

# **EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA DE DOS VARIANTES DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES ARGENTINOS CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.**

Lic. Eduardo Keegan, Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri y Rafael Kichic.

Cita:

Lic. Eduardo Keegan, Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri y Rafael Kichic (2004). *EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA DE DOS VARIANTES DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES ARGENTINOS CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/qSM>

# 185 - EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA DE DOS VARIANTES DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES ARGENTINOS CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

## **Autor/es**

Lic. Eduardo Keegan Profesor Titular Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA. Lic. Ricardo Rodríguez Biglieri Jefe de trabajos Prácticos Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA. Lic. Rafael Kichic Ayudante Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cat II, Facultad de Psicología. UBA.

## **Institución que acredita y/o financia la investigación**

Universidad de Buenos Aires

---

## **Resumen**

El objetivo del estudio es determinar la eficacia y utilidad clínica (efectividad) de la Exposición y Prevención de Respuesta, y de la Terapia Cognitivo Conductual basada en el modelo Metacognitivo, en una muestra de pacientes argentinos que cumplan criterios DSM-IV para Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los tratamientos serán realizados en contextos clínicos naturales. Se efectuarán mediciones previas al tratamiento, durante la terapia, en el postratamiento, y a los 1, 3 y 6 meses de seguimiento. Se evaluará si existen efectos diferenciales entre las dos terapias respecto de la sintomatología obsesivo-compulsiva, la psicopatología asociada y variables metacognitivas. Por último, se observará si reducciones en la sintomatología psiquiátrica son seguidas de modificaciones en variables cognitivas y se discutirá las implicancias teórico-prácticas de los resultados.

## **Resumen en Inglés**

The aim of the study is to establish the efficacy and clinical utility of Exposure and Response Prevention (EX/RP) and Cognitive Behavioral Therapy based on the Meta-Cognitive model (CBT-MC) in Argentinean patients who meet DSM-IV criteria for Obsessive Compulsive Disorder. Treatments will be provided in natural clinical settings. Assessments are conducted at pretreatment, during treatment, posttreatment and at 1, 3, 6 follow-up months. Furthermore, it will be determined whether there are differential effects on obsessive compulsive symptoms, associated psychopathology and metacognitive beliefs between therapies. In addition, it will be observed if reductions in psychiatric symptoms are followed by changes in cognitive variables. Theoretical and clinical implications will be discussed.

## **Palabras Clave**

Trastorno Obsesivo Compulsivo Terapia Cognitiva Metacognición

---

## **Introducción**

Numerosos estudios demostraron que experimentar pensamientos de tipo intrusivo, es un hecho frecuente (25, 26, 30, 32). La terapia cognitiva-conductual (TCC) sostiene la hipótesis de que los pensamientos intrusivos devienen obsesiones cuando son interpretados de manera catastrófica como portadores de un significado particular: la posibilidad de ser responsable de un daño a menos de realizar algo para impedirlo (31, 33). La significación atribuida a la obsesión produciría el incremento de los niveles de ansiedad y distrés. La misma se encontraría determinada por creencias subyacentes que producirían una sobrevaloración de la responsabilidad percibida, el foco de la TCC estaría centrado en la flexibilización de dichas creencias.

La Exposición y prevención de respuesta (EX/PR) se basa en el modelo del procesamiento emocional (14, 16). Según plantea este modelo, el miedo está representado en la memoria como una red que contiene información sobre estímulos, respuestas, y sobre el significado atribuido a los mismos. Las condiciones para modificarla son dos: 1) activar la estructura mnémica mediante la exposición a situaciones interpretadas como peligrosas; 2) generando información incompatible con los elementos de dicha estructura. Las personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) mantendrían sus miedos porque fracasarían en acceder a la estructura del miedo al hacer rituales, o porque no se enfrentan con situaciones que podrían activarla. Por ello, según este enfoque, para que se produzca un cambio en las creencias disfuncionales se necesitaría poder confrontar las situaciones temidas sin realizar compulsiones (22).

