

UTILIDAD CLÍNICA DE LA TERAPIA METACOGNITIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UN DISEÑO DE CASO ÚNICO CON REPLICACIÓN DIRECTA

CLINICAL UTILITY OF METACOGNITIVE THERAPY FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER PATIENTS: A SINGLE CASE DESIGN WITH DIRECT REPLICATION

Rodríguez Biglieri, Ricardo¹; Vetere, Giselle²; Bunge, Eduardo³; Keegan, Eduardo⁴

RESUMEN

El artículo presenta los resultados preliminares de una investigación tendiente a evaluar la utilidad clínica de dos vertientes de terapia cognitiva en pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Una terapia metacognitiva fue aplicada a dos pacientes con TOC en comorbilidad con Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Se utilizó un diseño de caso único (A-B) con replicación directa entre sujetos. Los resultados son parciales ya que no se contaba todavía con datos de seguimiento. No obstante, los mismos muestran una mejoría significativa en la sintomatología obsesiva y depresiva tras la aplicación del tratamiento, así como un cambio significativo en las creencias relacionadas con el TOC. Al final del período de tratamiento los pacientes no cumplían criterios diagnósticos para TOC ni TDM; además, habían registrado una mejoría en la calidad de vida relacionada con aspectos emocionales. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados y se sugieren nuevas líneas de investigación.

Palabras clave:

Terapia metacognitiva - Trastorno obsesivo compulsivo - Diseño de caso único - Utilidad clínica

ABSTRACT

The article presents preliminary outcomes from an investigation aimed to evaluate the clinical utility of two kinds of cognitive therapy in Obsessive Compulsive Disorder (OCD) patients. Metacognitive therapy was applied to two OCD comorbid with Major Depression (MD) patients. A single case design (A-B) between subject with direct replication was used. The findings are limited since we have not follow-up data yet. Nevertheless, outcomes show a significant improvement in obsessive and depressive symptomatology after the treatment application, as well as a significant change in OCD related beliefs. At the end point of treatment patients no longer met OCD or MD diagnostic criteria. Besides, patients shows an improvement in emotional related aspects of they quality of life. Theoretical and practical implications are discussed, as well as further investigation lines are suggested.

Key words:

Metacognitive Therapy - Obsessive Compulsive Disorder - Single case design - Clinical utility

¹Lic. en Psicología. Jefe de Trabajos Prácticos de la materia "Clínica psicológica: Psicoterapias. Psicoterapias, situaciones de emergencia e interconsulta". Cátedra II. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Investigador categorizado, programa de incentivos del Ministerio de Educación, Ciencia y tecnología de la Nación.

²Docente Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra II. Facultad de Psicología, UBA.

³Docente Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra II. Facultad de Psicología, UBA.

⁴Director del proyecto de investigación UBACyT P079: "Eficacia y utilidad clínica de dos variantes de terapia cognitivo conductual en pacientes argentinos con trastorno obsesivo-compulsivo". Titular Clínica Psicológica y Psicoterapias, Cátedra II. Facultad de Psicología, UBA.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios demostraron que experimentar pensamientos de tipo intrusivo es un hecho frecuente (Rachman, 1971, 1976, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984; Salkovskis, 1985). 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 (Salkovskis, 1985; Salkovskis & Kirk, 1997). La significación atribuida a la obsesión produciría el incremento de los niveles de ansiedad y distrés. El mecanismo interpretativo se encontraría determinado por creencias subyacentes que producirían una sobrevaloración de la responsabilidad percibida; el foco de la TCC estaría centrado en la flexibilización de dichas creencias.

Según otros modelos cognitivos, la tendencia de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) a presentar creencias de tipo fusión pensamiento-acción (FPA) es un factor que predispone al desarrollo y mantenimiento de los de síntomas (Amir, Freshman, Ramsey, Neary, & Brigidi, 2001; Rachman & Shafran, 1999; Rachman, 2003). Wells y Matthews (1994) desarrollaron un modelo metacognitivo en el cual creencias del tipo FPA desempeñan un rol fundamental en la perpetuación 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 (Wells, 1997). Las intervenciones metacognitivas (IMC) son aquellas intervenciones diseñadas con la finalidad de poner en evidencia y testear metacogniciones.

