



Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
Cicle de Doctorat en Psiquiatria i Psicologia
Clínica

Tesis Doctoral

**Espectro obsesivo-compulsivo: correlatos
clínicos y eficacia de tratamiento cognitivo-
conductual**

Autora: Nuria Jaurrieta Guarner

Directora: Dra. Susana Jiménez Murcia

Tutor: Dr. Luis Sánchez Planell

2008

*A Marc;
por todo lo vivido y por lo que nos queda*

*A mis padres y mis hermanas;
por su apoyo incondicional*

Relato de un paciente en la terapia de grupo de TOC

La Terapia

Somos diez almas en pena como decía el poeta, pero totalmente abatidas, casi desahuciadas porque no podemos ni sentir la pena como sentimiento. Qué lejos estamos del romanticismo. Habla Javier y está sin fuerzas, se quiere quitar de en medio, pero siempre hay algo grande a su lado aunque él no pueda darse cuenta: su mujer que todavía le quiere; sus hijos, a pesar de que su niño pequeño apenas puede comunicarse con el entorno. Tanto dolor, un juicio encima por medio, porque atropelló a una mujer. Maldita enfermedad, que seguro que tú fuiste la causante, deja a mi compañero ya, huye cual muerte anunciada, cual sepulcro al cual no mereces. Nos damos la mano fuertemente hasta la próxima semana. Y yo he conseguido hablar, pronunciar delante de todos ellos hasta alguno de mis más íntimos sentimientos. Las tres doctoras generan en mí una calma que no me dan los hombres. ¿Me estaré enamorando? Sé dónde está mi límite. Lo importante es que estoy por fin a gusto ahí, compartiendo entre todos tanto dolor.

Mi chica de la izquierda llora. Ayer tuvo un ingreso. Hoy ha hecho un esfuerzo descomunal para venir. También lo ha hecho mi compañera de la derecha. ¡Pero han venido! Enfrente se encuentra alguien aún añorado, y tan conmocionado por la medicación o por la enfermedad. Habla como un ordenador. Pero es muy joven, se ha dado cuenta de su problema y habla sin prejuicios, sin miedo de parecer ingenuo. Continúa así hijo de Dios y haz de voluntario aunque no trabajes, ¡Dios! Tus brazos se unen a los míos para empujar tan desagradable martirio. ¡Suerte la tuya que tan pronto te has dado cuenta!

Un sentido exótico lo produce mi adorable chica negra. Ella tan locuaz, ja veces no puede vestirse!

Trabaja de profesora de diseño, con todo el dolor que soporta. Gran persona, también tu dulce tez me enamora por ese aliento tuyo en la lucha. Y estás casada. Debes de tener un gran marido que te comprende aunque no entienda.

Ya vamos hacia la tercera terapia y es lógico que yo mismo tenga un bajón. Tan nuevo es todo, tan vieja es la costumbre. Es el primer interludio de quince días. Habrá tres mientras semanalmente nuestra hora y media de salvación está allí, en el grupo. Como garfio ardiente, no tenemos ya más opción. ¿Nuestras vidas tan pobres han sido para terminar así? ¿Cómo y por qué se precipitó todo? ¿Vale ya la pena preocuparse por esas cosas? Sea quién sea el culpable, ahí estamos para intentar salir, para ver por fin la luz infinita que llene de tranquilidad y placer nuestros sentidos. Almas partidas, tengamos todavía esperanza. ