



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 **Facultad de  
Psicología**  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Más allá de obsesiones y compulsiones: Un enfoque desde los  
modelos cognitivo conductuales del trastorno obsesivo  
compulsivo**

Trabajo final de grado

Modalidad: Monografía

Estudiante: Lucía Lucas Sosa.

Tutora: Prof. Agda. Dra. Victoria Gradin.

Revisora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández.

Octubre, 2024

Montevideo, Uruguay

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción general a este TFG.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
1.1. Sintomatología.....	6
1.1.1. Dimensiones de los síntomas.....	7
1.2. Aspectos demográficos.....	8
1.3. Etiología.....	9
1.3.1. Circuitos cerebrales.....	9
1.3.2. Factores ambientales.....	10
1.3.3. Genética y heredabilidad.....	10
1.3.4. Lesiones neurológicas.....	11
1.4. Comorbilidades.....	11
1.5. Calidad de vida.....	12
<b>2. Modelos teóricos desde la psicología cognitivo conductual.....</b>	<b>14</b>
2.1. Modelos de condicionamiento.....	14
2.2. Modelos cognitivo-conductuales.....	16
2.2.1. Los aportes de Salkovskis y de Rachman.....	17
<b>3. Las creencias disfuncionales.....</b>	<b>20</b>
3.1. Seis creencias básicas.....	22
3.2. ¿Cómo se vinculan las creencias disfuncionales con los síntomas obsesivo-compulsivos?.....	24
<b>4. Tratamientos del trastorno obsesivo compulsivo.....</b>	<b>26</b>
4.1. Exposición y prevención de respuesta (EPR).....	27
4.2. Terapias de tercera generación.....	29
4.3. Farmacología.....	32
4.4. Neuromodulación y neurocirugía.....	33
4.5. Intervenciones dañinas en el tratamiento del TOC desde la psicología.....	35
<b>Limitaciones.....</b>	<b>38</b>
<b>Conclusiones finales.....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>40</b>

## Resumen

El objetivo de este trabajo final de grado es describir, analizar y sistematizar la información recopilada sobre el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), desde la perspectiva de la psicología cognitivo conductual. El TOC es una patología de alta prevalencia caracterizada por obsesiones (pensamientos intrusivos y persistentes) y compulsiones (conductas repetitivas realizadas para atenuar el malestar causado por las obsesiones), que afectan la calidad de vida de la persona. A su vez, el TOC es heterogéneo en su presentación clínica, por lo que sus síntomas se dividen en cinco dimensiones: contaminación, provocar daño, pensamientos inaceptables, simetría/orden, acumulación. Existen dos modelos teóricos dentro de la psicología cognitivo conductual que intentan explicar el TOC: el modelo del condicionamiento, que postula que las obsesiones se adquieren por condicionamiento clásico y se mantienen por condicionamiento operante mediante compulsiones que alivian el malestar; y el modelo cognitivo conductual, que añade que las creencias disfuncionales tienen un rol importante en la etiología de la patología.. Respecto a los tratamientos, los de primera línea son la terapia cognitivo conductual con exposición y prevención de respuesta, y el uso de fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Otros tratamientos que se encuentran siendo investigados son las terapias de tercera generación, el fármaco clomipramina y técnicas basadas en la neuromodulación y neurocirugía. En este contexto, el análisis teórico-clínico realizado en este trabajo pretende contribuir a una mejor comprensión del TOC, y actuar como insumo de futuras investigaciones sobre los tratamientos de esta patología.

**Palabras clave:** trastorno obsesivo compulsivo, psicología cognitivo conductual, modelos teóricos.

## **Abstract**

The objective of this final thesis is to describe, analyze, and systematize the information gathered on obsessive-compulsive disorder (OCD) from the perspective of cognitive behavioral psychology. OCD is a highly prevalent condition characterized by obsessions (intrusive and persistent thoughts) and compulsions (repetitive behaviors performed to reduce the distress caused by the obsessions), which impact the individual's quality of life. Additionally, OCD presents heterogeneously in its clinical manifestation, with symptoms divided into five dimensions: contamination, harm, unacceptable thoughts, symmetry/order, and hoarding. There are two theoretical models within cognitive behavioral psychology that attempt to explain OCD: the conditioning model, which proposes that obsessions are acquired through classical conditioning and maintained through operant conditioning via compulsions that relieve anxiety; and the cognitive behavioral model, which adds that dysfunctional beliefs play an important role in the pathology's etiology. Regarding treatments, the first-line options are cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention, and the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Other treatments under investigation include third-generation therapies, the drug clomipramine, and techniques based on neuromodulation and neurosurgery. In this context, the theoretical and clinical analysis conducted in this work aims to contribute to a better understanding of OCD and to serve as input for future research on the treatments of this disorder.

**Keywords:** obsessive compulsive disorder, cognitive behavioral psychology, theoretical models.

## **Introducción general a este TFG**

En el presente trabajo, se realiza una descripción y caracterización del trastorno obsesivo compulsivo desde la sintomatología y su agrupación por dimensiones, hasta aspectos que conciernen la calidad de vida de los sujetos con esta patología, las comorbilidades más comunes y las distintas explicaciones que existen respecto a su etiología. Luego, se propone un recorrido por los distintos modelos teóricos elaborados desde la psicología cognitivo conductual, cuyos fines consisten en explicar cómo surge y se mantiene ese trastorno, en especial sus dos componentes característicos: las compulsiones y obsesiones. En ese sentido, lo que plantean los modelos teóricos contemporáneos es que los pensamientos distorsionados y las creencias disfuncionales tienen cierta incidencia en la etiología de la patología. Por lo tanto, se realiza un análisis de las creencias más básicas y frecuentes en el trastorno obsesivo compulsivo, y su vinculación con los síntomas (obsesiones y compulsiones). Por último, se detallan los tratamientos existentes hasta el momento, abarcando desde los más eficaces hasta los menos eficaces y, en muchos casos, iatrogénicos.

*He sufrido una gran cantidad de catástrofes en mi vida. La mayoría de ellas nunca ocurrieron. - Mark Twain*

## **1. Introducción**

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una afección crónica de gran prevalencia, que resulta altamente incapacitante para la persona. Actualmente, se calcula que a nivel mundial su prevalencia oscila entre el 1,1 y 1,8% (APA, 2014), pero dado que se trata de un trastorno subdiagnosticado, en muchas revisiones se sostienen distintas cifras. Al respecto, Veale y Roberts (2014) argumentan que ciertos factores del entorno, como el estigma, o la vergüenza experimentada por la propia persona, podrían actuar como limitantes a la hora de identificar ciertos síntomas característicos del trastorno, promoviendo que este se mantenga oculto y se retrase su diagnóstico.

### **1.1. Sintomatología**

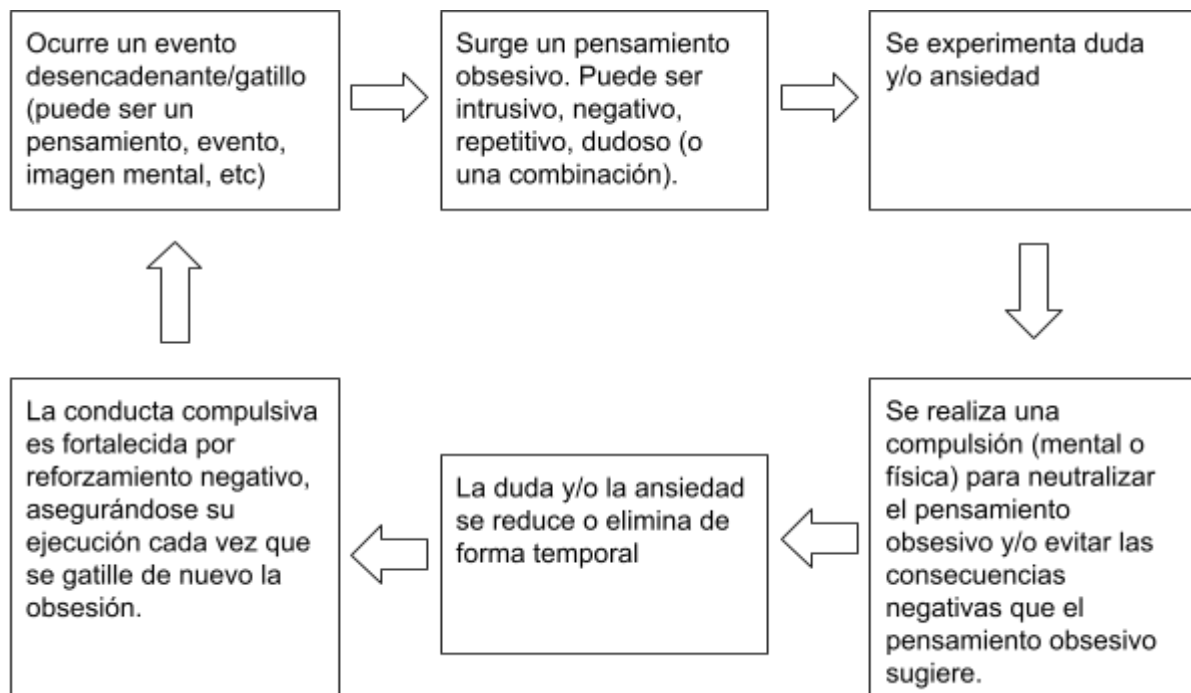
En el TOC se encuentran dos elementos característicos: las obsesiones y las compulsiones. Las primeras son definidas por Belloch (2010a) como "(...) pensamientos o imágenes que invaden la mente o la corriente normal de pensamientos de una persona en contra de su voluntad". Es decir, que el sujeto los experimenta como elementos intrusivos recurrentes y persistentes, que causan un gran malestar. Asimismo, se tornan indeseables porque su surgimiento espontáneo en la conciencia las lleva a aparecer en los momentos menos oportunos (ejemplo: querer proferir insultos mientras se está en un funeral), o son provocadas por estímulos del ambiente (ejemplo: tener pensamientos violentos por ver cuchillos) (Abramowitz, 2017b). A pesar de esto, la gran mayoría de los sujetos caracterizan a sus obsesiones como irracionales y/o excesivas<sup>1</sup>, pero al atentar contra su sistema de valores y creencias, y contar con un componente ansiógeno muy elevado, intentan resistirlas y/o neutralizarlas (Veale y Roberts, 2014).

En ese sentido, en un caso de TOC se recurre a la ejecución de compulsiones. Estas refieren a un conjunto de conductas repetitivas y deliberadas que tienen como fin aliviar el estrés y ansiedad producido por las obsesiones (Belloch, 2010a). Además, para la persona pueden apuntar a prevenir o evitar sucesos temidos que provienen de una obsesión determinada (ejemplo: miedo a que un ser querido se lastime), aunque no se conecten de forma lógica y realista. A diferencia de otros cuadros diagnósticos, en el TOC

---

<sup>1</sup> Si bien la mayoría reconoce ser consciente de que sus obsesiones no van a ocurrir, el DSM 5 aclara que, en algunos casos, las personas son poco conscientes. Además, un 4% de los casos es inconsciente de que sus creencias son totalmente irracionales y poco factibles.

las compulsiones duran más de una hora diaria, por lo que causan un malestar significativo y deterioro en la vida del sujeto (APA, 2014).



Un típico ciclo obsesivo-compulsivo. Cuadro traducido y adaptado de Penzel (2017).

### 1.1.1. Dimensiones de los síntomas

El trastorno obsesivo compulsivo es una entidad heterogénea y, por tanto, el consenso actual es que existen distintas dimensiones según la sintomatología presentada. Las mismas engloban a las obsesiones con su correspondientes compulsiones. Así, Stein et al. (2020) exponen que habría cinco dimensiones:

- Síntomas de contaminación: dentro de ellos, se encuentran preocupaciones por contraer enfermedades, miedo hacia los gérmenes y/o la suciedad. La compulsión más común es la limpieza excesiva.
- Síntomas de hacer daño: incluyen creencias sobre hacer daño a otras personas o a uno mismo. Para poder afrontar este malestar, las personas suelen asegurarse de forma constante que están a salvo (ejemplo: verificar/chequear varias veces haber apagado las hornallas de la cocina).
- Síntomas inaceptables o tabú: engloba a aquellas ideas que tienen que ver con pensamientos intrusivos agresivos, sexuales o religiosos. Cuando las personas

tienen estos pensamientos que consideran moralmente incorrectos, ejecutan compulsiones más del tipo mental, como por ejemplo realizar rituales mentales o rezar.

- Síntomas de simetría y/o orden: aquí, los sujetos tienen una sensación incómoda de que las cosas están desorganizadas, fuera de su sitio, o incompletas. Por tanto, compulsiones comunes a estas obsesiones incluyen el reordenar las cosas todo el tiempo hasta que la persona considera que están perfectas, contar hasta cierto número mientras se realizan ciertas acciones en el día a día (ejemplo: contar las baldosas que se pisan al caminar por la calle), etc.
- Síntomas de acumulación: si bien el DSM-5 ubica al trastorno por acumulación separado del TOC, en algunos casos de este último trastorno hay síntomas donde la persona tiene dificultades para desechar ciertos objetos tendiendo a acumularlos (ejemplo: creer que si deshace de un objeto, alguien puede salir lastimado) (APA, 2014; Geddes et al., 2020).

No obstante, es relevante aclarar que, si bien existe un consenso respecto a las dimensiones del TOC, las categorías no son estrictamente “puras” en cuanto a lo sintomatológico. Es decir, que el hecho de que el TOC esté separado en subtipos no implica que cada uno de ellos sea homogéneo. Por ejemplo, una persona clasificada en el subtipo de TOC referido a la contaminación (con conductas compulsivas de higiene), también puede presentar conductas propias de otro subtipo, como el de daño (ejemplo: conductas de verificación) (Taylor, 2011).

## **1.2. Aspectos demográficos**

De acuerdo al DSM V, la edad media de comienzo del TOC se ubica en los 19,5 años, con la particularidad de que un 25% de los casos inician a los 14 años. Esto es importante pues, algunos autores argumentan que como el TOC tiene distintas formas de manifestación, cabría la posibilidad de que factores como la edad y la sintomatología expliquen la existencia de varios subtipos del TOC. Al respecto, Taylor (2011) expone –en mayor profundidad– que habría un punto de corte entre casos de TOC de inicio temprano (*early onset*, en inglés) e inicio tardío (*late onset*, en inglés), que se ubicaría a los 21 años. De acuerdo al autor, los casos de TOC de inicio temprano (o sea, que comienzan antes de los 21 años), tienen un peor pronóstico: se los asocia con una mayor severidad global y con una alta prevalencia de muchos tipos de síntomas obsesivo-compulsivos, y también son probables de resultar comórbidos con otros trastornos como trastornos de tic y trastornos de personalidad. En la misma línea, en un estudio anterior de Pinto et al. (2006), ya se había



confirmado la alta probabilidad de que las personas con TOC de inicio temprano presenten una mayor severidad sintomática, con una tendencia a la cronificación de la patología y a obtener menos resultados positivos y eficaces en un tratamiento.

Por otra parte, y de acuerdo a una revisión llevada a cabo por Mathes et al. (2019), el género de la persona influye en cómo se manifiesta el trastorno obsesivo compulsivo, además de diferir en la edad de inicio. Es así que, en adultos, suelen existir más casos de mujeres con TOC que en hombres. Sin embargo, la proporción se revierte cuando se habla de edad de inicio, siendo los varones quienes tienen una edad de comienzo más temprana que las mujeres. Asimismo, en muestras de adultos, las mujeres suelen presentar creencias relacionadas a la contaminación, exhibiendo compulsiones de limpieza excesiva (Bogetto et al., 1999), y, además, obsesiones agresivas referidas a la posibilidad de hacer daño a un tercero (Bogetto et al., 1999; Mathes et al., 2019). En el caso de los hombres, los síntomas más comunes suelen ser la presencia de pensamientos intrusivos blasfemos, generalmente relacionados a tópicos morales como la sexualidad (Benatti et al., 2022; Mathes et al., 2019) y, a su vez, manifiestan síntomas relativos a la dimensión de la simetría y buscar la exactitud (Bogetto et al., 1999; Lochner y Stein, 2001).

### **1.3. Etiología**

Las causas por las cuales se produce el trastorno obsesivo compulsivo son complejas y controversiales en la comunidad científica, dada la numerosidad de opiniones. Esto puede deberse a la heterogeneidad del trastorno, y a sus distintas clasificaciones basadas en las comorbilidades, edad de inicio, y presentación de los síntomas. No obstante, parece haber evidencia sólida del papel de la genética en lo que respecta a la transmisión entre familias, así como la concepción de que el TOC es una patología estructurada en redes y circuitos cerebrales (Brock et al., 2024).

#### **1.3.1. Circuitos cerebrales**

En primer lugar, se ha teorizado sobre el papel que tiene el cerebro en el desarrollo del TOC y, de forma más específica, se ha estudiado el rol que tienen los circuitos cortico-estriado-tálamo-corticales (CSTC, *cortico-striato-thalamo-cortical*, en inglés). Estos circuitos están implicados en funciones cognitivas y conductuales, como la motivación, la toma de decisiones y la adquisición de hábitos (Stein et al., 2020). En el caso del TOC, se ha observado un desequilibrio en la actividad de los CSTC, lo que podría contribuir a la persistencia de pensamientos y comportamientos repetitivos. Asimismo, estos circuitos presentan dos caminos opuestos en la actividad cerebral: un camino directo, el cual

aumenta la actividad de la corteza, y un camino indirecto, que la disminuye. Aparentemente, un desequilibrio entre ambos caminos, como una hiperactividad en los circuitos, podría relacionarse con la inhabilidad para detener ciertos pensamientos repetitivos y obsesivos característicos en el TOC (Jalal et al., 2022).

### 1.3.2. Factores ambientales

En otro orden, se ha teorizado que los factores ambientales, como complicaciones perinatales, problemas socioeconómicos o experiencias traumáticas a lo largo de la vida, actúan como un factor de riesgo y podrían impulsar el desarrollo de un TOC (Stein et al., 2020). Sin embargo, otros autores apuntan que, hasta el momento, los estudios realizados sobre los efectos de las experiencias de vida son limitados, tanto en cantidad como en calidad metodológica (Adams et al., 2018; Brander et al., 2015; Grisham et al., 2008). Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones con poblaciones más grandes y de carácter longitudinal, para evitar la intromisión de sesgos y promover la búsqueda de potenciales factores ambientales que incidan en el inicio y/o mantenimiento del trastorno obsesivo compulsivo.

### 1.3.3. Genética y heredabilidad

Se ha comprobado que el trastorno obsesivo compulsivo se transmite entre familias ya que, en numerosos estudios, se ha observado que muchos pacientes con TOC tenían familiares con dicho diagnóstico. A su vez, la tasa es significativamente mayor en familiares de primer grado cuando la edad de inicio del trastorno se ubica en la infancia, o sea, antes de los 12 años. Es importante destacar que, si bien es transmisible entre familias, esto puede deberse a componentes genéticos o a compartir un mismo ambiente (Pauls et al., 2014).

De todas formas, se ha visto que la variabilidad de los síntomas en el TOC se debe en parte a la genética. En mayor profundidad, Taylor et al. (2010a) explican que la severidad, los tipos de síntomas que se presentan, así como la frecuencia de aparición de los mismos, son determinados en un 50% por el aspecto genético, y en otro 50% por factores ambientales. No obstante, en un metanálisis reportado por Pauls et al. (2014), que incluyó 37 muestras de gemelos con un total de 24.161 pares, se halló que solo 40% de la variación en los comportamientos obsesivo-compulsivos se puede atribuir a factores genéticos, mientras que un 51% de la variación se debe a factores ambientales no compartidos (es decir, factores únicos para cada gemelo). Otra conclusión extraída de ese estudio es que los factores ambientales compartidos (como el entorno familiar) no incidían

en la variación observada en las conductas obsesivo-compulsivas, lo que se condice con lo expuesto en el apartado de “factores ambientales”.

#### 1.3.4. Lesiones neurológicas

Por otra parte, Stein et al. (2020) relatan que se ha observado el desarrollo de síntomas obsesivo-compulsivos en personas que han sufrido ciertas lesiones neurológicas como la encefalitis letárgica, y aquellas que involucran a los ganglios basales como la corea de Sydenham. Además, exponen que una lesión a nivel frontal también podría desencadenar el desarrollo de un TOC. Por último, los autores destacan un área de investigación bastante reciente que refiere al estudio del vínculo entre infecciones por estreptococo y el TOC, especialmente en los llamados trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con el estreptococo.

### 1.4. Comorbilidades

En diagnósticos de salud mental, es frecuente que dos trastornos ocurran en simultáneo, algo a lo que se denomina comorbilidad. Por ejemplo, el caso más común es el de la ansiedad y la depresión, donde actualmente el consenso es que se tratan de dos enfermedades comórbidas cuya co-ocurrencia es pasible de afectar negativamente los resultados de un tratamiento (Pollack, 2005).

En el caso del TOC, las comorbilidades son la regla más que la excepción, pues entre un 60% y un 90% de los casos diagnosticados cuenta con la presencia de otra patología (Torres et al., 2017). De acuerdo al DSM-5, un 76% de los adultos diagnosticados con TOC tienen otro trastorno de ansiedad (por ejemplo: ansiedad generalizada, de pánico, fobia específica, ansiedad social), un 63% es diagnosticado con algún trastorno afectivo (como bipolaridad o depresión, siendo el trastorno por depresión mayor el más común), y hasta un 30% presenta algún trastorno de tics (una afección caracterizada por la presencia de movimientos rápidos y súbitos, como el síndrome de Tourette). En menor medida, el manual diagnóstico menciona comorbilidad del TOC en individuos diagnosticados con esquizofrenia, trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, trastorno dismórfico corporal, entre otros cuadros (APA, 2014).

En razón de esta amplitud diagnóstica, ciertos autores han propuesto una subclasificación del TOC basado en sus comorbilidades, donde el mismo estaría dividido en tres clases (Pallanti et al., 2011). En primer lugar, se encontraría un TOC simple, donde el trastorno comórbido más frecuente sería el trastorno depresivo mayor; la segunda clase

refiere a un TOC relacionado con tics, en la cual estos movimientos musculares repetitivos e involuntarios son comunes; y, por último, estaría el TOC en conjunto con síndromes afectivos, donde el trastorno de pánico estaría muy presente.

Por otro lado, se ha teorizado respecto al impacto que tienen ciertas comorbilidades en la ideación suicida de los sujetos con trastorno obsesivo compulsivo. Es así que en una revisión sistemática se vio que, aquellas personas con comorbilidades, solían presentar tasas elevadas de suicidabilidad, que incluye pensamientos e intentos suicidas pero no suicidios consumados. Para eso, Angelakis et al. (2015) compararon las cifras reportadas por varios de estos artículos, realizados en distintos países del mundo con factores contextuales y culturales diversos, y llegaron a la conclusión de que la incidencia de la suicidabilidad en el TOC es mayor que la esperada en la población general.

### **1.5. Calidad de vida**

En el trastorno obsesivo compulsivo, las compulsiones ejecutadas para aliviar el malestar causado por las obsesiones consumen mucho tiempo y deterioran varias esferas de la vida de la persona, como las relaciones sociales, las habilidades físicas y el mundo del trabajo (Subramaniam et al., 2013). En la misma línea, Macy et al. (2013) argumentan que la calidad de vida en el TOC está significativamente deteriorada en comparación con la calidad de vida en la población general y en pacientes con otros trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia.

Una de las áreas que contribuye a la calidad de vida de un sujeto, y que en el trastorno obsesivo compulsivo se ve afectada, es la esfera laboral. Por ejemplo, una persona que se obsesiona con la posibilidad de cometer errores en el trabajo y terminar despedido, podría pasarse horas revisando una tarea que se encuentra haciendo y no terminarla nunca o demorar más de lo que debería, por considerar que podría haber pasado por alto algún error. De acuerdo a García Soriano et al. (2014), un 74,50% de los pacientes con TOC presentan interferencias en sus empleos y un 59,40% reportan obstáculos para involucrarse en actividades sociales. De ese modo, las dificultades en el mundo del trabajo abarcan desde la pérdida del mismo, reducción a jornadas de medio tiempo, tener que ausentarse constantemente de su puesto de trabajo, hasta tener que ocupar roles que no están relacionados con su formación profesional (Markarian et al., 2009; Jacoby et al., 2014; Senter et al., 2021). Pero también, muchas personas presentan barreras para poder obtener un trabajo en primer lugar. Es así que, en un estudio de Mancebo et al. (2008) estudiaron la discapacidad ocupacional en una muestra de 238 personas con TOC, y hallaron que un 38% no podía trabajar producto de su patología y, de esa cifra, la mitad recibía ayudas

económicas por discapacidad. Respecto a la esfera de la educación, en un estudio de Pérez-Vigil et al. (2018) con una cohorte de 2.115.554 individuos, con 15.120 casos de TOC entre ellos, se descubrió que las personas con TOC presentaban muchas dificultades al momento de tener clases obligatorias y clases extra en la escuela. Por tanto, se concluye que el TOC, especialmente de inicio temprano, se asocia con una disminución profunda del nivel educativo, que abarca desde la escuela obligatoria hasta la educación de posgrado (Pérez-Vigil et al., 2018).

Por otra parte, las personas con TOC tienen riesgo de padecer ideaciones suicidas e intentar cometer un acto suicida (Fernández de la Cruz et al., 2017). Según un metanálisis realizado por Pellegrini et al. (2020), una de cada diez personas con TOC intenta suicidarse a lo largo de su vida, mientras que la mitad de los casos con TOC presenta ideaciones suicidas en algún momento. Similarmente, se observó que los intentos de suicidio eran mayores en personas con obsesiones más graves, compulsiones más leves, trastornos por consumo de sustancias comórbidos y una mayor severidad en los síntomas depresivos. En consecuencia, también se veía afectada la ideación suicida por estos factores descritos. Particularmente, la ideación suicida se asocia a peores desempeños en áreas como la social, laboral, y escolar. Además, está asociada a mayores tasas de desempleo, trastornos por consumo de alcohol a lo largo de la vida, trastornos de la personalidad y antecedentes familiares de suicidio consumado.

En líneas similares, las personas con TOC presentan un riesgo de mortalidad significativo (Meier et al., 2016), que aumenta aún más en presencia de otros trastornos comórbidos, como los trastornos de ansiedad o por abuso de sustancias. Respecto a las causas de muerte, en una investigación de Fernández de la Cruz y colaboradores (2024) compararon una muestra de personas con TOC y una muestra de personas no afectadas por la patología. Allí, encontraron que los sujetos con TOC tienen un mayor riesgo de muerte por enfermedades respiratorias, mentales, metabólicas y del sistema circulatorio, entre otras. Asimismo, la cifra por muertes por accidentes también son significativamente más altas (Fernández de la Cruz et al., 2024).

En suma, si bien las investigaciones arrojan resultados mixtos respecto a qué factores inciden en los déficit en la calidad de vida, parece haber cierto consenso respecto a que son la severidad de las obsesiones, la presencia de un trastorno depresivo mayor y ciertas dimensiones sintomáticas específicas (como la dimensión de la simetría y el orden), los elementos que tienen mayor impacto (Boisseau et al., 2017; Subramaniam et al., 2013).