Existe un creciente interés por la evaluación de las implicaciones que los factores metacognitivos presentan en las distintas características fenomenológicas del TOC (Emmelkamp y Aardena, 1999; Purdon y Clark, 1999; Zucker, Craske, Barrios y Holguín, 2002; Barret y Healy, 2003; Hermans et al., 2003). Si bien el modelo metacognitivo del TOC es promisorio y cuenta con estudios que apoyan sus hipótesis, aún no ha sido sometido a validación empírica el modelo de tratamiento que de éste se desprende. Cabe destacar que, hasta la fecha, tampoco existen en nuestro país estudios que hayan evaluado la utilidad clínica de algún tipo de terapia cognitiva para pacientes con TOC. Los datos presentados en éste artículo son resultados preliminares obtenidos en el marco del proyecto UBACyT P 079 denominado "eficacia y utilidad clínica de dos variantes de terapia cognitiva conductual en pacientes argentinos con trastorno obsesivo compulsivo". El artículo pretende dar cuenta de los resultados obtenidos en dos pacientes argentinos con TOC a quienes se les aplicó un protocolo de tratamiento de terapia metacognitiva.

METODOLOGÍA

Diseño

Se utilizó un diseño de replicación intrasujeto (A-B) con medidas de conducta objetivo múltiples y seguimiento, con replicación directa entre sujetos (Arnau Gras, 1990; Barlow & Hersen, 1988). La línea de base constó de 3 puntos dado los inconvenientes éticos y prácticos que supone la demora en la iniciación de tratamiento (Blampied, Barabasz, & Barabasz, 1996). Se efectuaron 5 mediciones durante la aplicación del tratamiento y se prevén 3 puntos de evaluación de seguimiento a los 1, 3 y 6 meses. No obstante, los resultados de seguimiento no se encuentran aún disponibles por lo tanto sólo se consignaran los resultados obtenidos hasta la finalización del período de intervención.

Sujetos

Participaron dos sujetos, ambos de sexo femenino y características sociodemográficas similares (ambas eran casadas, de nivel socio-económico medio, poseían estudios secundarios y residían en la Ciudad Autónoma de Bs. As.). La paciente que denominaremos "A", tenía 32 años de edad y cumplía criterios diagnósticos DSM IV (APA, 1994) para TOC. Presentaba comorbilidad con Trastorno depresivo mayor recidivante, grave, sin síntomas psicóticos. Se encontraba bajo tratamiento farmacológico desde hace 2 años, no habiéndose modificado las características del mismo durante el últimos 9 meses (Clomipramina 250mg/día + Clonazepam 2mg/día). Por su parte, la paciente que designaremos "B", tenía 43 años de edad y cumplía criterios diagnósticos DSM IV (APA, 1994) para TOC. Presentaba comorbilidad con Trastorno depresivo mayor recidivante, grave, sin síntomas psicóticos. Se encontraba bajo tratamiento farmacológico desde hace dos años y medio, no habiéndose modificado las características del mismo durante el últimos 12 meses (Sertralina 200mg/día + Clonazepam 1,5mg/día).

En ambos casos, los posibles efectos de la variable medicación se encontraban controlados por el hecho de que los tratamientos se habían mantenido estables mucho más allá del tiempo necesario como para esperar una mejoría introducidas por los mismos (alrededor de 6 meses). Asimismo, durante el tratamiento metacognitivo tampoco se efectuaron modificaciones en cuanto fármacos o dosis empleados.

Ambos casos eran considerados refractarios al tratamiento farmacológico ya que no habían registrado mejorías sintomatológicas con distintos esquemas farmacológicos empleados.

Instrumentos

1. Entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM IV (SCID-I) (First, et al., 1995). Entrevista 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 (APA, 1994).

2. Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-Bocs) (Goodman et al., 1989). Entrevista para determinar la presencia de TOC, sus características principales y su severidad. Posee dos subescalas que evalúan respectivamente severidad de obsesiones y compulsiones en base a una escala tipo Likert de 5 puntos. Posee satisfactorias propiedades psicométricas y es considerada sensible a los efectos del tratamiento.

3. Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Escala de 21 ítems, evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la depresión.

4. Escala de Fusión Pensamiento-Acción (EFPA) (Rodríguez Biglieri, Vetere, Bunge & Keegan, manuscrito). Escala de 19 ítems que proporciona un puntaje total que indica la propensión del paciente a presentar este tipo de sesgo cognitivo (fusión pensamiento-acción). Posee dos subescalas que reflejan la vertiente moral (pensar en algo malo es similar a deseárselo) y probabilística (pensar en algún hecho aumenta la probabilidad de que se concrete realmente) de dicho tipo de creencias.

5. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1994): consta de 40 ítems, 20 ítems sobre ansiedad estado y 20 ítems sobre ansiedad rasgo.

6. Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO) (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003). Cuestionario que evalúa las principales creencias relacionadas con el TOC a través de 6 subescalas (Responsabilidad patológica; Importancia otorgada a los pensamientos; Control de pensamiento; Sobrestimación del Peligro; Intolerancia a la Incertidumbre y Perfeccionismo).

7. Cuestionario sobre el Estado de Salud (SF-36) (Alonso, Prieto & Anto, 1995). El cuestionario posee las siguientes subescalas: función física; la función social; limitación de rol relacionada con problemas físicos; limitaciones relacionadas con problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Las escalas de rol emocional y salud mental son las recomendadas por la OMS para evaluar cómo dichos aspectos inciden sobre la calidad de vida de los pacientes. Los puntajes de las subescalas oscilan entre 0-100 puntos, a mayor puntaje obtenido mejor calidad de vida.

Procedimiento

En primer lugar se obtuvo el consentimiento informado por parte de ambos sujetos para participar en la investigación. Posteriormente, se utilizó la entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM IV (SCID-I) para establecer el diagnóstico. La confección de la línea

de base se llevó a cabo en tres entrevistas, cuya duración fluctuó entre 90 minutos y las 2 horas, y abarcaron un período de tres semanas. En cada encuentro se administraron la totalidad de las escalas y cuestionarios exceptuando la SF-36, la cuál se tomó en el primer punto de línea de base (LB) y en la última sesión de tratamiento. En la semana posterior a la evaluación correspondiente al tercer punto de LB se procedió a aplicar el tratamiento. La tabla 1 muestra las características principales del protocolo administrado.

(ver Tabla 1)

Se realizaron evaluaciones en las sesiones 2, 5, 9, 13 y 17 (en las sesiones 2 y 17 la evaluación se llevó a cabo al final de las mismas). En dichas sesiones se administró la Y-Bocs, el Inventario de depresión de Beck, la EFPA, el STAI y el CCO. Hasta la fecha no se tienen datos de seguimiento, si bien los mismos están previstos para evaluarse a los 1, 3 y 6 meses de terminado en tratamiento. La publicación de dichos resultados será motivo de una comunicación posterior.

RESULTADOS

En primer lugar cabe resaltar que los datos presentados son sólo preliminares ya que se necesitarían complementar con los del seguimiento para evaluar la estabilidad de los resultados, aspecto fundamental al que aspira toda psicoterapia. No obstante, nos parece de importancia exponerlos ya que hasta la fecha no se han hallado estudios similares.

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos en LB y en los distintos puntos de evaluación durante en tratamiento en las pacientes A y B. En cuanto a los tres puntos de LB se aprecia en ambos casos una línea estable. Las puntuaciones de la escala Y-Bocs denotan la presencia de un TOC de tipo severo (Kim, Dysken & Kuskowski, 1990). Los puntajes obtenidos en el BDI indicaron en ambos casos la presencia de un Trastorno depresivo mayor, siendo el cuadro en el caso de la paciente A de mayor severidad. Los valores obtenidos en la EFPA y el CCO arrojan valores similares a los registrados en pacientes con TOC en otras investigaciones (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero & Carrió, 2004). La puntuaciones en la EFPA denotaban en las pacientes una fuerte tendencia a presentar este tipo de metacreencias; así como elevados niveles de control de pensamientos, responsabilidad patológica, perfeccionismo e importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, tal como los evalúa el CCO. Las pacientes presentaron altos puntajes en el STAI tanto en la forma estado como rasgo, siendo en este último caso muy similares los valores obtenidos en ambos casos. Estos puntajes denotaban la severidad de la sintomatología ansiosa presente en el cuadro, resultado congruente con los valores obtenidos

en la Y-Bocs.
(ver *Tabla 2*)

Respecto de la SF-36, en LB no se observaron puntuaciones que reflejaran problemas en la calidad de vida relacionada con la salud física en la paciente A (Funcionamiento físico = 81 puntos; Limitaciones por problemas de salud física = 100 puntos; Dolor corporal = 67,5 puntos), ni en la paciente B (Funcionamiento físico = 86 puntos; Limitaciones por problemas de salud física = 100 puntos; Dolor corporal = 70 puntos).

