

EFECTOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO COGNITIVO EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

CARMEN CARRIÓ

Unidad de Salud Mental de Burjassot, Valencia

(Aceptado en diciembre de 2003)

Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad con diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de un año de evolución, y de gravedad moderada. La ideación obsesiva era sobre contenidos de tipo auto y heteroagresivo y, secundariamente, de dudas y comprobación. En el momento de la evaluación llevaba 9 meses de tratamiento psicofarmacológico que había mejorado el estado de ánimo disfórico pero no había reducido la sintomatología TOC. Después de la evaluación psicométrica (cuestionarios de obsesividad, depresión y ansiedad) y otra idiosincrásica centrada en las creencias disfuncionales asociadas a las obsesiones, se aplicó un tratamiento cognitivo específico, dirigido al cambio de tales creencias, que constó de 22 sesiones semanales de 1 hora de duración. El tratamiento redujo significativamente la sintomatología TOC hasta la desaparición clínica del trastorno. El cambio se mantuvo a lo largo de cuatro seguimientos durante el año posterior al tratamiento cognitivo.

Palabras clave: Trastorno obsesivo-compulsivo, efectos cognitivos del tratamiento cognitivo, tratamiento cognitivo del TOC, creencias disfuncionales y TOC.

Long-term effects of cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: a single-case study

A case-history of a 31-years old woman with a main diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is described. The OCD duration was of one year and their severity degree was moderate. The obsessive ideas were mainly related to self- and hetero-aggressive contents. At the onset of psychological evaluation she was under pharmacological treatment (9 months). The medication was able to alleviate the depressive symptoms but did not had effects on OCD symptoms. After a psychometric evaluation (obsession, depression and anxiety questionnaires) and an idiosyncrasic assessment to evaluate the dysfunctional beliefs about obsessions, a Cognitive Treatment specially designed to the change of obsession-related beliefs, was applied during 22 weekly sessions of one-hour of duration each. The treatment was highly effective and the changes were maintained after a one year of follow-up. These changes are reflected on psychometric measures as well as on clinical features.

Key Words: Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive effects of cognitive therapy, Cognitive Therapy for OCD, dysfunctional beliefs in OCD.

Correspondencia: Carmen Carrió, Centro de Especialidades, Unidad de Salud Mental, C/ Beniferri s/n. Burjassot, Valencia. Correo-e: carrio_car@gva.es

Agradecimientos: Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de la Prof. A. Belloch, así como de las psicólogas especialistas en psicología clínica E. Cabedo, A. Giménez y C. Morillo. Tanto los instrumentos de evaluación específicos, como el diseño del tratamiento cognitivo en sus fases y contenidos, ha sido realizado en estrecha colaboración con todas ellas. Este trabajo forma parte, además, de un proyecto de investigación más amplio financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, con participación de fondos FEDER (Proyecto BSO2002-02330)

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos de ansiedad que más perturbación e interferencia genera en las personas que lo padecen. El elemento característico del trastorno son las obsesiones, que Rachman (1998) ha definido como «pensamientos, imágenes e impulsos repetitivos e intrusos que son considerados inaceptables para el indivi-

duo, le ocasionan malestar subjetivo y a menudo están acompañadas de alguna forma de resistencia». Esta definición es muy similar a la que propone el DSM-IV (APA, 1994), que no ha variado en lo sustancial en la reformulación de este Manual (DSM-IV-R, 2002). Es importante resaltar el hecho de que los contenidos de las ideas obsesivas no difieren de los pensamientos que también experimentan las personas mentalmente sanas en muchas ocasiones y que, debido a su carácter intrusivo y molesto, se denominan pensamientos intrusos. Son varias las investigaciones que, desde hace tiempo, han constatado la veracidad de este planteamiento (por ejemplo, Clark y De Silva, 1985; Freeston, Ladouceur, Thibodeau y Gagnon, 1991; Niler y Beck, 1989; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993, 1994a,b; Rachman y De Silva, 1978; Salkovskis y Harrison, 1984; o en nuestro contexto, Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, y Carrió, 2004; Morillo, Giménez, Belloch, Lucero, Carrió, y Cabedo, 2003).

Ahora bien: el hecho constatado de que los pensamientos intrusos formen parte de la experiencia normal, no explica *per se* que se desarrollen obsesiones. El paso de estas intrusiones normales a obsesiones clínicamente significativas se produce, en primer término, por la mayor recurrencia de las obsesiones, lo que tiene como consecuencia inmediata que se experimenten con mayor intensidad. El segundo paso guarda relación con dicho incremento de frecuencia: la interpretación o valoración que el sujeto haga de su pensamiento intruso, es decir, de cómo explique su aparición, a qué lo atribuya, cómo valore su contenido, o qué significado le otorgue. En este sentido y desde una perspectiva cognitiva, hay que prestar atención a cómo determinadas creencias que mantienen los sujetos, favorecen que éstos hagan interpretaciones y valoraciones inadecuadas de sus pensamien-

tos intrusos, siendo estas valoraciones las que provocan una reacción emocional más intensa y por ello una mayor implicación en conductas de neutralización, creándose un círculo vicioso que refuerza y mantiene el problema.

Actualmente, son varios los modelos teóricos sobre el TOC que inciden en analizar los tipos de creencias e interpretaciones más importantes para explicar la transición de una intrusión normal a una idea obsesiva, clínicamente significativa. Según el modelo de Salkovskis (1985, 1989; Salkovskis, Richards y Forrester, 1995) el patrón obsesivo se genera a partir de un tipo específico de interpretación: la *responsabilidad* por un posible daño, consecuente con la intrusión. El modelo de Rachman (1997, 1998) resalta explícitamente el papel de las *valoraciones catastróficas* que hace el sujeto sobre el significado personal que tienen sus pensamientos obsesivos, interpretando que estos pensamientos son reveladores de su «naturaleza oculta», con connotaciones *morales negativas*. Por su parte, Purdon y Clark (1993, 1999) señalan como fundamentales las valoraciones que realiza el sujeto sobre la *necesidad y la importancia de controlar y/o suprimir* sus pensamientos intrusos desagradables. Paralelamente se han ido desarrollando y creando instrumentos que evalúan la presencia e intensidad de diversas creencias y valoraciones disfuncionales implicadas en el desarrollo del TOC. Entre otros, el Obsessional Intrusions Inventory-Revised (ROIIR) de Purdon y Clark, 1993, 1994a,b; Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ) del O-CCWG, 2001; y el Inventario de Creencias Obsesivas (ICO) de Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió (2003).

En lo que atañe a su tratamiento, el TOC se ha considerado durante bastante tiempo como un trastorno resistente. Los tratamientos farmacológicos han estado dominados por el uso de antidepresivos, particularmente los inhibidores de la

recaptación de serotonina. En un meta-análisis reciente de la literatura publicada a este respecto (Abramowitz, 1997) se confirmó que la medicación serotoninérgica es la única que ha demostrado ser eficaz, siendo la clomipramina la sustancia asociada a una mayor reducción sintomatológica. Pese a ello, los resultados obtenidos con tratamientos farmacológicos no son suficientemente satisfactorios y además plantean el problema de las recaídas cuando se suprimen, y los efectos secundarios. En cuanto a los tratamientos psicológicos, la eficacia del tratamiento conductual para el TOC está bien establecida. La Exposición con Prevención de Respuesta (E+PR) es el tratamiento psicológico de elección para este trastorno. Numerosos estudios de caso único y estudios no controlados avalan esta afirmación, al igual que los escasos estudios controlados que existen, en los que se encuentran de forma consistente excelentes tasas de mejoría con los tratamientos conductuales. Actualmente, se estima que cerca del 75% de los pacientes tratados con E+PR se recupera, lo cual plantea serias dudas sobre el supuesto curso deteriorante y, en la práctica, irreversible, del trastorno. Sin embargo persiste un problema grave: raras veces se eliminan completamente los rituales y las creencias obsesivas asociadas. Incluso programas de larga duración, informan que el éxito para la mayoría de pacientes está en torno a un 75% de mejoría de las compulsiones. El restante 25% no se beneficia del tratamiento, fundamentalmente, porque no pueden cumplimentar la E+PR. Resulta de gran importancia, por tanto, seguir progresando en la investigación de las técnicas psicológicas más adecuadas, que puedan producir mejorías más amplias y aplicarse a personas que no se benefician de la E+PR.

