

ALAMOC

Noviembre 2018
Ed. N°: 001



COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO



Publicación semestral
de ALAMOC

Web:
www.alamoc-web.org





La revista Cognición y Comportamiento es un emprendimiento editorial de ALAMOC - Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual.

La revista publica preferentemente artículos de investigación, revisiones y artículos de naturaleza teórica tanto sobre ciencias cognitiva y conductual básica como sobre la aplicación de distintos enfoques de Terapias Cognitivas Conductuales y de la Modificación del Comportamiento para la conceptualización, evaluación, prevención y tratamiento de los diferentes cuadros psicopatológicos.

Además de los trabajos inéditos sujetos al reglamento, también publica artículos de profundización e información general sobre temas relacionados con las Terapias Cognitivas Conductuales destinados a profesionales con mayor o menor experiencia y alumnos avanzados de carreras relacionadas.

INDICE:

Burrhus Frederic Skinner (mar.1904-ago.1990).....	p04
Albert Ellis (sep.1913-jul.2007).....	p06
La Neurosis del Amor.....	p09
Influencia de la propuesta de Aarón Beck en el tratamiento de la Esquizofrenia...	p16
Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	p25

REGLAMENTOS:

Reglamento de publicaciones en **Español**
(Descargar)

Regulamento de Publicações em **Português**
(Descargar).



COGNICIÓN Y COMPORTAMIENTO

Director:

Ricardo Rodríguez Biglieri

Comité Editorial:

Edgard Pacheco Luza
Julio Obst Camerini
Giselle Vetere

Editor idioma portugués:

Oswaldo Rodrigues

Comité científico:

- Dr. Luis O. Perez Flores (PSICOSEX)
- Dr. Hector Fernández Alvarez (AIGLE)
- Dr. Juan José Moles Alvarez (CIPPS)
- Dr. Andrés Roussos (CONICET)
- Los integrantes de la Junta Directiva de ALAMOC

JUNTA DIRECTIVA DE ALAMOC (2014-2018)

Presidente:

Edgard Pacheco (Perú)

1er. Vicepresidente:

Pablo Vera (Chile)

2do. Vicepresidente:

Juan José Moles (Venezuela)

Secretario General:

José Britos (Paraguay)

Secretaria Ejecutiva:

Rita Laos Silva (Perú)

Tesorera:

Dina Figueroa (Perú)

1er Vocal:

Julio Obst Camerini (Argentina)

2do Vocal:

Adriana Martínez (Uruguay)

3er Vocal:

María Clara Cuevas (Colombia)

Past-President:

Guillermo Rodríguez (Venezuela)

COORDINADORES NACIONALES

Argentina: Marina Galimberti

Bolivia: Rene Calderón Jemio

Brasil: Carla Zeglio

Chile: Tito Elgueta

Ecuador: Sergio Paz

El Salvador: Wilber Roberto Castellón

Guatemala: Anabela Molina Marroquin

Honduras: Fátima Duarte Ortíz y

Johan Leiva Yanes

México: Nicolás Alejandro Hernández Lira

Panamá: Ricardo Turner

Paraguay: María Celeste Airaldi

Perú: Luis Pérez Flores

República Dominicana: Mayra Dietsch Rodriguez

Uruguay: María Esther Lagos

Venezuela: Navidia García



HISTORIA DE ALAMOC

ALAMOC, es la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitiva Conductual, y se fundó el 19 de febrero de 1975 en Bogotá, Colombia.

Desde sus comienzos hasta el presente se ha convertido en la asociación de los profesionales de los países latinoamericanos interesados en las Ciencias del Comportamiento y las Terapias Cognitivas Conductuales, y es la representante de América Latina en los congresos mundiales de terapias conductuales y cognitivas (WCBCT).

Los países originalmente miembros de ALAMOC fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, estando abierta a otros países donde existan grupos de profesionales latinoamericanos que deseen pertenecer a la ella.

ALAMOC es una entidad sin fines de lucro que tiene como objeto el fomento, promoción, ejecución, difusión, investigación, evaluación, acreditación, análisis y reflexión del estudio científico y sus avances sobre el comportamiento y la cognición en sus diversos componentes desde una comprensión integral del desarrollo humano y su relación con el contexto hasta los procesos de cambio y recursos psicoterapéuticos.

ALAMOC se ha constituido en la institución que califica y avala no sólo a profesionales, sino también a las instituciones de elevado nivel académico para recomendarlas como Centros de Formación en los diferentes países Latinoamericanos.

El congreso mundial del año 2013, fue el 8° Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, y fue organizado por ALAMOC en Lima, Perú.

CONGRESOS DE ALAMOC

Los Congresos Latinoamericanos de ALAMOC ya son tradicionales y en su historia se cuentan las siguientes ediciones:

I CLAMOC: Panamá (Panamá) - 1977.

II CLAMOC: Bogotá (Colombia) - 1979.

III CLAMOC: Santiago (Chile) - 1981.

IV CLAMOC: Lima (Perú) - 1984.

V CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1986.

VI CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 1989.

VII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 1991.

VIII CLAMOC: La Paz (Bolivia) - 1994.

IX CLAMOC: Viña del Mar (Chile) - 1996.

X CLAMOC: Caracas (Venezuela) - 1999.

XI CLAMOC: Lima (Perú) - 2001.

XII CLAMOC: Guayaquil (Ecuador) - 2003.

XIII CLAMOC: Montevideo (Uruguay) - 2005.

XIV CLAMOC: Sao Paulo (Brasil) - 2010.

XV CLAMOC: Buenos Aires (Argentina) - 2012.

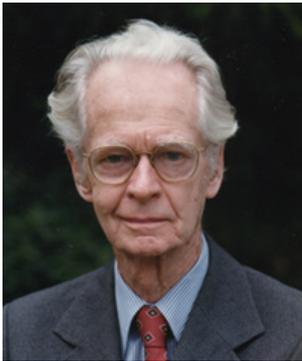
XVI CLAMOC: Asunción (Paraguay) - 2014.

XVII CLAMOC: Panamá (Panamá) - 2016.



Burrhus Frederic Skinner (mar.1904-ago.1990)

Por Ricardo Rodríguez Biglieri



B.F. Skinner nació el 20 de marzo de 1904 en Susquehanna, una pequeña ciudad rural ubicada cerca de las Colinas de Pennsylvania, en el seno de una familia a la que más tarde él describiría como cálida y estable.

Pasó gran parte de su niñez construyendo cosas, intentando incluso desarrollar una máquina de movimiento perpetuo pese a su corta edad. Por influencia de su padre, un joven abogado interesado en la literatura, leyó gran parte de la obra de Frances Bacon, quien sorprendió al joven Skinner por su crítica al uso del argumento de autoridad. Cuando tenía 18 años él y su familia tuvieron que sobreponerse a la pérdida de su hermano menor, Edward, quien falleció a los 16 años de una hemorragia cerebral.

Al finalizar sus estudios secundarios en el Colegio Hamilton, decide convertirse en escritor de ficción, desilusionándose prontamente de dicha actividad tras haber escrito algunos textos breves para periódicos locales. Skinner denominó a este período de su vida como su “año oscuro”, tras el cual abandonó su deseo de convertirse en escritor y se dirigió a New York City, donde trabajó por unos meses como empleado de una librería. Allí tomó contacto con la obra de Bertrand Russell, Pavlov y Watson. La lectura de estos autores lo impresiona tanto que decide aprender más y con 24 años se inscribe en el departamento de psicología de la Universidad de Harvard.

Sus compañeros lo consideraban alguien ácido en cuento a sus comentarios, particularmente confrontativos respecto de las ideas imperantes en el área de la psicología. Afortunadamente, conoce luego a uno de sus mentores, el profesor William

Crozier, con quien comparte la meta de estudiar el comportamiento en condiciones experimentales. Por una desinteligencia de los departamentos de Psicología y el de Fisiología (cada departamento creía que el joven alumno era supervisado por el otro) Skinner pudo dar rienda libre a sus ideas.

Con la libertad de diseñar sus propios experimentos Skinner mostró gran entusiasmo y una enorme capacidad para diseñar equipamiento técnico, como la famosa Cámara de condicionamiento operante, también conocida como “caja de Skinner”. El *registro acumulativo*, pieza también diseñada por él, lo condujo a uno de los conceptos centrales de las leyes del aprendizaje. La tasa de una conducta no dependía de los estímulos precedentes sino de la consecuencia de dicha conducta. Esta clase de conducta no era un mero reflejo, como los estudiados por Pavlov, sino que constituía un comportamiento operante que era controlado por sus efectos. Nacía así el concepto de *condicionamiento operante*, un tipo de aprendizaje asociativo fundamental para entender el desarrollo de nuevas conductas, las cuales tenían entonces más probabilidades de repetirse si eran seguidas de consecuencias positivas y menor probabilidad de repetirse si conllevan consecuencias negativas. Dado que desde este enfoque los estímulos antecedentes no son la causa de la respuesta, el modelo de Skinner rompía con la lógica mecanicista de la visión estímulo-respuesta que sostenían tanto Watson como Pavlov. Skinner se aboca entonces al estudio de *programas de refuerzo*, es decir de las “reglas” que determinan cuándo se seguirá la presentación contingente de un reforzador a la presentación de una respuesta.

En 1931 obtuvo su doctorado en una Universidad de Harvard y gracias a una beca trabajó durante cinco años en el tema antes descrito, publicando en 1935 uno de sus artículos más icónicos: *La Naturaleza Genérica de los Conceptos de Estímulo y Respuesta*. Allí, Skinner se apartó de las definiciones



topográficas de dichos conceptos y tomó una postura eminentemente funcional. La adopción del como principio metodológico para estudiar las relaciones entre estímulos y respuestas estuvo influida por los escritos de Ernst Mach y es uno de los principales legados de Skinner.

Para 1938, recopiló gran parte de sus estudios sobre condicionamiento operante y publicó lo que para muchos es su primera obra importante y un clásico de la psicología: *La conducta de los organismos*.

En 1936, con 32 años de edad, Skinner contrajo matrimonio con Yvonne Blue y la familia se trasladó a Minnesota, donde se desempeñó como docente en la Universidad de dicho estado hasta 1945, cuando es nombrado director del departamento de psicología de la Universidad de Indiana. Por esa época se produjo la primera reunión de la Sociedad para el *Análisis Experimental del Comportamiento*, lo que reflejaba el crecimiento que había tenido el campo de estudio propiciado por Skinner. Hacia 1948, finalmente, volvió a Harvard como profesor, donde ejercería la docencia por el resto de su vida.

En 1957, Skinner publicó la que para muchos es su obra más importante y también resistida: *Conducta Verbal*. En ella sostenía la premisa de que dado que la conducta verbal estaba bajo el control de consecuencias mediadas por otras personas, entonces cabía estudiarla y comprenderla dentro de la perspectiva del análisis funcional. Más tarde, hacia 1966, Skinner distinguió entre *conducta moldeada por las contingencias* y *conducta gobernada por reglas*. Entendiendo por “regla” a un estímulo discriminativo que determina una contingencia, generalmente de tipo verbal. Este tópico ha devenido de sumo interés en las últimas décadas, dado el poder de las reglas para generar insensibilidad a las contingencias y posee un campo de aplicación difundido en la psicología clínica y particularmente en las denominadas terapias cognitivas conductuales de tercera generación.

Hacia el final de los ‘60 y principios de los ‘70 Skinner mostró mayor preocupación sobre las implicaciones

sociales de la ciencia conductual. Reflejo de ello publicó una serie de libros: *Contingencias de Reforzamiento* (1969), *Más allá de la Libertad y la Dignidad* (1971) y *Sobre el Conductismo* (1974).

A lo largo de su trayectoria Skinner obtuvo numerosos premios. En 1968 se hizo acreedor de la Medalla Nacional de Ciencia, en 1971 fue premiado con la Medalla de Oro de la Fundación Psicológica Americana, y en 1972, se le concedió el premio de Humanista del año de la American Humanist Association. Asimismo, pocos días antes de su muerte recibió una mención por sus contribuciones en el campo de la psicología por parte de la American Psychological Association.

El 18 de agosto de 1990, a sus 86 años, B. F. Skinner falleció en Cambridge, Massachusetts, habiendo dejado un legado incuestionable para la psicología científica.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

Holland, J. G. (1992). B. F. Skinner (1904–1990): Obituary. *American Psychologist*, 47(5), 665-667.

Plazas, E. A. (2006). B. F. Skinner: la búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 371-383

Skinner, B. F. (1935). The generic nature of the concepts of stimulus and response. *The Journal of General Psychology*, 12, 40-65

Skinner, B. F. (1971). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Fontanella.

Skinner, B. F. (1975). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.

Skinner, B. F. (1977a). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella

Skinner, B.F. (1977b). *Particulars of My Life*. New York: McGraw Hill

Skinner, B. F. (1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.



Albert Ellis (sep.1913-jul.2007)

Por Julio Obst Camerini



El 24 de julio de 2007, falleció el Dr. Albert Ellis, creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C.) e **iniciador del modelo cognitivo en psicoterapias.**

Ellis nació el 27 de septiembre de 1913 en Pittsburgh, Pennsylvania,

pero en 1918 su familia se mudó a New York, donde él vivió el resto de su vida

En su infancia tuvo que enfrentar varios desafíos (Yankura, J. & Dryden, W., 1994): Un desafío fue la desatención de sus padres y otro desafío fue su débil salud. Entre los 5 y los 8 años de edad, fue hospitalizado por lo menos 8 veces, siendo una de estas internaciones de 10 meses. En esta situación pasó a veces semanas sin recibir la visita de su madre o su padre.

Un tercer desafío que tuvo que enfrentar fue su timidez e introversión, con su evitación social y su gran ansiedad, especialmente para abordar a las mujeres. Sin embargo, a pesar de todas estas características, él se las arregló para sostener su autoestima, basándose en su inteligencia y sus logros escolares, así como en las respuestas favorables de sus amigos y otros adultos.

A los 20 años logró superar su fobia a hablar en público y a abordar a las mujeres mediante las técnicas de exposición en vivo que aprendió leyendo sobre los experimentos de John Watson sobre condicionamiento y descondicionamiento.

A los 29 años, en septiembre de 1942, ingresó al programa de psicología clínica en el Teachers College de la Universidad de Columbia, y en un año alcanzó su maestría en psicología clínica. Desde el año 1943 se inició en la práctica privada de psicoterapia y alcanzó su doctorado en 1947.

Ya en 1950 fue designado Jefe de Psicología de todo el departamento de instituciones y agencias

del estado de New Jersey. También, desde 1947 hasta 1953, se entrenó, se psicoanalizó y recibió supervisión psicoanalítica con el Dr. Charles Hulbeck.

A partir de 1949 Ellis comenzó a discrepar con algunos conceptos del psicoanálisis y publicó algunos artículos para modificarlo “desde adentro”, pero desde 1953 Ellis decidió dejar de autodenominarse **psicoanalista** para denominarse **psicoterapeuta**.

En 1956 presentó por primera vez su “Terapia Racional” en la convención anual de la American Psychological Association. Luego, en 1957 publicó su primer artículo sobre su modelo con el título: **“Rational Psychotherapy and Individual Psychology”**.

También en 1957 publicó el primero de sus numerosos libros de auto-ayuda racional emotiva, titulado **“How to Live with a Neurotic”** y en 1958 el muy famoso **“Sex without Guilt”** que inclusive dio lugar a una obra teatral que lo evocaba irónicamente con el título de **“Sex with Guilt”**.

En 1959 fundó una organización educativa sin fines de lucro con el nombre de “Institute for Rational Living” que luego se transformó en “Institute for Rational-Emotive Therapy” y actualmente se denomina “Albert Ellis Institute”.

En 1962 Ellis publicó su libro **“Reason and Emotion in Psychotherapy”** donde presentaba una amplia visión de todos sus conceptos. En 1994, 32 años después, publicó una nueva versión actualizada de todos sus conceptos como **“Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised and updated.”** En esta versión, que lamentablemente no ha sido traducida al español, se puede ver una presentación más actualizada y madura de su teoría, incluyendo un capítulo sobre la TREC en la filosofía post moderna.

En la década de los años 70 el modelo comenzó a adquirir mayor prominencia y respeto entre los profesionales de la salud mental y se enriqueció con otros aportes de similar encuadre que hoy reconocemos como integrantes de la orientación cognitivo-conductual.



Por ejemplo se pueden mencionar los trabajos y publicaciones de Albert Bandura (1977), Aaron T. Beck (1976), Aaron T. Becky otros (1979), Arnold Lazarus (1971 y 1976), Donald Meichenbaum (1977), Michael Mahoney (1974), etc. En ese entonces el modelo ya era conocido como “Terapia Racional Emotiva” (T.R.E.), y recién en 1993 Ellis adoptaría la denominación actual de: “**Terapia Racional Emotiva Conductual**” (T.R.E.C.).

Ellis ha escrito y publicado más de 50 libros y 600 artículos profesionales, el último de los cuales terminó pocos meses antes de su fallecimiento y aún no se ha publicado.

Algunos de sus libros, como “*A Guide to Rational Living*” escrito con Robert Harper se editó por primera vez en 1961 y tuvo numerosas reediciones (algunas como: “A New Guide to Rational Living”), registrando ya en 1975 más de 1.500.000 copias vendidas y pudiéndose encontrar hasta hoy en las librerías de los EE.UU.

En 1971 fué reconocido como “Humanista del Año” por la American Humanist Association.

En 1982, de acuerdo a un artículo publicado - D. Smith (1982) Trends in Counseling and Psychotherapy en American Psycholgist, 37:802-9 – una encuesta ubicó a Albert Ellis como segundo en la lista de los 10 psicoterapeutas más influyentes. Primero fue Carl Rogers y tercero fue Sigmund Freud.

Luego de dos experiencias maritales de muy corta duración, en 1939, y de 1956 a 1958, Ellis encontró la más duradera. Desde 1965 hasta 2002 convivió con la Dra. Janet Wolfe, quien además fue casi 30 años directora ejecutiva del Instituto. Ciertamente la dedicación y abnegación de esta compañera a cargo de la dirección del instituto fue un aporte fundamental para la organización y evolución de las actividades que se desarrollaron durante todos esos años, brindando respaldo e impulso a las metas de Ellis.

En palabras del mismo Ellis: “Janet Wolfe es una hermosa y excepcionalmente importante parte de mi vida, que sin ella hubiera estado muy carente de alegría, calidez e intimidad.” (Dryden & Ellis, 1989)

En la década de los 80 la Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C.) tuvo amplia difusión y se crearon

otros institutos afiliados en varios países, como Alemania, Australia, Canadá, Gran Bretaña, Israel, Italia, y Holanda. Demorado en Sudamérica, recién en el año 2001 se crea en Argentina un nuevo instituto afiliado: el C.A.T.R.E.C. (www.e-catrec.org) y poco después dos institutos más en Lima, Perú. Actualmente existen en el mundo 15 institutos afiliados que imparten programas de formación en Terapia Racional Emotiva integrados con todos los aportes al modelo cognitivo desde su inicio en 1956 hasta los abordajes post-racionalistas actuales.