No obstante, se observaron bajas puntuaciones en las subescalas relacionadas con problemas emocionales y de salud mental, denotando un fuerte detrimento en la calidad de vida relacionada con dichos aspectos (ver gráfico 1). La paciente A obtuvo en LB una puntuación de 0 puntos en la subescala de limitación de roles por problemas emocionales, 10 puntos en la de funcionamiento social, 12 en la de salud mental y 20 en la de vitalidad, valores coincidentes con los 20 puntos obtenidos en la subescala de percepción de salud, denotando la propia apreciación de la paciente respecto de su salud general. La paciente B obtuvo una puntuación de 0 en la subescala de limitación de roles por problemas emocionales, de 25 puntos en la de funcionamiento social, 16 en la de salud mental y 35 en la de vitalidad. Su apreciación respecto de su salud general era muy negativa, registrando una puntuación de 12 en la subescala de percepción de salud.

(ver *Gráfico 1*)

Los valores obtenidos en los puntos de evaluación durante el tratamiento son menores a los registrados en LB para todas las escalas administradas. En el caso de la Paciente A se observa un descenso en el puntaje de la escala Y-Bocs (tanto respecto de obsesiones como de compulsiones) que denota una leve mejoría respecto de la severidad del cuadro en la sesión N° 2, siendo mayor la disminución obtenida en la N° 5 (a partir de la cual los resultados en esta escala parecen estabilizarse).

Por otro lado, existe una brusca caída en la tendencia observada en LB en las puntuaciones de la EFPA, así como en las del BDI, en la evaluación llevada a cabo en la sesión N° 2, la cual se pronuncia aún más en la llevada a cabo en la sesión N° 5. Respecto del STAI, se observa un descenso en la puntuación de la forma estado ya en la 2ª sesión, la que disminuye más en la 5ª, para mostrar luego valores similares en los puntos de evaluación restantes. Los cambios en la forma Rasgo fueron menores y se registraron en la sesión 5ª, manteniéndose los valores en los puntos subsiguientes de evaluación. Respecto del CCO, la paciente A registró puntuaciones elevadas y estables en LB en las subescalas de Perfeccionismo, responsabilidad patológica, Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, control de pensamiento y sobrestimación de peligro.

Resultados similares a los obtenidos en la paciente B, salvo que ésta puntuó en forma superior en la subescala Intolerancia a la incertidumbre (tablas 3 y 4). Con la introducción del tratamiento se registró, en la paciente A, un descenso en las creencias relacionadas con control de pensamiento, la responsabilidad patológica y la importancia otorgada a los pensamientos intrusivos. Dicho cambio de pendiente se incrementó en mayor medida en el punto de evaluación de la sesión N° 5, momento en el que también se notó una caída en las puntuaciones referidas a Sobrestimación de peligro, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo.

En cuanto a la Paciente B, en la evaluación correspondiente a la sesión N° 2, se evidenció un cambio de pendiente en los valores de todas las subescalas del CCO, especialmente las relacionadas con creencias de control de pensamiento, la responsabilidad patológica y la importancia otorgada a los pensamientos intrusivos. Dicho cambio se amplió en los puntos de evaluación de las sesiones N° 5 y 9, manteniéndose estables en las restantes evaluaciones.

(ver *Tabla 3 y 4*)

En la sesión N° 17 se administró nuevamente la SF-36, arrojando resultados similares en ambas pacientes (ver gráfico 1). No se registraron modificaciones significativas respecto de las variables relacionadas con calidad de vida y salud física en relación a las obtenidas en LB (Paciente A: Funcionamiento físico = 81 puntos; Limitaciones por problemas de salud física = 100 puntos; Dolor corporal = 80 puntos; Paciente B: Funcionamiento físico = 77 puntos; Limitaciones por problemas de salud física = 100 puntos; Dolor corporal = 90 puntos). Por el contrario, en ambas pacientes, se observó un incremento significativo en la calidad de vida relacionada con aspectos emocionales. La paciente A obtuvo 87,5 puntos en la subescala de funcionamiento social, 68 en la de salud mental, 65 en la de vitalidad y 66,6 en la de limitación de roles por problemas emocionales; reflejándose estos cambios en la apreciación positiva de la paciente respecto de su salud general (subescala percepción de salud = 83 puntos). Por su parte, la paciente B registró 87,5 puntos en la subescala de funcionamiento social, 56 en la de salud mental, 60 en la de vitalidad y 100 en la de limitación de roles por problemas emocionales. También en este caso la paciente valoró su estado de salud en forma positiva, reflejándose en la puntuación obtenida en la subescala de percepción de salud (72 puntos).