## **2. Modelos teóricos desde la psicología cognitivo conductual**

Pero, para poder comprender en mayor profundidad el trastorno obsesivo compulsivo, es necesario posicionarse desde una perspectiva teórica para comprender la naturaleza de la patología. De modo que, un modelo teórico brinda un marco para describir y predecir un cuadro clínico y, al mismo tiempo, permite investigar abordajes terapéuticos adecuados que tengan en cuenta la heterogeneidad y complejidad del trastorno. En ese sentido, en este capítulo se exploran los principales modelos dentro de la psicología cognitivo conductual, realizando un recorrido histórico desde las perspectivas conductistas, hasta la integración de la teoría cognitiva.

De acuerdo a Abramowitz (2017), un buen modelo teórico de trastorno obsesivo compulsivo debe contar con ciertas características. En primer lugar, debe otorgar una descripción clara del trastorno, donde explique los procesos y elementos que los constituye de forma coherente y precisa. Esto es, debe poder explicar qué son las obsesiones y las compulsiones, cómo se vinculan entre sí, cuál es su origen, cómo evolucionan en el tiempo y a qué se debe la heterogeneidad en los síntomas. Por tanto, también debe poder permitir realizar predicciones según la presentación del cuadro clínico. Por último, debe presentar una aplicabilidad práctica en términos de tratamiento. En ese sentido, es menester que presente una comprensión que ayude a los investigadores a evaluar distintas herramientas terapéuticas, su efectividad y sus resultados a lo largo del tiempo en distintos tipos de pacientes, así como auxiliar en la búsqueda de nuevos modelos terapéuticos más efectivos en aquellas personas que presentan resistencia a los tratamientos actuales.

Actualmente, los modelos más utilizados son los cognitivo comportamentales, con aportes del conductismo, la teoría cognitiva y, más recientemente, de modelos contextuales y/o de tercera generación. Sin embargo, los primeros desarrollos dentro de este campo han sido desde el conductismo, más precisamente desde los modelos de condicionamiento.

### **2.1. Modelos de condicionamiento**

Los modelos teóricos tempranos surgieron a partir de la teoría bifactorial de Mowrer, un modelo explicativo de las causas de las fobias. El mismo postula que el miedo patológico se adquiere por condicionamiento clásico, y se mantiene por operante. De ese modo, en el trastorno obsesivo compulsivo, el miedo obsesivo a un elemento se adquiere producto de la asociación del miedo con una experiencia traumática donde dicho elemento o lugar fue partícipe (Taylor et al., 2007). Por ejemplo, una persona que tiene un miedo obsesivo a

contraer una enfermedad grave por sentarse en un inodoro, puede haber tenido una experiencia traumática donde alguien de su familia se enfermó (estímulo incondicionado) tras haberse sentado en un inodoro público. Para poder aliviar esta ansiedad, el sujeto con esta obsesión podría evitar sentarse en los inodoros, o realizar una limpieza meticulosa cada vez que deba hacer uso de uno. O sea, la persona recurre a la evitación o a las compulsiones. No obstante, al emitir esas conductas, evita una extinción natural del miedo y dichas compulsiones se ven reforzadas tras un alivio temporario al malestar de la persona.

La teoría del condicionamiento sentó las bases de la terapia que, hasta el día de hoy, es la más utilizada en el tratamiento del TOC: la terapia de exposición y prevención de respuesta (Kalanthoff y Wheaton, 2022). La misma surgió en los años 60, y fue reportada por primera vez por el psicólogo británico Victor Meyer con sus estudios de caso, en donde describió cómo exponía a sus consultantes con TOC a estímulos que les causaban ansiedad, pero les impedía realizar compulsiones para aliviar el malestar (Rowa et al., 2007). Sin embargo, popularmente se le da crédito a Dollard y Miller por haber sido de los primeros investigadores en psicología experimental en intentar explicar el mantenimiento del TOC (Kalanthoff y Wheaton, 2022). En 1950, los autores postulaban en su libro “Personalidad y Psicoterapia: análisis orientativo en términos de aprendizaje, pensamiento y cultura”:

Los síntomas no resuelven el conflicto básico en el que la persona neurótica está inmersa, pero lo mitigan. (...) Cuando un síntoma exitoso ocurre, se refuerza porque reduce el sufrimiento neurótico. Así, el síntoma se aprende como un hábito. Una función muy común de los síntomas es mantener a la persona neurótica alejada de aquellos estímulos que activarían e intensificarían su conflicto neurótico. Así, el piloto de combate que ha experimentado un desastre militar angustiante puede ‘alejarse’ al ver cualquier avión. A medida que se acerca al avión, su ansiedad aumenta; cuando se aleja, disminuye. De este modo, se refuerza el ‘alejamiento’.

(Dollard y Miller, 1950, p. 16).

A pesar de estos desarrollos, las obsesiones se presentaban como un desafío para los psicólogos conductuales dada su naturaleza privada, a diferencia de las compulsiones que sí eran visibles para el observador (Rachman, 1971). En efecto, una de las críticas que se le realiza a este enfoque es que no puede describir el surgimiento, el mantenimiento y el contenido de estas obsesiones (Taylor et al., 2007). Asimismo, también falla en explicar por qué gran parte de los pacientes tiene cierto nivel de *insight* sobre la

racionalidad y/o coherencia de sus obsesiones y compulsiones, nivel que puede fluctuar en el tiempo y de acuerdo a las circunstancias. Por otro lado, otro señalamiento que se le hace a este modelo, es que no son estrictamente necesarias las experiencias traumáticas condicionadas para que se desarrollen obsesiones (Abramowitz y Jacoby, 2015).

En este contexto, ciertos científicos más afines a la teoría cognitiva dan cuenta de estas falencias en el modelo de condicionamiento y surgen nuevos planteamientos respecto a la naturaleza de las obsesiones y compulsiones en el TOC.

## **2.2. Modelos cognitivo-conductuales**

Actualmente, los enfoques teóricos de referencia combinan aspectos conductuales provenientes de las primeras teorías basadas en el condicionamiento, pero también incluyen características basadas en la cognición de los sujetos. De acuerdo a Taylor et al. (2007), los modelos cognitivo conductuales sobre trastorno obsesivo compulsivo pueden dividirse entre aquellos que sostienen que el trastorno es causado por disfunciones en el procesamiento cognitivo (los llamados modelos de déficit), y los que postulan que las causas de las obsesiones y compulsiones se hallan en las creencias distorsionadas y las valoraciones que tiene la persona sobre las mismas (modelos de creencias y valoraciones).

Desde el enfoque deficitario, se sugiere que el TOC ocurriría producto de disfunciones en el procesamiento general de la información. Al respecto, los teóricos que lo sostienen apuntan que las personas con TOC presentan anomalías al realizar tareas que involucran el razonamiento inductivo, las funciones ejecutivas, el aprendizaje y la memoria, así como una carencia de la capacidad para inhibir respuestas (Harsányi et al., 2014). Sin embargo, aunque cabe la posibilidad de su existencia, tener un procesamiento de la información disfuncional solo es un factor de vulnerabilidad que podría tener un rol (o no) en la causalidad de las obsesiones y compulsiones (Abramovitch y Abramowitz, 2014; Taylor et al., 2007). Además, estos paradigmas presentan muchas limitaciones. Por ejemplo, no tienen en cuenta la heterogeneidad en los síntomas (Taylor et al., 2007).

Es por eso que los modelos con mayor respaldo en la actualidad, como los de Rachman y Salkovskis, se fundamentan en las creencias de las personas y se desarrollan a partir de los principios propuestos por Beck en su teoría cognitiva.



### 2.2.1. Los aportes de Salkovskis y de Rachman

Con la teoría cognitiva de Beck establecida como marco para entender patologías como la ansiedad y la depresión, se instauró la idea de que el modo en el que pensamos sobre ciertos eventos influye más en nuestro estado de ánimo que los eventos en sí mismos. Como consecuencia, surgió la oportunidad de explorar cuadros considerados más complejos como el trastorno obsesivo compulsivo. De hecho, ya a mediados de los años 70, Aaron Beck teorizaba sobre el contenido de las obsesiones y exclamaba que el mismo tiene que ver con “un riesgo o peligro lejano expresado en forma de duda o amenaza” (Beck, 1976, p. 68). Asimismo, según el autor, las compulsiones representarían un modo de disipar esa duda por medio de la acción.

No obstante, no fue hasta los aportes de Paul Salkovskis y Stanley Rachman que se propuso la posibilidad de que los pensamientos intrusivos (u obsesiones normales) no fueran exclusivos de poblaciones clínicas. En efecto, a fines de los años 70, se comenzó a sostener que las intrusiones cognitivas estaban presentes en el 90% de la población (Rachman y de Silva, 1978, citado en Salkovskis, 1999). Sin embargo, las obsesiones clínicas se distinguían de los pensamientos intrusivos normales por contar con la presencia de un estrés subjetivo, que causa un malestar exacerbado en la persona. A su vez, Rachman (1971), comparaba los estímulos fóbicos con las “obsesiones rumiativas”:

(...) las obsesiones rumiativas (los pensamientos en sí mismos) son estímulos nocivos condicionados. Además, en la medida en que causan dolor y/o angustia al paciente, guardan cierto parecido con los estímulos fóbicos más familiares. Al igual que los estímulos fóbicos nocivos, estos pensamientos desagradables también hacen que los pacientes adopten conductas de evitación. (...) Al igual que los estímulos fóbicos nocivos, la aparición de estos pensamientos rumiativos va acompañada casi con toda seguridad de alteraciones psicofisiológicas comparables (Rachman, 1971, p. 231).

Además, en concordancia con su comparación en su presentación clínica, el autor sostenía que, al igual que los pacientes fóbicos, los pacientes obsesivos debían aprender a tolerar los pensamientos intrusivos y a comportarse de forma natural (o sea, no emitir rituales y/o compulsiones), a pesar de la presencia de pensamientos desagradables.

De todas formas, afirma que existen dos factores que pueden incidir en la incapacidad del sujeto para habituarse a las obsesiones: el nivel de *arousal* (activación) de la persona es muy alto, o el estímulo que suscita las ideas obsesivas es muy intenso. Bajo ese concepto, Rachman va a sugerir que, para poder superar esa incapacidad, se le puede

presentar al paciente el estímulo nocivo de forma atenuada en condiciones que favorezcan la habituación o que mejoren el estado de ánimo.

En otro orden, Rachman publica en 1997 su obra “Una teoría cognitiva de las obsesiones” (*A Cognitive Theory of Obsessions*, en inglés), donde reconoce que su aporte anterior en la comprensión de las obsesiones era incompleto, puesto que estaba planteado desde una mirada mayormente conductual, propia de uno de los paradigmas predominantes de la época. En esta ocasión, se centró en desarrollar la idea de que las obsesiones surgen a partir de “interpretaciones catastróficas” de los pensamientos intrusivos. Esto surgió bajo la influencia de las ideas de Paul Salkovskis, un psicólogo británico que en 1985 publicó un artículo titulado “Problemas obsesivo-compulsivos: un análisis cognitivo conductual” (*Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis*, en inglés). A partir de esta obra, Salkovskis introdujo el componente cognitivo en el estudio de la etiología de las obsesiones, por medio de una combinación de elementos de la teoría de Beck y la teoría desarrollada por Stanley Rachman en 1971. En otras palabras, lo que Salkovskis realiza es una conceptualización cognitiva de los procesos involucrados en el TOC, dejando en claro tres premisas: los pensamientos intrusivos son normales en todas las personas, existe una relación entre los estados de ánimo depresivos y el empeoramiento clínico de las obsesiones, y, por último, el desarrollo de técnicas cognitivas para el tratamiento del TOC podría mejorar los tratamientos conductuales (Salkovskis, 1985).

Para el autor británico, la teoría de Beck es útil en el sentido de que propone una relación entre las obsesiones y los pensamientos automáticos negativos, donde las primeras podrían actuar como un estímulo para desencadenar los segundos. Sobre esto, él sostiene que lo que marca la diferencia entre ambos es el carácter intrusivo, la accesibilidad inmediata a la conciencia y el grado en el que se consideran coherentes con el sistema de creencias de la persona. Así, las obsesiones se presentarían como elementos irracionales, inaceptables e inverosímiles y, contrariamente a los pensamientos automáticos —que son una expresión de las creencias del sujeto—, las obsesiones son contrarias al sistema de creencias de la persona (Salkovskis, 1999). Por otra parte, afirma que lo que separa las obsesiones de los pensamientos intrusivos normales es el grado de sufrimiento que causa en el sujeto. Si bien todas las personas experimentamos en algún momento un pensamiento intrusivo, no todos padecemos un nivel de estrés relevante por ello. En ese sentido, y tomando la teoría cognitiva, el autor inglés enfatiza que el pensamiento intrusivo deviene en obsesión cuando se lo evalúa de forma negativa, producto de un choque con las creencias personales de uno mismo. Es decir, que para que los pensamientos perturben el estado de ánimo del sujeto, estos deben contener algo de significancia para él e interpretarlos de

forma negativa. Por ejemplo, si uno tuviera un pensamiento intrusivo de lastimar a un hijo, probablemente diría que es algo perturbador, pero lo descartaría y no le brindaría mayor importancia. Por el contrario, si la persona tiene la creencia de que el hecho de pensar eso es tan malo como hacerlo, y también es evidencia de que es algo que podría llegar a pasar, sentiría una gran carga de angustia y culpa, llevándola a obsesionarse con esa idea.

En añadidura, Salkovskis (1999) introduce los componentes de la responsabilidad y la culpa a la ecuación, diciendo que el patrón obsesivo surge cuando el individuo interpreta que tiene responsabilidad de prevenir esa intrusión. Como resultado, la persona se ve empujada a intentar suprimir las intrusiones y prevenir cualquier daño o consecuencia derivada de las mismas, por medio de la emisión de compulsiones. Por último, desde su enfoque, el autor introduce la premisa de que si bien esas conductas compulsivas pueden aliviar el malestar hasta cierto punto, también impiden que la persona aprenda que esas evaluaciones que hace de sus pensamientos intrusivos son poco realistas (Salkovskis, 1985, 1999).

