA AYUDAR A LAS PERSONAS CON ESTE PROBLEMA PSICOLÓGICO?

3.1. ¿Qué objetivos tiene la intervención psicológica en casos de TOC?

- a) Disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos
 1. Disminuir la valoración de la *importancia* de las obsesiones (la sobrestimación de su poder e importancia) y, como consecuencia, disminuir el malestar asociado a éstas y su frecuencia.
 2. Modificar ideas disfuncionales relacionadas con la *responsabilidad exagerada, perfeccionismo, sobrevaloración del peligro o amenaza, intolerancia a la incertidumbre y necesidad de controlar los pensamientos.*
 3. Reducir y, a ser posible, eliminar la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación.
 4. Disminuir otros comportamientos desadaptativos que interfieren con el desarrollo de un estilo de vida más adaptativo y de actividades personales gratificantes.
- b) Incrementar la conciencia de la persona sobre los elementos que están funcionalmente relacionados con el problema, de cara a prevenir recaídas, facilitando que pueda aplicar estrategias más eficaces para afrontar los problemas y estresores cotidianos.
- c) Incorporar a la persona a su medio con normalidad, incrementando el número de actividades cotidianas que desempeñe de forma autónoma.

3.2. Principales líneas de tratamiento empíricamente validadas en función de los objetivos

3.2.1. Líneas de intervención psicológica

La intervención que ha demostrado mayor efectividad es la basada en la exposición en vivo con prevención de respuesta (EPR). Si bien, se han ido proponiendo distintas técnicas procedentes de distintas corrientes psicológicas para el tratamiento de TOC y que pueden ser utilizadas de forma complementaria a la EPR.

En el caso de las técnicas para disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos, se ha comprobado que facilitan la exposición, por lo que se recomienda que sean aplicadas en el tratamiento previamente a la exposición con prevención de respuesta (Véase apartado 3.3. Árbol de decisión).

A continuación, se exponen las técnicas existentes para el tratamiento de TOC en relación a los dos objetivos principales de intervención: *disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos y reducir la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación*. Se presentan en el orden recomendado de aplicación.

No hemos de olvidar que todo tratamiento debe adaptarse a la individualidad de cada cliente, es decir, atender al análisis funcional de su conducta, fundamentado en la evaluación exhaustiva realizada previamente.

En primer lugar, y como inicio del tratamiento, se desarrollará la **psicoeducación** o explicación de aspectos relevantes que ayuden a comprender el origen y, sobre todo, el mantenimiento del problema en el caso específico del cliente. Consiste en dar información al cliente basada en evidencia científica sobre los tipos de TOC, la epidemiología, la evolución y el pronóstico, la función de las obsesiones y de las compulsiones, la neutralización, las evitaciones, etc. La psicoeducación enseña a los clientes a conceptualizar y comprender los síntomas del TOC y les ayuda a entender cómo estos pueden ser debilitados con las técnicas psicológicas de tratamiento adecuadas (Abramowitz, 2007).

a) Técnicas de intervención para disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos

- Reestructuración cognitiva

La importancia del papel de los factores y procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento del TOC ha sido puesta de manifiesto. Concretamente, cómo valore e interprete la persona que presenta un TOC sus propios pensamientos intrusivos y obsesivos, se considera un factor fundamental que influye en la adquisición y/o mantenimiento de este trastorno (por ejemplo, ver Salkovskis, 1999). Así, ante pensamientos intrusivos “normales” que tienen la mayoría de las personas, la interpretación errónea y catastrofista de estos pensamientos aumenta la probabilidad de transformarlos en obsesiones, favoreciendo así el desarrollo del TOC. En esta línea, se ha

encontrado (Rachman, 2002) que existen tres factores que agravan las compulsiones de la persona con TOC: a) la responsabilidad percibida por la persona en relación con la amenaza; b) la probabilidad de que se produzca algún daño; y c) la anticipación de la gravedad de dicho daño.

Por tanto, el objetivo fundamental de la técnica es identificar los pensamientos distorsionados y modificarlos por otros más adaptativos y realistas. Para ver cuáles son las principales disfunciones cognitivas se pueden consultar en el libro de Belloch, Cabedo y Carrió (2011; páginas 140-205). No obstante, a continuación se presenta en la Tabla 6 de las principales distorsiones cognitivas presentes en el TOC, tomadas de Gavino (2008) y Belloch et al. (2011):

