

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO TRATADOS CON DOS VARIANTES DE TERAPIA COGNITIVA

FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER TREATED WITH TWO VARIANTS OF COGNITIVE THERAPY

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

RESUMEN

El artículo presenta los resultados del seguimiento a 6 meses realizado a pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en el marco del proyecto UBACyT P079. Para el estudio se utilizó un diseño de caso único (A-B) con replicación directa entre sujetos. Ocho pacientes fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento ofrecidas: 1) Terapia centrada en exposición y Prevención de respuesta; 2) Terapia Metacognitiva. Dos de los pacientes en la primera condición abandonaron el tratamiento tras la tercera sesión. Los cuatro de la segunda condición finalizaron el protocolo establecido. Los resultados para ambos tipos de terapia muestran una mejoría significativa en la sintomatología obsesiva y depresiva tras su aplicación, resultados que se han mantenido estables en las evaluaciones de seguimiento, sugiriendo la utilidad clínica de ambas terapias. Se discuten las implicaciones teóricas y prácticas de los resultados y se sugieren nuevas líneas de investigación.

Palabras clave:

Terapia metacognitiva - Exposición y Prevención de respuesta - Trastorno obsesivo compulsivo - Diseño de caso único

ABSTRACT

The article presents the follow-up at six months of patients with obsessive compulsive disorder treated in the context of UBACyT project P079. A single case design (A-B) between subjects with direct replication was used. Eight patients were randomly assigned to one of two different treatment conditions: 1) Exposure and Response Prevention Therapy (Ex/PR); 2) Metacognitive Therapy (MT). Two patients in the Ex/PR condition dropped out after the third session. There was no drop-out of patients under MT condition. Outcomes from both kinds of treatment show a significant improvement in obsessive and depressive symptomatology after the interventions. These findings were sustained at the follow-up evaluations, suggesting that both treatments may be of clinical utility. Theoretical and practical implications are discussed, and further lines of investigation are outlined.

Key words:

Metacognitive Therapy - Exposure and Response prevention - Obsessive Compulsive Disorder - Single case design

¹ Jefe de trabajos Prácticos 2º Cátedra de Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Becario CONICET.

² Docente 2º Cátedra de Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA.

³ Doctor en Psicología, UBA. Titular 2º Cátedra de Psicoterapias, Facultad de Psicología, UBA. Director Proyecto UBACyT P079 "Eficacia y utilidad clínica de dos variantes de terapia cognitiva conductual en pacientes argentinos con trastorno obsesivo compulsivo".

INTRODUCCIÓN

Los datos que se presentarán en este artículo corresponden a los resultados obtenidos en la ejecución del proyecto UBACyT P079, denominado "Eficacia y utilidad clínica de dos variantes de terapia cognitivo conductual en pacientes argentinos con trastorno obsesivo compulsivo", correspondiente al período de ejecución 2004-2007.

Los aspectos relacionados con la metodología del estudio y los protocolos de tratamiento utilizados serán descriptos brevemente por cuestiones de espacio. No obstante, ambos temas fueron descriptos en detalle en otras oportunidades (Keegan, Rodríguez Biglieri & Kichic, 2004; Rodríguez Biglieri, Vetere, Bunge & Keegan, 2005; Rodríguez Biglieri, Vetere, Bunge & Keegan, 2006; Rodríguez Biglieri, Vetere & Keegan, 2006), remitimos al lector interesado a dicha bibliografía o, en caso de necesitarlo, ponerse en contacto con cualquiera de los autores.

Por razones de espacio se comunicarán en este artículo solamente los resultados de la aplicación de los tratamientos sobre la sintomatología obsesiva y depresiva de los pacientes. En ulteriores publicaciones habremos de comentar el efecto de los mismos sobre otras variables dependientes estudiadas.

METODOLOGÍA

Diseño

Se utilizó un diseño de caso único de tipo A-B con medidas de conducta objetivo múltiples y seguimiento (Barlow & Hersen, 1988), con replicación directa entre sujetos (Arnau Gras, 1990). Este tipo de replicación supone la repetición del experimento, tal como fue aplicado a un sujeto, en nuevos individuos. 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 3 puntos de evaluación de seguimiento a los 1, 3 y 6 meses.

Sujetos

En el estudio participaron un total de 8 sujetos, todos con diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) de acuerdo a criterios DSM-IV (APA, 1994). La tabla N° 1 resume las características sociodemográficas de los pacientes.

La paciente N° 1 se encontraba bajo tratamiento farmacológico desde hacía 2 años, no habiéndose modificado las características del mismo durante los 9 meses previos a su inclusión en el estudio (Clomipramina 250mg/día + Clonazepam 2mg/día). La paciente N° 2 estaba en tratamiento farmacológico desde hacía dos años y medio, no habiéndose modificado las caracterís-

ticas del mismo durante el último año (Sertralina 200mg/día + Clonazepam 1,5mg/día). Mientras que el paciente N° 3 no había recibido tratamiento farmacológico en ninguna oportunidad, el paciente N° 4 se encontraba en tratamiento desde hacía 10 meses, manteniéndose estable el mismo en cuanto a tipo y dosis de droga empleada desde hacía 8 meses (Fluoxetina 60 mg/día + Alprazolam 1,5 mg/día).