Por otra parte, aunque el modelo de Salkovskis perdure hasta el día de hoy, los modelos cognitivo conductuales contemporáneos van más allá de la responsabilidad, y señalan que existen otras creencias disfuncionales importantes en el TOC que juegan un papel relevante en su etiología (Taylor, 2002). De hecho, las creencias distorsionadas no solo enriquecen la comprensión de los mecanismos del TOC, sino que también subrayan la necesidad de un análisis más profundo sobre su impacto en la experiencia de la persona. Por ejemplo, estas creencias pueden influir en la eficacia de los tratamientos utilizados.

### 3. Las creencias disfuncionales

De acuerdo a los modelos cognitivo conductuales, las creencias disfuncionales explican cómo se origina y se mantiene el trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, dicho fenómeno no sería exclusivo de esta patología. En efecto, con la formulación de su teoría cognitiva, Aaron Beck propuso que los pensamientos distorsionados eran la base de la mayoría de los trastornos psicológicos (Beck, 1963). En mayor profundidad, argumentaba que los problemas psicológicos eran “(...) el resultado de procesos como un aprendizaje defectuoso, hacer inferencias incorrectas basándose en información errónea, y no distinguir adecuadamente entre la imaginación y la realidad” (Beck, 1976, p. 19). En ese sentido, las distorsiones en el procesamiento de la información explican el sistema de creencias de una persona y, en consecuencia, las suposiciones que hace respecto a ciertos eventos. Mientras que las creencias serían afirmaciones rígidas sobre uno mismo y sobre el mundo (por ejemplo: “soy un fracaso”), las suposiciones se expresan por medio de expresiones condicionales como “si [algo], entonces [algo]” (por ejemplo: “si me trabo durante la presentación, entonces todos van a pensar que soy un fracasado”). A su vez, tanto las creencias como las suposiciones son representaciones estables de una estructura cognitiva denominada esquema, que se caracteriza por ser más rígido e inflexible y cuyo contenido varía de acuerdo a la patología mental. En el caso de los esquemas de ansiedad <sup>2</sup>, el contenido de las suposiciones y creencias refiere a peligros y amenazas hacia uno mismo, y a la incapacidad de lidiar con ellos (Wells, 1997).

Bajo estos supuestos, los modelos contemporáneos basados en la teoría cognitivo conductual le otorgan un papel predominante a las creencias disfuncionales y/o distorsionadas en el desarrollo y mantenimiento del TOC (Clark, 2002; OCCWG, 1997; Taylor, 2002; Taylor et al., 2007). Esto se debe a que, si bien tener intrusiones es algo “normal” (Salkovskis, 1999), en el TOC se les da mayor relevancia que la que le da el común de la población. Esta importancia exagerada es de carácter negativa y, a su vez, se entiende como una amenaza. Como resultado de esa interpretación distorsionada de los pensamientos intrusivos, se instaura una obsesión clínica que causa malestar (Piras et al., 2023). Para aliviar ese estrés causado, la persona busca neutralizar esos pensamientos por medio de la evitación y la realización de rituales (Belloch et al., 2010b).

---

<sup>2</sup> Si bien actualmente el trastorno obsesivo compulsivo se configura como una entidad separada de los trastornos de ansiedad (APA, 2014), esto no fue así hasta la publicación de la quinta edición del DSM. La obra de Wells es anterior a dicha publicación.

Si bien parece haber cierto consenso con el rol que tienen las creencias disfuncionales en el desarrollo del TOC, existen ciertas dudas respecto a si esto se aplica a todos los subtipos de TOC (Belloch et al., 2010a). Es así que, un estudio realizado por Taylor et al. (2006), tuvo dentro de sus objetivos investigar si las creencias disfuncionales eran relevantes para un subtipo de TOC en específico. Allí se identificaron dos grupos entre los pacientes con TOC: por un lado, había un grupo con puntuaciones bajas en creencias disfuncionales (OC-low), cuyos puntajes eran similares a los grupos de control (los cuales se componían de personas con otro trastorno de ansiedad, estudiantes y personas reclutadas de la comunidad). Por otro lado, se encontraba otro grupo que presentaba puntuaciones altas en creencias disfuncionales (OC-high). Entre los resultados, hallaron que el grupo OC-high (en comparación a los grupos control) presentaba puntajes elevados en creencias como la responsabilidad inflada, perfeccionismo, e importancia excesiva a los pensamientos. Mientras que, el grupo OC-low, puntuaba de forma normal en las medidas de creencias disfuncionales y no difería de los grupos control. Por último, tanto el grupo de OC-high como de OC-low, no diferían en la severidad de los síntomas relacionados a la contaminación e higienización (*grooming*) exagerada. Pero, por el contrario, sí presentaban diferencias en las obsesiones sobre hacer(se) daño.

En la misma línea, Calamari et al. (2006), llegan a la misma conclusión acerca de que solo el desarrollo de algunos subtipos de TOC pueden explicarse por la presencia de un estilo de pensamiento distorsionado. Asimismo, agregan que existen otras experiencias que no han sido abordadas con tanto ahínco como lo han sido las creencias disfuncionales, pero que también parecen tener relación con algunos subtipos de TOC. Por ejemplo, mencionan la presencia de estudios realizados hasta el momento que demuestran que, experimentar sensaciones como que “hay algo que está mal” o experiencias como sentirse “incompleto”, podrían estar detrás de la severidad de algunos síntomas (Summerfeldt, 2004, citado en Calamari et al., 2006).

El hecho de que se haya propuesto que las creencias disfuncionales no explican todos los subtipos del TOC, es de suma relevancia para plantear la idea de profundizar aun más la heterogeneidad del trastorno. Pues, sabiendo eso, "el síndrome que actualmente llamamos TOC podría en realidad ser un conjunto de trastornos topográficamente similares, cada uno caracterizado por obsesiones y compulsiones, pero que surgen de mecanismos causales diferentes" (Taylor et al., 2006, p. 92). Esta nueva visión podría explicar el porqué muchas personas con TOC no se benefician de tratamientos de primera línea, ya que si se considera que cada subtipo tiene una etiología diferente, entonces se presupondría que el tratamiento debería modificarse según el subtipo que presente la persona (Sookman et al.,

2005). Consecuentemente, se hace necesario especificar cuáles son las creencias disfuncionales que están presentes en el TOC.

### 3.1. Seis creencias básicas.

En añadidura al establecimiento de la premisa de que las creencias disfuncionales se encuentran detrás de la etiología del trastorno, algunos investigadores sostienen la idea de que hay creencias específicas en los cuadros de TOC, más allá de la distorsión de la responsabilidad excesiva. Tal es el caso del *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (OCCWG), un grupo internacional compuesto por varios investigadores, que desarrolló un modelo teórico más amplio donde le dan un papel preponderante a las creencias disfuncionales en el desarrollo y mantenimiento del TOC. En relación a esto, los investigadores mencionan la presencia de diecinueve dominios de creencias obsesivo compulsivas, las cuales son: sobreestimación de la severidad o probabilidad de peligro, responsabilidad inflada, omisión/comisión, fusión pensamiento-acción, superstición/pensamiento mágico, importancia exagerada dada a los pensamientos, consecuencias de tener pensamientos (coste emocional), control sobre los pensamientos, perfeccionismo, estándares altos sobre la actuación de uno mismo, preocupación por los errores, rigidez (seguir las reglas estrictamente), control sobre las circunstancias de vida, intolerancia a la ansiedad y al discomfort, intolerancia a la incertidumbre y los cambios, dudas y dificultad para la toma de decisiones, habilidades de afrontamiento (p. ej., a la ansiedad), falta de confianza en la memoria y otros sentidos, y sobregeneralización (OCCWG, 1997).

Sin embargo, los miembros del OCCWG más tarde redujeron la lista de dominios de creencias obsesivo-compulsivas a aquellos más comunes y relevantes en el TOC, quedando compuesta de seis creencias básicas (Clark, 2002; OCCWG, 1997):

*Responsabilidad inflada:* este dominio fue desarrollado en primer lugar por Salkovskis (1985, 1999) quien sostenía que, cuando una persona sentía que era responsable por tener un pensamiento intrusivo y por sus consecuencias peligrosas aparejadas, se provocaba una perturbación en el estado de ánimo y una conducta compulsiva. En ese sentido, la diferencia entre un pensamiento intrusivo (que todo el mundo puede experimentar), de una obsesión clínica propia del trastorno obsesivo compulsivo, es la interpretación (*appraisal*) de que uno es responsable si ese pensamiento/idea se vuelve realidad (OCCWG, 1997).

*Sobreestimación de la amenaza:* se caracteriza por exagerar en la probabilidad de que ocurra algo dañino y sobredimensionar la gravedad del daño. En ese sentido, las personas con TOC consideran que las situaciones son peligrosas hasta que se demuestre lo contrario (o sea, que son seguras) (Foa y Kozak, 1986, citado en OCCWG, 1997). Basándose en la propuesta de Rachman (1997) acerca de la catastrofización de los pensamientos intrusivos, Sookman y Pinard (2002) van a plantear que esa interpretación lleva a un aumento en el alcance y la gravedad percibida de los estímulos amenazantes, promoviendo una generalización de la amenaza a otro tipo de estímulos incondicionados. Es decir que, aquellos estímulos que anteriormente eran neutrales, se vuelven significativos y potenciales amenazas (p. ej., objetos punzantes), lo que inevitablemente provoca intrusiones.

*Importancia exagerada de los pensamientos:* algunos investigadores discuten la idea de que la persona cree que, la mera presencia de un pensamiento, es una confirmación de que es importante. Un ejemplo de esto sería creer que “si pienso en esto, significa que quiero que pase; lo que revela mi verdadera naturaleza” (OCCWG, 1997, p. 672). En la misma línea, dentro de este dominio se ubica el concepto “fusión pensamiento-acción” (*Thought action fusion*, TAF, en inglés), donde se piensa a los “(...) pensamientos y acciones como equivalentes respecto de sus consecuencias éticas (vertiente moral), o (...) que la probabilidad de que acontezcan algunas situaciones aumenta si se piensa en ellas (vertiente probabilística)” (Biglieri et al., 2007, p.24).

*Intolerancia a la incertidumbre:* el motivo por el que este es un dominio básico entre las personas con TOC, es porque se ha observado que las mismas tienen dificultades en la toma de decisiones (OCCWG, 1997). Bajo este contexto, los sujetos presentan una necesidad exacerbada de certeza para poder prevenir y controlar ciertos eventos, generalmente amenazantes (Sookman y Pinard, 2002). Por otra parte, Pinciotti et al. (2021) divide a la intolerancia a la incertidumbre en dos: prospectiva, referida a aquellas respuestas cognitivas negativas sobre incertidumbres futuras (p. ej., “no soporto que me tomen por sorpresa”) (p.2), e inhibitoria, que trata sobre la creencia de que al momento de actuar la incertidumbre paraliza.

*Perfeccionismo:* refiere a un conjunto de ideas sobre el deber y la necesidad de ser completamente competente en algo y no cometer errores, algo que sería terrible e intolerable (Frost et al., 2002b). Además de sostener que todo debe realizarse de forma perfecta, McFall y Wallersheim (1979) argumentan que el sujeto está convencido de que, en caso de cometer errores o no alcanzar los estándares de perfección, uno debe recibir una condena y/o castigo. Al respecto, Chik et al. (2007) agregan que los propósitos de este dominio son evitar la crítica y desaprobación del resto, así como prevenir resultados aversivos.

*Necesidad de controlar los pensamientos:* en un intento de revisar la teoría cognitiva de las obsesiones Clark y Purdon (1997) proponen el concepto de metacognición, el cual refiere a un monitoreo mental que realizamos las personas sobre los pensamientos e imágenes que están presentes en nuestra conciencia. Ese monitoreo/control de pensamientos en personas con TOC suele presentarse de forma excesiva, ya sea cuando irrumpe un pensamiento intrusivo, o cuando se cree que el poder controlar ese pensamiento podría evitar un daño y/o catástrofe (OCCWG, 1997). En consecuencia, al existir un control de pensamientos disfuncional la persona comienza a padecer estrés, por lo que intenta suprimir esos pensamientos. Sin embargo, esa supresión intencionada solo provoca que los pensamientos desagradables vuelvan a surgir al momento que detenga este acto de supresión mental, o a medida que vayan mermando sus recursos atencionales (Purdon y Clark, 2002).

### **3.2. ¿Cómo se vinculan las creencias disfuncionales con los síntomas obsesivo-compulsivos?**

Las creencias disfuncionales tienen un efecto directo e indirecto sobre los síntomas obsesivo-compulsivos. En primer lugar, estas seis creencias básicas se vinculan de forma directa con los síntomas descritos según el modelo dimensional: contaminación, hacer daño, pensamientos inaceptables y/o tabú, ideas de simetría u orden y acumulación (Stein et al., 2020). A modo de ejemplo, Frost y Sketee (2002a) vinculan creencias disfuncionales de responsabilidad en pacientes con compulsiones de lavado excesivo; en sujetos con ideas de perfeccionismo, ubican pensamientos y compulsiones relacionadas al orden y la simetría; en personas que le dan una importancia excesiva a sus pensamientos, hallaron que tenían obsesiones respecto a cometer conductas peligrosas o inapropiadas (dañar a otro, blasfemar, involucrarse en actos sexuales personalmente repugnantes); en aquellos casos donde parecía estar la creencia de que es posible y necesario controlar los pensamientos, se presentaban intentos de neutralización o supresión de pensamientos que eran inmorales para la persona; entre otras.