Tabla 6. Interpretaciones disfuncionales de los pensamientos intrusivos normales

Creencia disfuncional	Definición	Ejemplo
Responsabilidad excesiva	Creencia de que uno tiene un poder decisivo para provocar o prevenir (impedir) acontecimientos negativos subjetivamente importantes. Es fundamental impedir que ocurran estos sucesos, que pueden tener consecuencias catastróficas en el mundo real y/o a nivel moral.	<i>“Si me viene el pensamiento de que puede venir un ladrón a robar a casa, soy completamente responsable de que ocurra. Por tanto, tengo que impedirlo o prevenirlo (conductas de comprobación)”.</i>
Perfeccionismo	Hay una solución perfecta para cada problema; es posible y necesario hacer las cosas perfectamente; incluso los errores más pequeños pueden tener grandes consecuencias.	<i>“Mis pensamientos deben ser perfectos, debo pensar o más exacta y adecuadamente posible para evitar cualquier error que tendría consecuencias desastrosas”.</i>
Sobrevaloración del peligro o la amenaza	Exagerar la probabilidad de que sucedan daños, o de su gravedad. Expectativas generalizadas sobre la peligrosidad de las situaciones u objetos de la vida cotidiana.	<i>“Es muy probable que me haya dejado el coche abierto y de que en ese caso lo roben y de que entonces no lo recuperaré jamás y de que si lo encuentran esté en una situación de siniestro total y de que entonces no voy a poder pagar otro”.</i>
	Otorgar un significado personal relevante y negativo a la ocurrencia de los pensamientos, o de sus contenidos, como reveladores de	<i>“Si me he imaginado ahogando a mi bebé mientras duerme, quiere decir que soy capaz de hacerlo, por lo tanto, no voy a quedarme sola con</i>

<p>Sobrevaloración de la importancia de los pensamientos</p>	<p>“auténtica naturaleza” de uno mismo a través de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear que el pensamiento conlleva a la acción. -Fusión pensamiento-acción: no diferenciar pensamientos de acciones. Su manifestación puede ser de tres tipos: <ul style="list-style-type: none"> -Fusión pensamiento- acción moral: creer que los malos pensamientos son moralmente equivalentes a las malas acciones. -Fusión pensamiento- acción probabilística: si tengo pensamientos con tanta frecuencia es porque es más probable que ocurran en realidad. -Fusión pensamiento supersticioso o mágico-acción: a pesar de saber que uno no ha hecho realmente lo que ha pensado, hay una parte mágica en su creencia que le permite dudar y plantearse si es posible hacer algo sin darse cuenta en ningún momento. 	<p><i>mi hijo.”</i></p> <p><i>“El imaginar que ahogo a mi bebé es tan malo como si de verdad lo hiciera, le hago el mismo daño”</i></p> <p><i>“Si pienso que va a ocurrir un accidente, es más probable que ocurra.”</i></p> <p><i>“Si miro fijamente la televisión sin pestañear, mientras cuento diez, significa que no lo he hecho o si me imagino a mi bebé riendo, anulo la otra imagen de estar estrangulándole.”</i></p>
<p>La ansiedad es peligrosa</p>	<p>La ansiedad es peligrosa porque facilita la pérdida de control y, por ende, facilita la incertidumbre (ya que no se puede estar alerta para rechazar el pensamiento o para realizar adecuadamente la conducta de neutralización, y eso significa que las consecuencias se pueden cumplir).</p>	<p><i>“Si estoy nervioso es imposible controlar lo que puedo hacer con mis pensamientos, por lo que ocurrirá seguramente una desgracia”.</i></p>
<p>Intolerancia a la incertidumbre</p>	<p>Dificultad para tolerar la ambigüedad, la novedad y los cambios inesperados o no previstos.</p>	<p><i>“No puedo vivir con la duda de que me estoy volviendo loco, necesito la certeza de que no es verdad”.</i></p>
<p>Necesidad de controlar los pensamientos</p>	<p>Sobrevalorar la importancia de ejercer un control completo sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos, y la creencia de que este control es posible y deseable.</p>	<p><i>“Tengo que quitarme estos pensamientos de la cabeza y es fundamental conseguirlo”.</i></p>

Gavino (2005) hace énfasis en que uno de los objetivos terapéuticos que ha de trabajarse de forma directa en la intervención con las personas con TOC es la responsabilidad excesiva, ya que se ha observado que cuando se aborda específicamente esta disfunción cognitiva se producen cambios clínicamente significativos en los síntomas obsesivo-compulsivos.

La investigación ha puesto de manifiesto que el tratamiento cognitivo de forma aislada no muestra mayores niveles de eficacia que la EPR, sino que complementa al componente conductual de este tipo de intervención. Existen algunas consideraciones relevantes que el terapeuta tiene que tener en cuenta al realizar esta técnica de intervención (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011):