Ya en el siglo XXI, luego de varios problemas de salud, incluyendo una operación quirúrgica con extirpación de parte del intestino grueso en 2004, Albert Ellis fallece naturalmente el 24 de julio de 2007.

Aunque el modelo cognitivo ha evolucionado y se ha perfeccionado con diversos aportes y nuevos puntos de vista, Albert Ellis es una figura fundamental que trasciende los tiempos. Además de ser el iniciador y primer propulsor del nuevo modelo, le ha legado conceptos filosóficos exclusivos que trascienden sus técnicas y llegan a lo más profundo de la comprensión de las personas.

Su personalidad y su estilo, así como la gran cantidad de libros publicados de autoayuda con términos didácticos como “no-soport-itis” y “musturbation”, han hecho que muchos no comprendieran la profundidad de sus conceptos y lo consideraran escritor de libros de autoayuda o relegaran todos sus aportes a su lista de “creencias irracionales”. En realidad su contribución incluye conceptos muy importantes, entre los que podemos destacar, como ejemplo, los siguientes:

- Su concepto humanista de **autoaceptación** o amor incondicional a sí mismo, con la recomendación de calificar a las conductas pero no a las personas se destaca por ser de fundamental aplicación en el campo de la prevención y especialmente de la educación, donde ha sido aplicado con éxito.
- Sus concepto de **filosofía o actitud preferencial**, evitando las “**actitudes demandantes**”, causantes de



los trastornos, se destaca por ayudar a las personas a desarrollar la flexibilidad y la capacidad de adaptación a sus circunstancias y a las limitaciones de la realidad, como base para evitar el malestar mental o físico.

- Su propuesta del “A-B-C” fundadora del modelo cognitivo, explicando que lo que nos perturba no son simplemente los hechos sino en gran parte lo que pensamos sobre los hechos. Este concepto, mas allá de las imprecisiones que hoy se le pudieran imputar y los debates que pudiera ocasionar, se destaca por haber resultado y seguir resultando de gran valor didáctico para el paciente, impulsándolo a hacerse responsable y comprometerse activamente en su terapia.

A partir de los conceptos citados, Ellis decía que las terapias requerían por lo menos tres insights del paciente: (1) Yo me perturbo a mi mismo (más que los otros o las circunstancias). (2) Yo puedo cambiar, puedo dejar de perturbarme. (3) El cambio requiere mi trabajo, mi esfuerzo.

Aunque en sus inicios el modelo se ajustaba más a una visión empirista y racionalista del conocimiento, sin perder sus conceptos profundamente filosóficos y humanistas, se ha podido adaptar muy bien a la actual visión constructivista post moderna y también a la incorporación de las vivencias y experiencias emotivas (tanto en la teoría como en las prácticas) que enfatizan las propuestas de orientación experiencial o centradas en las emociones.

Las práctica desarrolladas en las terapias por muchos de sus seguidores, cada vez con más profunda implicación emotiva, ha permitido una constante renovación del modelo sin perder sus principios filosóficos.

Respaldando esto, podemos citar palabras de Michael Mahoney, como:

“Lo más importante aquí es reconocer que Albert Ellis y la Terapia Racional Emotiva han sido y continúan siendo elementos importantes y conductores en la continua evolución de las psicoterapias cognitivas.” (Mahoney, 1995)

Como reflexión final voy a adoptar (traduciéndolas al español) las palabras publicadas en internet (www.rebt.org) por el actual (2007) director ejecutivo del

A.E.I. , Dr. Robert O’Connell, al comunicar el fallecimiento de Albert Ellis:

“Todos tenemos un gran deuda con el Dr.Ellis. Sus alumnos y sus pacientes lo vamos a recordar por su gran capacidad de introspección y su gran dedicación como psicoterapeuta. Sus innovaciones en este campo van a continuar influyendo en la psicoterapia durante las próximas décadas y el instituto que él fundó va a continuar brindando destacados programas de educación y de tratamiento basados en los principios de la T.R.E.C. que él creó.”

TEXTOS CITADOS:

Bandura, A.(1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford

Dryden, W. & Ellis, A. (1989) *Albert Ellis. An efficient and passionate life (Interview)*. *Journal of Counselling and Development*, 67: 539-46.

Ellis, A. (1957) *How to Live with a Neurotic*. New York: Crown.

Ellis, A. (1958) *Sex Without Guilt*. New York: Lyle Stuart.

Ellis A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis A. (1994) *Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised and updated*. New York: Carol Publishing .

Ellis, A. & Harper, R. (1975) *A New Guide to Rational Living*. No.Hollywood, CA: Melvin Powers.

Lazarus, A. (1971) *Behavior Therapy and Beyond*. New York: McGraw Hill.

Lazarus, A. (1976) *Multimodal Therapy*. New York: Springer.

Mahoney, M. (1974) *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge MA: Ballinger.

Mahoney, M. (1995) *Continuing Evolution of the Cognitive Sciences and Psychotherapies*. En:Neimeyer & Mahoney, *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.

Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive-Behavior Modification*. New York: Plenum

Yankura, J. & Dryden, W. (1994) *Albert Ellis*. London



LA NEUROSIS DEL AMOR ⁽¹⁾

Juan Jose Moles Alvarez ⁽²⁾



La racionalidad del ser humano lo ha llevado sin duda al logro de muchas metas y proyectos en la finalidad de mejorar la calidad de vida colectiva, no obstante esa misma racionalidad puede ser su mejor arma de autodestrucción cuando es manejada de manera

inadecuada, vale decir, de una forma extremadamente rígida e inflexible que no da salidas a la acomodación de las múltiples variables y situaciones que la vida cotidiana ofrece y que de manera directa o indirecta en algún momento alguna nos pueda afectar.

Albert Ellis dijo alguna vez que la neurosis eran aquellas cosas estúpidas que gente no estúpida se empeñaba en hacer, si bien es cierto que el concepto suena como poco ortodoxo, muy propio de este autor, no por ello deja de tener su buena base de certeza. Hablar de neurosis es hablar de estados emocionales verdaderos pero mal utilizados; la alegría, el miedo, la rabia o la tristeza son nuestras emociones básicas y por ello son funcionales para nuestra existencia, no se trata por consiguiente de desprendernos de ellas, se trata de utilizarlas de la manera más beneficiosa posible.

El neurótico no lo logra hacer y ante la propia conciencia de esa realidad se angustia por lograrlo, pero como las conductas manejadas por la angustia o la ansiedad no suelen ser las más operativas, la falta de éxito en el control de sus emociones le lleva a la retroalimentación de esa ansiedad al punto de que se hace habitual y trastorna la vida de la persona, inteligente por lo demás, y es así como comienza a hacer las cosas estúpidas de las que Ellis habla, con la conciencia y a la vez impotencia de salir de su estupidez.

El término neurosis tiene en la actualidad desde un punto de vista clínico la denominación de trastornos por ansiedad y por este término entendemos un estado

emocional caracterizado por una actitud expectante ante situaciones de peligro no determinadas por el individuo ya sean las mismas percibidas cualitativa o cuantitativamente distorsionadas lo que lleva al desarrollo y mantenimiento de comportamientos desajustados en cuanto al malestar emocional que vivencia el sujeto y las dificultades de adaptación que en ciertos ámbitos mantiene en sus relaciones interpersonales.

Habiendo establecido como punto de partida el criterio de neurosis pasamos a hacer referencia a la paradoja de una de las emociones y sentimientos más controversiales por su impacto en la vida de los seres humanos como es el amor. Tal como expresa Aaron Beck (1988), *“Uno de los misterios en nuestra sociedad es por qué el amor, que puede remontarse a las alturas, puede también arrastrarse dejando atrás una estela de decepción, frustración y resentimiento. Una pareja, que se prometió de antemano, una convivencia plena de entusiasmo, se hunde en la indiferencia y el hastío. Otra, que compartió antes todas sus alegrías, solo comparte descontento y malestar. Otra más, que estaba antes de acuerdo casi en todo, ahora no lo está en nada”*.

¿Cuáles serán los motivos por los que ocurre esta terrible contradicción de la que nos habla el autor entre muchos otros que coinciden con este hecho? Este es el tema que ocupa y trataremos de esbozarlo bajo una perspectiva de aprendizaje bajo la óptica Cognitivo- Conductual.

Los seres humanos no solamente tenemos necesidades fisiológicas indispensables en menor o mayor medida para nuestra sobrevivencia como organismos; el hambre, la sed, el sueño y descanso o la sexualidad son algunas de ellas, complementariamente desarrollamos y fortalecemos producto de nuestro aprendizaje y maduración otras necesidades que pudiésemos calificar como psicosociales en cuanto a que nos atañen a todo lo



referente a nuestro bienestar emocional, afectivo, vivencial y social, si bien son necesidades adquiridas en buena parte a lo largo de nuestro proceso de socialización, no por ello son menos importantes que las estrictamente fisiológicas, todo lo contrario, en muchas oportunidades llegamos a limitar o sacrificar estas últimas en beneficio de la obtención de las primeras.

El amor enmarcado dentro de una relación estable de pareja es una de las metas socialmente reforzadas más importante y prioritarias que la sociedad establece en los seres adultos y para ello se ha sustentado en toda una serie de creencias e incluso mitos que así lo determinan. Veamos algunos de ellos:

1. El amor lo puede todo. No importan las adversidades, al final serán superadas en aras del verdadero amor adulto y maduro.
2. El verdadero amor se expresará invariablemente en una relación sexual íntegramente satisfactoria.
3. En el verdadero amor hay una permanente empatía que permite adivinar, suponer, comprender, intuir las necesidades de cada quién.
4. El verdadero amor es capaz de perdonar todos los errores que cualquiera de las partes cometa.
5. El verdadero amor exige sacrificio en beneficio del otro/a.
6. El verdadero amor es único, incondicional e imperecedero.
7. El verdadero amor es fuente permanente de paz y sosiego.
8. En el verdadero amor cada parte es capaz en sí misma de hacer que la otra supere todos sus conflictos y complejos personales.
9. La obtención del verdadero amor refleja la madurez de la persona.
10. El amor es una garantía de una vejez feliz.

Estas y otras creencias implican en la mayoría de las personas la idealización de los logros a obtenerse dentro de la relación amorosa y por ende, de no conseguirse la misma, o en el caso de perderla,

predice una vida francamente fracasada, vacía, llena de insatisfacciones que progresivamente se van acentuando hasta llegar a una vejez invariablemente desgraciada. Pareciese entonces que el amor marca el terreno del todo o nada de la felicidad. Tal y como expresa Dominian (1995): *“Este compañerismo hombre-mujer es igualitario, y da importancia sobre todo a la comunicación, al apoyo y cuidado mutuos, a los sentimientos, a la compañía y la sexualidad. Lo importante no es ya el cumplimiento de los roles sociales, sino que lo fundamental es la calidad de la relación. Dicho en otras palabras, lo que importa es el amor”*

Al llegar a este punto es importante diferenciar entre los calificativos de desear y demandar, cuando nos referimos al primero lo entendemos como una disposición afectiva de motivación hacia el logro de algo, cuando nos planteamos el segundo lo entendemos como una exigencia hacia el hecho que determinado evento ocurra en las condiciones y características que así hemos establecido. Albert Ellis (1972) considera que la mayor parte de las alteraciones humanas se derivan de nuestra tendencia a demandar. Considera el autor que las personas que aman “neuróticamente” no desean o prefieren meramente involucrarse íntimamente con otra, sino que exigen, dictan, insisten u ordenan de una manera altamente absolutista.

En los términos expresados resulta muy difícil y complicado el mantener la propia espontaneidad y creatividad dentro del juego erótico- afectivo de la relación de pareja, los deberes toman el lugar de los deseos y esto conlleva a que uno o ambos miembros de la pareja empiecen a denotar el primer nivel del conflicto que será el de la “insatisfacción”. Es en este momento cuando la ansiedad comienza a hacer su aparición de una manera franca pues todo un cúmulo de mitos y creencias están catastrofizando lo que sería la vida si esta relación terminase, así pues se hace necesario establecer mecanismos de control para impedir que esto ocurra.

Lamentablemente estas conductas de control



encuadradas dentro de la relación lejos de ayudar agravan el conflicto pudiendo dar paso a un segundo nivel del mismo que sería el de la “perturbación”. Es en este nivel donde la ansiedad alcanza un mayor grado y por ende las conductas que la alimentan, la hostilidad, el miedo, los celos, la agresividad, la competencia por el poder, la infidelidad, las alteraciones en lo referente a la educación de los hijos, los trastornos dentro de la sexualidad van alcanzando su mayor expresión. Ante la necesidad de encontrar una solución a este problema que amenaza con trastocar no solo la relación sino la propia vida, muchas parejas optan por afianzar conductas de evitación, es decir, si me distancio en mi interacción de pareja, las peleas disminuirán y eso al menos podrá mantener la relación.

Por supuesto la estrategia tiene el gran inconveniente de atentar contra la propia autoestima de la persona ya que su identidad de pareja está alterada pero tampoco puede funcionar de manera libre e independiente porque está el gran temor a la ruptura y lo horrible que ello representa, así pues el cambiar de rol de pareja a amigo es francamente casi imposible porque los códigos son diferentes. Las parejas en ese momento han caído ya en un manejo neurótico que aunque tienen conciencia de ello simplemente no lo pueden resolver. Se amerita en la mayoría de los casos una ayuda profesional que permita desenmarañar la tela construida.

Pudiésemos plantearnos ante lo expresado si vale la pena entonces involucrarnos en una relación amorosa, si es una falacia hablar de estabilidad dentro de la misma y si en definitiva el amor es una quimera imposible de disfrutar, por supuesto asumir esto suena atentatoria hacia la potencialidad afectiva del ser humano, no se trata por tanto de reprimir lo que fisiológica y psicológicamente somos capaces, se trata de colocar nuestro raciocinio en disposición a favor y no en contra, se trata de enfrentar los mitos y creencias irracionales por otras realmente beneficiosas independientemente de la aceptación o no que determinado grupo social establezca. Este punto es importante pues si bien algunas relaciones pueden ser perturbadoras para las parejas, son las perturbaciones individuales de sus

miembros las que facilitan su ocurrencia.

Esto quiere decir que son las propias auto demandas las que han ido gestando las conductas neuróticas individuales que a su vez serán expresadas dentro del marco de la relación. La llamada Terapia Racional Emotiva Conductual considera que la base de las demandas neuróticas establecidas socialmente son las siguientes:

- Debo desenvolverme absolutamente bien y ser aprobado por otras personas de significancia para mí.
- Deben tratarme ineludiblemente de una forma amable y educada.
- Las condiciones deben ser necesariamente de la manera que yo quiero.

El tema de la autoestima tiene cabida en este momento cuando volvemos a diferenciar los deseos de las demandas como una filosofía de vida. Entendemos por autoestima aquella actitud orientada hacia el conocimiento propio, la aceptación de nuestras características y rasgos y la posibilidad de dirigir nuestras acciones en concordancia a quienes somos y que queremos. La persona con una adecuada autoestima es por consiguiente una persona espontánea, creativa, independiente pero de ninguna manera autosuficiente pues conociendo y aceptando sus limitaciones entiende que necesita en un momento determinado la orientación y ayuda de otros sin que ello implique la sumisión plena hacia la dirección propuesta. El comportamiento asertivo enmarcado dentro del uso de una adecuada inteligencia emocional representa el norte de sus actuaciones.

Volviendo al tema que nos ocupa, en el desarrollo de la neurosis del amor la percepción de las demandas del otro (a) así como la expresión de las propias es una fuente importantísima de las insatisfacciones y perturbaciones de la relación si las mismas son un reflejo de las auto demandas rígidas a que nos hemos condicionado en nuestros esquemas cognoscitivos con el fin de mantener el control sobre nuestro dominio personal. De acuerdo con el hecho de que



el ser humano representa una entidad biopsicosocial, debemos entender que las áreas de dominio se encontrarían en esos tres parámetros, si seguimos la teoría cognitiva de Beck, hablaríamos de.:

1. Dominio de la salud: Está dado por nuestro ser biológico y nuestra psique. Nuestras posibles preocupaciones son concernientes a salud-enfermedad, sanidad mental o locura.

2. Dominio social: Comprende nuestro grupo familiar y social y en general todas aquellas personas que nos permiten el intercambio afectivo- social. Las preocupaciones en esta área son de aceptación o rechazo.

3. Dominio económico- laboral: Referido a la capacidad de trabajo, prestigio profesional, capacidad productiva y todas las pertenencias materiales. Las preocupaciones en esta área son de éxito o fracaso y seguridad- inseguridad.

4. Dominio erótico afectivo: Representado por la relación de pareja. Las preocupaciones son de aceptación o rechazo.

En función de lo expresado queda claro que el ser humano, estructurado afectivamente por cuatro emociones básicas, alegría, miedo, rabia y tristeza, puede responder con alguna de ellas cuando un área de dominio se ve afectada, el asunto es si efectivamente está afectada está en la magnitud percibida o si por el contrario es el sujeto quién, de acuerdo a sus propios esquemas cognitivos es el que se la está dando, en tal caso la respuesta emocional emitida será desproporcionada, poco exitosa y retroalimentadora de las preocupaciones de origen con la posibilidad de aparición de un estado de ansiedad.

En nuestra sociedad actual el incremento de separaciones y divorcios con el fin de dar por terminado un período, a veces prolongado, de insatisfacciones y perturbaciones en la vida de pareja se ha incrementado notablemente. Independientemente de las cifras estadísticas se sabe que el número de divorcios al menos equivale al de matrimonios, es decir, de un 50% de cada lado, obviamente eso nos

debe hacer reflexionar acerca del hecho en sí y sus posibles soluciones.

Durante buena parte del siglo XIX y XX, el modelo de matrimonio estaba sustentado en el binomio “macho productor-hembra doméstica”, esto implicaba una dependencia mutua, ella hacia lo concerniente al dinero que era responsabilidad de él por medio de la producción laboral, por su parte el hombre dependiente de la mujer en cuanto a la gerencia del hogar y cuidado de los hijos. En la actualidad este modelo ha ido decayendo dado los grandes cambios económicos, sociales, morales e incluso científicos que se han venido produciendo en las últimas décadas y que han incidido notablemente en el estilo de vida de este mundo cada vez más globalizado. Sin embargo esto no implica que el ser humano en su esencia haya cambiado, seguimos siendo seres emotivos con nuestras preocupaciones en cuanto a áreas de dominio se refiere y nuestras posibles reacciones cuando percibimos interferencia en cualquiera de ellas.