Las limitaciones prácticas de los tratamientos conductuales que se acaban de comentar, junto con diversos desarrollos

teóricos, ha motivado que se haya propuesto la terapia cognitiva como un complemento a los métodos terapéuticos existentes o como una alternativa para los pacientes que rechazan la exposición. Existen ya evidencias de que el tratamiento cognitivo puede ser, al menos, tan eficaz como la E+PR. En la mayoría de estudios que comparan ambas terapias, no se encuentran diferencias significativas entre ellas. De todos modos, la investigación sobre la Terapia Cognitiva para el TOC es todavía escasa, y todavía más cuando se trata de abordajes cognitivos específicamente desarrollados para este trastorno, esto es, lo que se ha dado en llamar Terapia Cognitiva Específica (TCE). Como antes se ha mencionado, son varios los trabajos recientes que analizan cuáles son las interpretaciones y creencias más relevantes para el TOC, y se presentan técnicas diseñadas especialmente para abordarlas. Sin embargo, son todavía muy escasos los estudios controlados que se han realizado sobre este aspecto, lo que justifica la necesidad de disponer de datos útiles y fiables. Freeston, Rhéaume y Ladouceur (1996) señalan las creencias más relevantes para el TOC y proponen, desarrollan e ilustran intervenciones cognitivas específicas para la modificación de cada una de ellas. Se centran en las siguientes: sobreestimación de la importancia de los pensamientos (incluyendo la fusión pensamiento-acción tipo moral y tipo probabilidad), la responsabilidad excesiva, el perfeccionismo junto a intolerancia a la incertidumbre y necesidad de control, la sobreestimación del peligro, y creencias sobre la peligrosidad de la ansiedad. Purdon y Clark (1999) acentúan la importancia de las creencias e interpretaciones sobre el control del pensamiento. Asimismo, plantean su aportación a la TCE: modificar las creencias sobre la importancia de controlar los pensamientos obsesivos, pues éstos sólo se reducirán cuando se abandonen los inten-

tos inútiles por suprimirlos o controlarlos. Proponen para ello la persuasión lógica y técnicas de comprobación de hipótesis. Van Oppen y Arntz (1994) resaltan la importancia de ciertas creencias cognitivas (percepción del peligro y responsabilidad) y presentan las técnicas cognitivas más adecuadas para abordarlas. Wells (1997) propone la exploración y reestructuración de todos los niveles de creencias y valoraciones relacionados con las obsesiones. La E+PR se utilizará para poner a prueba las creencias disfuncionales, y también se incidirá en reducir la alarma que producen las interpretaciones negativas de las obsesiones. El objetivo final es que el sujeto «deje ir» las intrusiones, sin necesidad de procesarlas activamente. En definitiva, como afirman Foa, Franklin y Kozak (1998), es posible que innovaciones en terapia cognitiva como las descritas supongan beneficios en el tratamiento del TOC, más allá de la pura E+PR. En esta misma línea, el grupo de investigación en el que se integra la autora de este trabajo, ha diseñado un programa de TCE para el TOC, con el objeto de evaluar su eficacia en comparación con otros tratamientos (fundamentalmente, E+PR y tratamiento psicofarmacológico), y que pudiera ser llevado a cabo en el contexto sanitario público. El presente trabajo se enmarca dentro de este objetivo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La paciente

M.X. es una mujer de 31 años de edad, de clase social media, soltera con pareja de hecho, sin hijos¹. Es la pequeña de dos hermanas. Tiene estudios primarios (graduado escolar) y trabaja en un negocio

propio de venta ambulante de ropa. Vive en una ciudad de 37.000 habitantes, perteneciente cercana al área metropolitana de una gran ciudad.

Hace un año, en marzo de 2000, acudió a la Unidad de Salud Mental remitida por su médico de cabecera por presentar, según éste, un cuadro depresivo. Fue atendida por uno de los médicos psiquiatras de la Unidad, quien le diagnosticó un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y le pautó tratamiento farmacológico (un antidepresivo y un ansiolítico: Sertralina 150 mg/día y Alprazolán 1,75 mg/día). No proporcionó información alguna a la paciente sobre la naturaleza o el diagnóstico concreto de su trastorno. Este tratamiento produjo una discreta mejoría en el estado de ánimo pero no mejoró su sintomatología O-C. Nueve meses después de iniciarlo, M.X. planteó al psiquiatra que quería completar su tratamiento con un abordaje psicológico. Además, también demandaba atención psicológica para aprender a afrontar y manejarse en las situaciones vitales nuevas que está experimentando desde hace un año, puesto que le generan problemas de estrés.

Respecto a los antecedentes personales, M.X. refiere que su embarazo, parto y desarrollo evolutivo fueron normales. No recuerda haber padecido enfermedades graves en la infancia y relata haber tenido una buena relación familiar y adaptación escolar, habiendo tenido la menarquía a los 13 años. En cuanto a su historial médico, dice haber presentado los siguientes problemas mentales y orgánicos: A los 23 años presentó un trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad que remitió totalmente con tratamiento farmacológico. A los 25 años tuvo un trastorno de angustia sin agorafobia, que requirió tratamiento farmacológico y psicológico; además, le detectaron una hipertensión esencial, que requiere desde entonces tratamiento farmacológico (Irbesartán 150 mg/día) y controles periódicos por parte

¹ Las siglas no se corresponden con el nombre real. Se utilizarán para referirse a la paciente a lo largo del texto.

de su médico de cabecera. No padece alergias u otras enfermedades conocidas, ni tampoco tiene hábitos tóxicos. En cuanto a los antecedentes familiares relata que su madre y hermana han seguido tratamiento psiquiátrico «por depresión». Se define como una persona responsable, exigente, metódica, ordenada, activa, visceral, positiva, alegre, sensible, intuitiva, sugestionable y algo supersticiosa.

Motivo de consulta

Relata tener pensamientos recurrentes cuyos contenidos hacen referencia a: (a) impulsos de autoagredirse o agredir a otras personas cuando tiene ante sí objetos cortantes o punzantes (b) impulsos de saltar al vacío cuando se encuentra próxima a ventanas, balcones o terrazas (c) impulsos de echarse o echar a alguien delante de vehículos cuando va cruzar una calzada o un paso a nivel ferroviario, y cuando está en una parada de metro o tranvía; y (d) dudas respecto a si ha dejado cerrada la llave de conducción de gas y de la puerta de la vivienda, seguidas de necesidad imperiosa de comprobarlo.

Informa que para intentar eliminar y/o disminuir el malestar que le generan dichos pensamientos obsesivos utiliza las siguientes estrategias: (a) evita ver objetos cortantes o punzantes (por ejemplo, esconde cuchillos, tijeras,...) (b) evita acercarse o asomarse a ventanas, balcones o terrazas (razón por la cual ha adquirido una vivienda situada en una primera planta) (c) evita leer, ver y escuchar noticias sobre agresiones físicas que atenten contra la vida del ser humano (atentados, asesinatos, homicidios,...) (d) comprueba que esté cerrada la llave de conducción de gas y de la puerta de la vivienda (e) intenta explicarse a sí misma lo que le ocurre y se esfuerza por suprimir o eliminar estos pensamientos; y (f) comenta lo que le ocurre con su pareja y

familiares con la intención de encontrar apoyo y tranquilizarse.

Psicopatograma

No presenta alteraciones del estado de ánimo, sueño o apetito. Tampoco se detectan alteraciones del lenguaje, estado de conciencia, curso del pensamiento, percepción, memoria, inteligencia, ni juicio. En cuanto al contenido del pensamiento se evidencia la existencia de obsesiones con los contenidos antes mencionados, así como de preocupaciones sobre los problemas familiares y laborales. Asimismo, como ya se ha comentado, presenta comportamientos de evitación y conductas de comprobación, asociadas a los contenidos de sus obsesiones. Existe conciencia de enfermedad. Se observa una moderada ansiedad flotante durante todo el día. El aumento de ansiedad coincide con preocupaciones familiares, laborales y con la exposición a estímulos que elicitán la aparición de pensamientos obsesivos de contenido agresivo. El funcionamiento en general de la paciente es ajustado y normal tanto en el ámbito laboral como familiar y social. La actitud de su familia respecto a su problema es en general de escucha, comprensión y apoyo, intentan entender lo que le ocurre y ayudarla «a su manera», pero reconoce que ello sólo «*me sirve para desahogarme y tranquilizarme cuando estoy muy angustiada porque en realidad ellos no saben cómo ayudarme a superarlo, y yo tampoco*».