- Es importante tener en cuenta el objetivo del tratamiento que se pretende al reestructurar cognitivamente a la persona con TOC: no se trata de debatir que el contenido de las obsesiones es irracional o que no tiene evidencias disponibles para llegar a una conclusión o que es muy improbable que ocurran, ya que la persona ya es consciente de que sus obsesiones son irracionales. Entrar en este tipo de debate puede ser incluso perjudicial para la persona ya que, aunque a corto plazo puede ser tranquilizador y aliviar sus niveles de ansiedad, a largo plazo el propio terapeuta puede convertirse en una nueva estrategia de neutralización activa. Se trata de ayudar a la persona a descubrir las creencias y valoraciones disfuncionales que están en la base de sus obsesiones. Por ejemplo, ante la idea obsesiva, el objetivo de la intervención no sería demostrar las escasas probabilidades de que eso ocurra, si no que la persona llegase a la conclusión de que está sobreestimando la amenaza de una consecuencia catastrófica por el hecho de pensar en ello.
- Es importante, a su vez, que el terapeuta no se convierta en una fuente adicional de provisión de reaseguración al cliente. La persona con TOC, especialmente cuando los contenidos de las obsesiones tiene que ver con agresiones, comportamientos moral o socialmente reprochables o dudas de cualquier tipo, frecuentemente utilizan la búsqueda de reaseguración (por ej. "he completado el informe X; tenía que poner además cómo se llamaba el lugar o el nombre de las personas que

estaban conmigo en ese momento?”) como un medio de calmar la ansiedad, potente reforzador negativo que puede aumentar la frecuencia de las obsesiones.

- En este sentido, trataremos de que el cuestionamiento cognitivo o los materiales empleados en una sesión de tratamiento no se conviertan en una estrategia más de neutralización del cliente o se integren como un ritual cotidiano más, especialmente en las personas con creencias de perfeccionismo e intolerancia a la frustración (por ej., “repetir una conclusión final del debate cognitivo y repetirse constantemente la escasa probabilidad que existe de que algo en concreto ocurra, como por ejemplo contagiarse de una enfermedad por haber tocado un objeto).

- **Defusión cognitiva**

La defusión cognitiva es un componente de la Terapia de Aceptación y Compromiso orientada a reducir la fusión pensamiento-acción. No elimina o sustituye los pensamientos intrusivos si no que disminuye su influencia. Algunas personas con obsesiones dudan de si lo que han pensado ha sido un pensamiento o lo han hecho realmente. En estos casos, el objetivo será que aprendan a diferenciar entre pensamientos y acciones (Gavino, 2008); es decir, que *desliteralicen* las palabras-conceptos y vean, con ello, que los pensamientos son sólo pensamientos o recuerdos y no sucesos reales presentes. Este proceso de *desliteralización* se puede lograr a través de la contemplación del pensamiento, de la repetición del mismo en alto hasta que sólo quede el sonido, de la observación del pensamiento como un evento externo que puede modificarse (en forma, color, velocidad o aspecto) o del agradecimiento a la mente por haber proporcionado tal pensamiento, entre otras técnicas. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Tales métodos conducirán a una actitud más objetiva y distanciada respecto a los pensamientos, facilitando que éstos dejen de ser estímulos condicionados de respuestas emocionales intensas y dejen de ser discriminativos de respuestas disfuncionales de evitación o escape. De este modo, la defusión cognitiva ayuda a disminuir la credibilidad o el apego a los pensamientos, aunque no necesariamente altera su frecuencia.

Algunos autores, como Masuda y sus colaboradores (Masuda, Hayes, Sackett, y Twohig, 2004; Masuda, Hayes, Twohig, Drossel, Lillis, y Washio, 2009; Masuda, Twohig, Storno,

Feinstein, Chou, y Wendell, 2010, citados por Barraca, 2011), comprobaron que la aplicación de los ejercicios de *desliteralización* reducía la credibilidad y el malestar de los pensamientos negativos y favorecía su manejo. Dichos investigadores constataron que este método fue más eficaz para disminuir el malestar y la credibilidad del pensamiento frente a la distracción, la respiración abdominal y la atención a pensamientos agradables.

- Atención Plena (Mindfulness)

El mindfulness puede ser beneficioso para el manejo de los pensamientos intrusivos no deseados que se experimentan en el TOC. Según un estudio llevado a cabo por Wilkinson-Tough, Bocci, Thorne y Herlihy (2010) el mindfulness podría beneficiar a los que experimentan pensamientos obsesivos compulsivos incidiendo en aspectos como la supresión del pensamiento y la fusión pensamiento-acción.

Otros estudios experimentales han demostrado que aplicar la atención plena como estrategia cuando el cliente experimenta pensamientos obsesivos reduce la ansiedad asociada (Wahl, Huelle, Zurowski, y Kordon, 2013). En esta línea, Liu, Han y Xu (2011) proponen para el tratamiento de TOC la Terapia Cognitivo-Conductual Basada en Mindfulness (MBCBT).

Responder con atención plena ante los pensamientos intrusivos implica (Chadwick, Hember, Symes, Peters, Kuipers y Dagnan, 2008):

1. Conciencia descentralizada de pensamientos como eventos mentales en un contexto más amplio en contraste con perderse en reaccionar ante ellos.
2. Permitir a la atención que se quede con los pensamientos difíciles en lugar de evitarlos.
3. Aceptar pensamientos e imágenes difíciles y a uno mismo frente a juzgarlos.
4. Dejar a los pensamientos difíciles pasar sin reaccionar en lugar de preocuparse o rumiar.