DISCUSIÓN

Los resultados indican un cambio de pendiente en las variables dependientes luego de la inclusión de la variable de tratamiento. Obviamente, por las limitaciones del diseño, no puede desprenderse efecto causal, pero no

era determinar este hecho el objetivo de proyecto UBACyT mencionado al comienzo de artículo, sino el de evaluar la utilidad clínica del tratamiento en pacientes con TOC, así como explorar si existían modificaciones cognitivas tras la inclusión del mismo. La estrategia empleada se justificaba en base a la menor demanda de recursos necesarios para evaluar estos aspectos, con la correspondiente posibilidad de que, si se evidenciaban resultados positivos, ello justificase el desarrollo de otra investigación que emplee un diseño más complejo para evaluar con mayor rigurosidad los aspectos mencionados.

No obstante, cabe señalar lo significativo de los cambios que se produjeron tras la inclusión del tratamiento en los valores de la SF-36. Ambas pacientes referían severas limitaciones en su calidad de vida impuestas por su salud mental o por aspectos emocionales. En ambos casos se produjo una mejoría en su funcionamiento social y una marcada disminución en las limitaciones que vislumbraban en el ejercicio de sus distintos roles. Asimismo, también reportaron un aumento de la vitalidad y energía, reduciendo en autoevaluaciones positivas respecto de su salud general. Estos resultados desprenden la hipótesis de que el tratamiento metacognitivo pueda resultar de utilidad en lo que respecta a mejorar la calidad de vida de los pacientes con TOC, cuadro que se ha relacionado con niveles de deterioro muy significativos e incluso similares a los hallados en pacientes con enfermedades médicas crónicas (Bobes, et al., 2001; Koran, Thienemann & Davenport, 1996; Masellis, Rector & Richter, 2003). A su vez, la intervención podría resultar en este aspecto de alternativa al tradicional modelo de tratamiento conductual en el cual suelen persistir deterioros significativos en el funcionamiento social de los pacientes aún luego del tratamiento (Salkovskis, 1985; Salkovskis & Kirk, 1997). Lo mismo podría mencionarse respecto de los cambios en las puntuaciones en el BDI, al término del tratamiento, ninguna de las pacientes cumplía criterios DSM-IV (APA, 1994) para Trastorno Depresivo Mayor. Siendo éste el cuadro comórbido más frecuente del TOC, y dado que el protocolo conductual presenta limitaciones a la hora de tratar pacientes con dicha comorbilidad (Riggs & Foa, 1994; Rodríguez Biglieri, 2004; Salkovskis & Kirk, 1997), el tratamiento metacognitivo podría ser una opción en estos casos.

Respecto de la escala Y-Bocs, ambas pacientes al momento de la finalización del tratamiento registraron un puntaje que se interpreta como sintomatología subclínica (Demal, Zitterl, Lenz, Zapotoczky & Zitterl-Eglseer, 1996); al respecto, tampoco cumplían ya criterios DSM-IV (APA, 1994) para TOC.

Cabe destacar que la disminución de los puntajes en la EFPA y el CCO reflejaron un descenso en la tendencia de las pacientes a presentar creencias relacionadas con la predisposición al desarrollo y mantenimiento del

TOC (Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero & Carrió, 2003; Rachman, 2003; Salkovskis, 1985). Es notorio el descenso en las subescalas probabilísticas relacionadas tanto con daño a sí mismo como a terceros de la EFPA (cuyas puntuaciones en LB eran congruentes con las observadas en otros pacientes con TOC), dicho cambio se evidenció en los puntos de evaluación de sesiones 2 y 5, manteniéndose estables los valores con posterioridad. La subescala moral también descendió, aunque en menor medida. Este hecho señala que la terapia metacognitiva, al contener intervenciones específicamente diseñadas para tal fin, podría contribuir a la flexibilización de las metacreencias de tipo fusión pensamiento acción probabilística, las cuales se encuentran de manera notoria en pacientes con TOC. De hecho las pacientes tras la sesión N° 5 obtienen puntajes en las subescalas mencionadas similares a los hallados en población no clínica (Rodríguez Biglieri, Vetere, Bunge, Maglio & Keegan, 2004). El hecho de que también descendieran las creencias relacionadas con responsabilidad patológica, control de pensamiento e importancia otorgada a los pensamientos intrusivos, evidencia un cambio cognitivo importante respecto del significado atribuido a las obsesiones. Desde el marco teórico de la Terapia cognitiva serían estos cambios a nivel cognitivo los que redundarían en la mejoría observada. Serían necesarias investigaciones posteriores para evaluar esta hipótesis.