En lo que respecta al vínculo indirecto, refiere a la capacidad de interacción de las creencias disfuncionales entre sí para influir en los síntomas obsesivo-compulsivos. En ese sentido, en un estudio de Taylor et al. (2010b) brindan el ejemplo de una persona con alto grado de responsabilidad personal, donde su creencia podría llevarla a sentir la necesidad de actuar perfectamente y controlar pensamientos indeseados. En mayor profundidad, lo que estos autores buscaron fue analizar la relación entre las creencias y los síntomas obsesivo-compulsivos, a partir de una muestra no clínica de más de cinco mil personas.



Para eso, utilizaron el Cuestionario de Creencias Obsesivas — un instrumento desarrollado por *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, destacado por su confiabilidad y validez—, el cual agrupa las seis creencias básicas en duplas correlacionadas: RA (Responsabilidad - Amenaza), PI (Perfeccionismo - Incertidumbre), ICP (Importancia exagerada de pensamientos - Control de pensamientos). Entre sus resultados, hallaron que las creencias disfuncionales explican casi un cuarto de la varianza (23%) de los síntomas obsesivos compulsivos. Es decir, que solo un 23% de la variabilidad sintomática observada se debe a las creencias disfuncionales, pudiendo existir otras influencias como factores ambientales y genéticos, déficits en la memoria, etc. Pero también, hallaron que la dupla con mayor capacidad de predicción en los síntomas fue la de RA, lo que condice con los aportes de Salkovskis (1999) acerca de la responsabilidad inflada como un componente clave para entender la etiología de las obsesiones. No obstante, en otro estudio realizado por Kim et al. (2016), se halló que la responsabilidad inflada estaba asociada a los casos de TOC con síntomas más leves, mientras que la importancia exagerada a los pensamientos y la necesidad de controlarlos se encontraron a lo largo de todos los niveles de severidad de síntomas, con un énfasis en casos graves.

Por otro lado, Taylor et al. (2010b) expresan que ciertos hallazgos eran esperables de acuerdo a la literatura previa, como por ejemplo, que las personas que puntúan alto en ICP son más probables de convertir un pensamiento intrusivo en una obsesión, del que luego se querrán deshacer por medio de rituales cognitivos como la neutralización. Además, puntuaciones altas en ICP predecían compulsiones de lavado, como una forma de eliminar cualquier pensamiento no deseado relacionado con la culpa. En el caso de la dupla PI, se obtuvo una asociación con las compulsiones referidas al orden (Taylor et al., 2010b).

#### 4. Tratamientos del trastorno obsesivo compulsivo.

El trastorno obsesivo compulsivo es una patología que causa un gran impacto en la calidad de vida de una persona (Boisseau et al., 2017; Macy et al., 2013), calculándose un grado de afectación similar al de patologías como la esquizofrenia (Bystritsky et al., 2001; Macy et al., 2013; Hirschtritt et al., 2017; Senter et al., 2021). Existen distintos tratamientos para abordar el TOC, no obstante, en algunas personas el tratamiento es incompleto o totalmente ineficaz, o sus efectos son leves y todavía se pueden observar síntomas clínicamente significativos (Pallanti y Quercioli, 2006; Bloch et al., 2013). Uno de los factores que puede explicar la ineficacia del tratamiento en ciertos casos es que la persona tenga una escasa o nula conciencia de su patología, junto con otras variables como una alta intensidad de los síntomas y la presencia de comorbilidades (Manarte et al., 2021). Si bien muchas personas con TOC suelen tener conciencia sobre su trastorno (*insight*), entre el 15% y el 36% de los casos presentan un *insight* limitado o inexistente de su condición (Guillén-Font et al., 2021; de Avila et al., 2019; Catapano et al., 2010).

Por otro lado, se estima que las personas con TOC demoran entre 3 y 17 años en buscar tratamiento, y generalmente lo hacen cuando sus síntomas se han vuelto muy severos y agresivos, o cuando su calidad de vida empeora (García Soriano et al., 2014; Senter et al., 2021). Esto cambia en casos con comorbilidades, ya que aumenta la probabilidad de que la persona busque tratamiento para sus otros síntomas o problemas de salud mental, pero no para los relacionados con el TOC, lo que obtura la posibilidad de establecer un diagnóstico adecuado de este último trastorno (Torres et al., 2007). En relación al hecho de que personas que están en tratamiento no hablen de sus obsesiones y compulsiones, se cree que probablemente se deba al carácter egodistónico de los síntomas, que lleva a ocultarlos de otras personas por considerarlos vergonzosos y contrarios a sus sistemas de ideales y creencias (Abramowitz et al., 2018).

Si bien estos datos podrían parecer desalentadores, lo cierto es que ha habido un gran avance en las posibilidades de tratar el trastorno obsesivo compulsivo. Antes de los años 60, se consideraba que el TOC era una patología inmanejable, ya que el modelo psicoterapéutico psicoanalítico predominante hasta ese momento no había demostrado resultados (Foa, 2010; Ferrando y Selai, 2021). Sin embargo, esta perspectiva cambió

gracias al trabajo de clínicos e investigadores conductuales que probaron —primero en animales, y luego en humanos—, un abordaje distinto a esta patología: la terapia cognitivo conductual con intervenciones de exposición y prevención de respuesta (EPR) (Abramowitz, 2017a).

#### 4.1. Exposición y prevención de respuesta (EPR)

De manera consensuada, las posturas contemporáneas en el estudio del TOC parten de la idea de que las obsesiones y compulsiones están interconectadas: mientras que las obsesiones causan malestar en la persona, las compulsiones surgen para aliviar esas sensaciones desagradables (Taylor et al., 2007). Por lo tanto, ciertos modelos de intervención cognitivo-conductuales hacen hincapié en trabajar sobre esta interconexión como, por ejemplo, el tratamiento basado en la exposición (a las obsesiones) y la prevención de una respuesta (en forma de compulsiones). Como se ha expuesto, esta relación se basa en la teoría bifactorial de Mowrer sostenida por los modelos de condicionamiento. De acuerdo a la misma, el miedo a un estímulo se adquiere (y se generaliza) por condicionamiento clásico y se mantiene por operante, es decir, que ese miedo es reforzado mediante la evitación y la huida de aquellos estímulos que provocan el miedo en primer lugar (Kalanthoff y Wheaton, 2022).

Pero evitar aquello que causa malestar, o realizar conductas (como las compulsiones) que busquen neutralizar el efecto de ese estímulo, solo trae un alivio temporario y actúa como reforzamiento negativo, lo que impide aprender formas más adaptativas para relacionarse con el estímulo y para buscar un alivio más a largo plazo (Rachman, 1971; Salkovskis, 1985). Por lo tanto, lo que se propone desde esta modalidad de tratamiento es una exposición gradual, repetitiva y prolongada a estímulos o *triggers* obsesivos, y la abstención a emitir conductas compulsivas y/o ritualistas que busquen apaciguar la ansiedad. Adicionalmente, en versiones más actuales de la EPR se añade el componente de discusiones informales e informativas con el paciente acerca de sus creencias erróneas y disfuncionales sobre sus obsesiones (Stein et al., 2020). En efecto, la psicoeducación, tanto del paciente como de su entorno cercano, es un aspecto importante en la EPR en cuanto permite entender el mantenimiento del TOC, el porqué es necesaria la abstención de las compulsiones y cuáles alternativas se pueden encontrar para ellas, así como formas de identificar cuando la persona siente la necesidad de realizarlas (Franklin y Foa, 2011; Rowa et al., 2007).

Respecto a la exposición, la misma puede realizarse en la vida real (*in vivo*) o de forma imaginaria (Franklin y Foa, 2011). En la versión *in vivo*, la persona se expone de forma paulatina a situaciones de la vida real que le causan ansiedad, y que comúnmente actúan como disparadores para que ejecute compulsiones. Generalmente, se realiza primero en sesiones donde el terapeuta está presente y, posteriormente, se asignan tareas para hacer en el hogar. Por ejemplo, si el paciente presenta preocupaciones relacionadas a la simetría de los objetos, se le puede pedir que realice una lista donde organice de forma jerárquica qué objetos o situaciones le disparan sus pensamientos obsesivos, y que las ordene por grado de malestar (p. ej., tener lápices desalineados encima de un escritorio, guardar la ropa en el ropero sin categorización por color, usar una toalla de manos sin dejarla perfectamente recta luego) (Rowa et al., 2007). Luego, se le indica a la persona que se exponga a esas situaciones en su lista y se frene de realizar el ritual que suele hacer normalmente. Si bien la completa abstención de las compulsiones es el objetivo, también puede realizarse de forma gradual (Franklin y Foa, 2011), e introducirse formas alternativas de alivio a las obsesiones como retrasar la ejecución de la compulsión y no realizarla inmediatamente (Rowa et al., 2007), o “arruinar” el ritual una vez que es realizado por medio de una re-exposición al estímulo y una modificación de la compulsión (Abramowitz et al., 2003). Por otro lado, la exposición imaginaria permite que el paciente se exponga a los temores que surgen al pensar en las posibles consecuencias de no realizar un ritual. Además, también es útil cuando los miedos expresados son imposibles de emular en una sesión *in vivo* (p. ej., miedo a convertirse en otra persona, temor de asesinar a sus hijos, etc). De ese modo, en la exposición imaginaria se suele confeccionar un guion donde se describe de forma detallada lo que el sujeto visualiza, y luego ese guion se lee o se escucha de forma repetida hasta que se perciba una reducción de la ansiedad (Franklin y Foa, 2011).

Actualmente, la terapia con exposición y prevención de respuesta es considerada un tratamiento estándar y de primera línea en el trastorno obsesivo compulsivo por su demostrada eficacia (Abramowitz et al., 2018; Ferrando y Selai, 2021; Swierkosz-Lenart, 2023), superando otras modalidades de tratamiento, como las técnicas de relajación (Hezel y Simpson, 2019). A pesar de su validez, la EPR no es tan utilizada (Lohse et al., 2023). Entre las posibles razones, se encuentran las concepciones negativas entre los terapeutas respecto a esta terapia, por considerarla agotadora y compleja de implementar (Law y Boisseau, 2019), así como la falta de psicoterapeutas entrenados en EPR (Abramowitz et al., 2018). Además, dependiendo del grado de gravedad del paciente, la terapia con exposición y prevención de respuesta puede demandar varias sesiones: en programas intensos, pueden llegar a proponerse sesiones diarias por el período de un mes (Franklin y Foa, 2011). Por lo tanto, muchos pacientes se rehúsan a intentar la EPR en primer lugar, o

terminan el tratamiento de forma prematura (Rowa et al., 2007). Debido a estas razones, se continúa con la investigación de tratamientos alternativos del trastorno obsesivo compulsivo. Por ejemplo, en el ámbito de la psicoterapia, han habido nuevos desarrollos a partir de las terapias de tercera generación, como lo es el caso de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia metacognitiva de Adrian Wells (Hezel y Simpson, 2019).

#### **4.2. Terapias de tercera generación**

A pesar de que la EPR continúa siendo el tratamiento de primera línea del trastorno obsesivo compulsivo, no es adecuada para muchos pacientes por motivos anteriormente expuestos (terminación prematura del tratamiento, respuestas parciales o nulas al tratamiento, entre otras) (Rowa et al., 2007). En ese sentido, las terapias de tercera generación vienen a intentar subsanar algunas de las limitaciones expuestas en algunos casos de TOC, y a proponer un enfoque distinto para visualizar la patología. Por ejemplo, los modelos de la tercera ola cognitivo-conductual ponen un énfasis en modificar la relación que el sujeto tiene con su experiencia interna (compuesta por emociones y pensamientos), y no el contenido de dicha experiencia (Manjula y Sudhir, 2019) como proponían los modelos cognitivos de segunda ola con la modificación de creencias disfuncionales.

##### **Terapia de aceptación y compromiso**

Una de las terapias de tercera generación que ha sido probada en el tratamiento del TOC es la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Según este abordaje, uno de los factores principales que explica la causa y el impacto de una patología psicológica, es la forma en la que el lenguaje y la cognición interactúan con las contingencias directas (Hayes et al., 2006). En otras palabras, nuestros pensamientos y nuestro lenguaje influyen en cómo reaccionamos e interpretamos las consecuencias inmediatas de nuestras acciones. En el caso de los trastornos psicológicos, muchas veces esa relación entre cognición y lenguaje deviene en lo que se conoce como “inflexibilidad psicológica”, que refiere a la dificultad para adaptarse a diferentes situaciones o cambiar comportamientos, incluso cuando estos no están al servicio de atender fines útiles y/o valiosos para la persona (Hayes et al., 2006).