- Exposición al pensamiento mediante grabaciones en audio

Esta técnica tiene la finalidad de exponer a los clientes a sus propios pensamientos obsesivos que han sido previamente grabados (Leahy y Holland, 2000). La grabación se

presenta de forma repetitiva, de manera que el cliente no lleva a cabo las comprobaciones o rituales encubiertos que tienen como finalidad suprimir o evitar los pensamientos obsesivos. El cliente termina por habituarse a dichos pensamientos obsesivos.

- Parada de pensamiento.

La técnica de parada de pensamiento fue descrita originalmente por Bain en 1928 (Lozano, Rubio y Pérez, 1999) y adaptada por Wolpe (1978) para el manejo de los pensamientos fóbicos y obsesivos. La técnica consiste en entrenar a las personas para cortar los pensamientos intrusivos cuando éstos aparecen, a continuación darse una autoinstrucción y finalmente introducir una imagen o escena agradable que sirva de distracción (Davis, McKay y Eshelman, 1985).

Esta técnica puede ser utilizada para cortar los pensamientos obsesivos, una vez que se ha reducido la importancia que el cliente otorga a éstos. En TOC la técnica se puede utilizar en cuanto aparecen los pensamientos obsesivos y para prevenir de la aparición de las compulsiones (comprobaciones...) o de otro tipo de neutralizaciones encubiertas (rituales mentales). Es importante especificar el momento en que se ha de utilizar la técnica, ante qué tipo de pensamientos y entrenar en sesión cómo se aplicará, con la intención de evitar que la técnica pueda ser utilizada por el cliente como una neutralización más. Se puede encontrar la descripción detallada de la aplicación de la técnica de parada de pensamiento en el manual de Labrador (2008).

b) Técnicas de intervención para reducir y, a ser posible, eliminar la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación.

- La **exposición en vivo con prevención de respuesta (EPR)** es el procedimiento que ha demostrado la mayor efectividad y una mayor estabilidad del éxito terapéutico a largo plazo (70-75% de clientes sin síntomas en un seguimiento a 15 años), tanto en formato individual como grupal, habiéndose categorizado como *tratamiento bien establecido* (falta referencia). Mediante esta técnica se pretende reducir el malestar asociado a los pensamientos obsesivos y la frecuencia de aparición de las obsesiones y las compulsiones. La técnica consiste en realizar una **exposición** gradual a las situaciones, pensamientos o imágenes temidas (obsesiones) del cliente, mientras que, al mismo tiempo, se le impide

que lleve a cabo el ritual asociado, **previniendo la respuesta** de escape o evitación de las conductas que neutralizan o alivian su malestar. Mediante la prevención de respuesta se consigue que el cliente compruebe que aunque no realice las compulsiones o los rituales, su ansiedad se reduce. Si el terapeuta desea obtener información sobre la aplicación paso a paso de la técnica de exposición con prevención de respuesta con ejemplos de auto-registros y de cómo afrontar dificultades que pueden surgir, puede consultar el libro de Pedrick y Hyman (2003; páginas 120-146).

Uno de los objetivos de la intervención psicológica es que el cliente incorpore actividades de la vida diaria -que desea realizar y que hasta ahora no ha podido realizar debido al TOC- a su repertorio de conductas a medida que se vaya progresando con la terapia (por ejemplo, actividades de ocio, obligaciones habituales, responsabilidades, etc.). De esta manera, Gavino (2008) recomienda que el cliente elabore una lista de actividades y las ordene por orden de dificultad. Tras previo acuerdo entre el terapeuta y el cliente, se empiezan a incorporar las actividades más sencillas de realizar a lo largo del tratamiento a medida que se van reduciendo las conductas problemáticas.

Además de la exposición en vivo, se ha empleado la **exposición en imaginación** para potenciar los resultados de la EPR a largo plazo, especialmente cuando las catástrofes que temen constituyen un componente fundamental en el problema del cliente (Foa, Steketee y Grayson, 1985) así como para aquellos casos en los que resulte muy difícil o poco práctico recrear la situación temida, como por ejemplo el miedo a enfermarse, a perder al ser amado o a futuros desastres (Pedrick y Hyman, 2003). Para consultar paso a paso la técnica de exposición en imaginación, ver Pedrick y Hyman (2003; páginas 147-158).

Por otro lado, se considera que la **familia** tiene un papel muy relevante en el progreso del tratamiento con los clientes con TOC (Gavino, 2008). Así, se recomienda informar a los familiares sobre en qué consiste el TOC y por qué factores se mantiene este problema para que comprendan qué influencia pueden tener ellos en las conductas de sus familiares con TOC. En muchos casos los familiares, con intención de ayudar al cliente, han entrado a formar parte de los rituales de éste, realizándolos por él. De forma que están contribuyendo al mantenimiento del problema. Sin embargo, siguiendo las instrucciones

previas del terapeuta, los familiares podrían ayudar al cliente mediante refuerzos a aplicar las distintas estrategias de la intervención. Sin embargo, es frecuente que los clientes lleguen a consulta con síntomas del TOC desde hace mucho tiempo y los familiares estén cansados de soportar muchas conductas repetitivas de la persona con TOC. Así, es muy difícil reforzar a una persona que ha conseguido un objetivo muy pequeño cuando los síntomas que tiene están generalizados. Es por ello, por lo que el terapeuta ha de valorar la situación particular de cada cliente, y, en el caso de que no fuese posible que los familiares facilitasen el progreso de la intervención, asumir él mismo el papel de reforzador de los logros intentando neutralizar la intervención con los familiares (procurando que no intervengan negativamente y evitando así cualquier comentario perjudicial que pueda interferir con la terapia).