La pareja actual está atravesando una fuerte interferencia y esta tiene que ver con el conflicto entre la concepción de un esquema de pareja total, pareja de compañeros en donde todo se comparte ya que la principal motivación de unión es el amor y los reforzamientos sociales hacia logros cada vez más individuales y competitivos que exigen el desarrollo de actitudes de independencia.

Esta disonancia cognoscitiva está generando dentro del seno de la pareja y del matrimonio terribles agresiones hacia las áreas de dominio pero con el agravante de que todavía hay toda una serie de mitos y creencias que persisten en contemplar el matrimonio o al menos la vida de convivencia de pareja como la fuente suprema de felicidad y por ende la pérdida de ella la catastrofización más terrible. Se entiende entonces que esta situación de conflicto de doble evitación desmorone emocionalmente a tantas personas.

Sin embargo, y tal como comentábamos en párrafos anteriores, la atracción entre hombres y mujeres seguirá permanentemente, más aún, nuestra



necesidad de expresar y recibir afecto no se extinguirá, por consiguiente la vida en pareja perdurará, quizás diferente a la actual, pero de alguna manera seguirá presente como meta importante de nuestra vida. Muy probablemente en algún tiempo conozcamos de nuevas pautas y reglas distintas a las que predominaron por mucho tiempo, quizás las mismas permitan adaptar a las parejas a una nueva época, creo, no obstante que el principio de todo está en la capacidad individual de cada persona de encontrar un equilibrio entre sus propios deseos y demandas, diferenciando ambos y discriminando entre las verdaderas creencias de los nefastos mitos sociales que estructuran nuestro sistema de pensamiento y por ende nuestra emotividad y manifestaciones conductuales. De no ser así seremos dependientes de nuestras propias neurosis y difícilmente podremos dar a otro lo que no tenemos para sí. Mientras todo esto ocurre, la Terapia Cognitivo-Conductual representa la mejor ayuda posible.

PÉRDIDA DEL AMOR



La idea de que el matrimonio u otras formas de relación son para siempre es tan vieja como el tiempo. Ya hemos visto respecto a las relaciones de pareja todo un cúmulo de creencias y mitos que tratan de idealizar la permanencia de la relación romántica

entre dos personas, es así que cuando uno o ambos miembros de la pareja llegan a la decisión de que su relación ha acabado, normalmente experimentan sentimientos intensos y profundos.

Es perfectamente racional estar extremadamente triste por la pérdida de una persona amada, o estar realmente molesto como producto de las consecuencias que la ruptura tendrá para la persona. Durante esos momentos de crisis tenemos mayor propensión a tener dificultad para controlar nuestras emociones y a manifestar comportamientos de

aislamiento o de actividad desorganizada a lo que eran nuestras conductas habituales, usualmente se le conoce a este período posterior a la pérdida como duelo, sin embargo el ser humano es fisiológicamente capaz de acomodarse a las nuevas situaciones que la vida nos depara y es por ello que lo esperado es que este duelo sea superado en un tiempo no demasiado prolongado.

Es únicamente cuando una persona perpetúa su crisis emocional durante un período muy largo y esto le impide conseguir sus metas de felicidad personal y el retorno a una conveniente calidad de vida cuando debemos plantearnos el hecho clínico de encontrarnos ante una perturbación emocional, por lo general con características depresivas y que por consiguiente se le hará a la persona extremadamente difícil el poder superarla por sí sola, hablamos de la neurosis de separación.

El por qué algunas personas no logran superar satisfactoriamente su situación de duelo ante la ruptura de una relación, depende de varios factores siendo el estilo de amor que se tenía antes de la ruptura uno de ellos. El término obsesivo-compulsivo hace referencia en la clínica a aquella alteración caracterizada por la persistencia, la repetición de ideas, de pensamientos de contenido desagradable para el sujeto el cual aunque tiene conciencia de lo improductivo que para su bienestar ello representa, no logra erradicar a voluntad estos pensamientos sino que por el contrario pasa a ser controlado por los mismos debiendo en muchos casos establecer rituales conductuales para su evitación que solo logran aliviar por poco tiempo su aparición, así pues puede quedar tiranizado por estos rituales, denominados compulsiones, así como por los pensamientos.

El amor obsesivo compulsivo inscrito dentro del amor romántico es una forma de presentación de esta neurosis que a veces ha sido ensalzada dentro de la literatura, la cinematografía y la televisión. La persona poseedora de este tipo de amor tiende a presentar las siguientes características:

1. Pensamientos altamente repetitivos e intensos



de la persona amada

2. Necesidad muy apremiante de que sea recíproco lo anterior.

3. Cambios de humor dependientes de la interpretación que la pareja haga de la reciprocidad en la persona.

4. Intensos sentimientos de ansiedad y depresión si la persona amada no parece corresponder al amor de uno.

5. Idealización de la persona amada y rechazo a ver u observar sus deficiencias.

6. Afán por hacer cosas temerosas para ganar o mantener los favores de la persona amada.

El apego dependiente es otra de las posibilidades a tener en cuenta cuando una persona presenta marcada dificultad para encarar el duelo de una separación, este tipo de característica limita al sujeto a poder funcionar de una manera más o menos autónoma por lo que la separación no solo es afectiva, también lo es en cuanto a un estilo de vida que la deja ahora en una marcada indefensión. Al terminar una relación amorosa las personas se enfrentan básicamente a dos tipos de consecuencias:

- Temas de orden práctico: Tiene que ver con aspectos de orden económico y readaptación a un nuevo aprendizaje respecto a tareas y actividades que usualmente eran responsabilidades de la otra parte, de igual manera incluimos asuntos relacionados con todo lo que implica el cambio de domicilio y en sí todo lo referente al cambio de roles de acuerdo a su nuevo status.

- Temas de orden emocional: Estos son los sentimientos que experimentan y se atribuyen a la experiencia de divorcio o separación como son la soledad, la ira, la depresión, los celos etc.

Obviamente en casos clínicos como los mencionados anteriormente, la posibilidad de entrar en una terapia individual es más que oportuna, casi pudiésemos decir que se hace necesaria. No obstante en buena parte de las personas, un adecuado asesoramiento

y consejería que le permita identificar cuales son aquellas cogniciones que condicionadas a mitos y creencias irracionales están contribuyendo a la percepción catastrófica de la situación y no a su verdadera dimensión, es una ayuda fundamental para que puedan implementar los comportamientos funcionales que le permitan ir retomando su estilo de vida habitual y por ende superar el estado de duelo.

Es importante para un asesor y consejero profesional el poder identificar y diferenciar las creencias racionales de las irracionales, las primeras implican supuestos lógicos que facilitan la aparición de estados emocionales proporcionados a la situación de amenaza de dominio en cualquiera de las áreas que fueron mencionadas en el apartado correspondiente, por ejemplo, la tristeza ante una pérdida, la rabia ante una injusticia, el miedo ante un peligro.

Por su parte las creencias irracionales se enmarcan bajo demandas neuróticas, es decir, rígidas e inflexibles las cuales generan un estado emocional desproporcionado a la situación como tal y que es atentatorio a la persona en su autoestima pues lo coloca en un estado de indefensión ante las posibles alternativas de solución o al menos a la posibilidad de adaptarse al hecho como tal. Estas creencias irracionales suponen entonces la presencia de esquemas cognitivos que han quedado estructurados en una filosofía de vida realmente neurótica independientemente de los factores intelectuales propios del sujeto.

INFIDELIDAD.

Dentro del tema que nos ocupa vale la pena destacar uno de los aspectos de las relaciones de pareja que ha sido fuente de controversias de cualquier índole incluso al de atentar contra la vida de otro o la propia, todo ello en función del descontrol emocional causado en aras del amor. Hablar de infidelidad supone hablar de engaño, de incumplimiento de acuerdos realizado entre partes sin el conocimiento y participación de que estos acuerdos van a ser incumplidos y más aún, con la manifestación de comportamientos por parte de la persona infiel con el fin de hacer pensar al otro (a)



de que no ha habido ninguna ruptura a los acuerdos propiamente dichos.

En nuestro medio social, la exclusividad sexual entre los cónyuges es una de las reglas explícitas más difundidas; en la actualidad y bajo el modelo de amor total, se supone que la monogamia es uno de los valores más enraizados, sin embargo, paradójicamente los índices de infidelidad sexual son cada vez mayores y, curiosamente, es en la mujer donde se observa una tendencia al aumento.

El impacto emocional que la conducta de infidelidad sexual puede provocar en la pareja afectada puede ser variable e ir desde una actitud de ignorar el hecho, de comprenderlo e incluso hasta de sentir complacencia al de provocar indignación, descalificación, ruptura del vínculo, depresión, ansiedad.

Precisamente por las razones anteriormente señaladas es que han surgido diferentes modelos que tratan de dar una nueva visión al matrimonio o más ampliamente a las relaciones de pareja; el llamado matrimonio abierto propuesto en la década del 70 y en donde Nena y George O'Neill ha sido uno de los más discutidos. Lo cierto es que muchas parejas han desarrollado los denominados "contratos sexuales extramatrimoniales" cuyas manifestaciones han ido desde el swinging, el triolismo, las vacaciones por separado hasta la aceptación de que simplemente una de las partes tenga contactos extra pareja.

Debe entonces quedar claro que el cumplimiento de un acuerdo sexual extramatrimonial descarta la infidelidad y no debe verse como sinónimo.

SÍNTESIS

El ser humano en su concepción biopsicosocial tiene capacidades afectivas profundas que le llevan a encontrar diferentes lazos en sus relaciones interpersonales. El amor romántico es una de las gratificaciones más importantes que las personas experimentamos en alguno o varios períodos de nuestra vida, siendo la relación de pareja institucionalizada por medio del matrimonio una de las metas prioritarias a lograr.

La experiencia clínica e investigativa nos revelan

como más allá de la atracción inicial y la euforia de los primeros años, a veces pocos, las parejas caen en situaciones de conflicto en donde elementos propios de las denominadas neurosis se encuentran presentes contribuyendo a desajustes dados por insatisfacciones e incluso perturbaciones que pueden dañar la relación, conflictuándola e incluso llevándola a su culminación. Diferentes mitos y creencias establecidas socio culturalmente hacen que las personas no discriminen entre deseos y demandas, esto es en parte consecuencia de su propia filosofía de vida previamente establecida, por supuesto la posibilidad de generalizar a la relación de pareja es altamente probable.

Es importante la ayuda profesional que, ya sea a nivel terapéutico o de consejería se pueda ofrecer a parejas en conflicto o en proceso de ruptura. El modelo Cognitivo- Conductual ha resultado en la práctica clínica e incluso de asesoría de muy alta utilidad.

Referencias y Bibliografía

- Beck, Aaron. (1990) *Con el amor no basta*. Ed. Paidós.
 Colina, Luzmaya. (1990). *Terapia Cognitiva*. Ed. Eykón.
 Dominian, Jack. (1995) *Matrimonio*. Ed. Paidós.
 Ellis, Albert. (1998). *Vivir en una sociedad irracional*. Ed. Paidós.
 Moles, Juan José. (2007) *Asesoramiento Clínico*. Ed. Greco.
 Navia, Carmen. (2008) *Infidelidad*. Ed. Aguilar.
 O'Neill, N and G. (1972) *Matrimonio Abierto*.
 Riso, Walter. (1999) *Amar o depender*. Ed. Norma.

(1) Publicado en: Obst Camerini, J (comp) (2012) *Aportes del Siglo XXI a las Terapias Cognitivas*. BsAires:CATREC

(2) Juan José Moles Alvarez. Doctor en Psicología Clínica. Director Centro Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela. 2do. Vicepresidente de la Junta Directiva de ALAMOC. Ex-presidente de ALAMOC (1994-1999). Ex-presidente de la Sociedad Venezolana de Psicología Sexológica.



Influencia de la propuesta de Aarón Beck en el tratamiento de la Esquizofrenia.⁽¹⁾

Aaron Beck proposal influence on the treatment of Schizophrenia

Autor: Nicolás Alejandro Hernández Lira ⁽²⁾

Resumen:

Desde la descripción por portal de Beck del tratamiento desde la terapia cognitiva en un paciente con Esquizofrenia, se han propuesto varios planes de tratamiento basados en su planteamiento pero conservando los principios básicos de la Terapia Cognitiva como la alianza terapéutica, el autodescubrimiento guiado, entre otros. En este artículo se describen planes de tratamiento de varios investigadores en los que retoman los principios propuestos por Beck, finalizando con una propuesta propia del autor sobre el tratamiento de la Esquizofrenia con la Terapia Cognitiva.

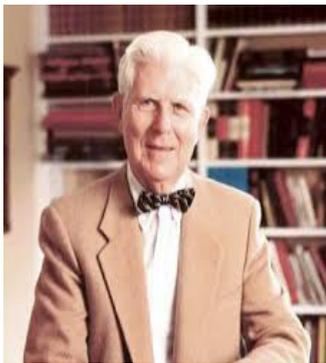
Summary:

From the description by Beck portal of the treatment for cognitive therapy in a patient with Schizophrenia, several treatment plans have been proposed based on their approach but retaining the basic principles of Cognitive Therapy as the therapeutic alliance or the guided self-discovery, among others. In this article we describe treatment plans of several researchers in which they follow the principles proposed by Beck, ending with a proposal of the author on the treatment of Schizophrenia with Cognitive Therapy.

Palabras clave: Terapia Cognitivo Conductual, Aarón Beck, Esquizofrenia, Tratamiento.

Key words: Behavioral Cognitive Therapy, Aaron Beck, Schizophrenia, Treatment.

Introducción:



Aarón Beck publicó un artículo de psiquiatría (Beck, 1952), donde planteó por primera vez una intervención cognitiva en un paciente con delirios de persecución. En este tratamiento empezó a intentar que el paciente describiera exactamente

sus síntomas en detalle, esto es, que describiera con la mayor fidelidad posible como eran las personas que lo perseguían, una vez que hizo esto; se empezaron a cuestionar que tan parecidas eran estas personas con las reales, dejando de ser así estereotipos. Con el tiempo logró ver las incongruencias entre las “personas” que lo “perseguían” y las personas de la vida cotidiana, y a pensar que tal vez estaba en un error al concluir precipitadamente sobre lo que le ocurría.

Beck (2010), también observó que este delirio

surgía de la creencia del paciente de que merecía un castigo debido a algunos actos delictivos que había cometido cuando era joven. Poniendo atención a esto y buscando alternativas de interpretación, comenta que los delirios fueron desapareciendo gradualmente.

Desde entonces y con los resultados obtenidos, se ha convertido parte del tratamiento para pacientes con Esquizofrenia la aplicación de este planteamiento, junto con el farmacológico, los dos encaminados a mejorar la calidad de vida del paciente (Trave y Pousa, 2012).

Beck planteó en 1960 lo que llamó: “Terapia Cognitiva”, en donde le concede a la cognición la importancia de presidir al estado emocional o conductual. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o



gráficos que son conscientes), se basan en actitudes o supuestos (esquemas), formados y desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El postulado central de este planteamiento se puede enunciar como sigue:

“Los trastornos emocionales y/o conductuales son resultado de una alteración en el procesamiento de la información, fruto de la activación de esquemas latentes” (Olivares y Méndez, 2001 pp 250).

El tratamiento se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca, mediante diversos recursos, producir un cambio en el patrón de sus pensamientos y en el sistema de creencias del paciente, para conseguir una transformación duradera de sus emociones y comportamientos (Beck, 2000; Beck, 2014).

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas), que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, esto mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Así, el terapeuta cognitivo-conductual ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando los síntomas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1985; Beck y Bredemeier, 2016).

Si se pudieran concretar los elementos centrales de lo propuesto por Beck (1976), para lo que considera el modelo de alteración emocional y conductual; serían:

1. Las personas durante la infancia, desarrollan una serie de “esquemas básicos” que le sirven para organizar su sistema cognitivo y el medio en el que se desarrollan.

2. Las personas pueden tener pensamientos o representaciones mentales de forma automática ante un estímulo (interno o externo), sin que se lleve a cabo un proceso de razonamiento previo.

3. Las personas pueden llegar a cometer “distorsiones cognitivas” o errores en el procesamiento de la información.

4. Los acontecimientos vitales estresantes pueden activar “esquemas” básicos disfuncionales, esquemas que se encuentran desde hace tiempo procesados y con ellos procesamos la nueva información. (Olivares y Méndez, 2001).

Un concepto importante para el tratamiento es el de los esquemas (actitudes y supuestos), esto hace referencia a las estructuras cognitivas que nos permiten integrar y dar sentido a los acontecimientos, desarrollándose a lo largo de la primera infancia determinando qué situaciones serán consideradas como importantes y cuáles relevantes para la toma de decisiones. Estos esquemas se desarrollan a través de la interacción con el medio físico y social. Su contenido puede no ser siempre claro o asumido por la persona que lo posee, pues es de lo más variado y diversificado y va desde lo físico e impersonal a lo social e impersonal (Beck et al, 1985; Beck, 2000, Riso, 2006).

Beck et al (1995), subrayan que parecen existir diferencias entre las personas “normales” y las personas que sufren trastornos mentales, pues una característica de los esquemas es su “flexibilidad”, esto es; la facilidad con que suele modificarse dicho esquema debido a nuevos datos que no concuerdan con lo procesado anteriormente. Las personas “normales” tienen generalmente un esquema más flexible que las personas con trastornos mentales, mostrando los primeros menos resistencia a la integración de nuevos datos de “la realidad”.

El objetivo del terapeuta es ayudar al paciente a darse cuenta del proceso que realiza para percibir y construir el mundo que le rodea y como éste determina su conducta y emociones a través de la aplicación una serie de estrategias y técnicas para que tenga una modificación cognitiva y obtenga herramientas que le permitan darse cuenta del control que puede tener sobre sus emociones y conductas.

Para esto, es necesario delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente (Beck, et al. 1985).

El método consiste en que el sujeto obtenga experiencias de aprendizaje altamente específicas



para realizar las siguientes operaciones:

- a. Controlar sus pensamientos (cogniciones), automáticos negativos.
- b. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- c. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- d. Sustituir estas cogniciones desviadas, por interpretaciones más realistas.
- e. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. (Beck, et al. 1985).

Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología.

Las técnicas cognitivas que utilizan Beck et al (1985), se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas tales como hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas sobre las cuales el paciente organiza la realidad, se emplean tanto para ayudar al terapeuta como al paciente a conocer la interpretación que este último hace de la realidad o de lo que le acontece, (por ejemplo, las alucinaciones).

Propuestas de la Terapia Cognitiva para tratamiento la esquizofrenia.