Tanto la eficacia de la Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EX/PR) y de la Terapia Cognitiva estándar (TCC) ha sido establecida en estudios controlados. Ambas formas de terapia han arrojado resultados similares (19) aunque estudios comparando las dos terapias son escasos (10). Pese a los avances, siguen presentándose problemas específicos como las elevadas tasas de recidiva y el alto porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento (33).

En busca de diferentes soluciones, Rachman (27, 28) y también otros autores (3, 29) introdujeron el concepto “ fusión pensamiento-acción” (FPA), haciendo referencia a la tendencia de los pacientes a considerar sus pensamientos como siendo equivalentes a las acciones que en ellos se expresan. Según este modelo, el paciente recurriría a estrategias de control sólo de manera secundaria, en un intento de neutralizar el peligro percibido.

Posteriormente, Wells y Matthews (37) desarrollaron un modelo metacognitivo en el cual creencias del tipo FPA desempeñan un rol fundamental en el mantenimiento del cuadro. Se denomina “ metacognición” a la significación que el paciente atribuye a sus propios pensamientos. Este concepto se relaciona estrechamente con las creencias de tipo FPA (36). Las intervenciones

metacognitivas (IMC) son aquellas intervenciones diseñadas con la finalidad de poner en evidencia y testear metacogniciones. El tratamiento metacognitivo se focalizaría en las creencias que sostendrían la evaluación secundaria de responsabilidad. Existe un creciente interés por la evaluación de las implicaciones que los factores metacognitivos presentan en las distintas características fenomenológicas del TOC (6, 12, 20, 24, 38).

Si bien el modelo metacognitivo es promisorio, aún no ha sido sometido a validación empírica. Tampoco se ha comparado sistemáticamente con la EX/PR, en busca de posibles diferencias de proceso y/o resultado. Cabe destacar que, hasta la fecha, no existen estudios que hayan evaluado la eficacia y/o efectividad de la TCC o la EX/PR en poblaciones locales.

### **Objetivos e hipótesis de la investigación**

#### *Objetivo General*

- Ø Determinar la eficacia y utilidad clínica de la Exposición y Prevención de Respuesta (EX/PR) y de la Terapia Cognitivo Conductual Meta-Cognitiva (TCC-MC) en pacientes argentinos con trastorno obsesivo compulsivo.

#### *Objetivos secundarios*

- Ø Evaluar si hay relación entre cambios en variables metacognitivas y cambios en la sintomatología psiquiátrica.
- Ø Determinar si hay efectos diferenciales de ambos tratamientos sobre las variables meta-cognitivas, la severidad sintomática y la sintomatología asociada.

#### *Hipótesis de investigación*

- Ø Ambas modalidades terapéuticas producirán cambios significativos en la sintomatología objetivo y en la psicopatología asociada.

- Ø Los pacientes tratados con el protocolo metacognitivo presentarán mayores reducciones en la firmeza de las creencias del tipo FPA y en la severidad de la sintomatología objetivo.
  
- Ø La aplicación del tratamiento metacognitivo se asociará con un menor índice de recidiva y con una mayor estabilidad de los cambios metacognitivos alcanzados.

## **Metodología.**

### Diseño

Se utilizará un diseño de replicación intrasujeto con replicación directa (A-B) (4, 5). La replicación de cada tipo de tratamiento en un segundo sujeto contribuirá a establecer si hay una asociación entre la introducción del tratamiento y cambios en variables dependientes. Se realizará un seguimiento naturalístico permitirá que si un paciente empeora, se puedan administrar sesiones adicionales. De esta manera habría un claro beneficio clínico, y metodológicamente el diseño se aproximaría a un diseño A-B-A-B.

Se realizará una Línea de Base de tres puntos, dado que en dispositivos clínicos el tiempo de recolección de datos previos a la intervención está condicionado por factores como los límites éticos y prácticos en la demora del inicio del tratamiento (9).

La adherencia de los terapeutas a los protocolos de tratamiento será evaluada mediante la supervisión del mismo por parte de un profesional especializado, con amplia experiencia en el área.