Antecedentes personales y vitales predisponentes

Entre los factores predisponentes hacia el TOC cabe destacar las características de personalidad referidas a su tendencia y permeabilidad hacia la sugestión y superstición en general y su miedo a perder el control sobre su conducta. Ade-

más, en etapas anteriores de su vida se produjeron una serie de acontecimientos que malinterpretó, y que probablemente facilitaron la aparición de ciertas creencias disfuncionales que actualmente utiliza en sus valoraciones cognitivas, tales como sobreestimar la importancia de sus pensamientos y la peligrosidad de los mismos, la tendencia a mostrar creencias de fusión entre pensamiento y acción (de tipo probabilidad), la importancia excesiva que atribuye a controlar los pensamientos, y su intolerancia a la incertidumbre. Dichos acontecimientos previos son los siguientes: A los 17 años vio, junto con su hermana, una película de terror en la TV en donde asesinaban a una familia. Esa noche la despertó una pesadilla en la que ella asesinaba a su familia, «*como si yo también estuviera poseída y matara a mi familia*». A los 19 años, un amigo que presentaba un cuadro depresivo, le refiere su ideación y planificación suicida. Esa noche, presenta despertar súbito acompañado de palpitaciones y excitabilidad (reactivo, probablemente, a un sueño angustiante que no recuerda). La paciente interpretó ese despertar del modo siguiente: «*esto es una señal de que quiero o puedo suicidarme*», y relacionó su elevado nivel de activación con la conversación mantenida con su amigo. Se tranquilizó yendo a buscar el apoyo afectivo de su madre. Durante los dos años siguientes, mantuvo una gran preocupación por la posibilidad de ser una persona depresiva y, consiguientemente, por dilucidar si deseaba (o existían posibilidades de) suicidarse. A los 23 años, el padre le transfiere a ella y a su hermana el negocio familiar, asumiendo M.X. la responsabilidad de la gestión y rentabilidad del negocio y la ampliación del mismo al asociarse con otra persona. Esta nueva situación se convierte en un factor de estrés socio-laboral que tiene que afrontar, centrando en él toda su atención y esfuerzo, y desapareciendo temporal-

mente los pensamientos obsesivos y las preocupaciones mencionadas anteriormente.

Acontecimientos vitales estresantes recientes

Durante el último año se han producido una serie de experiencias vitales importantes, que han supuesto cambios en su estilo de vida: se ha independizado de sus padres; ha iniciado una relación de pareja que motiva el rechazo familiar, debido a que su compañero es separado y tiene dos hijos, además de por el tipo de convivencia «no reglada» que mantienen; tiene problemas financieros en su negocio, pues uno de los socios (su hermana) decide abandonarlo; y han fallecido dos de sus amigos (muerte súbita y cáncer, respectivamente).

La paciente valora positivamente la relación de pareja que mantiene y la considera muy importante para su vida actual, aunque tiene dificultades en la relación con los hijos de su compañero, lo que es fuente de preocupación y malestar. Valora muy negativamente la muerte de sus amigos, y se muestra muy afectada por ello. También la postura de su familia respecto a su pareja y la decisión de su hermana de salirse del negocio son valoradas como muy negativas por la paciente, y considera que todo ello ha podido influir en la aparición de su trastorno actual.

Delimitación del TOC actual y análisis funcional

El cuadro obsesivo compulsivo se inició aproximadamente un año antes de la primera consulta con la psicóloga clínica (la autora). Los sucesos o acontecimientos que facilitaron y precipitaron la reaparición de las creencias previas disfuncionales antes apuntadas, fueron los siguientes: a) El suicidio, mediante ahor-

camiento, de un vecino que «*padecía una depresión*» (b) el relato de una vecina de sus padres sobre un pastor del pueblo que ahorcó a su perro, colgándolo de un árbol, porque ya no le resultaba útil para cuidar el rebaño, por lo que la paciente lo califica como «*una mala persona, un psicópata*» (c) estando de viaje en Portugal (abril de 2000), una compañera de viaje le relató con todo tipo de detalles su ideación, planificación e intento de suicidio, seccionándose las venas de ambas muñecas, «*también, tenía una depresión como mi vecino*». Al regreso de este viaje, los pensamientos intrusos referidos a impulsos autoagresivos y heteroagresivos, que hasta entonces no habían interferido en su funcionamiento, empiezan a ser para ella motivo de preocupación por resultarle desagradables, perturbadores, y por empezar a creer que puedan ocurrir en la realidad («*que yo los pueda llevar a cabo*». A partir de aquí, elabora la siguiente creencia disfuncional: «*Si pienso en hacerme daño a mi misma o a alguien de mi familia, es porque tengo una depresión como mi vecino, que acabo suicidándose, o la señora que conocí en Portugal que lo intentó cortándose las venas de las muñecas. Si de verdad tengo una depresión seguro que acabo cortándome las venas o tirándome al vacío o a las vías del tren. Si no tengo una depresión y tengo estos pensamientos de hacerme o hacer daño es porque soy una psicópata, una delincuente o una mala persona, como el pastor que ahorcó a su perro porque ya no le servía o como los casos que salen en programas de TV*».

Estas «autoexplicaciones» facilitan que la paciente se esfuerce por suprimir o eliminar los pensamientos obsesivos de este tipo, focalizando con ello más su atención en los mismos y logrando así que aumenten su frecuencia de aparición y la ansiedad y angustia que le generan (efectos paradójicos subsiguientes a los

intentos y esfuerzos de supresión). A partir de aquí, los pensamientos obsesivos de contenido auto y heteroagresivos se convierten en los más importantes y perturbadores, quedando en un segundo plano los pensamientos de duda-verificación y la ideación mágica de superstición (azar=certeza), que asocia a mayor o menor número de ventas en su trabajo, siendo en ambos casos su frecuencia e intensidad subclínica.

En el momento de la consulta, el cuadro obsesivo-compulsivo viene definido por los siguientes elementos:

(A) *Obsesiones y ansiedad que generan (0%-100%)*

• *Pensamientos* (ordenados de más a menos desagradables):

1. Cortarme las muñecas, una mano o el cuello (100%)
2. Agredir con un objeto cortante a un familiar o amigo (100%)
3. Saltar al vacío desde una ventana o balcón (80%)
4. Tirarme delante del tren o de un coche (90%)
5. Empujar a un familiar o amigo delante del tren o de un coche (80%)
6. Desde un lugar alto empujar a un familiar o amigo (70%)
7. Conduciendo: dar un volantazo y meterme en el carril contrario (75%)
8. Conduciendo: atropellar a peatones (75%)
9. Dejarme abierta la llave del gas o de la puerta de casa (70%)

• *Imágenes*

1. Visualiza sus muñecas llenas de cortes y sangrando (100%)
2. Visualiza un corte en su cuello (100%)
3. Visualiza sus manos llenas de cristales (100%)

• *Comprobaciones*: Necesidad imperiosa o urgente

1. Comprobar si he dejado cerrada la llave del gas (70%)
2. Comprobar si he dejado cerrada la llave de la puerta de mi casa (70%)

(B) *Estímulos externos que facilitan la aparición de los pensamientos, imágenes y/o necesidades:* Usar utensilios cortantes de cocina (Pensamientos 1 y 2). Usar abrelatas, conducir coche, y mover los brazos (Imágenes 1 y 2). Ver o aproximarse a las vías del tren que existen cerca de su domicilio (Pensamientos 4 y 5). Conducir la furgoneta del trabajo por carretera (Pensamientos 7 y 8). Estar en el salón-comedor de sus padres (Pensamiento 3). Subir en atracciones de feria, teleférico (Pensamientos 3 y 6). Al acostarse por la noche (Necesidad 1). Al salir sola de su casa (Necesidad 2).

(C) *Estímulos internos que refuerzan las obsesiones:* Recuerdo del relato del intento de suicidio de la compañera de viaje. Recuerdo del suicidio de su vecino. Recuerdo del relato sobre el pastor que ahorcó a su perro. Convencimiento de que padece una depresión. Posibilidad de que pueda ser una mala persona, una psicópata. Afectación por la muerte reciente de dos amigos. Afectación por la desaprobación de su familia hacia su pareja. Preocupación por rechazo hacia ella por parte de los hijos de su compañero sentimental. Preocupación por los problemas financieros de su negocio.

(D) *Compulsiones:*

- Manifiestas: Rituales de comprobación por temor a una catástrofe («¿están cerradas la llave del gas y la puerta de casa?»).

- Encubiertas: (a) *Reaseguración:* cuenta a familiares y pareja lo que le ocurre y pregunta por qué y qué puede hacer (b) *Evitación:* evitar tener a la vista objetos cortantes o punzantes en su cocina; situarse cerca de la ventana y el balcón del salón de sus padres; asomarse a las ventanas de su casa; leer, ver noticias y escuchar conversaciones sobre agresiones físicas que atenten contra la vida del ser humano (atentados, asesinatos, homicidios,...).

(E) *Metacogniciones:* Manifiesta gran preocupación por sus pensamientos e impulsos auto y hetero-agresivos, por la posibilidad de que éstos se hagan realidad, intenta explicarse a si misma el por qué de los mismos y se esfuerza continuamente por suprimirlos o eliminarlos.