La forma en que Beck et al (2010), han planteado el tratamiento de la Esquizofrenia desde la terapia Cognitiva es argumentando que los sesgos de información llevan a crear creencias irracionales acerca de la experiencia de las alucinaciones, reforzando que tienen un origen externo, lo que trae también la creencia de que al ser de origen fuera del individuo son incontrolables y de ahí se parte hacia un mal afrontamiento

Por lo anterior se realizan distintas técnicas para poner a prueba y generar una duda sobre las creencias que sostienen la explicación de las alucinaciones para que el paciente termine teniendo conciencia de

enfermedad.

Así también, se ha dado énfasis a la prevención de las recaídas, de manera que el paciente evite posteriores hospitalizaciones (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

En cuanto a los síntomas negativos, con base en este planteamiento los psicoterapeutas ayudan a los pacientes a desarrollar recursos para participar en actividades que les impliquen inicialmente un esfuerzo inmediato y posteriormente una ganancia a mediano y largo plazo. Así mismo se ayuda a los pacientes a detectar factores que los lleven a un asilamiento para posteriormente hacer cambios conductuales. (Garety y Freeman, 2013).

Como se observa, el planteamiento de Beck se basa principalmente en los sesgos cognitivos, y postula que a los pacientes con delirios les falla la capacidad normal de distanciarse de sus interpretaciones inmediatas y buscar la comprobación de las mismas con otras interpretaciones que pudieran contradecirlas o confirmarlas.

Plantea Beck, que los pacientes sufren un sesgo externalizador, pues pasan por alto las explicaciones probables sustituyéndolas por atribuciones externas improbables o imposibles (Beck, et al. 2010).

Pero: ¿Por qué no bastan los estímulos externos para contrastar por sí solos la realidad con la creencia y cambiarla hacia algo más plausible y lógico?

Beck (2010), menciona que la generación y el mantenimiento de las creencias son 2 dominios psicológicos diferentes: Las interpretaciones que se basan en creencias son generadas a través de un proceso primario básico. Poner en duda las creencias (que sería desarrollar un análisis), requiere cierto distanciamiento de las interpretaciones, o sea evaluarlas, examinar las pruebas, buscar explicaciones alternativas y comprobarlas. Esto último requiere un proceso mucho más complicado. Por eso, si las creencias están muy cargadas emocionalmente se dificulta el procesamiento de la información y existe una reducción de recursos cognitivos.

Lo que haría la psicoterapia cognitiva sería



disminuir esa carga emocional para dar paso a una mejora en el procesamiento de la información (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013).

Se plantea que el paciente desarrolla estas creencias debido a esquemas pre desarrollados desde la infancia referentes a sí mismos, el mundo y su futuro, por lo cual un paciente puede desarrollar un delirio de persecución debido a que se tiene un esquema de vulnerabilidad o incompetencia. En conclusión, los pensamientos automáticos que la una lógica del sujeto (Hernández-Lira, 2014).

En otros términos, el paciente interpretará la percepción de la alucinación dependiendo de sus propios esquemas y de sus habilidades cognitivas desarrolladas hasta el momento (Hernández y Sánchez, 2007; Hernández-Lira, 2014).

Pero, tomando en cuenta que los esquemas son los instrumentos con los que interpretamos la realidad, si hay un esquema muy activo, tenderá a entrometerse en el sistema del procesamiento produciendo falsas coincidencias, o sea, tenderá a jalar todos los estímulos para coincidir con él o a interpretarlos acordes a la forma en que está estructurado, realizando así una falacia cognitiva (Echeburúa, et al, 2010).

Con esto, el mismo sistema de procesamiento de la información sesgado al actuar en el pensamiento paranoide, reforzará la conclusión obstinada del paciente de que las voces son externas (Contreras, Albacete, Tebé, Benejam, Caño y Menchón, 2017).

Los pacientes con esquizofrenia tienen problemas para considerar explicaciones alternativas y dejar en espera una explicación de una situación, saltando de manera inmediata a conclusiones y dándolas por verdaderas, lo cual los lleva a colocar una hiper-atención tanto al estímulo como a la primera explicación, intentándola confirmar una y otra vez. Además es menos esfuerzo confirmar que analizar. (Hazel, Strauss, Cavanagah y Hayward, 2017).

En resumen, Beck (2010), plantea que los delirios se generaran por un intento de dar explicación “razonable” a las alucinaciones, que se encuentran

dentro de un marco cognitivo y biológico y que a su vez, se mantienen por los errores en el procesamiento de información, por 4 factores:

1. Los pacientes tienen una forma de organizar sus percepciones de una forma muy rudimentaria, pero el estrés logra reducir algunos mecanismos de análisis de la realidad.

2. Los pensamientos que se encuentran con mucha carga emocional superan el umbral de percepción y en consecuencia se trasforman en alucinaciones.

3. Un sesgo en el procesamiento de la información, junto con un “locus de control externo”, (*) refuerzan el supuesto origen de las voces reforzándolas.

4. Apoya este refuerzo el ahorro de recursos para el análisis o la poca capacidad para ello rediciendo el examen de la realidad que le permitiría a otra persona ver lo ilógico de la situación o buscar alternativas de explicación. (Beck, et al. 2010).

Influencia de Beck en otros investigadores y sus propuestas.

Ya se ha comentado la propuesta de Beck referente a la esquizofrenia. Varios autores parten de ésta para conformar lo que hasta ahora es el tratamiento psicológico más aceptado para este trastorno. Sin embargo, los autores que se verán a continuación hacen distintas propuestas (aunque respetando las bases), enfatizando la importancia del tratamiento en distintos aspectos del mismo.

Principalmente los enfoques buscan primero, identificar síntomas, para posteriormente reducir los esquemas básicos y las conductas asociadas con la psicosis a través de intervenciones tanto cognitivas como conductuales (Morrison, et al, 2014).

* El “locus de control” se refiere a que le atribuyó la responsabilidad de mis pensamientos, actos y emociones; en el caso del paciente con Esquizofrenia son atribuidos a algo ajeno a el contenido de la alucinación, por ejemplo un fantasma, el diablo, etc; de manera que si es algo externo también está fuera de control y de solución y no se responsabiliza de sus actos, de sus pensamientos y de la solución.



La mayoría son programas de entre 16 y 20 sesiones y en menores ocasiones hasta aproximadamente 28 sesiones, pero todos siguiendo la premisa de que las personas tienen esquemas cognitivos desadaptativos con los que le dan sentido a su vida (Pérez, 2012; Hazel et al 2017).

En todas estas intervenciones las distorsiones en la percepción de los estímulos y, por ende, el uso de esquemas mal adaptativos, influyen en el surgimiento y mantenimiento de la psicopatología, pues estos últimos no explican de una manera lógica, empírica y acorde a metas el motivo de tales estímulos o experiencias (léase alucinaciones).

Algunas propuestas también integran las distorsiones perceptuales, los deterioros en la atención y en la memoria, deterioros también en el razonamiento inferencial y en el juicio social, al igual que problemas en la regulación de emociones y en el sentido del propio self y de los otros (Gratacos y Pousa, 2018)

Una de las propuestas más aceptada es la de Chadwick, Birchwood y Trower, (1996), ellos han desarrollado un enfoque individualizado para el tratamiento de las ideas delirantes y las alucinaciones en pacientes crónicos refractarios a la medicación.

Este tratamiento consiste en una combinación de 2 técnicas: el “desafío o debate verbal” y “exámenes o pruebas planificadas de la realidad” acordadas previamente entre paciente y terapeuta tomando en cuenta el empirismo colaborativo mencionado por Beck (2010).

El debate que ellos plantean consiste en comentarios sobre el origen y las características de las creencias delirantes buscando junto con el paciente la posibilidad de explicaciones alternativas

Los exámenes de la realidad consisten en experimentos conductuales en donde el resultado será relacionado para comprobar o refutar las creencias del paciente referente a su síntoma. Estos experimentos se planean junto con el paciente antes de realizarlos al igual que se analizan los posibles resultados de los mismos y sus respectivos significados.

En cuanto a la intervención en las alucinaciones auditivas, ellos proponen los mismos principios

antes mencionados: Identificar las creencias sobre las voces (identidad, poder y significado, así como la actitud hacia la solicitud de las voces), para buscar un significado distinto sobre el origen; y esto incluye los experimentos conductuales (Chadwick et al, 2000).

También han llevado su propuesta a grupos de pacientes donde se ayudan para encontrar respuestas más adaptativas a las creencias de sus compañeros, surgiendo éstas de un igual a igual pero siempre con apoyo del terapeuta.

Con distintas investigaciones, demostraron que su planteamiento conducía a una resolución más rápida de la etapa psicótica también reduciendo a la mitad el tiempo entre el ingreso y el alta. También sugieren que los experimentos conductuales son preferibles como un complemento del debate cuando por sí solo no ha dado mucho resultado o no se puede comprobar en sí mismo.

Chadwick et al (2000), retoman principios básicos de la propuesta de Beck en cuanto al análisis del significado del origen de las alucinaciones y a su vez el cambio de sentido sobre el significado de las mismas, utilizando la comprobación empírica para buscar o reforzar el cambio, retomando la idea del “empirismo colaborativo” ante una enfermedad en la que uno de sus síntomas es la falta de conciencia de enfermedad.

Tarrier et al (2000), han propuesto lo que ellos llaman: “Fomento de la estrategia de afrontamiento” y conlleva una identificación de las estrategias de afrontamiento que compensen o minimicen los síntomas psicóticos.

Utilizando la propuesta del origen de la enfermedad por factores psicosociales, ayudan a los pacientes a encontrar aquellos estímulos ambientales que puedan exacerbar o activar las alucinaciones o en su lugar los aspectos cognitivos, respuestas emocionales o conductuales propias de la psicopatología.

Ellos proponen un proceso de 3 fases:

1. Valoración de los factores ambientales.
2. Técnicas para disminuir estos factores.
3. Disminuir las consecuencias de los síntomas.

Con esto intentan darle poder al paciente sobre sus alucinaciones, cambiar las creencias que tiene sobre



las mismas y controlar la corriente destructiva de la vida que siempre conlleva los síntomas.

Tarrier et al (2000), intentan a través de lo conductual cambiar lo cognitivo, pues para poder controlar las consecuencias de los síntomas es necesario cambiar cuestiones de pensamiento, pero proponen empezar por lo conductual, retomando lo de Beck al intentar disminuir los problemas generales que surgen con los síntomas directa o indirectamente.

Kingdon, Turkington y John (1994); proponen que los pacientes con esquizofrenia tienen problemas en la estructuración de la información al igual que cualquier otra persona con “falacias cognitivas”, pero la diferencia es que están en un extremo de los mismos. Un ejemplo es manejar una creencia como posible y actuar así, pero dejar de hacerlo cuando hay conductas negativas fuertes o la realidad nos enseña lo contrario (como una hospitalización, o la pérdida de trabajo). Los pacientes con esquizofrenia no dejarán de creer porque la realidad los contradiga aun cuando haya consecuencias negativas.

El objetivo de la propuesta es modificar las creencias, las conductas y los síntomas mal adaptativos hasta una posición menos extrema (más adaptativa), a través del análisis del contenido del pensamiento, intentando reducir el miedo, la confusión y la incertidumbre asociados a la experiencia de los síntomas y la creencia sobre ellos (Morrison, et al. 2014)

Kingdon, Turkington y Jhon lo mencionan así:

“Explicar y desistematizar las experiencias confusas y amedrentadoras, sin perder de vista el hecho de que algo es seriamente erróneo” (Kingdon et al, 1994; 586 pp).

Proponen un concepto: “ánimo delirante” (Kingdon et al, 1994), que se refiere al fenómeno mediante el cual los pacientes empiezan a experimentar un aumento de ansiedad, confusión o alucinaciones antes de que se empiece a generar una idea delirante. La consecuencia de este incremento es una susceptibilidad a aceptar cualquier idea que logre aliviar la ansiedad, aunque sea poco probable.

La intervención incluye varias fases en donde se inicia con una evaluación global (factores psiquiátricos, psicológicos y sociales), obteniendo información también sobre el periodo antes de instalarse el delirio. Como se verá, también se retoma el modelo de vulnerabilidad/estrés y se identifican los síntomas claves para intentar controlarlo a través del análisis y cuestionamientos conductuales.

Como los investigadores anteriores, las intervenciones van encaminadas a cambiar la interpretación del sujeto sobre su propia enfermedad para darle control, lo que de hecho también cambia la percepción del mismo sobre su acción sobre su sintomatología.

Garety, Fowler y Kuipers (2000), retomando el planteamiento de los autores anteriores en donde los pensamientos del sujeto están en un extremo de lo que pudieran estar en alguna otra persona sin enfermedad mental, proponen en su tratamiento 7 fases:

1. Compromiso y evaluación.
2. Enseñanza de estrategias de afrontamiento para el manejo de síntomas.
3. Elaboración de una explicación individualizada entre paciente y terapeuta del origen de sus alucinaciones, lo que conlleva a retomar el modelo de vulnerabilidad/estrés, cuidando así los aspectos que pudieran disparar o predisponer a un aumento de síntomas.
4. Estrategias cognitivas para cambiar creencias delirantes
5. Estrategias cognitivas para cambiar supuestos disfuncionales
6. Estrategias para el manejo de cuestiones sociales y familiares.
7. Estrategias para el manejo de recaídas.

Proponen un conocimiento total del paciente que permita diseñar una estrategia individualizada en cada una de las fases, de manera que al llegar al punto 3, no solamente se construya un nuevo modelo de explicación junto con el paciente, si no que se logre el convencimiento por parte de éste de las estrategias que se llevarán a cabo como parte de su tratamiento.



Hogarty (1992), retoma a todos los anteriores pero propone enseñar estrategias de afrontamiento para el manejo de los síntomas y las consecuencias de éstos a través del modelado, ensayo, práctica, feedback y asignación de tareas, de manera que considera que a menor presión social o familiar, menos estrés y por lo tanto menos síntomas. Estudia junto con el paciente como las cuestiones emocionales están provocando aumento de estrés en su vida cotidiana.

La propuesta.

Por último (Hernández y Sánchez, 2007 y Hernández-Lira, 2014), propongo retomar las cuestiones de Beck (2010), en cuanto a intentar cambiar el significado de las alucinaciones, tomando en cuenta el concepto de “falacias cognitivas” como problema en el procesamiento de información pero con una variable: Se retoma la “falta de conciencia de la enfermedad”, pues al considerar el paciente que no está enfermo, esto dificultará cualquier intervención que se pudiera llevar a cabo, por lo que se propone como primer paso encontrar junto con el paciente la manera de disminuir las consecuencias de lo que sucede, las consecuencias que a él le molestan, lo que nos llevará a que vaya a terapia por su propia conveniencia, esperando e intentando conseguir así la cooperación del paciente, que ya tendrá un motivo personal para acudir a la sesión. Lo anterior permite esperar obtener una conciencia de enfermedad en el paciente.

A corto plazo se espera que el paciente controle síntomas intentando cambiar su percepción sobre el control de lo que le acontece, por lo que se trabaja en varios aspectos; se disminuyen las consecuencias negativas con técnicas conductuales y se cuestiona el origen con técnicas cognitivas, pero solo hasta que haya disminuido su percepción sobre la omnipotencia de sus alucinaciones (lo cual se logra mediante el control del paciente sobre las consecuencias negativas de su enfermedad). (Hernández-Lira, 2014)

Al final una vez que el paciente puede considerar estar enfermo, se aplica psicoeducación para que contemple la posibilidad de estar enfermo.

Si se trabaja intentando crear conciencia de enfermedad se disminuirá la probabilidad de recaídas, pero solo se puede conseguir esto si desde un principio el paciente sabe que le conviene tomar terapia, o en palabras de Beck (2000), se inicia trabajando la alianza terapéutica.

El tratamiento implicaría las siguientes fases:

1. Iniciar con el interrogatorio sobre la afectación en la vida cotidiana derivada de su delirio (no mencionándolo como tal, sino tolerando ese síntoma debido a la falta de conciencia de enfermedad). Siempre tratando el delirio como una hipótesis a comprobar.

2. Diseñar un plan de trabajo junto con el paciente en relación a esas afectaciones que le son importantes (no tener pareja, hospitalizaciones, etc), para intentar disminuirlas.

3. Una vez que se han disminuido algunas, averiguar las pruebas que tiene el paciente para mantener su delirio, al mismo tiempo que sus creencias (que influyen en la interpretación), en relación a la alucinación.

4. Clasificar estas pruebas en relación a lo que cause menos ansiedad su análisis e iniciar con distintas técnicas (debates, pruebas de realidad, etc).

5. Continuar disminuyendo las afectaciones que le interesan al paciente al mismo tiempo que se trabaja en comprobar la veracidad o interpretación de las pruebas y de las creencias que mantiene el delirio.

6. Una vez que el paciente ya se ha acostumbrado a un análisis de sus pruebas y creencias, al igual que se han probado 2 o 3 interpretaciones de las alucinaciones, se inicia el proceso de psicoeducación pero solo como una posibilidad de explicación de lo que le acontece (debido a la falta de conciencia de enfermedad).

7. Se continúa el proceso hasta que solo quede la última de las pruebas que el paciente utiliza para su interpretación, entonces se continúa la fase de Psicoeducación pero de forma más directa, ya como una posibilidad real.

8. Se analizan los esquemas y las creencias que han dado origen a la interpretación de la alucinación, buscando interpretaciones más adaptativas en relación



a los deseos del paciente para la mejora de la calidad de vida. Se intenta dejar claro los beneficios que traería controlar una enfermedad en contraposición a las afectaciones que le ha traído el contenido de su delirio.

9. Análisis de la última prueba y muestra una vez más de como mejoraría su calidad de vida si se atiende adecuadamente su enfermedad, reforzando con esto la conciencia de enfermedad.

10. Se reestablece sentido y metas de vida y se realiza un control conductual y cambio de esquemas pero ya con conciencia de enfermedad. (Hernández- Lira, 2014).

En esta propuesta es necesario destacar que uno de los principales objetivos es iniciar tratando lo que le importa al paciente, de lo contrario no se podrá establecer una alianza terapéutica y por lo tanto un desarrollo de la conciencia de la enfermedad.

Conclusiones

Varios autores hemos tomado el planteamiento de Beck sobre el tratamiento de la esquizofrenia, en especial en lo que se refiere a las falacias cognitivas o, en si, al procesamiento de la información como parte de los orígenes y el mantenimiento de los síntomas, y reutilizándola como parte del tratamiento, así también cuidando los aspectos conductuales en cuanto a generadora de problemas en la vida cotidiana en un paciente con Esquizofrenia.

El retomar el esquema como parte de la causa del delirio es algo que ha trascendido a través de los años y de las investigaciones, pues brinda una búsqueda explicación de por qué los síntomas pueden ser tan variados en la Esquizofrenia (una alucinación y un delirio pueden ser muy diferentes entre un paciente y otro), y a su vez también el mismo procesamiento de la información que se origina del mismo, da la explicación del por qué el paciente se aferra a la propia funcionalidad de su síntoma (desde su esquema, no así en su vida cotidiana), funcionalidad en cuanto a sentido de vida.