Se ha señalado que la EPR es más eficaz que el entrenamiento en control de la ansiedad, la relajación o placebos farmacológicos e incluso, la terapia cognitivo-conductual (Vallejo-Pareja, 2003).

- El **modelado como herramienta para facilitar la EPR** (también denominado aprendizaje observacional, imitación o aprendizaje vicario). El modelado es una técnica basada en la teoría del aprendizaje social. El procedimiento general consiste en que el cliente observa la conducta de un modelo y la imita a fin de adquirir nuevos patrones de comportamiento, fortalecer o debilitar respuestas o posibilitar la ejecución de conductas ya existentes en el repertorio de la persona (Méndez, Olivares y Ortigosa, 1998).

En el caso de clientes con TOC, el modelado podría ser una técnica de tratamiento útil en cuanto a que el terapeuta (o coterapeuta) pudiese mostrar la inocuidad de determinados pensamientos. La aplicación del modelado como efecto desinhibitorio podría utilizarse para que la persona con TOC viese a un modelo que realiza una conducta sin experimentar consecuencias negativas.

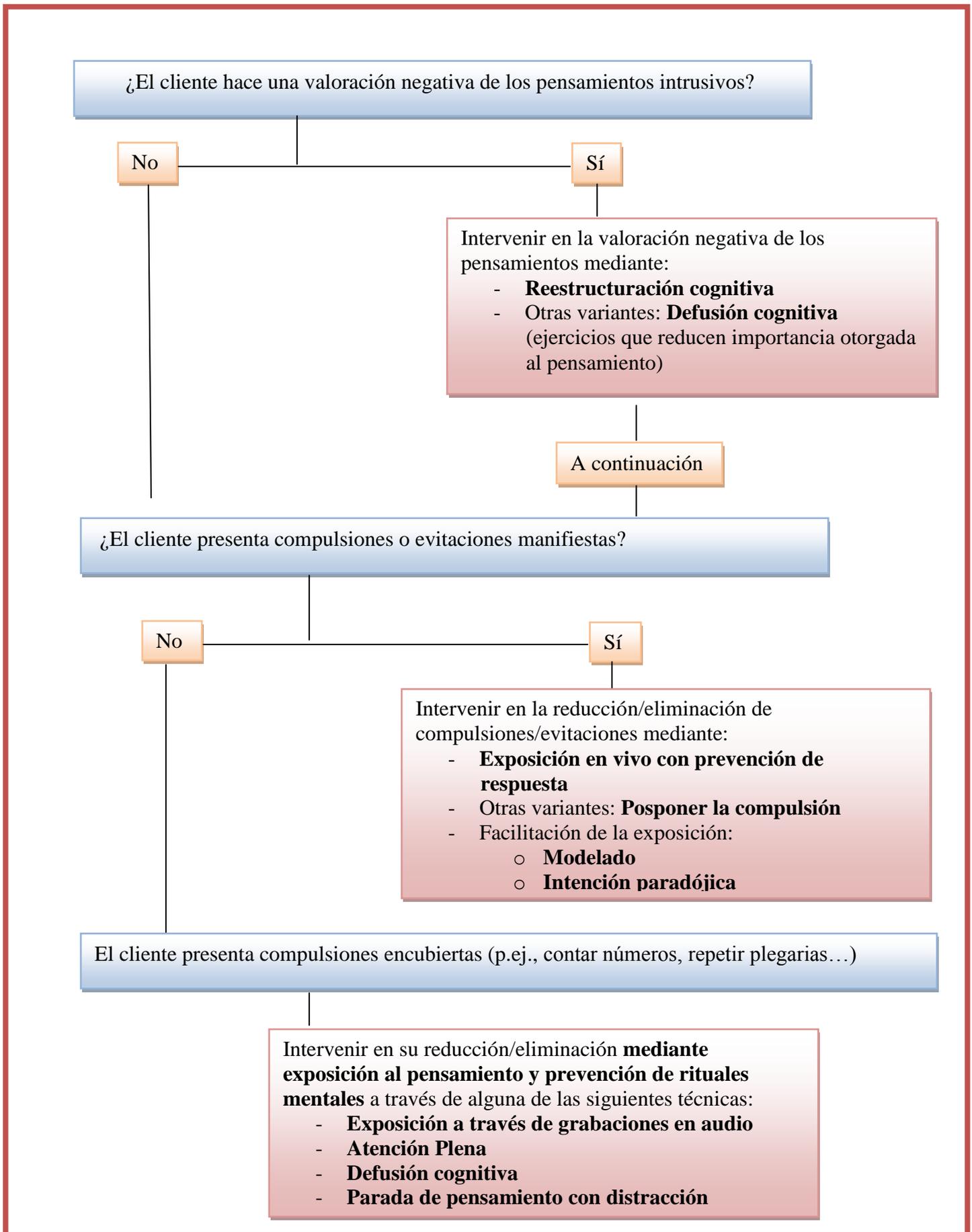
- **La intención paradójica como herramienta para facilitar la EPR.** Giorgio Nardone (2013) propone la Terapia Paradójica intervenir directamente en los rituales, es decir, en las soluciones inadecuadas que está poniendo el cliente ante sus obsesiones y que se están