### Materiales y Técnicas

1. *Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I)* (13). Es una entrevista estructurada diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (2). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
2. *Escala de Expectativas sobre el tratamiento para el Paciente (EEST)*. Se administrará a cada paciente una escala tipo Likert de 9 puntos, confeccionada por el equipo de investigación, para que informe sobre sus expectativas de cambio. Esta escala será puesta en un sobre cerrado sin que el clínico pueda saber su puntaje hasta el final del estudio.
3. *Escala Obsesivo Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS)* (18). Entrevista que permite determinar la presencia de TOC, sus características principales y su severidad. Posee dos subescalas, los síntomas son evaluados en base a una escala tipo Likert de 5 puntos. Posee satisfactorias propiedades psicométricas y es considerada sensible a los efectos del tratamiento. (21).
4. *Inventario Obsesivo Compulsivo-Revisado (OCI-R)* (15). Instrumento que consta de 18 ítems que forman 6 subescalas. De fácil administración y apto para evaluar el progreso del paciente durante el tratamiento. Posee una adecuada confiabilidad test-retest y excelente consistencia interna.
5. *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (7). Escala de 21 ítems, evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión. Ha demostrado una excelente confiabilidad y validez (8).
6. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (35): consta de 40 ítems, 20 ítems sobre ansiedad estado y 20 ítems sobre ansiedad rasgo. Sólo se va a usar la forma estado.

7. *Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ-44)* (23). Instrumento que evalúa el predominio de distintos tipos de creencias relacionadas con el TOC.
8. *Inventario de Interpretación de Pensamientos Intrusivos (III-31)* (23). Examina las interpretaciones que se efectúan sobre el surgimiento de pensamientos involuntarios.
9. *Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS)* (34). Escala de 19 ítems desarrollada con propósitos de investigación. Proporciona un puntaje total que indica la propensión del paciente a presentar este tipo de sesgo cognitivo (fusión pensamiento-acción).
10. *Autorregistro de Ansiedad (AA)*. Dado el consenso en la utilización de medidas de autorreporte en diseños de caso único, (11) se confeccionó un registro confeccionado por el equipo de investigación, el cual tiene como finalidad evaluar el nivel de ansiedad percibido por el paciente. Dicho nivel se evalúa en una escala graduada entre 0 y 100 puntos, siendo éste el polo de mayor ansiedad.
11. *Cuestionario de salud SF-36*. (1). Es un instrumento que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, consta de 8 subescalas que conforman dos medidas globales de salud física y salud mental.

### Tratamientos

- Ø Tratamiento cognitivo-conductual de tipo metacognitivo para pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (36).
- Ø Protocolo de tratamiento basado en EX/PR (17).

*NOTA: Los instrumentos empleados que no se hallaban en idioma español, así como los protocolos de tratamiento, serán traducidos y adaptados (previa autorización de sus autores) para su utilización en la presente investigación.*

### Sujetos

Se seleccionarán cuatro sujetos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, según criterios DSM-IV (2), sin comorbilidad con trastornos alimentarios, esquizofrenia, trastorno bipolar y que, en caso de estar bajo tratamiento farmacológico, no haya habido cambios respecto de los fármacos o dosis suministradas por lo menos durante los 6 meses previos a la inclusión en el presente estudio.

### Procedimiento

Los pacientes serán evaluados en una primera entrevista mediante la SCID-I empleando los módulos para Trastornos del Estado del Ánimo y Trastornos de Ansiedad con la finalidad de establecer el diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico y si se cumplen los criterios de inclusión se administrarán la totalidad de las escalas y cuestionarios antes mencionados.

En el segundo y tercer encuentro, se administrarán las escalas y cuestionarios Y-Bocs; OCI-R; AA; BDI; STAI-S; OBQ-44; III-31 y TAFS. Posteriormente, se administrará el tratamiento metacognitivo (TCC-MC) a dos pacientes y el tratamiento basado en la EX/PR a otros dos. Los pacientes serán evaluados cada 4 semanas con los instrumentos y escalas antes enumerados. Se realizará un seguimiento naturalístico a los 1, 3 y 6 meses después de finalizado el tratamiento, administrándose entonces la totalidad de escalas y cuestionarios.