Desde el primer caso que trató Beck se buscó la

reinterpretación del origen del problema, lo que cada uno de los autores intentamos desde distintas intervenciones.

Se continuarán realizando investigaciones al respecto, pero no cabe duda que el planteamiento de la Terapia Cognitiva de Beck fue un parte aguas para el tratamiento de padecimientos crónicos como la esquizofrenia.

REFERENCIAS:

1. Beck A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatric*. #15. Pag. 305 – 312.
2. Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. EUA; Harper and Row.
3. Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorder*. EUA. A meridian Book.
4. Beck A.T.; Rush A. J; Shaw B; F. Emery G. (1985). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Descleé de Brouwer,
5. Beck A. T., Freeman A.; Davis D.; Pretzer J.; Fleming B.; Arntz A.; Butler A.; Fusco G.; Simon K.; Beck J.; Morrison A.; Padesky C. y Renton J. (1995). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. 2ª. Edición. España. Paidós.
6. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Argentina. Gedisa.
7. Beck, A; Rector, N; Stolar, N. y Grant, P. (2010). *Esquizofrenia: teoría cognitiva, investigación y terapia*. España. Paidós.
8. Beck A. T. and Emily A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol*. No. 10. pp 1-24.
9. Beck A. T. y Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: integrating clinical, cognitive, biological and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*. No11. Pp.1-24.
10. Contreras F, Albacete A, Tebea C, Benejam B, Caño A, y Menchoan JM. (2017). Patients with schizophrenia activate behavioural intentions facilitated by counterfactual reasoning. *PLoS ONE* 12(6): e0178860. Pp 1-12.
11. Chadwich P; Birchwood M. y Trower P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*.



Chichester UK. Wiley.

12. Chadwich P; Sambroke S; Rasch S. y Davies E. (2000). Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behaviour therapy for voices. *Behaviour Research and therapy*. No. 38, pp. 993 – 1003
13. Echeburúa, E; Salaberri, K; De Corral, P. y Polo-López, R (2010). Terapias Psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de clínica psicológica*. Vol. XIX No. 3 pp.247-256.
14. Garety P. A.; Fowler D.; Kuipers E. (2000). Cognitive – Behavioural Therapy for Medication Resistant Symptomts. *Schizophrenia Bulletin.*, 26, 1, pp. 73-86.
15. Garety, P. A. y Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *The British Journal of Psychiatry*. No.203, pp 327-333
16. Gratacós, T. M; y Pousa, T. E. (2018). Intervenciones para mejorar la Adherencia Terapéutica en sujetos con Esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 39 (1). Pp. 31-39
17. Hazel, C. M; Strauss, C; Cavanagah, K; y Hayward, M. (2017). Barriers to disseminating brief CBT for voices from a lived experience and clinician perspective. *PLOS One*. 12(6). pp. 1-18.
18. Hernández L. y Sanchez S. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual para trastornos de la Salud*. Argentina. Libros en Red.
19. Hernández-Lira N. A. (2014). *Manual de Psicoterapia cognitivo conductual: Fundamentos teóricos y aplicaciones clínicas*. España. Círculo Rojo.
20. Hogarty G. (1992). Cognitive remediation in schizophrenia: proceed with caution. *Schizophrenia Bulletin*. No.18. pp. 51-57
21. Kindgdon, D. G. y Turkington, D. y John C. (1994). Cognitive behavior therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *British Journal of Psychiatry*. No.164. pp. 581 – 587.
22. Montaña, L; Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y Tratamiento Psicológico: una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica*. Año 4 (1). pp. 86-107.
23. Morrison, A.; Turkington, D; Pyle, M; y Spencer, H. (2014). Terapia Cognitiva para personas con trastornos del espectro de la Esquizofrenia que no toman medicamentos antipsicóticos: un ensayo controlado aleatorio simple ciego. *The Lancet* Vol. 383. No. 9926. Pp. 1395-1403.
24. Olivares, R; y Méndez, C. (2001). *Técnicas de Modificación de Conducta*. España. Biblioteca Nueva. Tercera Edición.
25. Pérez, A. (2012). Introducción a la terapia cognitivo-conductual. *Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México*. México. Recuperado el 24 de noviembre de 2012 en: <http://www.incosame.com.mx/publicaciones>
26. Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia. Editorial Norma.
27. Ruiz-Iriondo, M; Salaberria, K, y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estudios clínicos”. *Actas Españolas de Psiquiatría*. No. 41 (1). pp. 52-59.
28. Tarrier N.; Kinney C.; McCarthy E.; Humphereys L.; Wittkowi A.; Morris J. (2000). Two – year’s follow –up of cognitive behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal Consult clinical Psychology*. No. 68. pp. 917 – 922.
29. Trave, M. J y Pousa, T. E (2012). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con Psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*. Vol.33 (1). Pp. 48-59

(1) Trabajo inédito.

(2) Nicolás Alejandro Hernández Lira, PHD. Coordinador en México de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo Conductual (ALAMOC)
 Director General del Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México (INCOSAME)
 Correo para comunicaciones:
direccion@incosame.com.mx



TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Texto publicado en 2012⁽¹⁾

Giselle Vetere⁽²⁾, María B. Moyano⁽³⁾

Hasta la década de 1960 se encontraba ampliamente difundida la noción de que el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) era un cuadro poco frecuente, el cual se mostraba resistente a los tratamientos disponibles por entonces (Riggs & Foa, 1994). Actualmente, fruto de investigaciones más precisas, es considerado el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente (Angst, 1994; Berger, Voderholzer, & Hohagen, 2002; Kaplan & Sadock, 1999). Este dato propició un verdadero giro copernicano, hasta el punto en que muchos autores comenzaron a denominar el fenómeno como “la epidemia oculta” (Hollander, 1997; Jenike, 1989; Osborn, 1999; Yaryura-Tobías & Neziroglu, 1994).

Afortunadamente, en la actualidad contamos con intervenciones eficaces, tanto psicoterapéuticas como farmacológicas, las cuales posibilitan mejorar sustancialmente la calidad de vida de los pacientes.

En el presente capítulo abordaremos cuestiones diagnósticas, epidemiológicas, delimitaremos el tratamiento cognitivo conductual del TOC y comentaremos brevemente los principales recursos para su tratamiento farmacológico. Al finalizar, discutiremos nuevos aportes a la conceptualización del cuadro así como las futuras líneas de investigación sobre el tema.

Epidemiología

Empleando los criterios diagnósticos DSM-III (American Psychiatric Association [APA], 1980), el denominado Estudio Colaborativo Internacional (Cross Nacional Collaborative Study) observó que las tasas de prevalencia a lo largo de la vida se ubicaban entre el 2 y 3 % para los Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico, Alemania y Nueva Zelanda (Weissman et al., 1994). En base a criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 2000), Meltzer, Gill y Petticrew (1995) encontraron una

prevalencia de entre el 1 y el 1.5% en Gran Bretaña, mientras que Bijl, Ravelli y van Zessen (1998) hallaron una del 0.9% en los Países Bajos.

Respecto de América Latina, Yaryura-Tobías y Neziroglu (1994) situaron en un 3% la prevalencia de TOC en Argentina, cifra cercana al 2.5% y 2.8% reportados en Brasil y México, respectivamente (Almeida et al., 1992; Caraveo, 1996).

Los estudios epidemiológicos más recientes ubican la prevalencia de vida del TOC a nivel mundial entre el 2 y el 3 % de la población general (Angst, 1994; Berger, Voderholzer, & Hohagen, 2002; Kaplan & Sadock, 1999; Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; OMS, 2006; Sorensen, Kirkeby, & Thomsen, 2004).

La prevalencia del cuadro es similar para ambos sexos, con una tasa levemente superior en mujeres (Andrews, Henderson, & Hall, 2001; APA, 1994). Sin embargo, el cuadro presenta una distribución bimodal en cuanto a su edad de inicio, registrando los varones una tendencia a desarrollar el cuadro en forma más temprana (Eichstedt & Arnold, 2001; March & Mullen, 1998). Cerca del 65% de los pacientes desarrollan el cuadro con anterioridad a los 25 años de edad, siendo sólo el 5% los que lo hacen con posterioridad a los 40 años (Rachman & Hodgson, 1980; Rasmussen & Eisen, 1992).

El curso del TOC tiende a ser crónico, observándose en la mayoría de los casos una alternancia de períodos de atenuación y exacerbación de la sintomatología, usualmente relacionados con la aparición de eventos estresantes para el paciente (Clark, 2002). Se considera que sólo un porcentaje muy bajo de pacientes, entre un 3 y 5%, presenta un curso episódico con remisión total de la sintomatología entre períodos intercríticos (APA, 1994; Black, 1974).

En relación al modo de inicio, las investigaciones



han identificado dos modalidades diferentes, las cuales se presentan en similares proporciones de pacientes. Por un lado, algunos sujetos con un desarrollo gradual de los síntomas, los cuales se tornan más intensos a medida que transcurre el tiempo. Por otro lado, otros tantos registran un inicio agudo, muchas veces asociado a algún evento vital traumático (Clark, 2004; de Silva & Marks, 2001)

Con el correr del tiempo, el contenido de obsesiones y compulsiones suele variar, siendo frecuente que algunas temáticas sean reemplazadas por otras, pudiendo las primeras retornar nuevamente más tarde (Rachman & Hodgson, 1980; Tallis, 1999).

Diagnóstico y Comorbilidades más Frecuentes

Según la cuarta edición revisada del DSM (APA, 2000) el TOC forma parte de los denominados *trastornos de ansiedad*. No obstante, en la actualidad dicha conceptualización está siendo criticada desde varios sectores, los cuales señalan la conveniencia de ubicar al cuadro dentro de lo que se ha denominado *espectro obsesivo-compulsivo* (Goldsmith, Shapira, Phillips, & McElroy, 1998; Hollander, 1993, 1997; Hollander & Wong, 1995; Yaryura-Tobías & McKay, 2002). El espectro estaría conformado por un conjunto de cuadros, los cuales se consideraban relacionados entre sí desde los puntos de vista diagnóstico, etiológico y terapéutico (trastorno dismórfico corporal; trastorno de despersonalización; anorexia nerviosa; autismo; trastorno de Gilles de la Tourette; trastornos del control de los impulsos; trastornos esquizo-obsesivos e hipocondría).

Ahora bien, en base a los criterios propuestos por el DSM IV-TR (APA, 2000), el TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones, definiendo las primeras como:

1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre

problemas de la vida real.

3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento). (p. 205-206).

Por otro lado, las compulsiones son caracterizadas como:

1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. (op cit. p. 206).

Otros de los criterios requeridos para el diagnóstico son que el paciente en algún momento del transcurso del cuadro haya reconocido lo excesivo o irracional de las obsesiones o compulsiones (criterio no aplicable a niños), y que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo con deterioro o interferencia marcada en distintos ámbitos de la vida del paciente.

Obviamente, el diagnóstico no puede establecerse si los síntomas se deben a la presencia de otro trastorno o enfermedad médica, o si son producto de los efectos de una sustancia (drogas, psicofármacos, etc.).

El DSM establece que debe especificarse si el cuadro se presenta con poca conciencia de enfermedad, lo



que significa que durante la mayor parte del tiempo del episodio actual el sujeto no reconoce lo excesivo o irracional de obsesiones o compulsiones. Sin embargo, otras conceptualizaciones consideran que el grado de insight de los pacientes se despegaría a lo largo de un continuum, desde la completa conciencia de enfermedad hacia el sostenimiento de las ideas en forma delirante (Kozak & Foa, 1994; Neziroglu, Stevens, Yaryura-Tobias, & McKay, 2001). Entre las polaridades del continuum existiría un punto intermedio caracterizado por la presencia de lo que se ha denominado ideas sobrevaloradas (Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999; Insel & Akiskal, 1986). Estas formas de TOC suelen presentar un índice menor de respuesta a el tratamiento mediante TCC (Kozak & Foa, 1994).

Por otro lado, entre el 50 y el 75% de los pacientes con TOC presentan, al menos, otro trastorno psiquiátrico (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001), siendo el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) la comorbilidad más frecuente (30-50%; Clark, 2004; Swedo & Rapoport, 1989; Tallis, 1999). Dentro de los Trastornos de Ansiedad, los estudios indican que la Fobia Social, la Fobia Simple y el Trastorno de Ansiedad Generalizada son los que asocian con mayor frecuencia (Clark, 2004).

Etiología

Existen distintas hipótesis sobre la etiología del cuadro, sin bien los mecanismos exactos de causación de la patología aún son desconocidos. Dentro de los modelos de corte biológico podemos mencionar las teorías genética y la anatómico-funcional. La hipótesis genética sostiene que determinados genes intervendrían en el desarrollo de la enfermedad, basándose la afirmación en los resultados de estudios efectuados en gemelos y familias de pacientes afectados han documentado la predisposición familiar a contraer TOC. Diferentes investigaciones reportan, por ejemplo, porcentajes de concordancia entre el 53 y el 86% en monocigotas, y del 22 al 47% para dicigotas (Nicolini et al., 1991). También se

han observado diferencias entre pacientes con TOC y sujetos controles, específicamente en tres genes ligados a la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica (Samuels et al., 2001).

Si bien en el TOC no se ha observado un proceso concreto de deterioro neuronal, tal como sucede en la enfermedad de Parkinson o la de Huntington, los estudios de neuroimágenes sugieren que en los pacientes existe una actividad metabólica anormal en la corteza orbitofrontal, el cíngulo anterior, la corteza prefrontal, el núcleo caudado, ganglios basales y estriado (Rauch & Baxter, 1998; Saxena et al., 1998). Existe evidencia de la participación del llamado “circuito cortico-ganglios basales” en la participación de la sintomatología del TOC, sobre todo en base a: 1) el incremento del metabolismo de dichas zonas cerebrales en pacientes que sufren la enfermedad en comparación con sujetos control, 2) la intensificación de dicho metabolismo durante la provocación de síntomas (Adler et al. 2000), y 3) su disminución luego del tratamiento exitoso (Rauch & Graybiel, 2000). Por otra parte, Laplane y colaboradores (1989) observaron que lesiones focales en el estriado pueden producir sintomatología obsesivo-compulsiva y otros estudios muestran alteraciones en el tamaño del núcleo caudado en los pacientes sin tratamiento. Recientemente, Gilbert y colaboradores (2000) observaron la disminución del volumen del Tálamo en pacientes pediátricos con TOC medicados con Paroxetina. Los resultados anteriores son los expuestos por los partidarios de las hipótesis anatómico-funcionales para sostener la importancia de los factores biológicos en la causación del cuadro.

Muchos investigadores resaltaron el papel que la serotonina tendría en la expresión de la severidad de la sintomatología, sosteniendo el argumento en base principalmente a los efectos terapéuticos que los inhibidores de la recaptación de dicho neurotransmisor presentan en el cuadro. Sin embargo, aunque existen pruebas de la participación de alteraciones serotoninérgicas en el TOC, la evidencia de que la misma constituye una anomalía



primaria es aún escasa (Rauch & Graybiel, 2000).

En las últimas décadas se ha prestado especial atención a la asociación entre la sintomatología del TOC y determinadas enfermedades bacterianas que se presentan en algunos niños (Hamilton, 2001; Murphy, Petitto, Voeller, &, Goodman, 2001). Puntualmente, se ha observado el inicio abrupto de síntomas obsesivo-compulsivos en niños que presentaban infecciones causadas por estreptococos. A dicha condición clínica se ha denominado con el acrónimo PANDAS (sigla del inglés: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections). Se determinó que una variedad de estas bacterias, las del grupo A β -hemolítico (las cuales causan enfermedades como angina, neumonía y fiebre reumática), se relacionaba, en un grupo de niños, con el inicio abrupto de síntomas obsesivo-compulsivos o de trastorno de Gilles de la Tourette. Los investigadores sugieren que podría ser una respuesta anormal del sistema inmune lo que dispara los síntomas neuropsiquiátricos (Allen, Leonard, & Swedo, 1995). En estos casos el TOC es considerado de manera similar a una enfermedad autoinmune, debiendo reconocerse especialmente estos casos ya que requiere de exámenes y tratamientos farmacológicos especiales.

Más allá de las variables expresadas anteriormente, existe un consenso entre los expertos en considerar al TOC como un cuadro en cuya génesis intervienen tanto factores biológicos, psicológicos y socio-culturales.

Desde un modelo de diátesis-estrés, se tiende a considerar que lo biológico-innato contribuye como una predisposición o vulnerabilidad para el desarrollo de determinadas patologías, las cuáles se precipitarían por la acción de factores ambientales o adquiridos. En ese sentido, existe una amplia documentación sobre la participación de factores psicológicos (Challacombe & Salkovskis, 2009; Cromer, Schmidt, y Murphy, 2007) y socio-culturales en el inicio y mantenimiento del TOC (de Silva y Marks, 1999; Rasmussen & Tsuang, 1986).

La proporción de factores innatos y adquiridos presentes en la aparición de cada cuadro varía de paciente en paciente, siendo que a mayor vulnerabilidad se requiere menor estrés para desencadenar la respuesta patológica e, inversamente, cuanto menor sea la predisposición se requerirá de un factor estresante mayor para manifestar la misma respuesta.

En resumen, los datos de distintas líneas de investigación convergen en el consenso entre expertos en considerar al TOC como una patología bio-psico-social, es decir, no determinada por un único factor causal sino por una combinación variables que interactúan entre sí.

Modelo Cognitivo-Conductual

Las primeras conceptualizaciones conductuales del TOC se basaron en la teoría del aprendizaje de Mowrer (1939), también denominada *modelo bifactorial*. Este último postula que los trastornos de ansiedad se desarrollarían en dos etapas: 1) la experimentación de temor ante determinadas circunstancias y 2) la implementación de respuestas de evitación como medio de afrontamiento para lidiar con dicho temor. De esta manera, se consideraba que en el TOC un pensamiento intrusivo quedaba asociado a una respuesta ansiosa mediante *condicionamiento clásico* y que, posteriormente, la realización de rituales, al producir un descenso del malestar, reforzaría su aparición a través de un *condicionamiento operante*.

Posteriormente, esta conceptualización fue expandida mediante la incorporación de variables cognitivas, surgiendo así la base de los modernos modelos cognitivos conductuales del TOC.

Para la TCC, experimentar un pensamiento intrusivo, es decir pensamientos involuntarios, es un fenómeno completamente normal y cotidiano. Varias investigaciones hallaron que la mayoría de la población los experimenta y que, incluso, los contenidos de estos pensamientos no son diferentes a los registrados por los pacientes con TOC: temáticas sexuales, agresión, religiosidad, contaminación,



enfermedades y dudas (Rachman, 1981; Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis, 1989).