Los pacientes N° 5 y 6 recibían el mismo esquema de tratamiento farmacológico (Paroxetina 60 mg/día), el primero lo mantenía desde los 10 meses previos a su inclusión en el estudio, mientras que el segundo desde hacía 7 meses.

El paciente N° 7 recibía el mismo tratamiento farmacológico desde hacía 9 meses (Fluoxetina 80 mg/día + Clonazepam 2 mg/día). El paciente N° 8 tomaba 200 mg/día de Clomipramina y 3 mg/día de Clonazepam, desde hacía un año atrás.

En todos los 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 para esperar mejorías producidas por los mismos (más de 6 meses). Durante la aplicación de los tratamientos tampoco se efectuaron modificaciones en cuanto a tipo de fármacos o dosis empleadas.

Todos los pacientes cumplían, además, criterios diagnóstico para Trastorno Depresivo Mayor (TDM) según criterios DSM-IV (APA, 1994).

Asimismo, los pacientes eran argentinos y residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ver *Tabla 1*.

Instrumentos

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).

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.

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.

Escala de Fusión Pensamiento-Acción (EFPA) (Rodríguez Biglieri, Vetere, Bunge & Keegan, 2005). 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 desearlo) y probabilística (pensar en algún hecho aumenta la probabilidad de que se concrete realmente) de dicho tipo de creencias.

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.

Cuestionario de Creencias Obsesivas (CCO) (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2003). Cuestionario que evalúa las principales creencias relacionadas con el TOC a través de 3 subescalas (Responsabilidad Patológica y Sobrestimación del Peligro; Importancia otorgada a los Pensamientos y Control de Pensamiento; Intolerancia a la Incertidumbre y Perfeccionismo).

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 los pacientes 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, abarcando un período de tres semanas. En cada encuentro se administró la totalidad de las escalas y cuestionarios exceptuando la SF-36, la cual se tomó en el primer punto de línea de base (LB) y en la última sesión de tratamiento. Finalizada la evaluación de LB, los pacientes eran asignados al azar a una de las dos condiciones de tratamiento, terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (Ex/PR) o Terapia Metacognitiva (TM). Posteriormente, se procedió a aplicar el tratamiento correspondiente en .

Las evaluaciones durante el transcurso de los tratamientos se efectuaron en las sesiones 3, 5, 9, 13 y 17 (en las sesiones 3 y 17 la evaluación se llevó a cabo al final de las mismas). Las evaluaciones de seguimiento se realizaron a los 1, 3 y 6 meses posteriores a la finalización del tratamiento. En todos los puntos de evaluación se administró la Y-Bocs, el Inventario de depresión de Beck, la EFPA, el STAI y el CCO.

Tratamientos

El protocolo de Ex/PR se basó en el diagramado por Foa & Riggs (1994), constó de 17 sesiones de frecuencia semanal cuya duración osciló entre los 60 y 90 minutos. En la primera sesión de tratamiento se realizaron tareas psicoeducativas (se brindó el mismo material psicoeducativo a todos los pacientes, tanto los tratados con Ex/PR como con TM). En las subsiguientes sesiones se diagramaron con los pacientes jerarquías de obsesiones y compulsiones en base a sus frecuencias y al malestar que generaban. Se realizaron tareas de exposición y prevención de respuesta en sesiones y se programaron otras como tareas entre sesiones (coordinadas por alguien seleccionado por el paciente: amigo, familiar, etc, quien se contactaba semanalmente para brindar un informe al terapeuta). Gradualmente se fue cediendo el control sobre la exposición a los pacientes, pasándose así de ejercicios guiados a autoadministrados. Las últimas sesiones de terapia se centraron en la identificación de áreas problemas (obsesiones y compulsiones resistentes), maximización de la exposición y prevención de respuestas, y prevención de recaídas.

El protocolo de TM empleado se basa principalmente en el diseñado por Wells (1997). Constó de 17 sesiones de tratamiento, de frecuencia semanal, que oscilaron entre los 60 y 90 minutos de duración. La tabla N° 2 describe sucintamente las tareas que se desarrollaron durante los tratamientos.

Ver Tabla 2.

RESULTADOS

Todos los pacientes en la condición de Terapia Metacognitiva (TM) finalizaron el protocolo; mientras que 2 de los 4 sujetos en la condición de Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (Ex/PR) abandonaron el tratamiento tras la tercera sesión. Los resultados consignados se basan, por lo tanto, en los 6 pacientes que completaron todos los puntos de evaluación.

En todos los casos puede observarse un descenso de la sintomatología obsesiva tras la inclusión de las variables de tratamiento.