En resumen, tras la inclusión del tratamiento se produjeron en ambos pacientes descensos de la sintomatología obsesiva y depresiva, y cambios en las principales creencias relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del TOC. El hecho de que los cambios más pronunciados en la severidad de la sintomatología se registraran en los puntos iniciales de evaluación de la fase B (sesiones 2 y 5), señala la importancia de evaluar su relación con las tareas llevadas a cabo en dicho período del tratamiento y la flexibilización de los sistemas de creencias mencionados. Estas relaciones podrían ser motivo de investigaciones posteriores tendientes a, una vez confirmada la utilidad del tratamiento mediante replicaciones sucesivas o mediante el empleo de un diseño de tipo intergrupar, indagar el peso relativo de los diferentes ingredientes del tratamiento. Si bien es necesario tomar estos resultados con cautela, teniendo en cuenta que aún no se cuenta con las evaluaciones de seguimiento (pautadas a los 1, 3 y 6 meses posteriores a la finalización del tratamiento), es importante recalcar la necesidad de proseguir la investigación mediante la replicación en otros sujetos, así como la de implementar nuevas estrategias que permitan evaluar las hipótesis antes esbozadas. Los resultados en conjunto podrían arrojar datos relevantes para la optimización del tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con TOC.

Tabla 1: Protocolo de Tratamiento Metacognitivo

<p>Sesión 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Psicoeducación. Desarrollo de conceptualización del caso. 2) Comenzar con la socialización del modelo 3) Experimentos de supresión de pensamiento 4) Explorar la relación entre intrusión y afecto <ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento guiado - Introducir el concepto de preocupación sobre las obsesiones en lugar de conceptualizar a las intrusiones como un problema en sí mismo. <p><i>Tarea entre sesiones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Registro diario de pensamiento (RDP) 2) Suspensión de la rumiación/ período de preocupación controlada. 	<p>Sesiones 7-9</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Chequear el uso de rituales (mentales o comportamentales). Utilizar los rituales como una manera de explorar las creencias que los sostienen. 2) Análisis de las ventajas y desventajas de mantener los rituales y la preocupación por las intrusiones. 3) Experimentos para provocar cambio de creencias. <p><i>Tareas entre sesiones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Experimentos continuados de exposición y prevención de respuesta. 2) Reformular las situaciones como siendo un campo propicio para la experimentación.
<p>Sesión 2-3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión de la Tarea. Chequear material del RDP pertinente para el modelo. 2) Socialización: Reformular el problema reconduciéndolo a una forma de reaccionar ante las intrusiones más que a la presencia de las mismas.(normalización de las intrusiones). <ul style="list-style-type: none"> - Reatribución verbal: Cambios en la forma de interpretar las obsesiones. - Introducción a la práctica del “cese de lucha” contra las obsesiones. 3) Elicitar y comenzar a modificar las creencias en relación a los rituales.(Experimentos Sobre creencias de tipo Fusión pensamiento acción). <p><i>Tareas entre sesiones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Continuar con RDP. 2) Contener los rituales mentales y la rumiación: Períodos de preocupación controlada. 3) Practicar el “cese de resistencia”. 	<p>Sesiones 10-15</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Trabajo sobre las creencias y comportamientos resistentes. 2) Consolidar nuevas estrategias para afrontar las intrusiones 3) Utilizar la necesidad de ritualizar como un indicador de la presencia de una preocupación exagerada por la obsesión. <ul style="list-style-type: none"> - Respuesta de testeo empírico de la obsesión. (obsesión como hipótesis) - Autoexposición a pensamientos intrusivos mientras se abandonan los rituales. - Análisis meta-cognitivo. - Desarrollar un resumen de la terapia. <p><i>Tareas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Trabajar sobre los puntos resumidos 2) Continuar con la experimentación.
<p>Sesiones 4-6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Examen de resultados pertinentes para el modelo. 2) Experimentos durante la sesión para testear las creencias específicas acerca de la fusión pensamiento-acción. Por ej: Intentar causar eventos negativos mediante pensamientos negativos. <ul style="list-style-type: none"> - Exposición y prevención de respuesta. - Experimentos con cintas de audio. - Desarrollar otras respuestas frente a las preocupaciones por las intrusiones. <p><i>Tarea entre sesiones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Continuar con RDP 2) Repetición de experimentos comportamentales. (Exposición y prevención de respuesta). 	<p>Sesión 16-17</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Resumen de tratamiento 2) Prevención de recaídas <p><i>Tareas:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Experimentación continuada 2) Análisis meta-cognitivo de las intrusiones