Diagnóstico

Según el DSM-IV (APA, 1994) y Códigos CIE-10:

- Eje I F42.8 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (300.3)
- Eje II Z03.2 Ningún diagnóstico (V71.09)
- Eje III Hipertensión esencial.
- Eje IV Problemas financieros en el trabajo.
Oposición familiar a la relación de pareja que mantiene.
Dificultades en la relación con los hijos de su pareja.
Muerte reciente de dos amigos
- Eje V EEAG = 68 (actual)

Evaluación

Se llevó a cabo a lo largo de tres sesiones. Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Entrevista diagnóstica estructurada para los trastornos de ansiedad:** Entrevista breve y estructurada que hemos elaborado para valorar la presencia de sintomatología ansiosa, basada en los criterios diagnósticos DSM-IV y en la entrevista derivada de este mismo Manual para estos mismos trastornos (ADIS-IV). Se utilizó como instrumento de confirmación/exclusión del diagnóstico clínico (TOC). Proporcionó la información necesaria para desarrollar la historia clínica y evaluar las conductas problema objeto del tratamiento.
- **Evaluación mediante auto-registros:** se utilizó un registro diario de obsesiones y compulsiones en el que la paciente valoraba el grado de ansiedad (0-100%) que le generaba el pensamiento obsesivo, registrando sus respuestas cognitivas y motoras frente al mismo, el grado de ansiedad (0-100%) que le generaban dichas respuestas, la frecuencia de los pensamientos obsesivos y su duración.
- **Evaluación psicométrica.** Se utilizaron los siguientes instrumentos, ordenados teniendo en cuenta su finalidad y contenidos:
 - (1) Instrumentos para evaluar la sintomatología obsesiva y compulsiva:
 - *Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS;* Goodman, Price, Rasmussen *et al.*, 1989). Contiene 10 ítems (5 para obsesiones y 5 para compulsiones), puntuados de 0 a 5, con los que se valora la gravedad de los síntomas obsesivos y compulsivos.
 - *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI;* Hodgson y Rachman, 1977). Escala de 30 ítems, con respuestas verdadero/falso para evaluar la presencia, características y gravedad de obsesiones y compulsiones. Contiene 4 subescalas: Comprobación, Limpieza, Repetición y Duda.
 - (2) Instrumentos que evalúan metacogniciones: Creencias y valoraciones cognitivas:
 - *Obsessional Intrusions Inventory- Revised (ROII;* Purdon y Clark, 1993, 1994a,b). Inventario auto-informado consistente en dos partes. La primera con 52 ítems que evalúan la frecuencia de pensamientos, imágenes o impulsos intrusos indeseados (desde 0=«nunca he tenido este pensamiento» hasta 6=«frecuentemente, todo el día»). En la segunda parte, se valoran (de 0=«en absoluto» hasta 5=«extremadamente») las reacciones cognitivas y emocionales del sujeto a su pensamiento intruso más perturbador, a través de 10 dimensiones valorativas: molestia, culpa, preocupación por las consecuencias, incontrolabilidad o dificultad para eliminar, inaceptabilidad, probabilidad de que pueda ocurrir en la vida real, importancia de controlar, amenaza, responsabilidad y evitación de situaciones desencadenantes de la intrusión. Después se presenta una lista de 10 estrategias de control y se pide que indique en qué medida utiliza cada una de estas estrategias en respuesta a su pensamiento intruso más desagradable (escalas de 5 puntos desde «nunca» hasta «siempre»). Se ha utilizado la adaptación al español de este instrumento (Belloch *et al.*, 2004; Morillo *et al.*, 2003)
 - *Inventario de Creencias Obsesivas (ICO;* Belloch *et al.*, 2003; Cabedo *et al.*, 2004; Giménez *et*

al., 2004). Cuestionario auto-informado de 58 ítems que evalúa diferentes áreas de creencias disfuncionales hipotéticamente implicadas en el desarrollo y/o mantenimiento del TOC. Se debe contestar si se está de acuerdo o en desacuerdo con diferentes afirmaciones mediante una escala de 7 puntos, desde 1 («completamente en desacuerdo») hasta 7 («completamente de acuerdo»). Se obtiene una *Puntuación Total de Creencias Obsesivas* (PT) y siete puntuaciones en las siguientes subescalas: *Fusión Pensamiento/Acción-Tipo probabilidad* (FPA-p), *Perfeccionismo e Intolerancia a la Incertidumbre* (P-II), *Sobreestimación del Peligro* (SP), *Fusión Pensamiento/Acción-Tipo moral* (FPA-m), *Responsabilidad Excesiva e Importancia de Controlar los Pensamientos* (RE-ICP), *Sobreestimación de la Importancia de los Pensamientos* (SIP) y *Rigidez de Ideas* (R).

- (3) Instrumentos que evalúan metacogniciones: Estrategias cognitivas:
- *White Bear Suppression Inventory* (WBSI; Muris, Merckelbach y Horselenberg, 1996). Cuestionario auto-administrado de 15 ítems que mide la tendencia general del sujeto a suprimir (o eliminar del contenido de la conciencia) pensamientos negativos indeseados. Utiliza una escala de 5 puntos (de 1: completamente en desacuerdo a 5: completamente de acuerdo).
 - *Thought Control Questionnaire* (TCQ; Wells y Davies, 1994). Cuestionario auto-informado de 30 ítems que identifica la frecuencia de cinco estrategias para controlar pensamientos desagradables e indeseados en general: distracción, castigo, revaloración, control social y

preocupación («worry»). Se le pide al sujeto que valore cada ítem en una escala de 4 puntos (de 1: nunca a 4: casi siempre).

- (4) Instrumentos que evalúan otros aspectos clínicos relevantes:
- *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Escala unidimensional de 16 ítems que evalúa la preocupación como rasgo o tendencia general del individuo a preocuparse por diferentes temas de la vida cotidiana. El sujeto valora cada ítem en una escala de 5 pasos (de 1: nada típico a 5: muy típico).
 - *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ, Hollon y Kendall, 1980; Belloch y Baños, 1990). Inventario que evalúa la frecuencia de aparición de pensamientos negativos automáticos, característicos de depresión. Consta de 30 ítems que son valorados mediante una escala 5 pasos (de: 1 nunca a 5: durante todo el tiempo).
 - *Inventario de Depresión de Beck* (BDI; Beck y Steer, 1993). Autoinforme que evalúa la presencia de sintomatología depresiva mayor y permite medir su gravedad, a través de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad.
 - *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo* (STAI-E; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; adaptación española de Seisdedos, 1988). Inventario de autoevaluación que evalúa la ansiedad estado (20 ítems; formato de respuesta Likert 0-3). Se utiliza como registro del nivel de ansiedad del sujeto durante el pase de pruebas.

- (5) Evaluación idiosincrásica, especialmente diseñada para la evaluación de la sintomatología específica de la paciente:

— *Inventario de Evaluación Idiosincrásica*. Es un instrumento elaborado por nuestro grupo para su aplicación clínica, y tiene como finalidad examinar desde el punto de vista del propio paciente las distintas valoraciones disfuncionales que realiza sobre las obsesiones, una vez que el clínico le ha explicado en qué consisten tales valoraciones, así como los diversos parámetros clínicos que acompañan al hecho mismo de experimentar las obsesiones (ansiedad, frecuencia, duración y controlabilidad). La primera parte tiene por objeto evaluar el grado de convicción (0 a 10) que el paciente tiene en cada creencia disfuncional que mantiene sobre sus obsesiones. En la segunda parte, se valoran la frecuencia (semanal o diaria, según el caso), duración (en minutos), grado de ansiedad (de 0=nada, a 100=máxima), y controlabilidad (de 0= totalmente controlable, a 100= totalmente incontrolable) de sus pensamientos obsesivos. En la Tabla 2 del apartado de resultados se resumen los diferentes aspectos recogidos mediante la primera parte de este instrumento (solo se incluyen las creencias que, en este caso, mantenía M.X.).

TRATAMIENTO

Tratamiento psicológico: criterios de decisión, fases, y objetivos

Después de realizar el análisis del problema y formular las hipótesis explicativas pertinentes, elaboramos junto con la

paciente el diseño del plan y las metas terapéuticas, así como las fases del tratamiento a seguir. Para ello se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: a) La tendencia general de la paciente a preocuparse y las dificultades para manejarse en sus situaciones actuales de estrés vital; b) El tiempo de evolución del TOC y el grado de interferencia de éste en su funcionamiento habitual; c) Los tipos de TOC que presentaba: por una parte de tipo «puro» (contenido de la obsesión agresiva y sin compulsiones manifiestas o encubiertas), y por otra de tipo «verificador» (contenido de la intrusión obsesiva de duda y compulsión manifiesta), este último de gravedad subclínica; d) La petición de la paciente de que el tratamiento se iniciara primero por el abordaje de su malestar debido a factores de estrés vital y posteriormente se tratara su TOC; e) El éxito terapéutico logrado en un anterior tratamiento psicológico seguido por la paciente mediante técnicas terapéuticas de tipo cognitivo-conductual (trastorno de angustia sin agorafobia). Se establecieron dos fases de tratamiento.