Respecto de los pacientes tratados con TM (pacientes 1, 2, 3 y 4), se observa mediante inspección visual (ver gráficos 1-4) un fuerte descenso en la sintomatología obsesiva en la evaluación realizada en la sesión N° 3, continuándose la pendiente en la evaluación de la sesión N° 5. En este punto los pacientes 1 y 2 registraron el mayor descenso en la sintomatología, mientras que en los pacientes 3 y 4 el menor punto se encontró en las sesiones N° 9 y 13, respectivamente. En relación con los puntos de seguimiento, en todos los casos de los pacientes tratados con TM se observaron puntuaciones similares a las registradas durante el último período de tratamiento, sugiriendo ello la estabilidad de los resultados obtenidos mediante el mismo. Cabe destacar que

los pacientes 1, 2 y 4 registraron en LB puntuaciones en la Y-Bocs que se interpretan como sintomatología obsesiva severa (Goodman, et. al, 1989; Demal, et. al, 1996; Kim, Dysken & Kuskowski, 1990), y que tanto tras la finalización del tratamiento como en las evaluaciones de seguimiento dicho puntaje había descendido hasta el nivel en el que se considera subclínico. Si bien el resultado fue similar en el paciente N° 3, las puntuaciones de LB para el mismo se correspondían con sintomatología moderada.

Si consideramos los resultados de la aplicación de TM sobre la sintomatología depresiva, se observa que todos los pacientes registran un descenso notorio de la misma en el punto de evaluación de la sesión N° 3, el cual continúa, aunque con una pendiente menor, hasta la sesión N° 9 (ver gráficos 1-4). Las líneas conformadas por las evaluaciones de seguimiento se mantienen estables en el plazo de los 6 meses posteriores a la finalización del tratamiento, sugiriendo la conservación por parte de los pacientes de los logros alcanzados durante la terapia. De los sujetos que recibieron TM, los pacientes N° 2 y 4 presentaban en LB una puntuación en el BDI correspondiente a sintomatología depresiva moderada (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), mientras que resultó ser leve para el Paciente N° 3 y grave para el N° 1. Tras la finalización del período de tratamiento y en los puntos de seguimiento la sintomatología depresiva se ubicó dentro del rango leve para el paciente N° 4, mientras que para los pacientes 1, 2 y 3 las puntuaciones arrojadas en los mismos puntos de evaluación indicaban la remisión de dicha sintomatología.

Respecto de los pacientes N° 5 y 6, tratados con Ex/PR, la inspección visual denota un descenso en la sintomatología obsesiva tras el inicio del tratamiento, aunque con una pendiente menos pronunciada que la registrada por los pacientes en la condición anterior (ver gráficos 5 y 6).

El paciente N° 5 presentaba sintomatología obsesiva de tipo grave (Goodman et. el, 1989) en los puntos de evaluación de LB. Durante la aplicación del protocolo de tratamiento y en los diferentes puntos de seguimiento se observó un descenso gradual de la sintomatología, la cual se ubicó dentro del rango moderado. El paciente N° 6 presentó sintomatología obsesiva de tipo moderado en el período de LB, descendiendo ésta hasta niveles considerados como leves hacia el final del tratamiento y en los puntos de seguimiento. Por otro lado, ambos pacientes presentaban síntomas depresivos moderados en LB. Si bien las puntuaciones descendieron levemente en los diferentes puntos de evaluación, para el paciente N° 5 las mismas siguieron ubicándose dentro del mismo rango. El Paciente N° 6, en cambio, presentó sintomatología depresiva leve hacia el final del tratamiento y en los puntos de seguimiento, evidenciando un impacto positivo del tratamiento sobre dichos síntomas.

DISCUSIÓN

En primer lugar, cabe destacar la diferencia entre ambos tratamientos en lo relativo a las tasas de abandono. Aunque el tipo de diseño y el número de repeticiones no permite concluir definitivamente al respecto, es importante señalar el hecho de que no hubo abandono de tratamiento por parte de los pacientes bajo la condición de TM, mientras que 2 de 4 abandonaron el mismo tras la sesión N° 3 en la condición de Ex/PR. Este último aspecto señalado es congruente con los datos obtenidos en otras investigaciones (Abramowitz, 1996; Foa & Riggs, 1994; Emmelkamp, van Open & van Balkom, 2002), las cuales señalan que este tipo de terapia, si bien es eficaz, presenta una tasa de abandono que fluctúa entre el tercio y la mitad de los pacientes. Teniendo en cuenta las reservas expresadas al comienzo, sería necesario realizar estudios posteriores tendientes a evaluar si el protocolo de TM resulta de mayor utilidad clínica de corroborarse una menor tasa de abandono.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la condición de Ex/PR son equivalentes a los documentados ampliamente en la bibliografía sobre el tema (Foa & Riggs, 1994; Foa & McNally, 1996; Greist, 1998; Stanley & Turner, 1995), respecto de su eficacia en el tratamiento del TOC. Además, este hecho indicaría la posibilidad de que dicho tratamiento puede ser aplicable en nuestro medio. Investigaciones posteriores podrían arrojar luz al respecto, evaluando la efectividad de este tipo de tratamiento en nuestra población (Barlow & Hofmann, 1997). Asimismo, también se encuentra ampliamente documentado el hecho de que los tratamientos basados simplemente en la Ex/PR no producen gran impacto sobre la sintomatología depresiva presente en pacientes con TOC (Clark, 2002; Foa & Riggs, 1994; Rodríguez Biglieri, 2004; Salkovskis & Kirk, 1997; Wells, 1997, 2000), motivo por el cual algunos investigadores han excluido de los estudios a los pacientes que presentaban dicha comorbilidad (Fals-Stewart, Marks & Scafer, 1993). En el presente estudio pudo observarse un resultado similar, dado que si bien en los pacientes tratados con Ex/PR hubo descenso en la sintomatología depresiva, ésta no remitió significativamente en ninguno de los casos.