convirtiéndose finalmente en su problema. El TOC intenta defenderse de su obsesión, encuentra algo que funciona y funciona tan bien que no puede dejar de ponerlo en práctica. La tentativa de controlarlo se convierte en el verdadero problema. Si conseguimos romper el círculo de tapar la obsesión con el ritual, suprimiendo el ritual, resolvemos la obsesión. Solo con hacer algo un cierto número de veces se convierte en hábito, pero si le aplico un significado me puedo convertir en un TOC. Para ello propone que en el tratamiento hay que entrar al significado de los rituales. Un ejemplo sería utilizar un contra-ritual: Cada vez que tiene que hacer un ritual le decimos cuantas veces tiene que hacerlo. “Cada vez que vaya a comprobar las luces, puertas...debe repetirlo cinco veces, puede no hacerlo, pero si lo hace una vez, debe hacerlo cinco veces, ni una más ni una menos”.

3.2.2. Tratamiento farmacológico

La investigación farmacológica ha demostrado que el TOC responde bien al tratamiento con antidepresivos (Pigott y Seay,1999), incluso aunque los clientes no presenten un grado de depresión clínicamente relevante. Concretamente, a los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina, entre los que destaca especialmente el antidepresivo tricíclico clomipramina, prescrito en dosis elevadas (200-300 mg) y con tratamiento prolongado a lo largo de toda la vida con dosis de mantenimiento (100-150 mg). Este tratamiento presenta una tasa de efectividad cercana al 60% de los casos. Otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; fluvoxamina, 150-300 mg; flouxetina; paroxetina, 40-60 mg y sertralina, 100-200 mg) también se han mostrado eficaces. Sin embargo, la investigación ha mostrado que el tratamiento farmacológico es menos eficaz que el EPR, al existir una menor reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva y la presencia de efectos secundarios (especialmente en el caso de la clomipramina) en el caso del tratamiento farmacológico (Vallejo, 2001).

3.3. Árbol de decisión para la intervención en TOC



3.4. Seguimiento

Se recomienda que el número de sesiones aproximado para que la técnica de EPR sea eficaz sea de 15, con una duración media de 1-2 horas cada una (Vallejo-Pareja, 2003). Uno de los aspectos fundamentales a trabajar durante el progreso de la intervención psicológica es la anticipación y el afrontamiento adaptativo de las más que probables recaídas que el cliente puede tener. En este sentido, es necesario adecuar las expectativas del cliente y que éstas sean realistas, puesto que el TOC es un trastorno persistente y, aunque aparentemente pueda parecer que el cliente ya no presenta síntomas, es frecuente que reaparezcan. Para ello, algunas recomendaciones que pueden beneficiar a la persona con TOC son las siguientes (Pedrick y Hymans, 2003):

- La recaída no es sinónimo de fracaso, sino que es una nueva oportunidad para volver a aplicar y reforzar las habilidades aprendidas durante la intervención (por ejemplo, si fuese posible, volver a exponerse inmediatamente a la situación temida). Por tanto, conviene que el terapeuta anticipe al cliente que una recaída es algo normal que puede ocurrir, que es simplemente un paso atrás –y no una vuelta al principio- en lo que ya se tenía conseguido y que puede surgir por dejar de hacer los ejercicios de mantenimiento o por estar sometido a situaciones de estrés. Con frecuencia, cuando la recaída es grave, el cliente tiene miedo a “volver al TOC” y conviene recordarle que en ningún caso es igual que tener el TOC como antes del tratamiento ya que en este momento tiene las herramientas necesarias para afrontarlo. Si esto ocurre, es útil que el cliente sepa que no pasa nada, que lo importante es que retome la situación tal y como esté en ese momento y aplique las técnicas aprendidas durante la intervención. En el caso de que el cliente tenga dificultades para realizar lo aprendido o le sea imposible, debe pedir ayuda al terapeuta.
- Prestar atención a los síntomas incipientes antes de que se agraven y se conviertan en evidentes. Puede ocurrir que el cliente deje de tener los síntomas principales, rituales antiguos con los que comenzó la intervención, pero desarrolle otros rituales nuevos menos intrusivos, pero que hay que prestarles atención (por ejemplo, tocar

la pared cuando se pasa por una puerta o comprobar la cocina antes de dormir, incluso aunque no la haya utilizado en todo el día). Una estrategia útil puede ser que el cliente haga una lista con los “pequeños” síntomas del TOC que se necesiten eliminar.