Las *obsesiones*, no obstante, poseen algunas características distintivas que las diferencian de los PI. En primer lugar, las mismas son repetitivas, altamente recurrentes; y por otro lado, generan un malestar, ansiedad o displacer intensos (Parkinson & Rachman, 1981; Salkovskis & Harrison, 1984).

Desde la TCC, los PI van a ser considerados como la materia prima de las obsesiones, es decir, que los mismos pueden devenir obsesiones dependiendo de un factor fundamental. ¿Qué factor permite el pasaje de PI a obsesión? ¿Qué mecanismo promueve la aparición de emociones displacenteras al registrar un pensamiento? Dada la conexión entre pensamiento, emoción y conducta, cabe suponer que es *la interpretación que se hace del PI la que promueve su transformación en obsesión*.

Recientemente, un equipo de investigadores de todo el mundo ha conformado el denominado *Grupo de Trabajo sobre Cogniciones relacionadas con Obsesiones y Compulsiones* (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, [OCCWG], 2001, 2003). Fruto del trabajo colaborativo el grupo de expertos ha identificado una serie de creencias que participarían en el proceso de adscripción de significados negativos a los PI, las mismas serían: *Responsabilidad por Daño* (RD), *Sobrestimación de Peligro* (SP); *Perfeccionismo* y *Necesidad de Certeza* (PNC) y las de *Importancia otorgada a los PI* y *Necesidad de Controlarlos* (IPC). Por su parte, otros autores también han señalado a las creencias de *Fusión Pensamiento Acción* (FPA) como centrales en el desarrollo del cuadro (Rachman, 1997, 2003; Wells, 1997). Respecto de estas últimas creencias, se distinguen tres vertientes fundamentales: 1) *la Moral* (FPA-M), que toman la forma de creencias que señalan que pensar en cosas éticamente reprochables es similar a realizarlas en acto; 2) la relacionada con *Daño a Sí Mismo* (FPA-DS), que considera que pensar en que a uno le sucedan eventos negativos aumenta la chance de que éstos ocurran efectivamente; y 3) la relacionada con *Daño*

a *Terceros* (FPA-DT), en donde el temor es idéntico al descrito en el caso anterior sólo que los pensamientos y sus consecuencias recaerían en otra persona.

Los estudios realizados a la fecha presentan resultados divergentes respecto del papel central de algunas de las creencias mencionadas. Gran parte de la variabilidad de resultados puede deberse a diferencias muestrales, metodológicas y al empleo de distintos instrumentos de evaluación. Al respecto, resultados preliminares de una investigación conducida por nuestro equipo (Rodríguez Biglieri, 2008) en la que se compararon pacientes con TOC y sujetos con otros cuadros de ansiedad mostraron que no existían diferencias significativas entre los grupos respecto de las creencias de PNC SP, y la vertiente relacionada con daño a sí mismo de la FPA, señalando la posibilidad de que éstas sean factores comunes a todos los cuadros de ansiedad. Por otro lado, sí se observaron diferencias significativas en las creencias de RD, IPC y las vertientes moral y daño a terceros de la FPA, en donde los pacientes con TOC registraban una tendencia mayor a presentarlas en comparación con sujetos con otros cuadros de ansiedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el gráfico 1 se diagrama un modelo cognitivo conductual básico del TOC. Como puede observarse en el mismo, los factores biológicos y las experiencias de aprendizaje determinan una vulnerabilidad específica, la cual se pone de manifiesto gracias a eventos que actúan como desencadenantes de la sintomatología.

Esto produce que los PI, que tal vez en otras oportunidades no fueran significados como portadores de ningún significado negativo en particular, sean ahora interpretados disfuncionalmente bajo el tamiz de las creencias sobre RD, FPA y/o IPC.

Las interpretaciones disfuncionales sobre el significado de las obsesiones generan rápidamente una respuesta de ansiedad, con su consiguiente efecto sobre el estado de ánimo. Ante esta situación el paciente recurre a diferentes estrategias de afrontamiento, los cuales generan un alivio momentáneo que a su vez refuerza el circuito de dos maneras: 1) refuerza la utilización de dichas conductas (flecha de guiones y puntos), y 2)



afianza la interpretación disfuncional dado que se bloquea el acceso a información que desconfirmaría las creencias iniciales (flecha punteada).

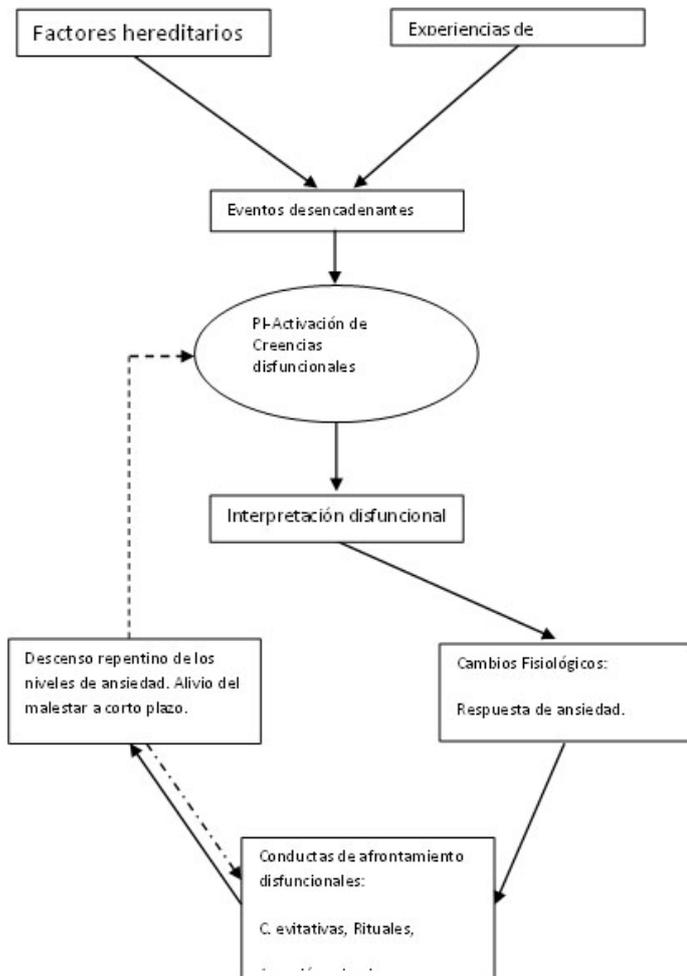


Gráfico 1: Modelo Cognitivo-Conductual del TOC.

Especial atención debe brindarse a algunas conductas de afrontamiento sumamente disfuncionales como lo son las destinadas a controlar la frecuencia y/o contenido de las obsesiones. Muchas veces los pacientes intentan “mantener la mente en blanco”, “sacarse el pensamiento de la cabeza”, “pensar en otra cosa”, etc. Estas estrategias buscan ejercer control sobre las obsesiones pero obtienen el resultado opuesto, es decir, producen un aumento paradójico de la frecuencia de las mismas. Este resultado a recibido el nombre de efecto rebote

o efecto oso blanco y se encuentra ampliamente documentado en la literatura sobre el tema (Clark, Ball & Pape, 1991; Clark & de Silva, 1985; Salkovskis & Campbell, 1994; Wegner & Zanakos, 1994). La consecuencia del aumento de la frecuencia de las obsesiones es a su vez reinterpretado por los pacientes en base a las creencias activadas, lo cual mantiene el círculo vicioso antes descripto.

Tratamiento Cognitivo-Conductual

El objetivo general del tratamiento es mejorar la calidad de vida del paciente a través del aprendizaje de nuevas conductas de afrontamiento, las cuales corten el círculo vicioso del cuadro. Una vía posible en ese sentido es que el paciente pueda generar explicaciones alternativas al fenómeno obsesivo, menos catastróficas, tomando la ocurrencia de cada obsesión como una oportunidad para la realización de acciones que pongan a prueba la interpretación más ansiógena.

El tratamiento es conceptualizado como un proceso de aprendizaje, ello implica considerarlo como un proceso activo de adquisición de nuevas destrezas, las cuales sólo pueden incorporarse gradualmente y a través de la experiencia continua. A lo largo de dicho proceso el paciente puede aprehender uno de los puntos centrales para la superación del problema: la clave del control del TOC es comprender que el ejercicio del control no sólo es innecesario, sino contraproducente (Rodríguez Biglieri, 2004).

En contextos de investigación, los protocolos de tratamiento suelen extenderse generalmente entre 12 y 30 sesiones, no obstante, en contextos clínicos dicha extensión se modifica en base a las características singulares de cada caso y sus requerimientos específicos. La presencia de cronicidad, ideación sobrevaluada y depresión severa comórbida, por ejemplo, requieren usualmente de mayor duración (Abramowitz, Braddock & Moore, 2008).

Las sesiones suelen programarse en formato semanal, salvo en casos más resistentes en donde



es de utilidad aumentar su frecuencia. La duración de las mismas ronda generalmente entre una hora u hora y media, dependiendo de ello la realización o no de ejercicios durante la sesión. También existe la posibilidad de brindar el tratamiento en formato intensivo, el cual ha arrojado índices de eficacia similares al formato semanal o bisemanal (Abramowitz, Foa & Franklin, 2003).

Existe un enorme cuerpo de evidencia respecto de la eficacia de la TCC para el TOC (Abramowitz, Brigidi, & Roche, 2001; Foa et al., 2005; Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000; Rodríguez Biglieri, 2007; Rosa Alcázar, Sánchez Meca, Gómez Conesa, & Marín Martínez, 2008), siendo considerada un tratamiento de primera elección para el cuadro. Asimismo, también se ha aislado un ingrediente activo del tratamiento, es decir, un componente que es responsable de la mayor parte del cambio terapéutico y, por lo tanto, debe ser incluida siempre dentro del mismo. Se trata de la combinación de las técnicas de Exposición y Prevención de Respuesta (Ex/PR), las cuales consisten esencialmente en: 1) exponer al paciente a las obsesiones y/o los estímulos que las desencadenan, y 2) bloquear la realización de rituales y conductas de afrontamiento disfuncionales.

Por otro lado, estudios de metanálisis mostraron que una parte importante del resultado del tratamiento depende de la forma en que la Ex/PR es suministrada (Abramowitz, 1996). Las tasas de mejoría, tanto a corto como largo plazo, son mayores cuando la Ex/PR es supervisada por el terapeuta o alguien que actúa de contralor, en comparación con las que son conducidas simplemente por el paciente. También el descenso en los niveles de ansiedad es mayor cuando la exposición combina elementos de exposición en vivo y en imaginación (en contraste con simple exposición en vivo), y cuando el bloqueo de rituales es completo en lugar de parcial.

El tratamiento propiamente dicho consta de una serie de etapas, las cuales se enumeran a continuación.

1) Psicoeducación

- 2) Evaluación y establecimiento de objetivos
- 3) Conceptualización de caso y socialización del modelo
- 4) Búsqueda de hipótesis alternativas
- 5) Testeo de hipótesis/experimentación (Ex/PR) y reconsideración del problema.
- 6) Prevención de recaídas

Etapa 1 – Psicoeducación

Una vez establecido el diagnóstico es necesario realizar la psicoeducación del paciente y también de su entorno familiar. Dicha información debe, además de transmitirse oralmente, ser suministrada en un formato escrito, de manera que el paciente y su entorno pueda acceder a ella en cualquier momento. También es útil recomendar sitios web de organismos de salud pública en donde se puedan ampliar la información desde diversas perspectivas (el National Institute of Mental Health [Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU.], por ejemplo, posee material psicoeducativo de excelente calidad y en idioma español).

Es muy importante en este paso proceder de manera que el paciente evacue sus dudas respecto de las características del TOC y las posibilidades y alternativas de tratamientos. El terapeuta debe enumerar pros y contras de cada alternativa de intervención, de manera que el paciente se encuentre libre para realizar su elección.

También es necesario hablar sobre el rol de los pensamientos intrusivos en la vida cotidiana, mencionando la multiplicidad de estudios realizados en poblaciones de diversas culturas, todos ellos indicando lo común y cotidiano del fenómeno. Sobre este hecho, es útil examinar en la historia del paciente si el contenido de las obsesiones actuales fue experimentado en otras ocasiones, sin asociarse entonces con ningún malestar o conducta ritualística en particular. También si ha experimentado o actualmente registra pensamientos involuntarios que no le generan displacer (ideas repentinas sobre ingerir algún alimento, una solución inesperada a algún problema, etc.). La identificación de



dichos fenómenos facilita la noción de que estos pensamientos son normales, e incluso que ocurrían con anterioridad, sin que el paciente sienta malestar. El terapeuta debe fijar el foco entonces en que probablemente el malestar no se asocie tanto con la aparición de pensamientos intrusivos per se, sino con el significado que uno crea que tienen. Esta noción es de utilidad para ser trabajada posteriormente en otra etapa del tratamiento.

Muchas veces la familia o algunos miembros no consideran al cuadro como un trastorno real, sino como resultado de “caprichos”, “mañas”, o alguna característica negativa atribuida a la personalidad del paciente. Así, suelen realizar juicios peyorativos sobre el mismo, encomiándolo a simplemente “dejar de hacer los rituales”, creyendo que eso es posible tan sólo con que el paciente “ponga más ganas”. Estos discursos son sumamente invalidantes de las experiencias emocionales del paciente, promoviendo discusiones y distanciamientos en los sistemas familiares.

También existe la posibilidad de que parte del entorno reaccione de manera opuesta, ayudando al paciente a la realización de los rituales para disminuir el malestar que éste experimenta, modo de vinculación que se ha denominado codependencia y contribuye al mantenimiento del cuadro. La psicoeducación también ayuda a revertir estas dos respuestas extremas de parte del ambiente, lo cual es necesario ya que a lo largo de la terapia se necesita del apoyo de familiares y amigos que estimulen al paciente a comprometerse en el proceso. Además, algún miembro (o en su defecto un acompañante terapéutico) puede actuar de contralor de la terapia, es decir, supervisando y monitoreando la realización de los ejercicios.

Es pertinente que el diagnóstico se entienda como un proceso por el cual se intenta dar un nombre y arribar a una explicación de la experiencia dolorosa del paciente, no entendiendo el mismo como una estigmatización. Es valioso resaltar que “El TOC no es el paciente, ni el paciente es el TOC”,

esta externalización del problema sirve para que el paciente no se identifique con la patología ni la considere parte de su esencia, sino como un aspecto de su experiencia que desea modificar para aumentar su calidad de vida.

Etapas 2- Evaluación y establecimiento de objetivos

En esta etapa posee dos objetivos generales. Por un lado, obtener datos sobre la severidad del cuadro a través de la evaluación directa de la percepción subjetiva del paciente y también mediante el empleo de instrumentos diseñados a tal fin. En este último sentido suelen ser especialmente útiles la Escala Obsesivo-Compulsiva de la universidad de Yale-Brown (Y-Bocs; Goodman et al., 1989), el Inventario de Padua (Sanavio, 1988) y el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (Hodgson & Rachman, 1977). También es recomendable administrar algún cuestionario que permita evaluar las creencias que pueden entrar en juego en el desarrollo y mantenimiento del cuadro, el Cuestionario de Creencias Obsesivas (Rodríguez Biglieri & Vetere, 2008), por ejemplo, es una herramienta que ha mostrado buenas propiedades al respecto.

Deben reconocerse todas las obsesiones y rituales del paciente, especificándose sus disparadores, frecuencia, grado de malestar que causan, problemáticas secundarias asociadas (problemas o discusiones con familiares, dificultad para realizar trabajos, etc.) y cogniciones asociadas. También deben identificarse otras conductas de afrontamiento disfuncionales que permitan el mantenimiento del cuadro como conductas evitativas o de escape. Luego, es pertinente realizar junto con el paciente una lista jerárquica de los síntomas, ubicándolos en una escala que grafique la intensidad de malestar asociados con cada uno (por ej. de menor a mayor displacer). Dicha lista será utilizada posteriormente para la realización de ejercicios.

En esta etapa el rol del diálogo socrático es fundamental para determinar los significados particulares que el paciente asocia a cada



manifestación de la enfermedad y sus consecuencias (obsesiones, compulsiones, respuestas familiares, etc.). Es imprescindible mostrarse abierto en todo momento, sin adoptar una postura crítica ni confrontativa que inhiba al paciente y nos impida arribar a su paradigma personal, es decir, a la manera única y singular que tiene de significar su experiencia.

El segundo propósito de esta fase es establecer los objetivos y metas a alcanzar. Al respecto cabe aclarar que muchos pacientes, abrumados por el malestar del cuadro, presentan como objetivo de terapia la idea de “no volver a tener esta clase de pensamientos nunca más”. Dado el carácter crónico del cuadro, es necesario reevaluar este objetivo ya que si se persigue esa meta es probable que el paciente se sienta frustrado cuando registre algún pensamiento involuntario. En ese sentido, se debe mencionar nuevamente lo establecido en la fase de psicoeducación: tener pensamientos intrusivos parece ser un fenómeno común, apareciendo también en la población que no presenta TOC.

Si es necesario pueden llevarse a cabo miniencuestas en dónde el paciente pide a parte de su entorno que señale si alguna vez registró un pensamiento de manera automática, es decir, involuntariamente. A veces es útil armar con el paciente una grilla en donde se realiza esta pregunta y luego se enumeran algunos ejemplos (neutros como presencia de melodías intrusivas, pensamientos sobre comida, pero también sobre temáticas relacionadas con violencia, sexo, enfermedades, etc.). Posteriormente se dejan espacios para que cada persona marque con una cruz si ha registrado alguna vez el pensamiento en cuestión. Es útil que la misma planilla contenga múltiples espacios para que varias personas puedan completarla. Asimismo, el paciente puede ubicar la planilla de forma que cualquiera pueda completarla en forma anónima, hecho que facilita la sinceridad de los encuestados.

Generalmente, los resultados suministran datos que sorprenden al paciente, promoviendo una visión menos dicotómica del fenómeno, ayudando

a disminuir la vergüenza que pudiera sentir a la hora de hablar de las obsesiones. De esta manera, se genera también un terreno fértil para la génesis de explicaciones alternativas en un paso posterior y contribuye a desarrollar el paradigma de normalización.

El objetivo del tratamiento, reevaluado, debe centrarse más en que el paciente mejore sustancialmente su calidad de vida. La idea de que las obsesiones y compulsiones disminuyan al máximo posible, y que ello permita al paciente centrarse en las acciones tendientes a alcanzar sus metas vitales, suele ser ampliamente compartida por los pacientes. Se trata de transmitir la noción de que uno puede intentar alcanzar sus sueños, incluso aunque en el proceso experimente cierto displacer proveniente de las fluctuaciones del TOC. De esta manera el foco se desplaza desde la preocupación por la aparición de las obsesiones hacia la consideración de que lo más relevante es qué hacer si estas aparecen.