Es pertinente resaltar que hasta la fecha no hemos encontrado investigaciones que evaluaran la eficacia y/o utilidad clínica de la TM, constituyendo este estudio el primero en aplicar dicho protocolo a pacientes adultos con TOC.

En base a la inspección visual de los resultados se observa que las pendientes que evidencian el descenso de la sintomatología tanto obsesiva como depresiva es mayor en los pacientes tratados con TM, sugiriendo un proceso terapéutico que difiere del encontrado en los pacientes tratados con Ex/PR. No obstante, no pueden desprenderse conclusiones sólidas al respecto dado que el tema excede los objetivos del presente estudio y

que el tipo de diseño empleado no lo posibilita.

Los resultados sugieren que la TM podría ser un tratamiento eficaz a la hora de tratar la sintomatología obsesivo-compulsiva, aún con sintomatología depresiva comórbida. Dado que entre el 50 y el 70% de los pacientes con TOC presentan comorbilidad con Trastorno Depresivo Mayor (Clark, 2002; Rachman, 1980, 2003; Salkovskis, 1985; Salkovskis & Kirk, 1997; Tallis, 1995), y que dicha asociación además de intensificar la sintomatología obsesiva disminuye la utilidad del tratamiento basado en Ex/PR, el resultado obtenido mediante la aplicación de TM es alentador y señala la necesidad de efectuar nuevas investigaciones sobre el tema.

En conclusión, la Ex/PR resultó un tratamiento eficaz a la hora de tratar a pacientes con TOC, aunque el impacto en la sintomatología depresiva asociada fue escaso o leve, confirmando los resultados obtenidos por otros grupos de investigadores en poblaciones diferentes (Cottraux et. al, 2001; Rachman, 2003; Salkovskis, 1985; Salkovskis & Kirk, 1997; Steketee & Shapiro, 1995; Tallis, 1995).

La TM no sólo fue eficaz en el tratamiento del TOC, sino que produjo descensos significativos en la sintomatología depresiva comórbida. En ambos tratamientos los pacientes conservaron los logros obtenidos durante el proceso terapéutico en los seguimientos realizados a 6 meses.

Futuras investigaciones podrían resultar de suma utilidad no sólo en lo que respecta a corroborar la eficacia de los tratamientos y su utilidad clínica en nuestro medio, sino que también podrían contribuir a optimizar los mismos.

Ver Gráficos del 1 al 6.

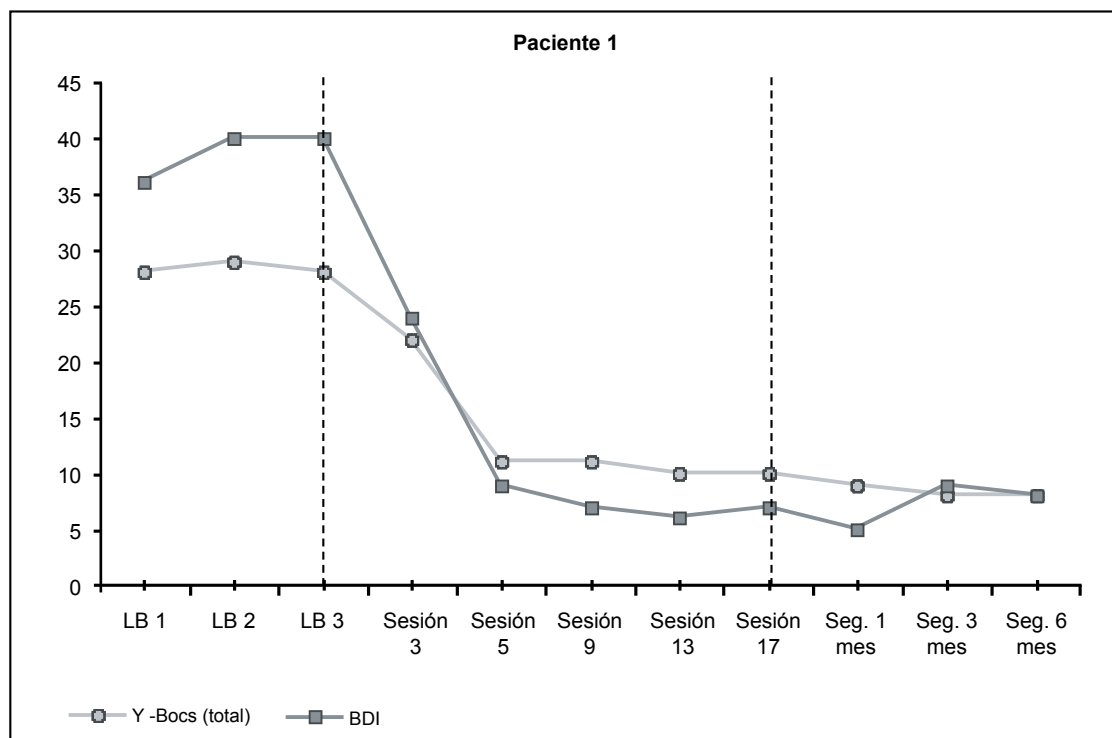
Tabla N° 1: Variables socio-demográficas de los pacientes.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino	Masculino	Femenino
Edad	32	43	28	32	33	36	41	29
Estado Civil	Casado	Casado	Soltero	Casado	Soltero	Casado	Casado	Soltero
Nivel Socio-económico	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Nivel Educativo	Secundario	Secundario	Secundario	Secundario	Secundario	Universitario	Universitario	Secundario