Tabla 2: Resultados generales, Pacientes A y B

Paciente A											
Escalas	Y-Bocs (total)	Y-Bocs (obs.)	Y-Bocs (comp.)	EFPA-total	EFPA-Moral	EFPA-daño 3	EFPA-daño	CCO-TOTAL	BDI	STAI-Estado	STAI-rasgo
LB 1	28	13	15	61	38	14	9	261	36	75	72
LB 2	29	14	15	65	41	14	10	264	40	77	73
LB 3	28	13	15	67	42	15	10	266	40	77	74
Sesión 2	22	10	12	42	29	9	4	194	24	55	70
Sesión 5	11	6	5	19	17	0	2	130	9	41	49
Sesión 9	11	6	5	16	14	0	2	120	7	37	47
Sesión 13	10	5	5	11	11	0	0	111	6	38	49
Sesión 17	10	5	5	11	11	0	0	100	7	38	48
Paciente B											
LB 1	28	13	15	56	30	14	12	276	23	61	75
LB 2	28	13	15	59	32	15	12	279	23	64	76
LB 3	31	13	18	58	30	16	12	279	29	67	76
Sesión 2	20	10	10	38	23	8	7	201	11	45	76
Sesión 5	7	7	14	26	19	4	3	140	8	40	58
Sesión 9	10	5	5	18	17	1	0	117	7	38	54
Sesión 13	11	5	6	18	18	0	0	115	8	40	54
Sesión 17	10	5	5	18	18	0	0	111	6	36	49

LB = línea de base; Y-Bocs (obs.) = Subpuntaje obsesión; Y-Bocs (comp.) = Subpuntaje compulsiones; EFPA = Escala fusión pensamiento acción; EFPA daño 3 = Subescala probabilística relacionada con daño a terceros; EFPA daño = Subescala probabilística relacionada con daño a sí mismo; CCO = Cuestionario Obsesivo Compulsivo; BDI = Beck Depression Inventory.

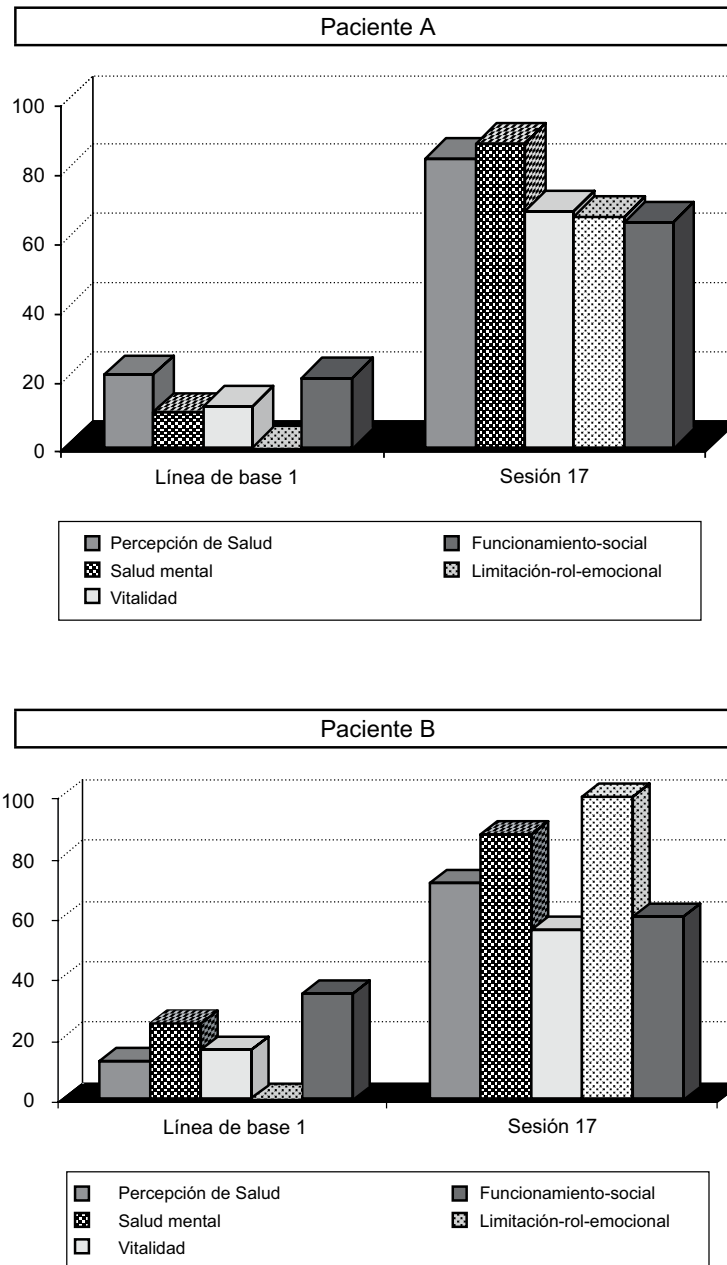
Tabla 3: Resultados subescalas Cuestionario de Creencias Obsesivas, Paciente A