Cada toma de la entrevista Y-Bocs será grabada en un casete para luego determinar la confiabilidad entre puntuadores. Entre la segunda y cuarta sesión se administrará la EEST, la cual se volverá a administrar tras la finalización del tratamiento.

## **Bibliografía**

1. Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 health survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104. 771-776.
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic, Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. Y Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 765-776.
4. Arnau Gras, J. (1990). *Diseños experimentales en psicología y educación*. México: Trillas.
5. Barlow, D. H. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca. (Original 1984).
6. Barret, P. y Healy, L. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41 (3), 285-300.
7. Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

8. Beck, A.,T., Steer, R.A., y Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty five years of evaluations. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
9. Blampied, N.; Barabasz, A., & Barabasz, M. (1996). Single case research designs for the science and practice of neurotherapy. *Journal of Neurotherapy, Reprint* 1(4-2), Spring Summer. Consultado el 22/07/2002 en [http://www.snr-jnt.org/JournalNT/JNT\(1-4\)2.html](http://www.snr-jnt.org/JournalNT/JNT(1-4)2.html)
10. Cottraux, J., Note, I., Yao, S., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M., y Dartigues, J. (2001). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy versus Intensive Behavior Therapy in Obsessive Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom*,70,(6),288-97.
11. Dell'Osso, L., Rucci, P., Cassano, G. B., Maser, J. D., Endicott, J., Shear, M. K., Sarno, N., Saettoni, M., Grochocinski, V. J., & Frank, E. (2002). Measuring social anxiety and obsessive-compulsive spectra: comparison of interviews and self-report instruments. *Comprehensive Psychiatry*, 43. 81-7.
12. Emmelkamp, P. Y Aardema, A. (1999). Metacognition, specific OCD beliefs and OC behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
13. First, M.,B., Spitzer, R., L., Williams, J., B., y Gibbon, M., (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) :User ' s Guide and Interview, Research Version*. New York, Biometrics Research Department, New York. Psychiatric Institute.
14. Foa, E. y Kozak, M.L. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
15. Foa, E., Huppert, J., Leiber, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P. (2002). The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14 (4), 485-496.
16. Foa, E.B. y McNally, R.J. (1996) Mechanisms of change in exposure therapy. En R. M. Rapee. *Current controversies in the anxiety disorders*. Ed Guilford Press.

17. Foa, E.B. y Riggs, D.. (1994). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow . *Clinical Handbook of Psychological Disorders. Segunda Edición.* Ed Guilford Press.
18. 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.
19. Greist, J. (1998). The comparative effectiveness of treatment for Obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62 (4), A65-A77.
20. Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G. y Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41 (4), 383-402.
21. Hiss, H., Foa, E., y Kozak, M. (1994). A relapse prevention program for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808
22. Krasner, L. (1971). The operant approach in behavior therapy. En A. E. Bergin y S.L. Garfield (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.* Ed. Wiley.
23. 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
24. Purdon, C., Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical psychology and psychoterapy*, 6, 102-110.
25. Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 229-235.
26. Rachman, S. (1976). The modification of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 14, 437-443.
27. Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility, and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, 149-154.

28. Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
29. Rachman, S. y Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
30. Rachman, S., de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
31. Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583
32. Salkovskis, P., Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 1984. 22, 549-552.
33. Salkovskis, P., Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. En D. Clark, C. Fairburn (eds), *The science and practice of cognitive behavior therapy*. (pp. 179-208). Oxford. Oxford University Press.
34. Shafran, R., Thordarson, D., y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 579-91
35. Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., (1994). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI. 4ª edición. Madrid: TEA.
36. Wells, A. (1999). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK. Wiley.
37. Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A Clinical perspective*. Hove, UK. Erlbaum.
38. Zuckek, B., Craske, M., Barrios, V. y Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: can it be corrected?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-655.