Tabla 2: Protocolo de Tratamiento Metacognitivo

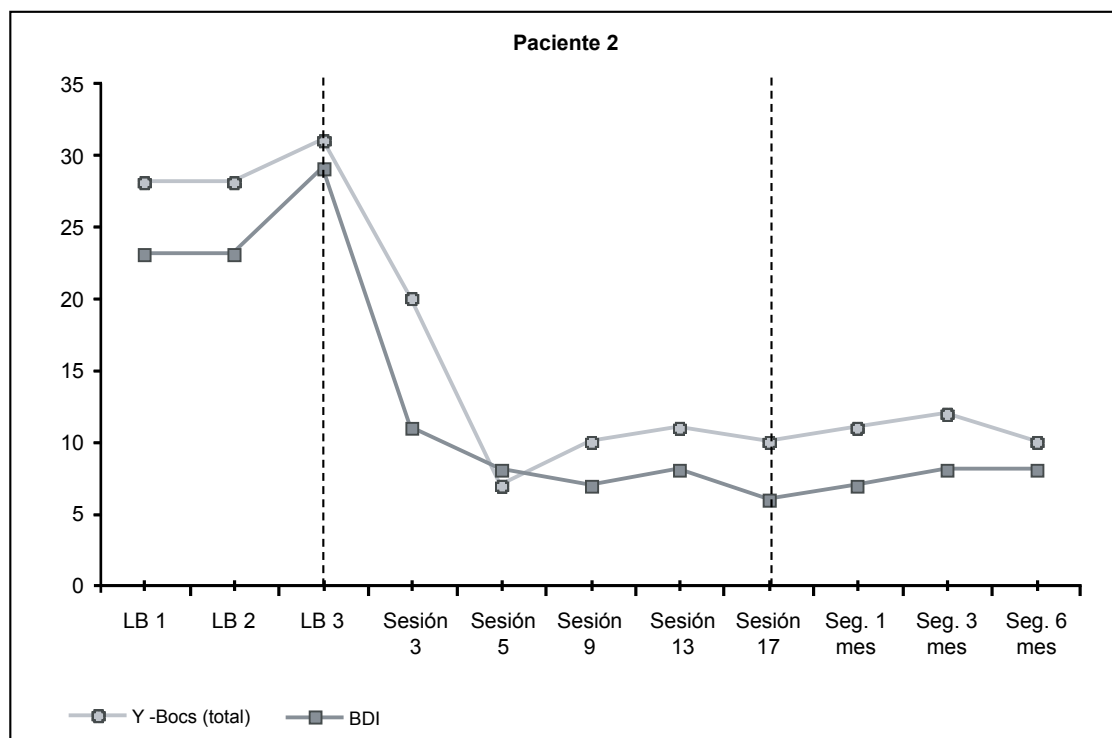
<p>Sesión 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación. Desarrollo de conceptualización del caso. 2. Comenzar con la socialización del modelo 3. Experimentos de supresión de pensamiento 4. Explorar la relación entre intrusión y afecto <ul style="list-style-type: none"> · Descubrimiento 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

Gráfico N° 1. Evolución de los puntajes del paciente N° 1 (TM)