Fase 1: El objetivo terapéutico fue disminuir la vulnerabilidad de la paciente a los sucesos estresantes como los que le habían ocurrido recientemente (la muerte de dos amigos, los problemas en su trabajo, el inicio de la convivencia en pareja con la oposición de su familia a la misma, las dificultades en las relaciones con los hijos de su compañero), ya que tales acontecimientos inciden, como ya se dijo antes, en la aparición del TOC. La duración de esta fase fue de cinco sesiones semanales de 1 hora.

Fase 2: Los objetivos o metas terapéuticas de esta fase fueron: modificar las creencias y valoraciones cognitivas disfuncionales que M.X. hacía sobre sus intrusiones obsesivas; ofrecerle estrategias cognitivas racionales alternativas para valorar e interpretar sus obsesiones;

disminuir o eliminar los esfuerzos que para neutralizar las obsesiones (compulsiones, reaseguración, evitación, intentos de eliminar y/o controlar el pensamiento), así como la ansiedad que generaban las valoraciones cognitivas negativas que hacía de sus obsesiones. En definitiva, lograr que los pensamientos obsesivos pasaran a ser meramente intrusos. Los módulos terapéuticos de esta fase fueron los dos que siguen:

En primer lugar, TCE centrada en las valoraciones cognitivas que M.X. hacía de sus obsesiones. Por valoración cognitiva se entiende aquí el proceso por medio del cual la paciente asignaba un significado a un pensamiento en términos de su valor, su importancia o sus implicaciones. Es decir, estaba centrada en la modificación o reestructuración de las creencias erróneas básicas que M.X. utilizaba para hacer las valoraciones cognitivas de sus obsesiones, así como entrenarle a utilizar estrategias cognitivas de afrontamiento adecuadas que fueran capaces de interrumpir o dificultar el desarrollo y mantenimiento de sus obsesiones.

En segundo término, E+PR dirigida a disminuir o eliminar las conductas de neutralización (compulsiones, reaseguración, evitación,...), ya que éstas actuaban como reforzadores para la aparición de pensamientos obsesivos, incrementando su frecuencia.

Se decidió iniciar el tratamiento aplicando en primer lugar el módulo de TCE, y en segundo lugar el de E+PR. Las razones que se tuvieron en cuenta para iniciar el tratamiento con TCE y posteriormente, si era necesario, aplicar la E+PR fueron las que siguen: (1) la mayor gravedad atribuida por la paciente a los pensamientos obsesivos de contenido agresivo (tipo «puro», sin compulsiones manifiestas), frente a los de duda y comprobación que también presentaba, bien entendido que por gravedad M.X. indicaba mayor

molestia, intensidad, duración, frecuencia de aparición y grado de interferencia en su funcionamiento habitual (2) la buena capacidad de comprensión y razonamiento de la paciente, que ya con anterioridad permitieron llevar a cabo una intervención terapéutica cognitiva con éxito, lo que avalaba la aplicación de un procedimiento terapéutico cognitivo con esta paciente (3) su motivación e interés respecto a la intervención psicológica; y (4) el propio interés de la psicóloga clínica que la atendía (la autora) por poner en marcha esta nueva estrategia para el tratamiento del TOC y evaluar su eficacia.

Se llevaron a cabo 22 sesiones de tratamiento de 1 hora de duración cada una, excepto la 2ª y 3ª sesiones, cuya duración fue de 90 minutos. La periodicidad de las 20 primeras sesiones fue semanal, y quincenal la de las dos últimas.

Desarrollo del tratamiento

A continuación se describe de manera somera el contenido principal de las sesiones de TCE, con especial énfasis en las cinco primeras ya que fueron las más importantes para la resolución del caso (como se verá más adelante, en los resultados obtenidos) y las que más novedad aportan a los tratamientos ya conocidos para el TOC.

- *Sesión 1ª*

Objetivos: (1) Modificar las creencias disfuncionales previas (autoexplicaciones) a partir de las cuales la paciente se «explica» su TOC: padecer una depresión (obsesiones de autoagresión) y/o ser «una psicópata» (obsesiones de heteroagresión). (2) Establecer la forma de supervisar el tratamiento psicofarmacológico por parte del médico psiquiatra

Contenidos: Información general sobre: los trastornos depresivos y la personalidad antisocial; los resultados de la evaluación clínica y psicométrica llevada a cabo; el diagnóstico clínico de TOC, con-

cretado en su caso. Entrega de material escrito sobre depresión, personalidad antisocial y TOC.

Tareas inter-sesión: reflexionar sobre el contenido de la sesión y el material entregado; plantear dudas para resolverlas en la próxima sesión.

Al término de esta sesión, se mantuvo una interconsulta con el psiquiatra, acordando mantener el mismo tratamiento farmacológico mientras fuera necesario. Quedó claro que la paciente no automodificaría en ningún caso las dosis de medicación.

• *Sesión 2ª*

Objetivos: (1) Establecer e introducir el modelo explicativo cognitivo-conductual del TOC, con ejemplos de la propia sintomatología de la paciente. En La Figura 1 se expone el relacionado con una de las obsesiones más molestas, tal y como se le mostró a la paciente. (2) Psicoeducación sobre el trastorno, con los contenidos que se explican a continuación.

Contenidos: Explicación e información sobre los pensamientos intrusos. Importancia que se da al pensamiento obsesivo: las valoraciones cognitivas. Importancia de la neutralización (compulsiones). Introducción del modelo explicativo cognitivo-conductual del TOC (véase la Figura 1). Entrenamiento en el manejo del auto-registro de obsesiones y compulsiones.

Tareas inter-sesión: Analizar el diagrama del modelo explicativo cognitivo-conductual de TOC (círculo vicioso). Lista de pensamientos intrusos más frecuentes en la población normal. Cumplimentar el registro de obsesiones y compulsiones.

• *Sesión 3ª*

Objetivos: Profundizar en el modelo explicativo cognitivo-conductual del TOC. Propuesta de Tratamiento: TCE y E+PR.

Contenidos: Evidenciar la importancia de la valoraciones cognitivas y de las neutralizaciones (compulsiones) en la formación y mantenimiento de las obsesiones. Proponer como componentes del tratamiento la TCE centrada en las valoraciones cognitivas y la E+PR centrada en las neutralizaciones. Establecer con la paciente el diseño del tratamiento: primer módulo de TCE y segundo E+PR.

Tareas inter-sesión: Resumen de lo comprendido en la sesión y dudas. Cumplimentar el registro de obsesiones y compulsiones.

• *Sesión 4ª*

Objetivos: Explicar la lógica del componente TCE. Papel de las creencias y valoraciones disfuncionales en las obsesiones

Contenidos: Evidenciar el papel de las creencias y valoraciones cognitivas en la

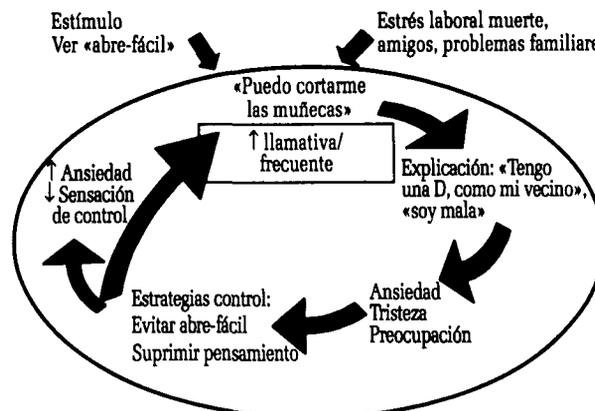


Figura 1. Modelo cognitivo explicativo del TOC: ejemplo para la paciente

formación y desarrollo de las obsesiones. Presentación y comentario de las ocho valoraciones cognitivas erróneas más habitualmente utilizadas en las obsesiones. Presentación de los auto-registros de las valoraciones cognitivas y entrenamiento en su cumplimentación.

Tareas inter-sesión: Lectura-estudio del material referido a las ocho valoraciones cognitivas erróneas habitualmente utilizadas en las obsesiones. Cumplimentar el registro de las valoraciones cognitivas de los pensamientos obsesivos.

- *Sesión 5ª*

Objetivos: Papel de las estrategias de manejo y «control» de las obsesiones en el mantenimiento del TOC

Contenidos: Poner en evidencia el tipo de estrategias inadecuadas que utiliza: Identificarlas y compararlas con las que usa con ideas no obsesivas (p.ej., pensamientos de preocupación, intrusos). Plantear la necesidad de aprender a utilizar estrategias cognitivas alternativas más adecuadas. Interpretar las obsesiones como «ruido» y no como «señal, no hacer nada especial con ellas (no control, no supresión, no importancia), recordando el modelo explicativo del TOC (véase Figura 1).

Tareas inter-sesión: Seguir cumplimentando el registro de las valoraciones cognitivas de los pensamientos obsesivos. Realizar un resumen de lo aprendido en la sesión.