Por lo tanto, desde la perspectiva de ACT, se entiende que en el trastorno obsesivo compulsivo la persona intenta modificar ciertos contenidos de su experiencia interna (compuesta por pensamientos e imágenes intrusivas), por medio de conductas compulsivas o evitativas. Al intentar controlar estos pensamientos mediante compulsiones repetitivas, las obsesiones terminan dominando la experiencia interna, lo que rigidiza el comportamiento e

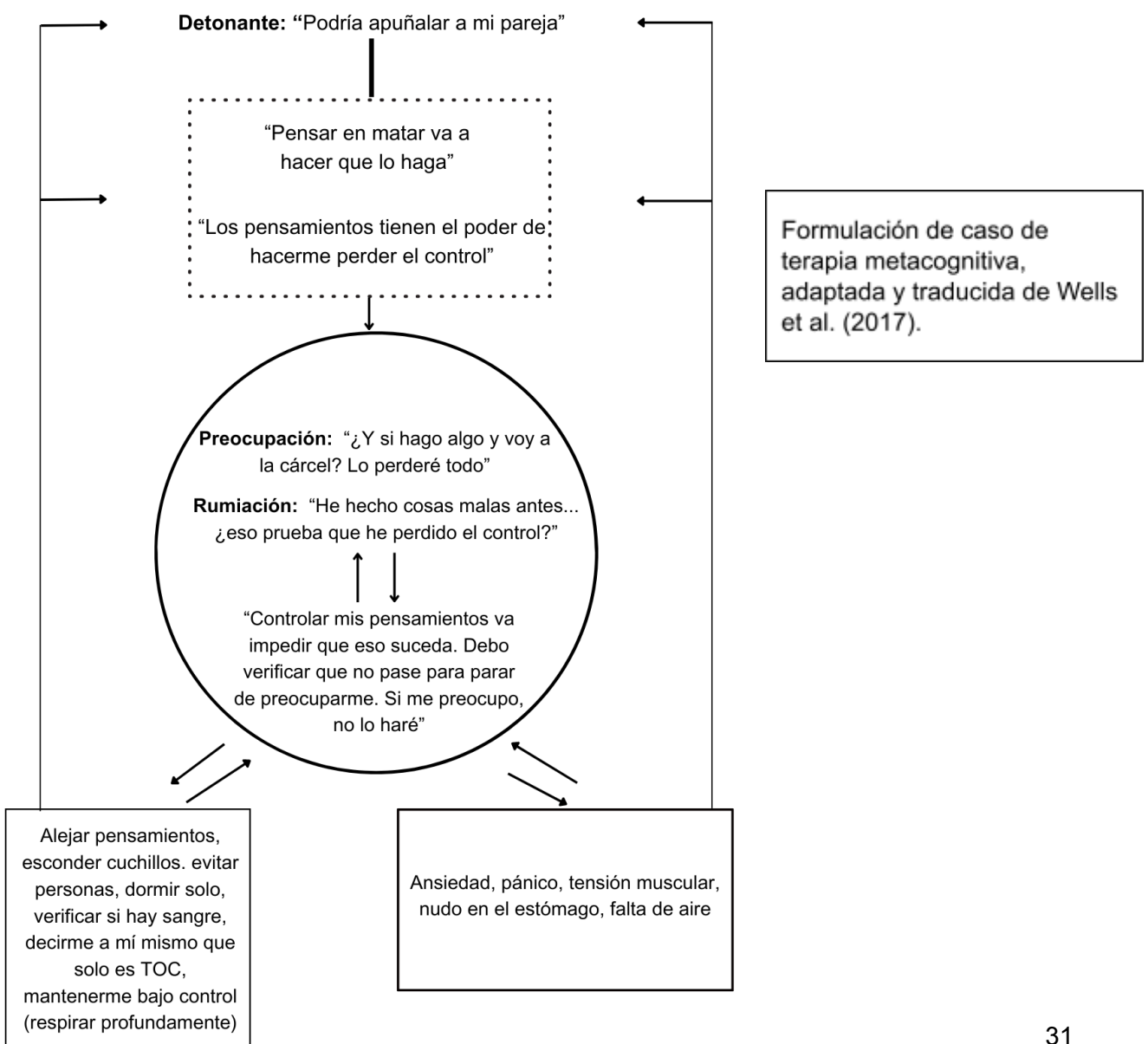
impide al sujeto enfocarse en actividades que realmente considera valiosas (Morrison et al., 2017). A modo de ejemplo, una persona que sufre un TOC con ideas de contaminación podría sentir miedo de tocar picaportes. Por ende, esto la llevaría a tener pensamientos intrusivos de que si no rocía con alcohol suficiente cualquier picaporte, podría contraer una enfermedad. A su vez, esta creencia crea una contingencia: al limpiar de forma compulsiva, la persona experimenta un alivio temporal de su malestar. Sin embargo, esta inflexibilidad psicológica la mantiene atrapada en un ciclo obsesivo, impidiéndole disfrutar de actividades valiosas, como juntarse con amigos o reunirse en familia. De modo que, lo que busca una práctica de ACT es incrementar la flexibilidad psicológica a través de seis procesos de cambio: contactar con el momento presente (ser consciente de lo que está pasando en este momento), aceptación (darle lugar a aquellos pensamientos y sensaciones desagradables), defusión cognitiva (tomar distancia de los pensamientos y observarlos como lo que son: productos de la mente), el yo observador/yo como contexto (reconocer una parte constante de mí que observa lo que pienso, siento y hago sin identificarse con ello), clarificación de los valores (qué es importante y valioso para mí), y acción comprometida (actuar de acuerdo a lo que considero valioso) (Harris, 2019).

Actualmente, la terapia de aceptación y compromiso parece tener eficacia en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (Soondrum et al., 2022). Pero, de acuerdo a una revisión sistemática realizada por Philip y Cherish (2021), aunque la ACT logró disminuir los síntomas en el TOC, no superó los resultados obtenidos en terapias de primera línea como la terapia cognitivo conductual tradicional con exposición y prevención de respuesta. De todas formas, es posible utilizar la ACT en combinación con ejercicios de exposición similares a los de la EPR, para aumentar la capacidad de responder a experiencias internas desagradables de una forma más adaptativa (Bluett et al., 2014).

### **Terapia metacognitiva de Wells**

Por otro lado, una de las intervenciones de tercera generación que también se destaca en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo es la terapia metacognitiva (MCT, *Metacognitive therapy*, en inglés), desarrollada por el psicólogo británico Adrian Wells. Este enfoque sostiene que la creencia de que los pensamientos tienen cierto poder lleva a la persona a asignarles un alto nivel de significancia, como creer que pueden causar daño (Wells et al., 2017). De la mano de esta premisa, la MCT postula que este estilo de pensamiento caracterizado por la preocupación, impacta en las estrategias de regulación emocional que escoja la persona para lidiar con las situaciones (Wells, 1997).

En mayor profundidad, la MCT se basa en el modelo S-REF (Función ejecutiva autorreguladora, *Self-regulatory executive function*, en inglés), el cual propone que los trastornos psicológicos comparten un estilo de pensamiento particular llamado Síndrome Cognitivo Atencional (SCA), compuesto por tres elementos: preocupación y rumiación, monitoreo de amenazas y estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la supresión de pensamientos o la evitación (Wells, 2008). Asimismo, en referencia al TOC, el autor plantea que el SCA se activa a partir de tres dominios de creencias metacognitivas (Wells et al., 2017): el TAF (*thought-action fusion*, traducido como fusión pensamiento-acción), donde la persona cree que pensar en algo es lo mismo que realizarlo (Biglieri et al., 2007); el TEF (*thought-event fusion*, traducido como fusión pensamiento-evento), donde solo el hecho de pensar en un evento implica que va a pasar, ya pasó o está sucediendo (Melchior et al., 2021); y el TOF (*thought-object fusion*, traducido como fusión pensamiento-objeto), que significa que los sentimientos y los pensamientos pueden transferirse a los objetos (Jürgens et al., 2019).



En ese sentido, cuando una de estas fusiones de pensamientos se activa, la persona con TOC comienza a darle demasiada importancia a sus pensamientos intrusivos y a valorarlos como una amenaza. Para aliviar la preocupación que esta amenaza despierta, la persona realiza conductas que lo apacigüen un poco (p. ej., si no me lavo las manos por diez minutos, contraeré una enfermedad) (Atamaca, 2022). Por lo tanto, lo que se busca en terapia metacognitiva es modificar las creencias metacognitivas (TAF, TEF, o TOF) con las que se interpretan los pensamientos intrusivos, hipotetizando que se produciría una reducción de la ansiedad en la persona, lo que también traería aparejado una reducción en las compulsiones (Fisher y Wells, 2005).

A simple vista, la MCT podría confundirse con la terapia cognitivo conductual (TCC) tradicional. Sin embargo, Wells argumenta que su modelo presenta ciertas diferencias en el marco teórico. Por ejemplo, la TCC se enfoca en el contenido de la cognición (como los pensamientos automáticos) al momento de explicar un trastorno psicológico, mientras que la MCT se centra en los procesos mentales referidos al estilo de pensamiento, el control del mismo y la atención que se le da (Wells, 2008). De esa forma, si un paciente con TOC tiene miedo de lastimar a alguien accidentalmente, desde la TCC tradicional se le podría preguntar cuál es la probabilidad de que eso vaya a ocurrir, y si tiene evidencias de haber lastimado a alguien antes. En cambio, desde la MCT se haría hincapié en la forma en que la persona experimenta y regula ese pensamiento, preguntándole cuál es el sentido de preocuparse por algo que no ha sucedido y si realmente cree que por preocuparse podría prevenir algo.

### **4.3. Farmacología**

En el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, también se utiliza la farmacoterapia. Actualmente, se considera el uso de medicamentos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) como un tratamiento de primera línea para el TOC (Stein et al., 2020), al igual que la terapia con exposición y prevención de respuesta (Ferrando y Selai, 2021). De hecho, en estudios controlados se ha demostrado que antidepresivos ISRS como la fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram presentan un efecto superior en comparación al uso de placebo (Reid et al., 2017). Respecto a la elección del ISRS, no hay evidencia de que el uso de uno u otro agente impacte en la eficacia del tratamiento, por lo que la decisión clínica suele basarse en los efectos secundarios y en las preferencias del paciente (Pittenger y Bloch, 2014; Janardhan Reddy et al., 2017, Skapinakis et al., 2016).



Sin embargo, muchos pacientes no responden a los medicamentos ISRS y se debe recurrir a otras alternativas. En primer lugar, se sugiere cambiar de ISRS o aumentar la dosis (Janardhan Reddy et al., 2017). En caso de no existir respuesta al tratamiento, existe la posibilidad de probar con clomipramina, un antidepresivo tricíclico caracterizado por ser un potente inhibidor no selectivo de la recaptación de la serotonina (Pittenger y Bloch, 2014). De todas formas, si bien la clomipramina ha demostrado ser efectiva para tratar el TOC, se la considera como un tratamiento de segunda línea debido a que presenta menos tolerabilidad y una mayor presencia de efectos secundarios que los ISRS (Koran et al., 2007). Por otro lado, algunos clínicos sugieren reforzar con pequeñas dosis de antipsicóticos de segunda generación como la risperidona o la quetiapina (Fineberg y Gale, 2005), en caso de que el paciente no responda al tratamiento con ISRS o con clomipramina (Pittenger y Bloch, 2014).

En cuanto a la idea de combinar psicoterapia cognitivo conductual con medicación, solo es eficaz en algunos casos como, por ejemplo, cuando se trata de un paciente con un trastorno obsesivo compulsivo grave (Skapinakis et al., 2016). En la misma línea, en las *guidelines* prácticas elaboradas por Koran et al. (2007), se sugiere combinar terapia cognitivo conductual y farmacoterapia en pacientes que no ven resultados con la terapia por sí sola, en situaciones de comorbilidad con otro trastorno, o cuando el TOC es severo y se necesitan disminuir los síntomas para que la persona pueda comenzar un proceso terapéutico cognitivo conductual. En último lugar, en caso de que el paciente no responda a un tratamiento psicoterapéutico y/o un tratamiento farmacológico, existen nuevas opciones que se están explorando, como lo es el campo de la neurocirugía.

#### **4.4. Neuromodulación y neurocirugía**

La neurocirugía y la neuromodulación se constituyen como opciones de tratamiento en casos de TOC extrema gravedad, que se caracterizan por ser refractarios. Es decir, que se utilizan en personas que no responden a los tratamientos convencionales y de primera línea (Greenberg et al., 2003). En relación a la neuromodulación, son todos aquellos procedimientos que consisten en regular la actividad del sistema nervioso (central, periférico o autónomo) mediante estímulos eléctricos, químicos o mecánicos (Krames et al., 2009). En el caso del trastorno obsesivo compulsivo, existen métodos de neuromodulación no invasiva e invasiva, incluyendo estimulación transcraneal por corriente directa (ETCD), estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) y estimulación cerebral profunda (ECP) (Stein et al., 2020).

En primer lugar, la ETCD es una técnica no invasiva donde se busca estimular con una corriente eléctrica débil ciertas áreas del cerebro, a través de electrodos puestos en el cuero cabelludo. Esta corriente puede aumentar o disminuir la actividad en las áreas cerebrales que estimule, según cómo se coloquen los electrodos. De ese modo, lo que busca la ETCD es normalizar la actividad anormal que presentan ciertas zonas del cerebro, como la corteza orbitofrontal, el área motora suplementaria, el cíngulo y el tálamo (los circuitos cortico-estriado-tálamo-corticales; con el objetivo de reducir los síntomas (Brunelin et al., 2018). Por otra parte, la EMTr también se constituye como una técnica no invasiva, con la salvedad de que esta busca modular la actividad neuronal a través de corrientes eléctricas inducidas por un bobina magnética que se coloca sobre la cabeza (Stein et al., 2020). La misma se puede aplicar de forma focal (donde la estimulación se concentra en zonas específicas del cerebro) o no focal (se utilizan bobinas más grandes para estimular varias áreas al mismo tiempo. A su vez, la estimulación puede realizarse con alta (en caso de querer aumentar la excitabilidad neuronal) o baja frecuencia (si se busca disminuir la actividad neuronal). Actualmente, las *guidelines* sobre el uso de EMTr en distintos trastornos psicológicos argumentan que algunas personas con TOC presentan resultados cuando la estimulación es focal y de baja frecuencia (Lefaucheur et al., 2020; Rehn et al., 2018).