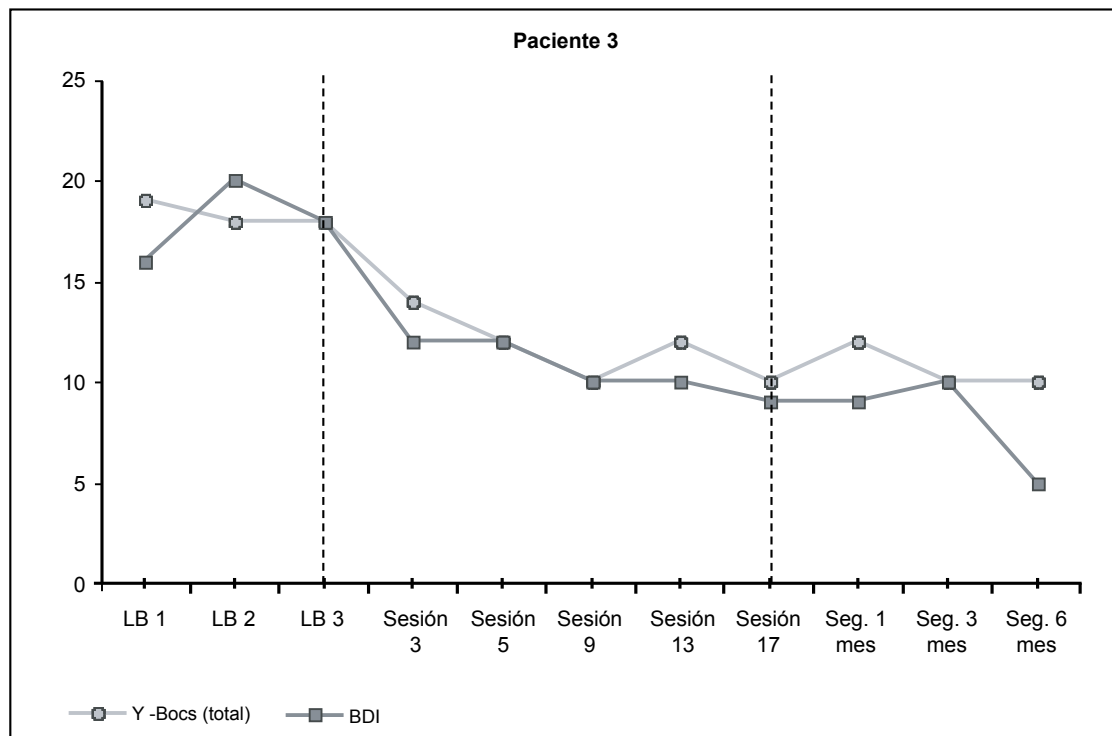
Nota: TM= Terapia Metacognitiva; Y-Bocs= Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BDI= Beck Depression Inventory.

Gráfico N° 2. Evolución de los puntajes del paciente N° 2 (TM)



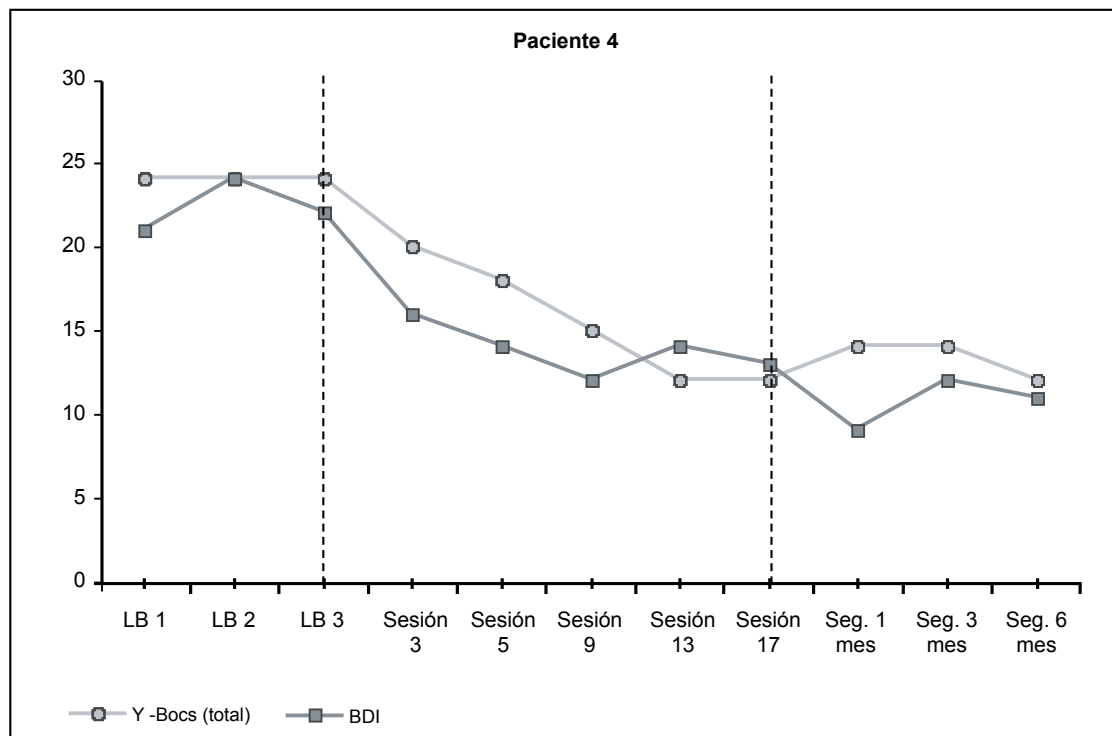
Nota: TM= Terapia Metacognitiva; Y-Bocs = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BDI= Beck Depression Inventory.