- *Sesiones 6ª a 20ª*

Todas estas sesiones se centraron en el cambio de las estrategias y valoraciones cognitivas disfuncionales que la paciente utilizaba y hacía sobre sus obsesiones, mediante la detección y corrección de las mismas. Se ordenaron las creencias y valoraciones disfuncionales en función de los datos obtenidos en la evaluación pretest y en los auto-registros. La jerarquización fue la siguiente: importancia de controlar los pensamientos, responsa-

bilidad excesiva, intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro, sobreestimación de la importancia de los pensamientos y fusión pensamiento-acción tipo probabilidad. Estrategias cognitivas de supresión activa, evitación y racionalización. Se comenzaba por la valoración cognitiva disfuncional más relevante (en este caso, importancia de controlar los pensamientos), y tras la corrección de la misma en la sesión se pedía como tarea la detección de la misma en casa. La siguiente sesión se dedicaba a la corrección de la misma valoración cognitiva y se le pedía como tarea que la paciente la corrigiera en su casa. En la siguiente sesión se iniciaba el abordaje de la siguiente valoración errónea, y así se fue haciendo sucesivamente con todas las valoraciones.

A las creencias disfuncionales de fusión pensamiento-acción tipo moral y de perfeccionismo sólo se les dedicó una sesión pues no eran utilizadas por la paciente para valorar sus obsesiones de contenido agresivo, y, además, la segunda había sido trabajada anteriormente (primera fase del tratamiento) mediante terapia cognitiva general. La última sesión (20ª) se dedicó a repasar en profundidad las estrategias terapéuticas aprendidas hasta ese momento. En todas las sesiones se utilizaron los registros de las valoraciones cognitivas de las obsesiones como herramienta básica de trabajo.

Finalizada esta fase del tratamiento, M.X. informó que no utilizaba conductas de neutralización (evitación, reaseguración, rituales de comprobación, estrategias de control y eliminación de las intrusiones obsesivas) y que se encontraba muy bien, por lo que se decidió que no era necesario aplicar el componente terapéutico de E+PR.

- *Sesiones 21ª y 22ª*

Estuvieron dedicadas a prevenir recaídas (detectar y abordar los miedos espe-

cíficos y emociones relacionadas con el fin de la terapia). Al mes de haber finalizado el tratamiento se evaluó de nuevo a la paciente utilizando para ello los mismos instrumentos que en la evaluación previa. Posteriormente, se han llevado a cabo tres seguimientos más a los tres, seis y doce meses de haber finalizado el tratamiento, y en cada uno de estos momentos se volvieron a pasar los mismos instrumentos psicométricos.

RESULTADOS

Evaluación psicométrica

En la Tabla 1 se ofrecen los valores registrados por la paciente antes del tratamiento y en los cuatro seguimientos realizados. En el Y-BOCS, que evalúa síntomas obsesivos-compulsivos, se observaron puntuaciones que indicaban una gravedad media o moderada antes del tratamiento. Estas puntuaciones fueron disminuyendo a partir del primer seguimiento hasta alcanzar niveles cero en el tercer y cuarto seguimiento. Según el MOCI, la gravedad pre-tratamiento era muy baja (subclínica).

En los instrumentos que valoran metacogniciones (creencias y valoraciones) la paciente registró valores medios muy similares en cuanto a la frecuencia de aparición de obsesiones y/o intrusiones (ROII-primer parte) que no variaron demasiado a lo largo del tratamiento. Sin embargo, respecto a las valoraciones de su obsesión más desagradable, alcanzó una puntuación muy elevada en el pretest que, como puede verse en la Tabla 1, fue disminuyendo considerablemente a lo largo de todos los seguimientos. Por último, en la puntuación de la tercera parte del instrumento (utilización de estrategias de control ante la aparición de la obsesión más desagradable), también la puntuación inicial disminuyó ligeramente en el primer, tercer y cuarto segui-

miento, y se mantuvo igual en el segundo. En el ICO (creencias obsesivas generales sobre los propios pensamientos) puntuó de manera elevada en el pre-tratamiento, y fue disminuyendo de manera clara en todos los seguimientos, tanto por lo que se refiere a la puntuación total como a los valores alcanzados en las siete subescalas del cuestionario.

Respecto a los resultados obtenidos a través de instrumentos que evalúan otros aspectos clínicos relevantes (*WBSI*, *TCQ*, *PSWQ*, *ATQ*, *BDI* y *STAI-A/E*) hemos de señalar que, en todos, la paciente obtiene menores puntuaciones a las iniciales a lo largo de los seguimientos. Es de notar el hecho de que en el caso del *BDI*, la paciente en el pretest alcanzó un puntaje bajo, que confirma lo observado en la entrevista clínica.

Evaluación idiosincrásica

Los resultados de la primera parte de la evaluación idiosincrásica (*CEI*) del pensamiento intruso obsesivo más perturbador («cortarme las muñecas» se toma como ejemplo de los pensamientos obsesivos de contenido agresivo que presentaba la paciente), pueden verse en la Tabla 2. Como se muestra en esta tabla, las puntuaciones en los seis dominios de creencias y valoraciones cognitivas disfuncionales disminuyeron considerablemente, llegando incluso en varias de ellas a puntajes 0 a lo largo de todos los seguimientos. Las creencias fusión pensamiento/acción-tipo moral y perfeccionismo puntuaron 0 ya en el pretest, lo que indica que no eran utilizadas por la paciente como valoraciones de sus obsesiones.

Los datos referentes a la segunda parte de la evaluación personal, referidos a la frecuencia semanal, duración, ansiedad y controlabilidad de la obsesión más molesta («cortarme las muñecas») se ofrecen en la Figura 2. Como puede

Tabla 1. Evaluación psicométrica pre y post-tratamiento

INSTRUMENTOS	Pre-tratamiento	Post-tratamiento (meses)			
		1	3	6	12
<i>Y-BOCS</i>					
— Obsesiones	11	7	4	2	0
— Compulsiones	9	3	1	0	0
<i>Inventario Obsesión-Compulsión (MOCI)</i>	7	3	1	3	1
<i>Inventario de Intrusiones Obsesivas (ROII)</i>					
— Frecuencia de intrusiones	38	53	45	35	65
— Valoraciones	29	9	11	8	5
— Estrategias de control	14	12	14	11	11
<i>Inventario Creencias Obsesivas (ICO)</i>					
— Fusión Pensamiento-Acción, probabilidad	26	9	12	12	15
— Perfeccionismo-Intolerancia incertidumbre	54	49	36	36	40
— Sobrestimación Peligro	36	22	27	29	25
— Fusión Pensamiento-Acción, moral	32	16	16	14	19
— Responsabilidad-Importancia controlar	46	22	23	19	25
— Sobrestimar Importancia Pensamientos	18	8	11	11	14
— Rigidez	20	10	15	13	13
— P. Total	232	136	140	134	151
<i>White Bear Suppression Inventory</i>	54	54	50	50	44
<i>Thought Control Questionnaire</i>					
— Distracción	9	11	11	7	12
— Control Social	15	10	15	15	12
— Preocupación	7	10	8	6	7
— Castigo	14	8	8	7	9
— Revaloración	15	8	14	8	11
<i>Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)</i>	48	42	51	43	41
<i>Cuestionario de Ansiedad Estado (STAI-E)</i>	20	22	17	16	19
<i>Inventario de Depresión (BDI)</i>	7	6	2	2	5
<i>Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)</i>	37	34	30	34	31

observarse, la frecuencia de aparición del pensamiento obsesivo pasó de una media de 4 veces a la semana a ninguna en el cuarto seguimiento. La duración de esta idea obsesiva, en torno a 10 minutos cada vez que hacía su aparición en el flujo del pensamiento de la paciente antes del tratamiento, disminuyó a 1 minuto en el primer seguimiento, se incrementó ligeramente en el segundo (3 minutos) y acabó por desaparecer en el último control realizado (12 meses). Los valores de la ansiedad generados por la obsesión (que en la figura se han porcentualizado a 10, para evitar la excesiva dispersión con respecto a los valores de frecuencia y duración) estaban en torno a 90 (de un máximo de 100) en el pre-tratamiento, y

fueron disminuyendo progresivamente hasta su desaparición (valor 0) al año de haber finalizado el tratamiento. Por último, la percepción de capacidad de control de la obsesión era nula antes del tratamiento (valor máximo: 100), fue aumentando a lo largo de los seguimientos y al año era máxima (valor 0).