Etapa 3 - Conceptualización de caso y socialización del modelo

Con los datos recabados de las sesiones anteriores el terapeuta elabora con conceptualización o formulación de caso, es decir, un conjunto de hipótesis sobre las principales variables intervinientes en el desarrollo y mantenimiento del cuadro (Nezu, Nezu & Lombardo, 2004). Estas sirven como una teoría específica sobre el caso singular del paciente, en donde los conceptos teóricos generales se entrelazan con las variables únicas e irrepetibles del sujeto. La conceptualización del caso actuará como marco que guiará la planificación del tratamiento. Las técnicas a utilizar, así como cuándo y cómo implementarlas, serán determinadas por dicha formulación.

Es pertinente que la formulación sea transmitida al paciente en carácter de hipótesis explicativas, no como verdad absoluta. La idea de compartirla tiene la finalidad de que el paciente la critique, señale incongruencias, dificultades para su entendimiento, opiniones contrarias, etc. La conceptualización debe



suministrarse utilizando lenguaje comprensible para el paciente y teniendo en cuenta su propio paradigma referencial. Debe tenerse especial consideración de las hipótesis explicativas del paciente sobre su cuadro, de manera de incluirlas en la conceptualización generando así un modelo co-construido. Este proceso de puesta y elaboración en común se denomina socialización del modelo y tiene como finalidad que el paciente se involucre activamente en el tratamiento, adquiriendo también mayor compromiso con el mismo.

Etapa 4 - Búsqueda de hipótesis alternativas

Como resultado del trabajo anterior, muchas veces se desprenden distintas explicaciones alternativas sobre el fenómeno obsesivo. Es fundamental que el terapeuta se muestre abierto a cada una de ellas y no manifieste críticas ni oposición marcada a ninguna de ellas. Tal postura es contraria al empirismo colaborativo, principio que debe guiar toda la relación terapeuta-paciente. Siguiendo dicho principio, ambos deben trabajar en la búsqueda de alternativas como dos científicos que no descartan a priori ninguna posibilidad, sino que buscan formas de ponerlas a prueba.

Si el terapeuta se abstiene de dar mayor crédito a las explicaciones menos ansiógenas, remarcando la posibilidad de que incluso las más catastróficas puedan ser corroboradas, gana adherencia del paciente y genera mejor alianza terapéutica ya que éste se siente respetado y validado emocionalmente.

Es importante generar varias hipótesis alternativas ya que ello conlleva muchas veces cierto descenso de la ansiedad gracias al cuestionamiento implícito que ello conlleva a las explicaciones más catastróficas como única manera posible de interpretar la situación.

Posteriormente, deben desprenderse de cada hipótesis sus consecuencias observables, a este proceso se lo denomina operacionalización de términos. Resulta imposible conducir un adecuado testeo si no sabemos qué acontecimientos esperar.

Por ejemplo, si un paciente teme “volverse loco”, debemos preguntarle sobre qué entiende por ello y más precisamente, qué cosas (acciones, ideas, actitudes, todas observables) indicarían que se volvió loco. Muchas veces los pacientes presentan miedos a consecuencias inespecíficas como por ejemplo: “si no hago el ritual pasará algo malo”. También en este caso debe intentar precisarse qué cosas malas podrían suceder y también en qué plazo estas deberían aparecer. Esto último es importante ya que naturalmente pueden ocurrir sucesos negativos, los mismos forman parte de la vida misma, siendo necesario reducir al máximo la posibilidad de que cualquier hecho fortuito sea interpretado como corroboración de la predicción. También pueden emplearse algunos experimentos conductuales como el quiebre de los rituales como medio de prueba para ver si con ello aparecen consecuencias temidas concretas.

Algunas hipótesis típicamente desarrolladas por los pacientes expresan su creencia en la necesidad de controlar sus pensamientos como medio de disminuir su frecuencia. En relación con la hipótesis anterior también algunos atribuyen la insistencia de los pensamientos a la presencia de algún deseo oculto que puja por expresarse. En estos casos es pertinente realizar experimentos que manipulen el control de pensamiento intentando exacerbar y luego expulsar de la conciencia alguna idea determinada. Puede seleccionarse un pensamiento neutro que no genere displacer en el paciente en primera instancia. Así, por ejemplo, el mismo puede intentar dejar la mente en blanco, sin pensar en algún animal, para posteriormente intentar tenerlo en la mente constantemente. El resultado suele ser paradójico para el paciente ya que los intentos de supresión son infructuosos, es decir, la imagen lo asalta constantemente y, cuando se esfuerza por pensar en ello le cuesta mucho no “perder la imagen”.

El resultado muestra como las estrategias de control puede constituir un problema en sí mismo, hecho que estimula una interpretación menos catastrófica



de las obsesiones. Asimismo, es útil rastrear el destino de las obsesiones pasadas, aquellas que tal vez existieron anteriormente pero que ahora no aparecen. ¿Dejaron de aparecer gracias al control? ¿Por qué ahora le parecen menos importantes o carentes de relevancia? Si tenía melodías intrusivas o pensamientos intrusivos positivos, ¿Duraron para siempre? ¿Dejaron de aparecer en algún momento? ¿Qué cosas hizo para que dejaran de aparecer? Las preguntas tienden a resaltar que todos hemos tenido PI, incluso algunos que pueden haber resultado molestos (por ej. canciones de moda que se volvieron displacenteras tras su repetición constante), pero sin embargo han desaparecido (en mayor o menor tiempo) sin que realicemos grandes esfuerzos o sin que podamos explicarnos cómo.

De lo anterior se desprende la relevancia en esta instancia de conducir diálogos socráticos con la finalidad no sólo de comprender cómo el sujeto significa las obsesiones y compulsiones, sino como medio de buscar las pruebas a favor y en contra de dichas interpretaciones provenientes de la historia misma del sujeto. Rastrear las bases, las evidencias sobre las que el paciente edifica su construcción del fenómeno es pertinente para buscar la mejor forma de testearlas. Además, de esta manera podemos evaluar someramente la capacidad de flexibilidad cognitiva del paciente y descubrir a qué tipo de argumentos y/o pruebas se encuentra más permeable.

Por otro lado, es necesario que en esta fase se pauten con el paciente qué se busca con cada ejercicio y qué va a ser considerado prueba. Sólo así tiene sentido luego aplicar la maniobra tendiente a la desconfirmación de los supuestos, de este modo el paciente estará en condiciones de aprovechar al máximo los beneficios de los experimentos, aumentando la posibilidad de generar disonancia cognitiva (Festinger, 1957). Por esta última se entiende al estado de tensión producto de la discrepancia producida entre el sistema de creencias del paciente y cierta experiencia vivencial que parece contradecirlo.

Ello genera un desequilibrio momentáneo del sistema, el cual tiene dificultades en asimilar la nueva información desde las reglas previas. De esta manera el paciente se ve forzado a flexibilizar o cambiar la forma de interpretar el fenómeno para que la nueva información pueda ser asimilada. Nuestra percepción de nosotros mismos y el mundo constituye una narrativa que busca coherencia interna. La idea de los experimentos es que brinden información que permitan la reorganización del sistema desde una pauta diferente, menos disfuncional.

Obviamente, el desarrollo de nuevas formas de interpretar la experiencia es un proceso que requiere de tiempo, es esperable que ante una contradicción aparente el sistema no cambie sino que trate de asimilarla mediante alguna hipótesis ad hoc. Así, algunos pacientes ante la ausencia de consecuencias catastróficas luego de un ejercicio pueden sacar conclusiones del tipo: “bueno...no sucedió nada de casualidad”, “en realidad no esperamos en tiempo suficiente”, etc. Todas ellas tendientes a resguardar la creencia nuclear. Sin embargo, la acumulación de inconsistentes inconsistencias puede conducir al momento crítico de cambio o modificación del paradigma.

Etapas 5 - Testeo de hipótesis/experimentación (Ex/PR) y reconsideración del problema.

Este paso es el núcleo del tratamiento, aquí es donde se realzan los ejercicios y experimentos que ponen a prueba las hipótesis planteadas anteriormente. Se busca que las conductas evitativas, compulsiones, los intentos de supresión de pensamiento y las conductas de reaseguro sean abandonados con la finalidad de testear las predicciones realizadas.

Las técnicas de Ex/PR descritas anteriormente cobran suma relevancia ya que constituyen una de las mejores maneras de poner a prueba los temores. Cuando los pacientes manifiestan fuertes temores relacionados con las vertientes probabilísticas de la FPA, es de utilidad centrarse en experimentos



que intenten provocar eventos mediante el pensamiento. Si esto genera demasiado malestar, puede comenzarse con intentos de generar eventos positivos (ej. ganarse la lotería), para luego pasar a eventos más displacenteros, relacionados con los temores específicos del sujeto.

Al realizar la Ex/PR, debe tenerse especial cuidado de mantener la PR el tiempo suficiente hasta que el paciente registre el descenso del malestar. Caso contrario se reforzaría el uso del ritual como estrategia de afrontamiento dado el prematuro alivio del malestar. Es necesario que el paciente pueda apreciar por su cuenta que al cabo de un tiempo, si se abstiene de ritualizar, el malestar desciende por sí sólo. Este hecho suele ser un resultado inesperado que señala una alternativa sumamente relevante: la posibilidad de que el malestar descienda sin necesidad de emprender alguna estrategia de control.

En caso de pacientes con predominio de rituales mentales, dada la naturaleza no observable del mismo, es difícil asegurarse que el paciente no incurra en alguna estrategia de neutralización. Por ello, en esas ocasiones es de utilidad maximizar la exposición, de manera que al paciente se le dificulte ejecutar rituales encubiertos de manera constante. Una opción para ello es que el sujeto emplee un dispositivo de audio (walkman, mp3, etc.), en donde escuche de manera sistemática el contenido de las obsesiones, previamente grabadas por él mismo, como medio de incrementar el período de exposición.

Al principio, los testeos pueden ser conducidos en sesión, guiados por el terapeuta. Es pertinente entrenar a algún allegado, o en su defecto convocar a un acompañante terapéutico adecuadamente capacitado, para que guíe y supervise la Ex/PR realizadas fuera de sesión. La idea es que colabore con el paciente a conducir los experimentos y, si es necesario, registre las dificultades con ánimo de ayudar a su superación, y no que se convierta en un mecanismo punitivo.

A medida que el tratamiento avance, el paciente

tendrá más dominio de las estrategias, pudiendo incrementar su actividad tanto en la creación como en la implementación de nuevos experimentos. De esta manera el terapeuta se ubicará en un rol menos activo, comparado con su papel inicial, aunque deberá supervisar continuamente el proceso terapéutico.

Por último, no hay que olvidar que los experimentos deben diseñarse de manera de maximizar la puesta a prueba de las creencias implicadas en el desarrollo del cuadro (RD, FPA, etc.). Algunos pacientes registran complejos sistemas de rituales, entrelazados o compuestos de múltiples comportamientos. Allí es muy difícil para el terapeuta diseñar una PR total ya que son muchas las variables a controlar. Por regla, a mayor complejidad de un ejercicio, mayor es la probabilidad de que éste no se realice adecuadamente. Por ello, en esos casos es pertinente exponer al paciente de manera constante al estímulo temido.

Una paciente de 35 años, por ejemplo, manifestaba temores de contaminación con rituales de limpieza tan complejos que anularlos implicaba que recordara una lista de 10 ítems con conductas que debería bloquear. La tarea era muy difícil ya que demandaba mucha atención, la cual era difícil de mantener dado el estado afectivo displacentero que provocaba el ejercicio mismo. Por lo tanto, se implementó un dispositivo (un vaporizador automático en el que al agua se le había agregado una sustancia "contaminante", en su caso saliva de la paciente), el cual permanentemente "contaminara" los distintos ambientes de la casa. De esa manera, algunas veces sentía la inutilidad de realizar los rituales, otras los realizaba pero luego cesaba por cansancio, lográndose así una PR completa.

A medida que se desarrollan los ejercicios y se recolectan datos, es pertinente conducir diálogos socráticos tendientes a fomentar la reevaluación del problema, promoviendo la integración de los resultados para examinar si los mismos son congruentes con algunas de las hipótesis alternativas planteadas. Una estrategia para maximizar el impacto



de los experimentos sobre las creencias del sujeto es solicitarle su grado de convicción (de 0 a 100%), antes y luego de la prueba, en que sus temores se concretarán efectivamente.

Una vez que el paciente ha integrado la información en una nueva visión del problema, menos catastrófica, su estado de ánimo y comportamientos se tornan más funcionales. A esta altura la severidad de los síntomas suele haber disminuido considerablemente, sin embargo, debe transmitirse la noción de que ello es fruto del trabajo del sujeto, por lo que debe estimulársele a continuar con las tareas de Ex/PR.

Etapa 6 - Prevención de recaídas

Esta es una fase sumamente relevante del tratamiento y tiende a brindar al paciente las estrategias necesarias para afrontar adecuadamente los vaivenes que pudiera presentar en el futuro. Asimismo, busca que el paciente cuente con herramientas que disminuyan las probabilidades de recaídas.

Con tal fin se refuerza que el logro actual es fruto del trabajo del paciente, nadie puede exponerse y enfrentar los temores en su lugar, sino él. Es él, entonces, el artífice del resultado. El terapeuta sólo fue un guía que mostraba una ruta posible, una vía alternativa a la propuesta por la enfermedad, sin embargo ello sirve de poco sin el verdadero protagonista de la historia: quien transita el camino. Además de ser sumamente precisa, esta visión redundante en que el paciente adquiera una sensación de confianza en sus propios recursos.

Una consigna a transmitir a los pacientes es que es sumamente importante el significado atribuido a las obsesiones. Se necesita resaltar que gran parte del cambio se produjo por el cambio interpretativo fomentado por las tareas de Ex/PR. Por lo tanto, una forma de mantener los resultados consiste en tomar la aparición de una obsesión como una excelente oportunidad para ponerla a prueba. De esta manera, el paciente mantendrá cierta posición crítica sobre las interpretaciones negativas, adoptando un punto de vista empírico al respecto.

También es recomendable dedicar las últimas sesiones a orientar al paciente hacia sus metas vitales, promoviendo la acción a alcanzarlas, independientemente de los vaivenes de la sintomatología. Es sabido que la misma es dependiente de los niveles de estrés que el sujeto registre, por lo tanto son esperables. Esta idea prepara al paciente a centrarse más en qué hacer si aparecen, en lugar de ubicarse en la posición idealizada y disfuncional de esperar que nunca se repitan. Si el paciente teme su reaparición es probable que permanezca atento a identificarlas, volcando atención a ello por sobre sus planes a futuro. Si sabe que pueden aparecer, que ello no significa una pérdida de todos sus logros y que en ese caso tiene un plan de acción, puede destinar su energía a otras cosas que considere relevantes.

Hablar sobre el futuro, sus planes y proyectos saca al paciente del tema del TOC y ayuda que pase a percibirlo como algo que le sucedió/sucede en una parte de su vida, pero que no es su vida misma. Además, de esta manera el terapeuta puede vislumbrar el grado de recuperación del paciente y establecer si restan o subsisten cogniciones que señalen la pervivencia de creencias disfuncionales, las cuales deben ser identificadas y flexibilizadas para optimizar la prevención de recaídas.

La detección temprana de obsesiones suele ser un aspecto central en la prevención, así como la identificación de los factores a los que el paciente presenta una vulnerabilidad específica. Frente a los mismos deben trazarse planes de acción particulares. Correr nuevas pruebas, solicitar una entrevista, pedir opinión de alguien que conoce la problemática del paciente, reconocer si se está ante una situación o momento estresante que pueda haber generado más síntomas, son todas reacciones viables a la hora de afrontar un aumento en la frecuencia de las obsesiones y la necesidad de ejecutar rituales.

Tratamiento Farmacológico del Trastorno Obsesivo Compulsivo

La concepción etiopatogénica de los síntomas obsesivos compulsivos fue virando dramáticamente



en las últimas décadas desde la Neurosis Obsesiva enraizada en el psicoanálisis, hacia el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) basado en la neurobiología (Denys, 2006). Como se mencionó anteriormente, gracias a los avances neurocientíficos fueron siendo referidas evidencias neuronatómicas y funcionales que implicaron a los Circuitos Cortico Estriato Talamo Corticiales (CETC), y en particular a los Circuitos Orbitofrontal y Cingulado Anterior como sustrato neurobiológico del TOC (Baxter et al., 1996; Gilbert et al., 2000; Saxena y Rauch, 2000). Se comprobó también la eficacia de los fármacos serotoninérgicos y de la terapia comportamental (APA, 2007), y que sus acciones se ejercen justamente por la modulación de las actividades relativas de los circuitos mencionados (Graybiel, 1990). Todos estos hallazgos fueron permitiendo mejorar en forma sustancial la eficacia de la terapéutica del TOC. Durante los últimos 25 años un amplio número de estudios controlados ha establecido la eficacia del tratamiento farmacológico del TOC. Gracias a la farmacoterapia el 90% de los pacientes con TOC podrían tener eventualmente una respuesta clínica significativa. Sin embargo una amplia proporción de estos pacientes no reciben una farmacoterapia adecuada, tanto porque no son medicados cuando les estaría indicado, como porque reciben drogas inapropiadas o en dosis o tiempos insuficientes durante el curso del tratamiento (Denys, 2006). A pesar de la evidencia actual de la existencia de un sustrato neurobiológico en la fisiopatogénea del TOC, algunos profesionales siguen asociando el TOC con la neurosis obsesiva.

Pese a los avances terapéuticos logrados, más del 40% de los pacientes con TOC tratados correctamente no responden al tratamiento, por lo que de ninguna manera podemos hablar de cura en este trastorno que continúa siendo un desafío para los clínicos. Sin embargo, los recursos terapéuticos actuales permiten una mejoría sustancial de los síntomas si son utilizados en forma rigurosa según los algoritmos terapéuticos confeccionados por expertos.

Rol del psiquiatra en el tratamiento de TOC

Para planear e implementar el tratamiento del TOC es clave establecer una sólida alianza con el paciente, y psicoeducar a toda la familia acerca del trastorno y su modo de tratamiento, sin alentar expectativas terapéuticas desmedidas (APA, 2007).

Apenas existe la sospecha de un TOC las personas afectadas por el trastorno deberían ser derivadas a un psiquiatra con experiencia en el tema con el fin de confirmar dicho diagnóstico, y de detectar la presencia de comorbilidades así como para descartar la existencia de otras afecciones de base orgánica o neuropsiquiátrica capaces de producir síntomas obsesivo compulsivos (por ej. tumor cerebral, enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal o cuadros isquémicos con compromiso fronto-estriatal).