- Es frecuente y normal que la persona con TOC que realiza grandes progresos pase por una fase en la que se sienta deprimido por el tiempo perdido debido al trastorno. Es beneficioso recordar al cliente que todos esos momentos han sido necesarios para llegar al punto en el que se encuentra en la actualidad.
- Apreciar las pequeñas mejoras diarias, ya que juntas se suman a la ganancia más grande.

En Gavino (2008) puede encontrarse más información sobre cómo ha de exponer el terapeuta el abordaje de las recaídas al cliente.

4. Bibliografía comentada y webs de interés

Abramowitz, J.S. (2007). Trastorno obsesivo-compulsivo. Avances en psicoterapia. Práctica basada en evidencia. Manual Moderno.

Manual claro, de fácil lectura y de gran utilidad para el clínico, a incluir mucho material práctico como diálogos terapeuta-paciente, viñetas ilustrativas y material para evaluar y trabajar con los pacientes con este trastorno (p.ej., ormas para el llenado por el paciente en la práctica clínica. Incluye, además, una clara descripción de los pasos a dar para aplicar la terapia de exposición y prevención de respuesta de forma personalizada para cada paciente pacientes con diferentes tipos de síntomas del TOC.

Belloch, A., Cabedo, E., y Carrió, C. (2011). TOC obsesiones y compulsiones tratamiento cognitivo. Psicología Alianza Editorial.

Este libro se caracteriza fundamentalmente por el desarrollo exhaustivo de la aplicación clínica de la intervención cognitiva del TOC. Concretamente, las autoras describen con detalle, paso a paso, un programa de intervención de 16 sesiones y presentan herramientas clínicas para facilitar dicha intervención. Además, en este libro se presentan

diferentes instrumentos de evaluación específicos para evaluar las principales dimensiones del TOC y, originalmente, se propone un instrumento novedoso de evaluación, el Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos (INPIOS). Igualmente, se describe detalladamente la conceptualización de por qué se producen las obsesiones y las compulsiones y los subtipos que existen. Finalmente, se caracteriza por poseer cuadros-resumen clarificadores sobre todos los contenidos así como ilustraciones de numerosos casos y situaciones clínicas relevantes.

Pedrick, C., y Hyman, B.M. (2003). Guía práctica del TOC. Pistas para su liberación. Editorial Desclée de Brouwer.

Este libro es especialmente útil para los clientes con TOC y sus familiares ya que los autores presentan de forma clara y concisa orientaciones y pautas del proceso de cambio tras aplicar la técnica de intervención cognitivo-conductual mediante un programa autodirigido. El libro desarrolla en qué consiste el trastorno, el diagnóstico y los síntomas del TOC y revisa los principales tratamientos psicológicos y farmacológicos que han mostrado su eficacia. Además, un aspecto destacable de este libro es la descripción paso a paso de un programa de intervención cognitivo-conductual autodirigido (con la presentación de diferentes auto-registros), así como de cómo afrontar distintos síntomas y alteraciones relacionadas con el TOC. Finalmente, el libro proporciona información de interés para los familiares de los clientes con TOC, dado que la familia puede contribuir al mantenimiento de los síntomas del TOC, indicando orientaciones y pautas para ayudar las personas con TOC.

Gavino, A. (2005). Tratando... Trastorno obsesivo-compulsivo. Técnicas, estrategias generales y habilidades terapéuticas. Psicología Pirámide.

Este libro es especialmente práctico y útil para ayudar al terapeuta a afrontar posibles dificultades que pueden surgir durante la terapia con clientes con TOC. La autora presenta diferentes situaciones problemáticas cotidianas que se pueden dar en toda intervención terapéutica y, específicamente, en la intervención con clientes con TOC, relacionadas con: a) la aparición de información o acontecimientos nuevos; b) la participación de personas cercanas al cliente; c) la interacción terapeuta-cliente; d) con el contenido de la sesión; e) el uso de tareas terapéuticas; y f) la interacción de grupos.

Gavino, A. (2008). El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual práctico de tratamientos psicológicos. Psicología Pirámide.

Este libro expone de una forma sencilla, práctica y con ejemplos cómo se aplica la técnica de prevención de respuesta del TOC, en formato individual y grupal. Además, un aspecto original de este manual es que se explican cada uno de los pasos –sesión a sesión- que hay que seguir de forma sistemática, incluso con la forma en la que se ha de exponer al cliente, para que cada uno de los terapeutas que lo utilice lo haga de la misma manera.