	Intolerancia Incertidumbre	Sobrestimación de peligro	Control de pensamiento	Importancia de los pensamientos	Responsabilidad patológica	Perfeccionismo
Línea de base 1	26	44	21	63	56	51
Línea de base 2	25	44	21	63	56	55
Línea de base 3	25	44	21	63	56	57
Sesión 1	21	30	14	38	42	49
Sesión 5	18	19	6	19	25	43
Sesión 9	16	18	5	19	22	40
Sesión 13	21	16	4	15	21	34
Sesión 17	19	11	4	16	19	31

Tabla 4: Resultados subescalas Cuestionario de creencias obsesivas, Paciente B

	Intolerancia Incertidumbre	Sobrestimación de peligro	Control de pensamiento	Importancia de los pensamientos	Responsabilidad patológica	Perfeccionismo
Línea de base 1	35	49	20	58	56	58
Línea de base 2	34	48	21	61	56	59
Línea de base 3	34	49	21	61	56	58
Sesión 1	25	36	12	38	42	48
Sesión 5	19	21	6	18	31	45
Sesión 9	18	18	4	13	25	39
Sesión 13	20	17	4	15	22	37
Sesión 17	19	16	4	14	20	38

Gráfico 1: Cambios registrados en las subescalas de la SF-36 relacionadas con aspectos emocionales y percepción de salud:



BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Prieto, L., Anto, 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, (20): 771-776.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*, IV edición. Washington, DC: Author. (Ed. Massón edición castellana).
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. Y Brigidí, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 765-776.
- Arnau Gras, J. *Diseños experimentales en psicología y educación*. México: Trillas. 1990.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. & Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo compulsivo: resultados preliminares del inventario de creencias obsesivas. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 235-250.
- Blampied, N.; Barabasz, A., & Barabasz, M. (1996) Single case research designs for the science and practice of neurotherapy. *Journal of Neurotherapy*, 1(4-2), Spring Summer. Extraído el 19/08/2003 de [http://www.snr-jnt.org/JournalNT/JNT\(1-4\)2.html](http://www.snr-jnt.org/JournalNT/JNT(1-4)2.html)
- Bobes, J., González, M., Bascarán, M., Arango, C., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2001). Calidad de vida y discapacidad en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. *European Psychiatry* (edición española), 8, 436-442.
- Clark, D., Purdon, C., Wang, A. (2003). The meta-cognitive beliefs questionnaire: development of obsessional beliefs. *Behavior Research and Therapy*, 41 (6), 655-670.
- Demal, U., Zitterl, W., Lenz, G., Zapotoczky, H. & Zitterl-Eglseer, K. (1996). Obsessive compulsive disorder and depression--first results of a prospective study on 74 patients. *Neuropsychopharmacol and Biological Psychiatry*, 20, (5), 801-13.
- Emmelkamp, P. Y Aardema, A. (1999). Metacognition, specific OCD beliefs and OC behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 139-145.
- 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.
- 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.
- 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.
- Kim, S., Dysken, M. & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 34, (1), 99-106.
- Koran, L., Thienemann, M. & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive- compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Masellis, M., Rector, N. & Richter, M. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 72-77.
- 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
- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behavior Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (1976). The modification of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S., de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Riggs, D. & Foa, E. Obsessive Compulsive disorder (1994). En D. H. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of psychological disorders* (pp. 189-239). New York: Guilford Press.
- Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas. *Vertex*, 15, (56), 85-90.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Bunge, E., Maglio, A. & Keegan, E. (2004) *Adaptación Argentina de la Escala de Fusión Pensamiento-Acción: Resultados preliminares de su aplicación en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, otros trastornos de ansiedad y población no clínica*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583
- Salkovskis, P., Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 1984, 22, 549-552.
- 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.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI*. 4ª edición. Madrid: TEA.
- Wells, A. (1999). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion*. A Clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum.
- Zuckek, B., Craske, M., Barrios, V. y Holguin, M. (2002). Thought-action fusion: can it be corrected?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 653-655.

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 6 de marzo de 2006