Es importante consignar el modo y grado en que el TOC ha afectado sus relaciones familiares, sociales, y sexuales (APA, 2007; Moyano, 2010)

Para la mayoría de los trastornos, se espera un retorno a una condición similar a controles sanos. En el caso del TOC este es un evento excepcional, ya que la mayoría de los casos presentan una respuesta parcial. La escala Y-BOCS (Goodman et al., 1989) es considerada gold standard para medir eficacia terapéutica en TOC, junto a la CGI que mide mejoría clínica. Como cerca del 60% de pacientes tratados con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) experimentan al menos un 25–35% de reducción de síntomas obsesivos compulsivos (Pallanti y Quercioli, 2006), existe consenso en definir que hay respuesta terapéutica en TOC cuando se logra una reducción del puntaje de la escala YBOC en al menos un 25%, luego de un ensayo adecuado con un IRS en pacientes con TOC al menos moderado. Se considera que hay respuesta total cuando se verifica una reducción mayor a 35% del puntaje de Y-BOCS, y una puntuación de 1 o 2 en la Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression Scale [CGI], Guy, 1976) y refractariedad cuando no hay respuesta a IRSs ni a TCC (Pallanti y Quercioli, 2006).



Algoritmos del tratamiento del TOC

La terapia cognitiva comportamental (TCC) y la farmacoterapia con ISRS, son considerados hoy tratamientos seguros y efectivos de primera línea para el TOC (APA, 2007; Denys, 2006; Eddy, Dutra, Bradley y Westen, 2004; Foa et al., 2005). Al iniciar el tratamiento, se debe tener en cuenta la motivación y capacidad del paciente para afrontar cualquiera de estas dos alternativas terapéuticas. Para elegir uno o ambos tratamientos, el clínico se basa en el tipo y severidad de síntomas, las medicaciones actuales, la historia medicamentosa y la disponibilidad de TCC.

La TCC es considerada la estrategia de primera elección en casos de TOC leve y sin comorbilidades (APA, 2007; Moyano, 2010). Se recomienda farmacoterapia aislada cuando un paciente ha respondido en forma adecuada a determinada droga y así lo prefiere, o cuando no es capaz de cooperar con la TCC. Los pacientes que no deseen ser medicados pueden beneficiarse de la TCC si no están demasiado deprimidos o ansiosos. Se indica este tratamiento combinado para pacientes que no responden a monoterapia, los que tienen trastornos psiquiátricos comórbidos que responden a ISRS, y aquellos que desean limitar la duración de su tratamiento con ISRS (APA, 2007).

Farmacoterapia de TOC

La piedra fundamental de la farmacoterapia del TOC es la inhibición de la recaptación de serotonina, tanto con clomipramina o con ISRS. La FDA ha aprobado la clomipramina (CIM) y fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, y sertralina (ISRS) (APA, 2007; Moyano, 2010) para el tratamiento del TOC porque su eficacia clínica ha sido demostrada en ensayos randomizados doble ciego controlados contra placebo. La eficacia de los ensayos con drogas se expresa en cambio absolutos de los puntajes de la YBOCS. Otros inhibidores de la recaptación de serotonina también se utilizan off-label, como el citalopram, escitalopram y venlafaxina (APA, 2007;

Denys, 2006). La Clorimipramina (CIM) es el fármaco más eficaz como antiobsesivo con un tamaño de efecto de 1,55 versus 0.85 para fluoxetina (Denys, 2006 y Foa et al., 2005). Sin embargo sus efectos adversos son más problemáticos y riesgosos que los de los ISRS (efectos anticolinérgicos, cardiotoxicidad potencial, y letalidad potencial en sobredosis) por lo que se prefieren los ISRS como ensayo de primera línea. Los efectos adversos más comunes de los ISRS son cefaleas, náuseas, insomnio o agitación, siendo fármacos mejor tolerables, más seguros y manejables que la CIM.

Es importante resaltar que las dosis necesarias para que estos fármacos ejerzan una acción antiobsesiva son muy superiores a las de su uso como antidepresivos. Esto es así porque las acciones antidepresivas y antiobsesivas se producen a través de receptores neuroquímicos y mecanismos neuroplásticos diferentes (APA, 2007; Moyano, 2010).

Otra cuestión clave a considerar en la farmacoterapia de TOC es que la respuesta antiobsesiva es lenta y puede no ocurrir hasta las 12 semanas de tratamiento. Por otra parte se debe tener en cuenta que la respuesta esperable para el TOC es menor que la verificada en depresión, requiriéndose modestamente un 25% a 30% de disminución del valor de la YBOCS). El tiempo óptimo para mantener el tratamiento farmacológico una vez que el paciente ha respondido en forma satisfactoria es de 12 a 18 meses antes de discontinuar la medicación (APA, 2007; Denys, 2006; Moyano, 2010)

Cuando se decide iniciar el tratamiento con farmacoterapia, los pacientes comienzan con un IRS en dosis crecientes, hasta alcanzar dosis antiobsesivas, que son como dijimos más elevadas que las antidepresivas (ie, clomipramina, 250–300 mg; fluvoxamina, 200–300 mg; paroxetina, 40–60 mg; sertralina, 200–225 mg; citalopram, 40–60 mg, escitalopram 20–40mg, y fluoxetina 60–80 mg). En las entrevistas de control el psiquiatra debe monitorear



los efectos adversos (EA) y manejarlos con medidas específicas, como la reducción gradual de la dosis inicial para reducir la posibilidad de malestar gastrointestinal, la prescripción de medicación promotora del sueño en caso de insomnio, o reducciones parciales en las dosis o tomas de los ISRS para contrarrestar efectos sexuales. El psiquiatra debe indagar siempre riesgo suicida y antecedentes de bipolaridad por la posibilidad de producirse un switch con los ISRSs (Denys, 2006).

Es raro que los pacientes se recuperen en forma total luego de los primeros ensayos. El algoritmo de tratamiento de TOC según las recomendaciones de la Guías de la Asociación Americana de Psiquiatría indica que, si no se arriba a una buena respuesta luego de 13 a 20 sesiones semanales de TCC, 3 semanas de TCC diaria, u 8 a 12 semanas de tratamiento con ISRS (con 4 a 6 semanas a dosis máximas), el clínico debe considerar un tratamiento alternativo. El clínico y el paciente deben decidir cuál, en función de la tolerancia y capacidad de aceptación de los síntomas del paciente. La falta de mejoría puede deberse a varios factores: interferencia de condiciones concomitantes, falta de adherencia al plan terapéutico, presencia de estresores psicosociales, beneficio secundario, grado de adaptación de la familia, o intolerancia del paciente a la psicoterapia o la medicación. Si no se puede detectar un factor de interferencia para pacientes que tienen sólo una respuesta parcial, el clínico debe considerar estrategias aumentativas corrientes, más que cambios de estrategias. Estas consisten en 1er lugar en agregar TCC a la farmacoterapia aislada o farmacoterapia a la TCC aislada (APA, 2007).

Para potenciar la farmacoterapia se puede agregar a los ISRS fármacos neurolépticos (ej. risperidona, olanzapina, quetiapina), CIM, buspirona, pindolol, riluzole o lamotrigina. Otras formas de potenciación consisten en aumentar la dosis, cambiar a otra droga (hasta dos intentos con ISRS, y luego a CIM) o cambiar la vía de administración (ej. de oral pasar a intravenosa) (APA, 2007; Denys, 2006, Moyano, 2010).

Se deberá considerar la combinación de farmacoterapia y psicoterapia cuando el paciente ha tenido una respuesta parcial a la monoterapia, o cuando el paciente tiene una condición concomitante que también responde a ISRS. El tratamiento combinado puede también prevenir las recaídas, una vez que se suspende la medicación (Denys, 2006).

La combinación de farmacoterapia y terapia comportamental es considerada la opción óptima de tratamiento para el TOC (Denys, 2006; Moyano, 2010; Eddy et al., 2004). La adición de terapia comportamental puede beneficiar tanto a los pacientes respondedores como a los no respondedores a tratamiento farmacológico. El mantenimiento de las ganancias terapéuticas a largo plazo requiere continuar la farmacoterapia o la terapia comportamental.

Con respecto a predictores clínicos y demográficos de respuesta a la farmacoterapia los datos son inconsistentes. La duración, severidad y comorbilidad parecen identificar a pacientes que están en riesgo de no responder al tratamiento. Los estudios de imágenes pueden ayudar a identificar predictores al tratamiento pero son de uso limitado en la práctica clínica. Existe haber cierto acuerdo en considerar que medidas más bajas de flujo sanguíneo cerebral en la corteza orbito frontal en la Tomografía por Emisión de Positrones antes del tratamiento y una mayor actividad en el caudado predicen respuesta al tratamiento.

Bibliografía:

Abramowitz, J. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.

Abramowitz, J., Braddock, A., y Moore, E. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. En Martin M. Antony and Murray B. Stein (Eds.) (pp 391-404). *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Oxford: Oxford University Press.

Abramowitz, J., Brigidi, B., & Roche, K. (2001).



Cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: a review of the treatment literature. *Research on Social Work Practice*, 11 (3), 357-373.

Abramowitz, J., Foa, E., & Franklin, M. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 394-8.

Adler C. M. y McDonough-Ryan, P. (2000). fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 317-324.

Allen, A., Leonard, H., & Swedo, S. (1995). Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 307-311.

Almeida, F., Mari, J., Coutinho, E., Franca, J., Fernandes, J., Andreoli, S., & Busnello, E. (1992). Estudio multicentrico de morbilidad psiquiatrica em areas urbanas brasileiras (Brasilia, Porto Alegre e Sao Paulo). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria y Asociación Psiquiatrica de la America Latina*, 14, 93-104.

American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3a ed.). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed.). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales TR: Breviario*. (4a ed. revisada). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington, Virginia, EE.UU: American Psychiatric Association. Recuperado online 22/12/2010: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.

Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001).

Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: overview of the Australian national mental health survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.

Angst, J. (1994). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. En E. Hollander, J. Zohar, D. Marazziti & B. Olivier (Eds.), *Current insights in obsessive-compulsive disorder* (pp. 93-104). Chichester: Wiley.

Baxter, L.R., Saxena, S., Brody, A.L., Ackermann, R.F., Colgan, M.E., Schwartz, J.M., Allen-Martinez, Z., Fuster, J.M., & Phelps, M.E. (1996). Brain mediation of obsessive-compulsive disorder symptoms: Evidence from functional brain imaging studies in the human and non-human primate. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1, 32-47.

Berger, M., Voderholzer, U., & Hohagen, F. (2002). Obsessive-compulsive disorder: an underestimated disorder. En M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha & J. Zohar (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (2° ed.), (pp.297-299). Sussex, Inglaterra: Wiley

Bijl, R.V., Ravelli, A., y van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 33, 587-596

Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. En H.R. Beech (Ed.), *Obsessional states* (pp. 19-54). Londres: Methuen.

Brown, T., Campbell, L., Lehman, C., Grisham, J., & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

Caraveo, J. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana: estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19, 8-13.

Challacombe, F., Salkovskis, P. M., 2009. A preliminary investigation of the impact of maternal obsessive-compulsive disorder and panic disorder on parenting and children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (7), 848-857.



Clark, D. A. (2002). A cognitive perspective on obsessive compulsive disorder and depression: distinct and relates features. En R. O. Frost, & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp. 233-250). Oxford. UK: Pergamon.

Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.

Clark, D.A., & de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: distinct or uniform phenomena? *Behavior Research and Therapy*, 23, 383-393.

Clark, D., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, 29, 253-257.

Cromer, K. Schmidt, N.B, y Murphy D. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (7), 1683-1691.

de Silva, P. & Marks, M. (2001). Traumatic experiences, post traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 172-180.

Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychological Review*, 24, 1011-1030.

Eichstedt, J. & Arnold, S. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clinical Psychological Review*, 21, 137-157.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Foa, E., Abramowitz, J., Franklin, M. & Kozak, M. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with O, C. . *Behavior Therapy*, 30, 717-724.

Foa, E., Liebowitz, M., Kozak; M., Davies, R., Campeas, M., Franklin, M., Huppert, J., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A., Simpson, H. & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and

their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 151- 161.

Franklin, M., Abramowitz, J., Kozak, M., Levitt, J. & Foa, E. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 594-602

Gilbert, A., Moore, G., Keshavan, M., Paulson, L.A., Narula, V., Mac Master, F.P., Stewart, C.M., & Rosenberg, D.R. (2000). Decrease in thalamic volumes of pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *Archives of General Psychiatry*, 57 (5), 449-456.

Goldsmith, T., Shapira, N., Phillips, K. & McElroy, S. (1998). Conceptual foundations of obsessive compulsive spectrum disorders. En R. Swinson, M. Antony, S. Rachman & M. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment* (pp. 397-425). New York: Guilford Press.

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazuke, C., Fleishman, R. & Hill, C. (1989). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.

Graybiel, A. (1990). Neurotransmitters and neuromodulators in the basal ganglia. *Trends in Neuroscience*, 13, 244-254

Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised*. Rockville, EE. UU: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH. Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.

Hamilton, G. (2001). Autoimmune-mediated, childhood onset obsessive-compulsive disorder and tics: a review. *Clinical Neuroscience*, 1, 61-62.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.

Hollander, E. (1993). *Obsessive-compulsive related*



disorders. Washington DC: American Psychiatrist Press.

Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (12), 3–6.

Hollander, E. & Wong, C. (1995). Obsessive compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (4), 3-6.

Insel, T. & Akiskal, H. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 143 (12), 1527-1533.

Jenike, M. (1989). Obsessive-compulsive disorders: a hidden epidemic. *New England Journal of Medicine*, 321, 529-541.

Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría* (8ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Karno, M., Golding, J., Sorenson, S. & Burnam, M. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US comm. *Archives of General Psychiatry*, 45, (12), 1094-1099.

Kozak, M. J., & Foa, E. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-53

Laplane, D., Levasseur, M., Pillon, B. (1989). Obsessive-compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions. *Brain*, 112, 699-725.

March, J. & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

Meltzer, H., Gill, B. & Petticrew, M. (1995). *OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain: report n°. 1, the prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households*. Londres: Office of population Censuses and surveys.

Mowrer, O. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565

Moyano, M.B. (2010). *Trastorno Obsesivo Compulsivo: Etiopatogenia, neurobiología, clínica*

y Tratamiento. En S. A. Alvano (Comp.) *Trastornos depresivos y de ansiedad: Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos* (pp. 261-269). Buenos Aires: Scien Editorial.

Murphy, T., Petitto, J., Voeller, K., Goodman, W. (2001). Obsessive compulsive disorder: Is there an association with childhood streptococcal infections and altered immune function?. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 6 (4), 266-76.

Neziroglu, F., Stevens, K., Yaryura-Tobias, J. & McKay, D. (2001). Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 745-756.

Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2004). *Cognitive-Behavioral Case Formulation and Treatment Design: A Problem-Solving Approach*. New York: Springer.

Nicolini, H., Baxter L., Hanna G (1991). Segregation analysis of obsessive compulsive and associated disorders. Preliminary results. *Ursus Medical*, 91, 25-28.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863–878.

Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Ginebra: Autor

Osborn, I. (1999). *Tormenting thoughts and secret rituals: the hidden epidemic of obsessive-compulsive disorder*. New York: Dell Publishing

Pallanti, S. & Quercioli, L. (2006). Treatment-



refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 400 – 412.

Parkinson, L. & Rachman, S. (1981). The nature of intrusive thoughts: part 2. *Advanced Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.

Rachman, S. & de Silva, P. (1978). *Abnormal and normal obsessions*. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.

Rachman, S. (1981). Unwanted intrusive cognitions: part 1. *Advanced Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.

Rachman, S. (1997). *A cognitive theory of obsessions*. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.

Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.

Rachman, S. & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. New York: Prentice-Hall.

Rasmussen, A. & Tsuang, M. (1986). Clinical Characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.

Rasmussen, S. & Eisen, J. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.

Rauch, S. & Baxter, L. (1998). Neuroimaging of OCD and related disorders. En M. Jenike, L. Baer & W. Minichiello (eds.) *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (pp.289-317). Boston: Mosby.

Rauch, S., & Graybiel, A. (2000). Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron*, 28, 343-347.

Riggs, D. & Foa, E. (1994). *Obsessive-compulsive disorder*. En D.H. Barlow (Ed), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2a ed.) (pp. 189-239). New York: The Guilford Press.

Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 56 (15), 85-90.

Rodríguez Biglieri, R. (2007). Tratamiento

metacognitivo en un paciente con rumiaciones obsesivas: un diseño de caso único. *Perspectivas en Psicología*, 4 (1), 73-81.

Rodríguez Biglieri, R. (2008). Perfil Cognitivo de pacientes con Trastorno obsesivo Compulsivo: Resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones, XV, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología. UBA. Vol. XV, Tomo 1*, 43-50.

Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2008). Adaptación Argentina del Cuestionario de Creencias Obsesivas. *Interdisciplinaria*, 25 (1), 53-76.

Rosa Alcázar, A., Sánchez Meca, J., Gómez Conesa, A., & Marín Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1310-1325

Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.

Salkovskis, P. & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1-8.

Salkovskis, P. & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.

Samuels J., Liang K., Hoehn-Saric R., & Nestadt G. (2001). The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biological Psychiatry*, 50 (8), 59-65.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and Compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.

Saxena, S., Brody, A., Schwartz, J. & Baxter, L. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 35, 26-37.

Sorensen, C., Kirkeby, L. & Thomsen, P. (2004). Quality of life with OCD: a self-reported survey among members of the Danish OCD assocn. *Nordic*



Journal of Psychiatry, 58 (3), 231-236.

Swedo, S. & Rapoport, J. (1989). Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. En J. Rapoport (ed.), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.

Tallis, F. (1999). *Trastorno obsesivo compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Wegner, D. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.

Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Greenwald, S., Hwu, H., Lee, C., Newman, S., Oakley-Browne, M., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P., Wittchen, H. & Yeh, E. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, supp.3, 5-10.

Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.

Yaryura-Tobias, J. & McKay, D. (2002). Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia: a cognitive perspective of shared pathology. En R. O. Frost, & G. Steketee (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, research and treatment* (pp. 251-267). Oxford. UK: Pergamon.

Yaryura-Tobías, J. & Neziroglu, F. (1994). *La epidemia oculta: trastorno obsesivo compulsivo*. Bs. As.: Cangrejal.

(1) Publicado en: **Obst Camerini, J.** (comp) (2012) *Aportes del Siglo XXI a las Terapias Cognitivas*. BsAires: CATREC

(2) **Giselle Vetere.** Lic y Prof. Psicología, UBA. Especialista en Psicología Clínica. Co-directora del Instituto de Terapia Cognitiva Conductual (ITCC Argentina). Psicóloga del Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich. Investigadora Adjunta, Carrera de Investigador del Gobierno de la Ciud. de Bs. As

(3) **María Beatriz Moyano.** Médico Psiquiatra. Director del Centro Interdisciplinario de Tourette, TOC y Trastornos Asociados. Jefe de la Unidad de Tics y Tourette. Depto de Psiquiatria, Instituto de Neurociencias Fundación Favaloro.