Evolución clínica

Después de la segunda sesión de TCE (5ª sesión de tratamiento) al revisar los auto-registros de las valoraciones cognitivas de las obsesiones se constató que las creencias erróneas de *Responsabilidad y Fusión Pensamiento-acción, tipo moral* eran puntuadas 0, es decir, había dejado

Tabla 2. Evaluación idiosincrásica de la obsesión más desagradable:
Grado de convicción (0-10) sobre la obsesión «Cortarme las muñecas»

PARTE I: Valoraciones	Pre-tratamiento	Post-tratamiento (meses)			
		1	3	6	12
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrestimación de la importancia del pensamiento: Tener el pensamiento «X», es importante por el solo hecho de tenerlo. 5 Tener el pensamiento «X» revela mi verdadera naturaleza. 7 		3	3	2	0
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad excesiva: Si tengo el pensamiento «X» y no intento evitar las consecuencias, tendré toda la responsabilidad de lo que pase. 0 Si tengo el pensamiento «X», y no hago «lo posible por buscar ayuda para tratar mi enfermedad (depresión), seré responsable de lo que ocurra*» 10 		0	3	2	0
<ul style="list-style-type: none"> • Fusión pensamiento-acción, probabilidad: Tener el pensamiento «X» hace más probable que ocurra de verdad. 8 		2	2	2	0
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de controlar el pensamiento: Si tengo el pensamiento «X» es fundamental controlarlo. 9 		3	2	0	2
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrestimación del peligro del pensamiento: Tener el pensamiento «X» es muy peligroso. 8 		2	4	0	0
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a la incertidumbre: Tener el pensamiento «X» me produce inseguridades y dudas que me resultan insoportables. 8 Si tengo el pensamiento «X» debo «consultar con un médico si es normal o estoy depresiva», «saber a que se debe» 9 		4	3	0	0

Nota: *En el primer seguimiento, la misma paciente modificó la formulación en este sentido: «Si tengo el pensamiento “X”, no debo hacer nada»; a partir del 2º seguimiento, añadió además «Si tengo el pensamiento “X” (...) dejarlo correr».

de utilizarlas para interpretar sus pensamientos obsesivos, lo que revela la importancia terapéutica de las sesiones psicoeducativas previas.

Durante la 8ª sesión de tratamiento la paciente señaló que, por iniciativa propia, había decidido no esconder objetos cortantes o punzantes, y dejarlos simplemente a la vista (por ejemplo, dejar el juego de cuchillos encima del banco de su cocina; asimismo informó que había decidido dejar de situarse lejos de las ventanas y balcones, y asomarse o salir, respectivamente, siempre que tenía necesidad de ello o le apetecía. También había

desistido de buscar información tranquilizadora respecto a su problema con su pareja y familia (reaseguración). La terapeuta simplemente optó por reforzar verbalmente estos logros, y aprovechó para explicarle que consistían en que había cambiado estrategias de neutralización por otras de auto-exposición. Al mismo tiempo, estos hechos se aprovecharon para recordarle el papel que tiene la ansiedad en el TOC (curva de la ansiedad para la neutralización y la exposición), las ventajas terapéuticas de aprender a tolerar los pensamientos (exposición) sin utilizar estrategias activas de control y/o

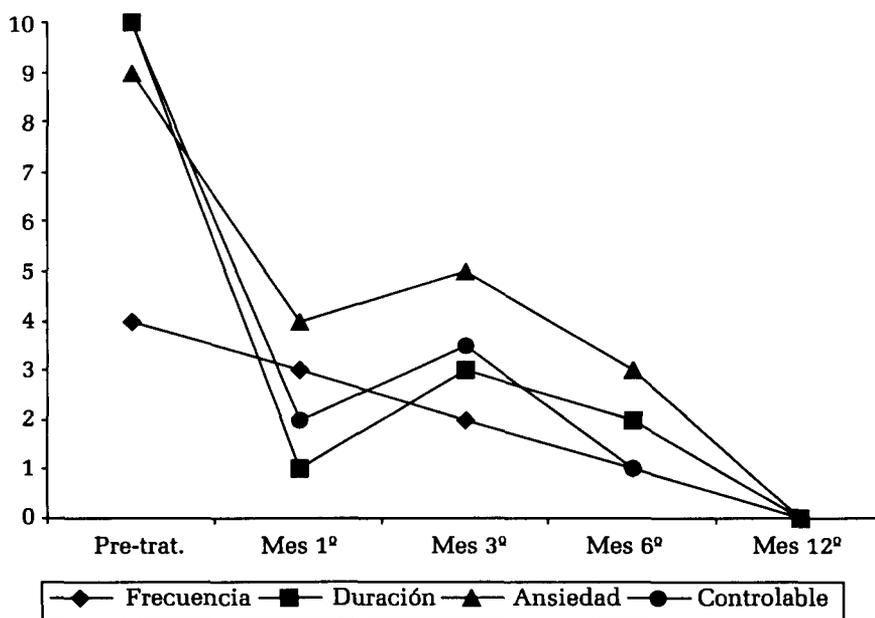


Figura 2. Evolución de los parámetros clínicos de la idea obsesiva más molesta («cortarme las muñecas») antes y después del tratamiento.

neutralización (prevención de respuesta). Se utilizaron como ejemplo sus pensamientos de duda/comprobación respecto a la llave del gas y la puerta de la casa, y se le animó a que dejara de llevar a cabo sus comportamientos de comprobación y a que se expusiera conscientemente a pensamientos de contenido agresivo análogos a los de sus intrusiones obsesivas.

Al término de la TCE (20ª sesión) la paciente seguía sin utilizar conductas de neutralización (evitación, reaseguración, rituales de comprobación, estrategias de control y eliminación de las intrusiones obsesivas), razón por lo cual se decidió, como ya se explicitó antes, que no era necesario aplicar el componente terapéutico de E+PR. En el 4º seguimiento la paciente informó de que seguía teniendo pensamientos intrusos de contenido agresivo pero que estos no llegaban a ser obsesivos porque «no les doy importancia, no intento controlarlos ni eliminarlos y no los interpreto como hacía antes,

tengo muy presente que el pensamiento es como un río que hay que dejarlo correr y eso es lo que hago». Año y medio después de finalizar el tratamiento psicológico, se contactó con la paciente de modo fortuito, y nos comentó que se mantenía la remisión total del TOC y que su funcionamiento era totalmente ajustado en el ámbito personal y familiar (estaba embarazada), social y laboral.

Tratamiento psicofarmacológico

Después de la última sesión de TCE la paciente fue atendida por el médico psiquiatra, que le redujo la medicación (sertralina 100 mgr./día, alprazolán 75 mgr./día). Al mes de haber finalizado el tratamiento psicológico (1er. seguimiento) el psiquiatra le redujo de nuevo el antidepresivo (sertralina 50 mgr./día), y cuatro meses después se lo retiró por completo. A los siete meses de haber concluido la TCE, dejó de tomar el ansio-

lítico, dando el psiquiatra por concluida su intervención en el caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, es importante realizar algunos comentarios acerca de las bajas puntuaciones que obtuvo esta paciente en el MOCI, hasta el punto de situarla por debajo del nivel subclínico, y que pueden dar una falsa impresión de la escasa gravedad del cuadro clínico. En opinión de la autora, hay que recordar que este cuestionario mide fundamentalmente síntomas manifiestos y en el caso que nos ocupa los síntomas eran sobre todo encubiertos, lo que se corresponde más con un tipo obsesivo puro. En consecuencia, este instrumento no es el adecuado para evaluar sintomatología TOC de tipo predominantemente encubierto. En todo caso, las puntuaciones que se obtienen a lo largo de los seguimientos posteriores al tratamiento son asimismo bajas y disminuyen progresivamente hasta prácticamente desaparecer. Por otro lado, hay que destacar que en el otro instrumento que valora la gravedad del cuadro clínico, Y-BOCS, la paciente obtuvo un puntaje que indicaba un nivel de gravedad moderado. La intervención terapéutica, evaluada con este instrumento, resultó claramente eficaz puesto que las puntuaciones en el mismo disminuyen de manera clara y progresiva, hasta desaparecer al año de terminado el tratamiento.

Otro resultado llamativo es el referido a la frecuencia de aparición de pensamientos intrusos (ROII) antes y después de la finalización del tratamiento: la tasa no solo no disminuye sino que incluso se incrementa una vez finalizado el tratamiento, y al año prácticamente se duplica en comparación con el pre-tratamiento. Es decir: al año de haber finalizado el tratamiento, y encontrándose asintomáti-

ca, la paciente refiere tener una frecuencia notablemente superior de pensamientos intrusos que antes de la intervención. Esta paradoja puede ser explicada atendiendo, en primer lugar, a la finalidad misma de la primera parte de este instrumento, que es la de valorar la frecuencia con la que se experimenta un listado de 52 pensamientos intrusos. Estudios con este instrumento en nuestro medio (Belloch *et al.*, 2004; Morillo *et al.*, 2003) han constatado que la frecuencia media de intrusiones en la población general es de 37, es decir, prácticamente idéntica a la informada por M.X. antes del tratamiento, y esta tasa se incrementa hasta 50 en población subclínica, cifra que es muy similar a la observada en la paciente en el seguimiento. Ahora bien: cuando se examina la frecuencia con la que se experimenta el pensamiento intruso/obsesión más molesta, las frecuencias medias de la población general y la de los subclínicos son inferiores a las informadas por nuestra paciente (2 y 3, para normales y subclínicos respectivamente, frente a 4 en M.X.) (Belloch *et al.*, 2004; Morillo *et al.*, 2003). En consecuencia, la primera parte del ROII, solo debe ser utilizado en el contexto clínico como un instrumento de «cribaje» para la detección de intrusiones que tengan una cierta frecuencia de aparición y que no hayan sido informadas por los pacientes.