Webs de interés:

<http://www.ocfoundation.org/whatisocd.aspx>

<http://ocd.stanford.edu>

<http://www.itoc.info/iTOC/Introduccion.html>

<http://trastornoobsesivocompulsivo.org/>

[http://www.asociaciontocmadrid.es/afectados trastorno obsesivo compulsivo toc.php](http://www.asociaciontocmadrid.es/afectados_trastorno_obsesivo_compulsivo_toc.php)

5. Referencias bibliográficas

Abramowitz, J. S. (2007). Trastorno obsesivo-compulsivo. México: Editorial El Manual Moderno.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049-1057.

Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. Nueva York: Klumer/Plenum.

Bados López A. (2005). Trastorno obsesivo compulsivo. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i tractament Psicològics.

Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y *mindfulness* frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusivos. *Análisis y Modificación de Conducta* 37 (155-156): 43-63.

Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, G. (2011). TOC, obsesiones y compulsiones, tratamiento cognitivo. Madrid: Alianza Editorial.

Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C, Lucero, M., y Carrió, G. (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.

Belloch, A., Reina, N., García-Soriano, G., y Clark, D.A. (2009). Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): validación para su uso en población española. *Revista de psicopatología y psicología clínica* 14 (2), 95-105.

Brown, T.A., DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Adult and Lifetime version*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, B.S., Goodman, W.K., McDougle, C.J. y Price, L.H. (1995). Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441-443.

Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., y Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.

Clark, D.A., y Beck, A.T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation

Clark, D.A., Beck, A.T., Antony, M.M., y Swinson, R.P. (2005). Screening for Obsessive and Compulsive Symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17, 132-143.

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.

Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

Foa, Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, G., Hajcak, G. y Salkovskis, P. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.

Foa, E.B., Steketee, G., y Grayson, J.B. (1985). Imaginal and in vivo exposure: A comparison with obsessive-compulsive checkers. *Behavior Therapy*, 16, 292-302.

Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G y Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*. 19, 292-298.

- Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andi3n, O., Torrubia, B.A.R., y Mataix-Otros, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Anxiety Disorders* 19, 893-903.
- Gavino, A. (2005). *Tratando... Trastorno obsesivo-compulsivo. T3cnicas, estrategias generales y habilidades terap3uticas*. Madrid: Psicolog3a Pir3mide.
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo. Manual pr3ctico de tratamientos psicol3gicos*. Madrid: Pir3mide.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Labrador, F.J. (2008) *T3cnicas de modificaci3n de conducta*. Madrid: Pir3mide.
- Lang, P. J., & Lazovik, A. D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525. Reprinted in L. P. Ullman & L. Krasner (Eds.) (1965), *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston. Reprinted in I. G. Sarason (Ed.) (1969), *Contemporary research in personality*. Princeton: Van Nostrand.
- LaSalle, V. H., Cromer, V. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic Interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19, 163-173.
- Leahy, R. L. y Holland, S. J., (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Liu, X., Han, K., y Xu, W. (2011). Effectiveness of mindfulness-based cognitive behavioral therapy on patients with obsessive-compulsive disorder. *Chinese Mental Health Journal*, 25(12), 915-920.
- Lochner, C., & Stein, D.J. (2003) Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 113-132.
- Lozano, J.F., Rubio, E. y P3rez, M.A. (1999). Eficacia de la t3cnica de detenci3n del pensamiento en diferentes trastornos psicopatol3gicos. *Psicolog3a Conductual*, Vol. 7, N3 3, 1999, pp. 471-499.
- Luciano, J.V., Belloch, A., Algarabel, S., Tom3s, J.M., Morillo, C., y Lucero, M. (2006). Confirmatory factor analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire: A comparison of alternative models. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 250-258.

- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A. y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones ¿Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25, 217-226.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ortigosa, J. M. (1998). Técnicas de modelado. En J. Olivares y F. X. Méndez, F. X. (Dir.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva.
- 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., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression, the White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 501-513.
- Nardone, G. (2013). *El arte de la estratagema: cómo resolver problemas difíciles con soluciones simples*. Barcelona: Herder.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (Clinical Guideline, 31). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neziroglu y otros. The overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*; 1999; 37: 881-902.
- Nezu, A. Nezu, Ch. M. Lombardo E. (2006) *Formulación de Casos y Diseños de Tratamientos Cognitivos Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México. Editorial Manual Moderno
- Pedrick, C., y Hyman, B.M. (2003). *Guía práctica del TOC. Pistas para su liberación*. Editorial Desclée de Brouwer.
- 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.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.

- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121–127.
- Vallejo M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el TOC. *Psicothema*, 13, 419-427.
- Vallejo-Pareja, M.A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez-Álvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo-Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, Adultos* (pp. 337-353). Madrid: Pirámide.
- Wahl, K., Huelle, J. O., Zurowski, B., y Kordon, A. (2013). Managing obsessive thoughts during brief exposure: An experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive–compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 752-761.
- Walker, V.J., y Beech, H.R. (1969). Mood state and the ritualistic behaviour of obsessional patients. *British Journal Psychiatric* 115, 1261-1268
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, UK: 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.
- Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K., y Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive–intrusive thoughts: a case series. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 17(3), 250-268.
- Wolpe, J. (1978). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Trabajo original publicado en 1958).