Gráfico N° 3. Evolución de los puntajes del paciente N° 3 (TM)



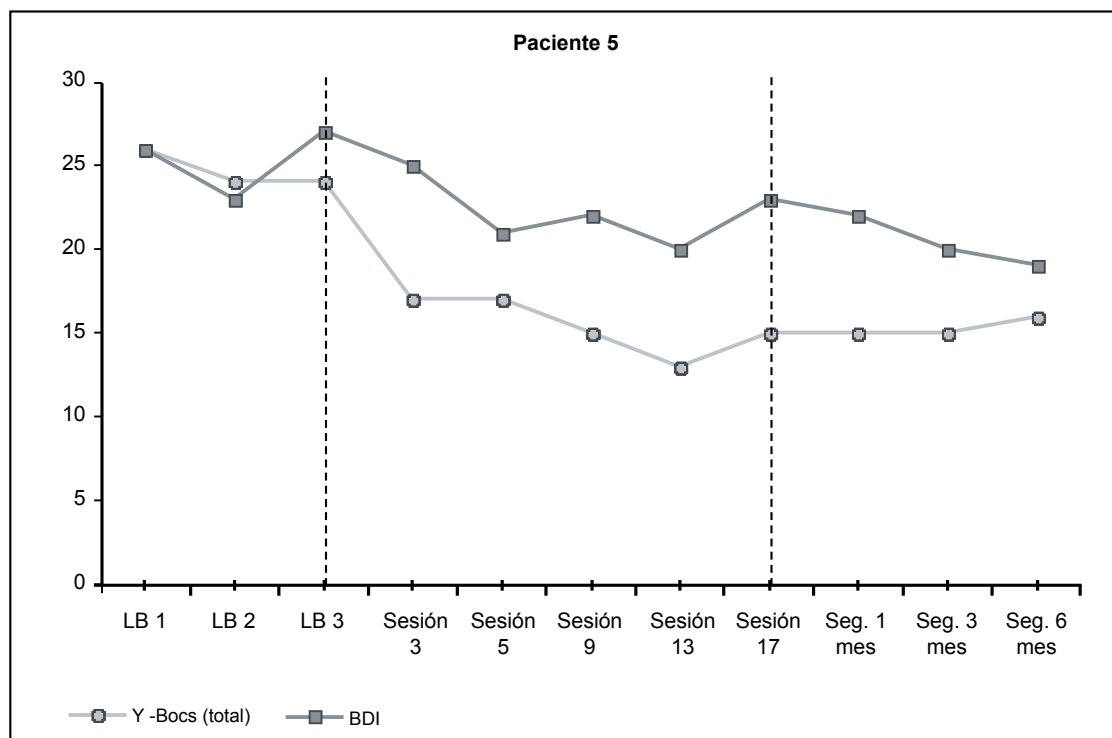
Nota: TM= Terapia Metacognitiva; Y-Bocs = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BDI= Beck Depression Inventory.

Gráfico N° 4. Evolución de los puntajes del paciente N° 4 (TM)



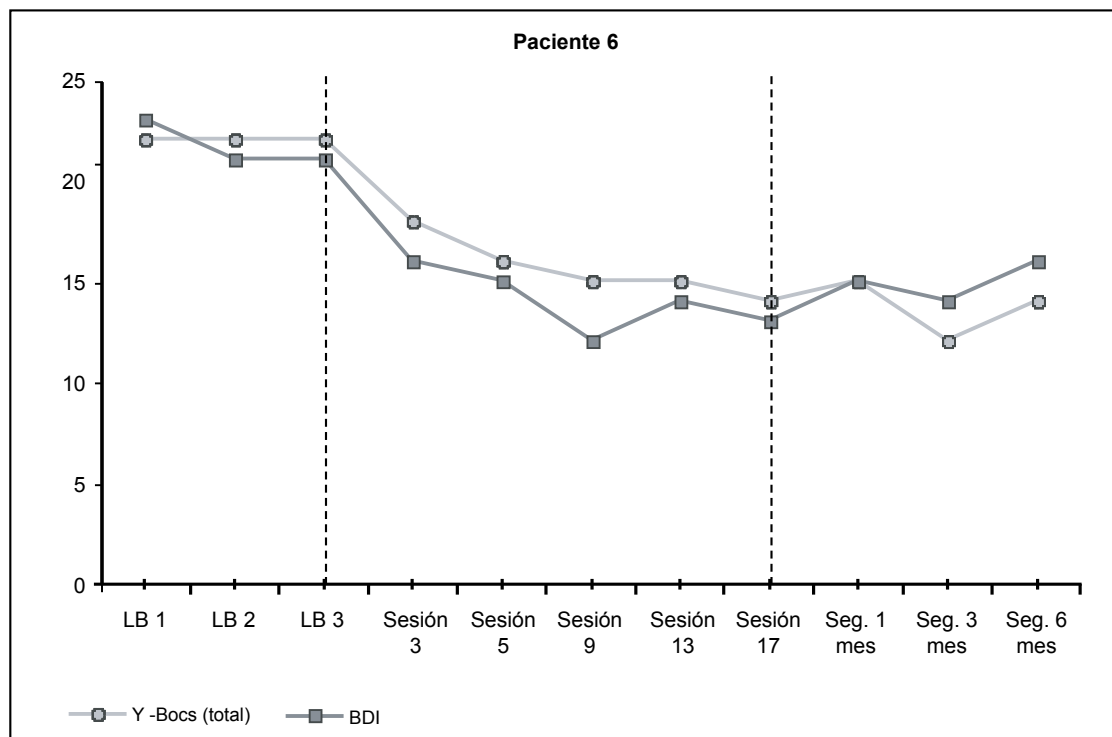
Nota: TM= Terapia Metacognitiva; Y-Bocs = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BDI= Beck Depression Inventory.