La segunda explicación guarda relación con el modelo cognitivo empleado en el tratamiento de M.X.: este enfoque considera que la causa principal de la molestia generada por las obsesiones descansa en las valoraciones negativas que se hacen de las mismas y, posteriormente y como consecuencia, en los intentos por neutralizar o controlar su aparición. A partir de aquí, se anima al paciente a dejar correr el flujo de los pensamientos, no buscar explicaciones sobre su aparición, no realizar ningún tipo de valoración sobre los mismos, y no involucrarse

en intentos de control o supresión. La segunda parte del ROII tiene como finalidad, precisamente, evaluar la intensidad con la que se mantienen creencias disfuncionales acerca del pensamiento intruso u obsesión más molesta y las estrategias que la persona utiliza para su control. Y es aquí donde, precisamente, se constatan las diferencias notables entre el caso que se expone y los datos obtenidos en la población general. La puntuación previa al tratamiento que la paciente obtuvo en las valoraciones negativas de su obsesión más perturbadora (29) fue notablemente superior a las observadas en la población general y subclínica (11 y 19, respectivamente) (Belloch *et al.*, 2004; Morillo *et al.*, 2003). Y, lo que es más importante, esta puntuación se normaliza inmediatamente después del tratamiento (9) e incluso descendiendo a lo largo del tiempo. Por lo que se refiere a las estrategias de control, sucede algo similar, ya que los puntajes indicadores de su uso van disminuyendo de forma progresiva después de la intervención. Hay que indicar, no obstante, que la frecuencia de uso que esta paciente hacía de las mismas, era baja, hasta el punto de obtener una puntuación similar a la detectada en la población general en los estudios antes citados. Si se examinan los datos obtenidos en este caso, se observa que M.X. utilizaba prácticamente todas las estrategias que evalúa el ROII alguna vez (y, en especial, la distracción cognitiva y conductual, la neutralización conductual, la reestructuración cognitiva, la parada de pensamiento, y la auto-tranquilización), pero a partir del primer seguimiento empieza a utilizar más frecuentemente la estrategia de «no hacer nada», lo que indica su adhesión a la instrucción terapéutica de «dejar correr las intrusiones».

Atendiendo a todos estos datos derivados del ROII, el foco de la intervención, centrado específicamente en el cambio

de creencias y valoraciones disfuncionales, ha sido indudablemente exitoso. Adicionalmente, estos resultados avalan los supuestos centrales en que se sustenta el modelo cognitivo explicativo que nos ha servido de referencia en este caso, ya que el cambio de creencias ha servido para disminuir, a su vez, la frecuencia de aparición de las obsesiones de la paciente que, en el caso de la idea obsesiva principal, llega a ser de 0 al año de terminado el tratamiento.

En cuanto a los dominios de creencias que pueden favorecer la transición de una intrusión normal a una idea obsesiva según el O-CCWG, y que aquí se han evaluado mediante un instrumento diseñado específicamente para su uso en nuestro contexto, el ICO, cabe señalar lo siguiente: en todos los dominios de creencias analizados se ha producido un cambio muy notable desde el primer momento post-tratamiento, descendiendo todas las puntuaciones de forma clara a lo largo del tiempo. En la evaluación idiosincrásica, que rastrea de una manera más ajustada a la problemática concreta de la paciente las creencias disfuncionales asociadas a sus obsesiones, también hemos podido constatar que los 6 ámbitos de creencias que se trabajaron en la TCE (importancia de controlar los pensamientos, responsabilidad excesiva, intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro, sobreestimación de la importancia de los pensamientos y fusión pensamiento-acción tipo probabilidad) se flexibilizan o modifican sobremanera después del tratamiento, llegando en muchos casos a valores 0, lo que ha permitido que las valoraciones e interpretaciones que la paciente hacía de sus obsesiones dejaran de ser disfuncionales, permitiendo a su vez su consideración de meros pensamientos intrusos por parte de la paciente. Consiguientemente, también, se produce una disminución en cuanto a la duración de la intrusión, la

ansiedad que genera y la sensación de incontrolabilidad. Es importante resaltar que después de las dos primeras sesiones de TCE, cuyo contenido específico psicoeducativo residía en el análisis de las creencias y valoraciones obsesivas y su papel en el mantenimiento del TOC, la paciente dejó de utilizar el FPA-m y, también, la RE para hacer valoraciones de sus pensamientos obsesivos de tipo agresivo. En nuestra opinión, ello nos indica además la importancia terapéutica que tiene para los pacientes disponer de información adecuada sobre su trastorno y cómo pueden afrontarlo, aspecto éste que no había sido en absoluto tratado con X.M durante los 9 meses de tratamiento farmacológico previo a nuestra intervención psicológica.

Otro indicador de éxito terapéutico es, a nuestro entender, la suficiencia del módulo de TCE para el tratamiento de este caso y el mantenimiento de los logros después de un año de haberlo finalizado: recuérdese que inicialmente, estaba previsto el tratamiento mediante E+PR una vez finalizada la fase cognitiva específica. No obstante, hay que señalar que, aunque no fue necesario aplicar este módulo en sentido estricto, la misma paciente decidió hacer auto-exposiciones a partir de la octava semana de tratamiento. De nuevo pensamos que las sesiones psicoeducativas, en las que también se alude al papel que juega la evitación en el incremento de la ansiedad y la utilidad de no evitar (y por, tanto, exponerse) para la desaparición de los síntomas, pudo jugar un papel muy importante en este caso. Ello no significa que la TCE sea superior a la E+PR, pero sí indica que, en casos como el aquí presentado, puede ser una alternativa válida de tratamiento eficaz.

Por otro lado hay que mencionar que, además de la eficacia probada de la TCE, también pueden haber influido en el éxito terapéutico otros factores, como la rapidez con que la paciente solicitó ayuda

para su problema, puesto que acudió muy tempranamente al médico de cabecera, y el lapso de tiempo transcurrido hasta que recibió ayuda psiquiátrico-farmacológica fue de un mes. Otro factor influyente puede ser la actitud positiva hacia el tratamiento psicológico especializado, puesto que es de nuevo la propia paciente quien lo demanda después de 9 meses de tratamiento farmacológico sin mejoría apreciable. En esta demanda es muy posible que, a su vez, influyera la experiencia previa de M.X. con el tratamiento psicológico.

Por último, y por lo que se refiere a la influencia que haya podido ejercer en la evolución positiva del cuadro el tratamiento farmacológico pautado, hay que decir que si bien actuó de forma positiva en la sintomatología depresiva, no pareció tener efecto alguno sobre la específicamente relacionada con el TOC, ya que después de 9 meses de tratamiento adecuado no se produjo ningún cambio apreciable. En consecuencia, se puede afirmar que en el mejor de los casos el manejo farmacológico actuó como co-adyuvante del tratamiento psicológico al mejorar el estado de ánimo de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - 4ª edición (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Belloch, A., y Baños, R.M (1990). *Adaptación del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) para su uso en población española. Edición experimental*. Valencia: Universidad de Valencia.

- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., y Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del Trastorno Obsesivo Compulsivo: Resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 235-250.
- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Giménez, A., y Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (en prensa).
- Clark, D.A., y De Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: distinct or uniform phenomena? *Behaviour Research and Therapy*, 23, 383-393.
- Foa, E.B., Franklin, M.E., y Kozak, M.J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman y M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment* (pp. 258-276). New York: Guilford.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., y Gagnon, F. (1991). Cognitive Intrusions in a non-clinical population I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., y Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Giménez, A., Morillo, C., Belloch, A., Carrió, C., y Cabedo, E. (2004). Creencias disfuncionales asociadas a síntomas obsesivo-compulsivos: Una aproximación a la especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 1-17.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleishmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., y Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1111.
- Hodgson R.J., y Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hollon, S.D., y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Morillo, C., Giménez, A., Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C., y Cabedo, E. (2003). Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones y estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 23-38.
- Muris, P., Merckelbach, H., y 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.
- Niler, E.R., y Beck, S.J. (1989). The relationship among guilt, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) and the Interpretation of Intrusions Inventory (III). *Behaviour Research and Therapy*, 39, 997-1006.
- Parkinson, L., y Rachman, S. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.
- Purdon, C., y 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.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension.

- Cognitive-Behavioural Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Purdon, C., y Clark, D.A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S., y De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-584.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M., y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P.M., Richards, H.C., y Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-rasgo. Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press Inc.
- Van Oppen, P., y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Londres: 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.