Por último, existen métodos más invasivos en el tratamiento del TOC, como lo es la estimulación cerebral profunda (ECP). En esta técnica, se realiza una implantación neuroquirúrgica de un electrodo que puede activar circuitos neurales vecinos (Stein et al., 2020). En mayor profundidad, el objetivo de la ECP es regular la actividad producida por los circuitos cortico-estriado-tálamo-corticales, específicamente la rama anterior de la cápsula interna, el caudado ventral, el núcleo subtalámico, el pedúnculo talámico inferior, y el núcleo accumbens (Hamani et al., 2014). Si bien entre un 30 y 50% de los pacientes con TOC severo – que presentan resistencia a los tratamientos convencionales –, se beneficia de procedimientos basados en estimulación cerebral profunda (Stein et al., 2020), se utiliza como última opción debido a su carácter invasivo y por el hecho de que, hasta el momento, continúa siendo un procedimiento experimental probado en grupos de pocas personas (Lujan et al., 2008).

Como se puede apreciar, existen distintas modalidades de tratamiento del TOC que varían en el grado de eficacia y de tolerabilidad. Por otro lado, otras modalidades de intervención no descritas en este apartado, también han intentado abordar el tratamiento de las obsesiones y compulsiones. Sin embargo, no todas cuentan con evidencia científica y,

en algunas de ellas, se desaconseja su aplicación por considerarla perjudicial para el paciente.

#### **4.5. Intervenciones dañinas en el tratamiento del TOC desde la psicología**

Para McKay y Jensen-Doss (2022), en las últimas tres décadas la comunidad psicoterapéutica se ha concentrado en afianzar su estatus científico y delimitar qué y cuáles son las prácticas basadas en evidencia. Pero, en el afán de demostrar la eficacia científica de ciertas intervenciones terapéuticas, se ha prestado poca atención a aquellos tratamientos que pueden causar daño en el consultante. Sin embargo, existen ciertas investigaciones que prueban que en algunos casos la psicoterapia puede ser perjudicial para la persona, ya sea por agravar o generar nuevos síntomas, provocar una dependencia hacia el terapeuta, promover el desarrollo de una reticencia a buscar un tratamiento en el futuro, entre otras (Lilienfeld, 2007).

En el caso del TOC, el daño está determinado por un deterioro en los síntomas, empeoramiento del funcionamiento general de la persona, o persistencia de los síntomas iniciales a pesar de realizar un tratamiento (McKay et al., 2021). Asimismo, debido a la presentación heterogénea del trastorno, las causas de origen y mantenimiento de la patología serán distintas, ya sea por la existencia de distintos subtipos o por la presencia de comorbilidades. Entonces, se vuelve aún más sencillo provocar un daño en el paciente (McKay et al., 2021). Por otra parte, si bien existe cierto consenso respecto a la validez empírica de tratamientos en el TOC como la terapia cognitivo conductual (Swierkosz-Lenart, 2023), también hay ciertas técnicas que no se recomiendan en esta patología por el riesgo que tienen de causar daño. Por ejemplo, actualmente no se recomienda utilizar la técnica de detención del pensamiento (*thought stopping*, en inglés), por considerar que promueve la aparición de más pensamientos intrusivos (McKay et al., 2021). De forma resumida, la detención del pensamiento consiste en aplicar un estímulo aversivo y, cuando se asomen los primeros pensamientos intrusivos, la persona deberá gritar la palabra "ALTO". De acuerdo a ciertos autores, esto se categorizaría como una supresión del pensamiento (Najmi et al., 2009; Purdon, 2004), un factor clave para mantener el TOC (Abramowitz et al., 2001). De igual manera, tampoco se recomienda la terapia cognitiva por sí sola, sin intervenciones conductuales de por medio como la exposición y prevención de respuesta (McKay et al., 2021). Esto se debe a que la terapia cognitiva original busca que el consultante desafíe las creencias que tiene sobre sus pensamientos, por medio de técnicas como el diálogo socrático, con el objetivo de dar cuenta de la irracionalidad de los mismos

(Beck, 2000). Muchas veces las personas ya son conscientes del carácter irracional de sus creencias, pero necesitan asegurarse de que su preocupación es exagerada y nada malo va a pasar para tener un alivio temporario. Por lo que, bajo este contexto, el terapeuta podría reforzar al paciente que, en efecto, sus preocupaciones se basan en elementos irracionales, lo que contribuiría a un ciclo donde se busca la tranquilidad de forma constante por medio de la comprobación con otros (McKay et al., 2021).

Por último, se ha demostrado que las terapias psicodinámicas no tienen resultados positivos en el tratamiento del TOC (Salkovskis, 1985; McKay et al., 2021). En palabras de King (2017): “es una de las ironías de la psiquiatría clínica que, aunque el trastorno obsesivo-compulsivo ilumina el concepto psicoanalítico de conflicto psicodinámico quizás mejor que cualquier otra psiconeurosis, sus síntomas generalmente permanecen impermeables al tratamiento psicoanalítico” (p. 70). Uno de los motivos de por qué la psicodinámica no es eficaz y es potencialmente iatrogénica, radica en que su metodología induce al paciente a que dude al invitarlo a indagar sobre sus experiencias pasadas y sus conflictos inconscientes (McKay et al., 2021). Dado que la duda es una característica central del TOC, el paciente luego busca asegurar o confirmar si esa duda es real o no, lo que le genera mucho estrés (Abramowitz et al., 2009). Es decir, se promueve que utilice actos compulsivos y se impide aprender a tolerar la incertidumbre.

En resumen, existen distintos tratamientos para el TOC con evidencia empírica. Actualmente, los tratamientos de primera línea son la terapia cognitivo conductual con exposición y prevención de respuesta (EPR) (Swierkosz-Lenart, 2023), y el uso de fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram (Reid et al., 2017). La EPR busca que la persona pueda exponerse a aquello que le causa malestar (sus obsesiones) y se abstenga de realizar las compulsiones. No obstante, no todas las personas se benefician de la EPR (Rowa et al., 2007), por lo que existen otros abordajes basados en las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia metacognitiva (MCT). Por un lado, la ACT apunta a que la persona adquiera flexibilidad psicológica para poder aceptar sus pensamientos, sin controlarlos compulsivamente y enfocarse en acciones alineadas con sus valores y deseos (Harris, 2019). Por otra parte, la MCT pretende modificar las creencias metacognitivas que llevan a las personas a interpretar sus pensamientos intrusivos como amenazas considerables. A partir de esa modificación, se busca reducir la ansiedad y, con ello, las conductas compulsivas que se realizan para aliviar el malestar causado por dichos pensamientos (Wells, 2008). Sin perjuicio de la evidencia que respalda los tratamientos descritos, algunas personas no

responden a los abordajes convencionales. Es debido a eso que, actualmente, se están investigando nuevas modalidades de intervención basadas en la neurocirugía y la neuromodulación, siendo algunos ejemplos la estimulación transcraneal por corriente directa (ETCD), la estimulación cerebral profunda (ECP) y la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) (Stein et al., 2020).

Por último, se ha probado que la aplicación de ciertos tratamientos o técnicas puede ser perjudicial en personas con trastorno obsesivo compulsivo, tal es el caso de la técnica de detención del pensamiento, la aplicación de la terapia cognitiva por sí sola y los abordajes psicodinámicos.

## Limitaciones

Este trabajo final de grado presenta algunas limitaciones, dado que pretende abarcar un tema bastante extenso como lo es la descripción del cuadro clínico del trastorno obsesivo compulsivo, las explicaciones teóricas sobre él y las posibilidades de tratamiento existentes hasta el momento. Uno de los aspectos extensos en todas las revisiones es el de la etiología, dado que existen varias explicaciones sobre cómo se origina y se mantiene el TOC. En ese sentido, si bien en el presente trabajo se aborda el papel que tienen ciertos circuitos del cerebro, no se trabaja el rol que tienen algunos neurotransmisores como la dopamina, serotonina y el glutamato, que llevan a que la persona con TOC responda de forma selectiva a los inhibidores de la recaptación de serotonina (Stein et al., 2020). De manera similar, dado que este trabajo le da un especial hincapié a las creencias disfuncionales en la etiología y los síntomas del TOC, se menciona de forma muy superficial que quizás esto no sea así para todos los subtipos de TOC (Taylor et al., 2010b).

Por último, en el apartado de tratamientos, se mencionaron los tratamientos por separado, y no se ahondó en la evidencia existente sobre la eficacia de combinar distintos tratamientos como la exposición y prevención de respuesta (u otra psicoterapia, como terapia de aceptación y compromiso) con medicamentos como la clomipramina o distintos ISRS. De igual manera, si bien se trata de un campo bastante reciente, en la subsección de “neuromodulación y neurocirugía” no se abordaron los tratamientos basados en cirugías ablativas, que son procedimientos donde se lesionan ciertas partes de la corteza cerebral involucradas con el trastorno, como por ejemplo, la extremidad anterior de la cápsula interna en el caso de una capsulotomía anterior (Balachander et al., 2019). Por otro lado, se habló sobre las terapias que pueden causar daño en personas diagnosticadas por TOC, pero no se trataron aquellas terapias que quizá no causan un daño directo (en el sentido de agravar o generar nuevos síntomas), pero que no cuentan con evidencia científica que respalde su eficacia, como es el caso de los libros de autoayuda o las terapias energéticas como la técnica de liberación emocional (McKay et al., 2021).

## Conclusiones finales

El trastorno obsesivo compulsivo se destaca por ser una patología compleja, en el sentido de que su presentación clínica es heterogénea. Dicha heterogeneidad se ve reflejada en la agrupación de los síntomas en diferentes dimensiones, como contaminación, hacer daño, pensamientos inaceptables y/o tabú, ideas de simetría u orden y acumulación (Stein et al., 2020). Pero también, la diversidad del TOC se visualiza en otras subclasificaciones, como la que realizan ciertos autores basándose en las comorbilidades, donde se divide a la patología en TOC simple, TOC relacionado al trastorno de tics y TOC relacionado a trastornos afectivos (Pallanti et al., 2011). Debido a esa marcada heterogeneidad, no sorprende que existan varios modelos teóricos que busquen explicarlo haciendo énfasis desde distintos aspectos (ya sea haciendo foco en los déficits, foco en las creencias distorsionadas, etc).

Asimismo, a esa complejidad se le suma la variable de que se trata de un trastorno subdiagnosticado o de diagnóstico tardío, ya que las personas tardan entre 3 a 17 años en consultar por sus síntomas (García Soriano et al., 2014). Generalmente, esto ocurre porque las personas no acuden a profesionales de salud mental por tener poco o nulo *insight* de su condición (Guillén-Font et al., 2021), y los que sí acuden lo hacen para consultar por otros problemas de salud mental (Torres et al., 2007), o cuando sienten que los síntomas escapan de su control e interfieren demasiado en varias esferas de su vida (Belloch et al., 2009). En consecuencia, toda esa variedad afecta en mayor o menor medida la experiencia de cada persona diagnosticada con TOC, haciendo que cada caso sea único e influyendo en la posibilidad de tratamiento.

Bajo este contexto de heterogeneidad, se hace necesario abordar nuevos horizontes en los marcos teóricos explicativos del TOC. Por ejemplo, considerar la posibilidad de que el TOC no se trate de una entidad única, sino de un conjunto de trastornos que comparten ciertas características, pero que se diferencian en ciertos aspectos como en su etiología y en la modalidad de tratamiento (Taylor et al., 2006). En relación a esto último, se debe actuar desde una posición de ética profesional y abogar por el empleo de las herramientas con mayor evidencia hasta el momento, tanto en el plano de la psicoterapia como en el farmacológico. De modo que, se debe prestar especial cuidado a no caer en intervenciones sin fundamentos empíricos y potencialmente iatrogénicas, que pueden provocar un abandono en el tratamiento y hasta un agravamiento de los síntomas de la persona (McKay et al., 2021). Sin perjuicio de esto, es indispensable continuar investigando nuevos tratamientos que tengan en cuenta las particularidades tan complejas de este trastorno.

## Bibliografía

- Abramovitch, A., & Abramowitz, J. S. (2014). Improbability of response inhibition as a causal etiological factor of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *217*(3), 253–254. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.050>
- Abramowitz, J. S. (2017a). *Exposure and response prevention in OCD* (C. Pittenger, Ed.). Oxford University Press.
- Abramowitz, J. S. (2017b). The nature and treatment of obsessions and compulsions. En *Treatments for Psychological Problems and Syndromes* (pp. 74-88). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118877142.ch6>
- Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behavior therapy*, *49*(3), 311–322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.002>
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Cahill, S. P. (2003). Approaches to common obstacles in the exposure-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*(1), 14–22. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(03\)80004-4](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(03)80004-4)
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). Psychological Theories. En *Obsessive-compulsive disorder in adults* (pp. 12–14). Hogrefe & Huber.
- Abramowitz, Jonathan S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, *374*(9688), 491–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 683–703. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00057-x](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00057-x)
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *39*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.002>
- Atmaca, M. (2022). Metacognitive Therapy in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A review. *Alpha psychiatry*, *23*(5), 212–216. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.22840>



- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010a). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish journal of psychology*, 13(1), 376–388. <https://doi.org/10.1017/s1138741600003930>
- Belloch, A., Fuster, A. B., Barber, E. C., & Rodríguez, C. C. (2010b). *TOC. Obsesiones y compulsiones: Tratamiento cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo*.
- Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 257–264. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0423-0>
- Benatti, B., Girone, N., Celebre, L., Vismara, M., Hollander, E., Fineberg, N. A., Stein, D. J., Nicolini, H., Lanzagorta, N., Marazziti, D., Pallanti, S., van Ameringen, M., Lochner, C., Karamustafalioglu, O., Hranov, L., Figeo, M., Drummond, L. M., Grant, J. E., Denys, D., ... Dell'Osso, B. (2022). The role of gender in a large international OCD sample: A Report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) Network. *Comprehensive Psychiatry*, 116(152315), 152315.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152315>
- Biglieri, R. R., Maglio, A. L., & Keegan, E. (2007). 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. *Anuario de investigaciones*, 14, 0–0.
- Bloch, M. H., Green, C., Kichuk, S. A., Dombrowski, P. A., Wasyluk, S., Billingslea, E., Landeros-Weisenberger, A., Kelmendi, B., Goodman, W. K., Leckman, J. F., Coric, V., & Pittenger, C. (2013). Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 716–722. <https://doi.org/10.1002/da.22103>

- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612–624.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(8), 434–441.  
[https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(99\)00224-2](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)00224-2)
- Boisseau, C. L., Schwartzman, C. M., & Rasmussen, S. A. (2017). *Quality of life and psychosocial functioning in OCD* (C. Pittenger, Ed.; Vol. 1). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.003.0006>
- Brock, H., Rizvi, A., & Hany, M. (2024). Obsessive-Compulsive Disorder. En *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Brunelin, J., Mondino, M., Bation, R., Palm, U., Saoud, M., & Poulet, E. (2018). Transcranial Direct Current Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Brain sciences*, 8(2), 37. <https://doi.org/10.3390/brainsci8020037>
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214–218. <https://doi.org/10.1002/da.1069>
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1347–1360.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.005>
- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(2), 323–330.  
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.12.007>
- Chik, H. M., Whittal, M. L., & O'Neill, M. L. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 676–688.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-007-9133-2>

- Clark, D. A. (2002). Commentary on cognitive domains section. En *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 107–113). Elsevier.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, *28*(3), 161–167.  
<https://doi.org/10.1080/00050069308258896>
- de Avila, R. C. S., do Nascimento, L. G., Porto, R. L. de M., Fontenelle, L., Filho, E. C. M., Brakoulias, V., & Ferrão, Y. A. (2019). Level of insight in patients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory comparative study between patients with “good insight” and “poor insight”. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 413.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00413>
- Dollard, J., & Miller, E. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. McGraw-Hill: New York, NY, USA.
- Fernández de la Cruz, L., Rydell, M., Runeson, B., D’Onofrio, B. M., Brander, G., Rück, C., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36788 Swedish patients. *Molecular Psychiatry*, *22*(11), 1626–1632. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.115>
- Fernández de la Cruz, L., Isomura, K., Lichtenstein, P., Larsson, H., Kuja-Halkola, R., Chang, Z., D’Onofrio, B. M., Brikell, I., Rück, C., Sidorchuk, A., & Mataix-Cols, D. (2024). All cause and cause specific mortality in obsessive-compulsive disorder: nationwide matched cohort and sibling cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *384*, e077564.  
<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077564>
- Ferrando, C., & Selai, C. (2021). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *31*(100684), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100684>
- Fineberg, N. A., & Gale, T. M. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *8*(1), 107–129. <https://doi.org/10.1017/S1461145704004675>
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(6), 821–829. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.002>

- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 199–207.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2011). Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 229–243.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104533>
- Frost, R.O., & Steketee, G. (2002a). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Oxford, UK: Elsevier.
- Frost, R., Novara, C., & Rheume, J. (2002b). Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. En *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 91–105). Elsevier.
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 1–10.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.009>
- Geddes, J. R., Andreasen, N. C., & Goodwin, G. M. (Eds.). (2020). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780198713005.001.0001>
- Greenberg, B. D., Price, L. H., Rauch, S. L., Friehs, G., Noren, G., Malone, D., Carpenter, L. L., Rezai, A. R., & Rasmussen, S. A. (2003). Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: critical issues. *Neurosurgery clinics of North America*, 14(2), 199–212. [https://doi.org/10.1016/s1042-3680\(03\)00005-6](https://doi.org/10.1016/s1042-3680(03)00005-6)
- Grisham, J. R., Anderson, T. M., & Sachdev, P. S. (2008). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258(2), 107–116. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0789-0>
- Guillén-Font, M. A., Cervera, M., Puigoriol, E., Foguet-Boreu, Q., Arrufat, F. X., & Serra-Millàs, M. (2021). Insight in obsessive-compulsive disorder: Relationship with sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(6), 427–438. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000580>
- Hamani, C., Pilitsis, J., Rughani, A. I., Rosenow, J. M., Patil, P. G., Slavin, K. S., Abosch, A., Eskandar, E., Mitchell, L. S., Kalkanis, S., American Society for Stereotactic and

- Functional Neurosurgery, Congress of Neurological Surgeons, & CNS and American Association of Neurological Surgeons. (2014). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: systematic review and evidence-based guideline sponsored by the American Society for Stereotactic and Functional Neurosurgery and the Congress of Neurological Surgeons (CNS) and endorsed by the CNS and American Association of Neurological Surgeons. *Neurosurgery*, *75*(4), 327–333; quiz 333. <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000000499>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Harsányi, A., Csigó, K., Rajkai, C., Demeter, G., Németh, A., & Racsmány, M. (2014). Two types of impairments in OCD: Obsessions, as problems of thought suppression; compulsions, as behavioral-executive impairment. *Psychiatry Research*, *215*(3), 651–658. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.014>
- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian journal of psychiatry*, *61*(Suppl 1), S85–S92. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_516\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18)
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *317*(13), 1358–1367. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
- Jacoby, R. J., Leonard, R. C., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2014). Predictors of quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(5), 1195–1202. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.011>
- Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and Behavior*, *13*(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.3000>
- Janardhan Reddy, Y. C., Sundar, A. S., Narayanaswamy, J. C., & Math, S. B. (2017). Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, *59*(Suppl 1), S74–S90. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196976>

- Jürgens, C., Rupp, C., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). Metacognition in obsessive-compulsive disorder symptom dimensions: Role of fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *21*, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.03.002>
- Kalanthroff, E., & Wheaton, M. G. (2022). An Integrative Model for Understanding Obsessive-Compulsive Disorder: Merging Cognitive Behavioral Theory with Insights from Clinical Neuroscience. *Journal of clinical medicine*, *11*(24), 7379. <https://doi.org/10.3390/jcm11247379>
- Kim, S.-K., McKay, D., Taylor, S., Tolin, D., Olatunji, B., Timpano, K., & Abramowitz, J. (2016). The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *38*, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.003>
- King, R. A. (2017). Psychodynamic perspectives on OCD. In C. Pittenger (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder: Phenomenology, pathophysiology, and treatment* (pp. 65–71). New York, NY: Oxford University Press
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H. B., & American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, *164*(7 Suppl), 5–53.
- Krames, E. S., Hunter Peham, P., Rezai, A., & Aboelsaad, F. (2009). What Is Neuromodulation? En *Neuromodulation* (pp. 3–8). Elsevier.
- Law, C., & Boisseau, C. L. (2019). Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Current Perspectives. *Psychology research and behavior management*, *12*, 1167–1174. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S211117>
- Lefaucheur, J. P., Aleman, A., Baeken, C., Benninger, D. H., Brunelin, J., Di Lazzaro, V., Filipović, S. R., Grefkes, C., Hasan, A., Hummel, F. C., Jääskeläinen, S. K., Langguth, B., Leocani, L., Londero, A., Nardone, R., Nguyen, J. P., Nyffeler, T., Oliveira-Maia, A. J., Oliviero, A., Padberg, F., ... Ziemann, U. (2020). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014-2018). *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, *131*(2), 474–528. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.11.002>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on*

*Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(1), 53–70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>

Lochner, C., & Stein, D. J. (2001). Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 4(1), 19–26. <https://doi.org/10.1007/s007370170004>

Lohse, L., Jelinek, L., Moritz, S., Blömer, J., Bücken, L., & Miegel, F. (2023). Efficacy of exposure and response prevention therapy in mixed reality for patients with obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 11(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01116-3>

Lujan, J. L., Chaturvedi, A., & McIntyre, C. C. (2008). Tracking the mechanisms of deep brain stimulation for neuropsychiatric disorders. *Frontiers in bioscience : a journal and virtual library*, 13, 5892–5904. <https://doi.org/10.2741/3124>

Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., Cassmassi, B. J., & IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, 18(1), 21–33. <https://doi.org/10.1017/S1092852912000697>

Manarte, L., Andrade, A. R., do Rosário, L., Sampaio, D., Figueira, M. L., Morgado, P., & Sahakian, B. J. (2021). Executive functions and insight in OCD: a comparative study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03227-w>

Mancebo, M. C., Greenberg, B., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., Dyck, I., & Rasmussen, S. A. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 49(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.016>

Manjula, M., & Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S104–S113. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_531\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_531_18)

Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T. K., Storch, E. A., & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 30(1), 78–88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.005>

- Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and clinical gender differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(5).  
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 333–348. <https://doi.org/10.1007/bf01184447>
- McKay, D., Abramowitz, J. S., & Storch, E. A. (2021). Mechanisms of harmful treatments for obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 28(1), 52–59.  
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12337>
- McKay, D., & Jensen-Doss, A. (2021). Harmful treatments in psychotherapy. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 28(1), 2–4. <https://doi.org/10.1037/cps0000023>
- Meier, S. M., Mattheisen, M., Mors, O., Schendel, D. E., Mortensen, P. B., & Plessen, K. J. (2016). Mortality Among Persons With Obsessive-Compulsive Disorder in Denmark. *JAMA psychiatry*, 73(3), 268–274. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3105>
- Morrison, K. L., Smith, B. M., & Twohig, M. P. (2017). *Mindfulness and acceptance therapies for OCD* (C. Pittenger, Ed.). Oxford University Press.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681.  
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00017-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00017-x)
- Penzel, F. (2017). *Clinical presentation of OCD* (C. Pittenger, Ed.). Oxford University Press.
- Pérez-Vigil, A., Fernández de la Cruz, L., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., Hesselmark, E., Serlachius, E., Lázaro, L., Rück, C., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder With Objective Indicators of Educational Attainment: A Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 47–55.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3523>
- Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E. D., Cantisani, A., & Pellegrini, M. (2011). Obsessive–compulsive disorder comorbidity: Clinical assessment and therapeutic implications. *Frontiers in Psychiatry*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00070>



- Pallanti, S., & Quercioli, L. (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, *30*(3), 400–412. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.028>
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature reviews. Neuroscience*, *15*(6), 410–424. <https://doi.org/10.1038/nrn3746>
- Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Fineberg, N. A., & Albert, U. (2020). Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *276*, 1001–1021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.115>
- Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *28*(100603), 100603. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100603>
- Piras, F., Banaj, N., Ciullo, V., Piras, F., Ducci, G., Demaria, F., Vicari, S., & Spalletta, G. (2022). Dysfunctional Beliefs and Cognitive Performance across Symptom Dimensions in Childhood and Adolescent OCD. *Journal of clinical medicine*, *12*(1), 219. <https://doi.org/10.3390/jcm12010219>
- Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2021). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, *81*(102417), 102417. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102417>
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., & Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(5), 703–711. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0503>
- Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, *37*(3), 375–391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
- Pollack, M. H. (2005). Comorbid anxiety and depression. *The Journal of clinical psychiatry*, *66 Suppl 8*, 22–29.

- Purdon C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 35(2), 121–136.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.004>
- Purdon, C., & Clark, D.A. (2002). The Need to Control Thoughts. En *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 29–43). Elsevier.
- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9(3), 229–235. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(71\)90008-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(71)90008-8)
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793–802. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5)
- Rehn, S., Eslick, G. D., & Brakoulias, V. (2018). A meta-analysis of the effectiveness of different cortical targets used in repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *The Psychiatric Quarterly*, 89(3), 645–665. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9566-7>
- Reid, J. E., Reghunandan, S., Roberts, A., & Fineberg, N. A. (2017). *Standard evidence-based pharmacological treatment for OCD* (C. Pittenger, Ed.). Oxford University Press.
- Rowa, K., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2007). Exposure and Response Prevention. En M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 79–109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11543-004>
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571–583.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37 Suppl 1, S29–S52.
- Senter, M. S., Patel, S. R., Dixon, L. B., Myers, R. W., & Simpson, H. B. (2021). Defining and addressing gaps in care for obsessive-compulsive disorder in the United States. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 72(7), 784–793.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000296>

- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 3(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2020). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Sookman, D., & Pinard, G. (2002). Overestimation of Threat and Intolerance of Uncertainty in Obsessive Compulsive Disorder. En *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 63–89). Elsevier.
- Sookman, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Wilhelm, S., & McKay, D. (2005). Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36(4), 393–400. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80121-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80121-2)
- Soondrum, T., Wang, X., Gao, F., Liu, Q., Fan, J., & Zhu, X. (2022). The Applicability of Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain sciences*, 12(5), 656. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050656>
- Subramaniam, M., Soh, P., Vaingankar, J. A., Picco, L., & Chong, S. A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS drugs*, 27(5), 367–383. <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0056-z>
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive compulsive disorder. En *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 1–12). Elsevier.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive–compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083–1100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder?. *Journal of anxiety disorders*, 20(1), 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.11.005>

- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2007). Cognitive-Behavioral Models of Obsessive-Compulsive Disorder. En M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 9–29). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/11543-001>
- Taylor, S., Jang, K. L., & Asmundson, G. J. (2010a). Etiology of obsessions and compulsions: a behavioral-genetic analysis. *Journal of abnormal psychology, 119*(4), 672–682. <https://doi.org/10.1037/a0021132>
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., McKay, D., Kim, S.-K., Carmin, C., & Tolin, D. F. (2010b). How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 24*(3), 165–176. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.165>
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2007). Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the british psychiatric morbidity survey of 2000. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 58*(7), 977–982.  
<https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.977>
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Hoexter, M. Q., Pittenger, C., & Miguel, E. C. (2017). *Epidemiology, Comorbidity, and Burden of OCD* (C. Pittenger, Ed.; Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190228163.003.0004>
- Veale, D., & Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *BMJ (Clinical research ed.), 348*, g2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2183>
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(6), 651–658.  
<https://doi.org/10.1017/s1352465808004803>
- Wells, A., Myers, S., Simons, M., & Fisher, P. (2017). Metacognitive model and treatment of OCD. En *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (pp. 644–662). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118890233.ch36>