Gráfico N° 5. Evolución de los puntajes del paciente N° 5 (Ex/PR)



Nota: Ex/PR= Exposición y Prevención de Respuesta; Y-Bocs = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BDI= Beck Depression Inventory.

Gráfico N° 6. Evolución de los puntajes del paciente N° 6 (Ex/Pr)



Nota: Ex/PR= Exposición y Prevención de Respuesta; Y-Bocs = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BDI= Beck Depression Inventory.

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
- 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).
- Arnau Gras, J. (1990). *Diseños experimentales en psicología y educación*. México: Trillas.
- Barlow, D.H. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barlow, D.H. & Hofmann, S.G. (1997) Capítulo 5 "Eficacia y difusión de los tratamientos psicológicos". En Clark, D. y Fairburn C. (ed.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, (pp. 95-117). Oxford University Press, Oxford.
- Beck, A. T.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J.; & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- 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.sn-rjnt.org/JournalNT/JNT\(1-4\)2.html](http://www.sn-rjnt.org/JournalNT/JNT(1-4)2.html).
- Clark, D.A. (2002). A cognitive perspective on obsessive compulsive disorder and depression: distinct and related features. En R. Frost & G. Steketee (eds), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment and treatment*. (pp. 233-250). Oxford: Pergamon.
- 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. *Psychotherapy Psychosomatic*, 70,(6),288-97.
- 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., van Open, P. & van Balkom, A. (2002). Cognitive changes in patients treated with exposure in vivo and response prevention. En R. Frost & G. Steketee (eds), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment and treatment*. (pp. 391-401). Oxford: Pergamon.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. & Scafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181. 189-193.
- First, M.,B., Spitzer, R., L., Williams, J., B., & 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.
- Foa, E. & Riggs, D. (1994). Obsessive Compulsive disorder (1994). En D. H. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of psychological disorders* (pp. 189-239). New York: Guilford Press.
- Foa, E.B. y McNally, R.J. (1996) Mechanisms of change in exposure therapy. En R. M. Rapee. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann., R., Hill, G., Heninger, G. & Charney, D. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale. I: developmnet, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46. 1006-1016.
- Greist, J. (1998). The comparative effectiveness of treatment for Obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62 (4), A65-A77.
- Keegan, E., Rodríguez Biglieri, R. & Kichic, R. (2004). Eficacia y utilidad clínica de dos variantes de Terapia Cognitivo Conductual en pacientes argentinos con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación, Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires*. Tomo I.51-53.
- Kim, S., Dysken, M. & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 34, (1). 99-106.
- 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. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. New York: Prentice-Hall.
- Rodríguez Biglieri, R. (2004). Terapia cognitiva para pacientes con rumiaciones obsesivas. *Vertex*, 15, (56). 85-90.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G. & Keegan, E. (2006). Resultado de la aplicación de terapia metacognitiva en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: datos de seguimiento a 1, 3 y 6 meses. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación, Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires*. Tomo I. 69-71
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Bunge, E. & Keegan, E. (2005) Resultados preliminares de la aplicación de la escala de fusión pensamiento-acción. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación, Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires*. Tomo I. 84-86.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Bunge, E. & Keegan, E. (2006). Utilidad Clínica de la Terapia Metacognitiva en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Un diseño de caso único con replicación directa. *Anuario de Investigaciones, XIII, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*. 41-49.
- Salkovskis, P.(1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583
- 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.
- Stanley, M & Turner, S. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26. 163-186.
- Steketee, G. & Shapiro, L. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*, 15. 317-346.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive-compulsive disorder: a cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of anxiety disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, UK: Wiley.

Fecha de recepción: 6 de febrero de 2007
Fecha de aceptación: 19 de marzo de 2007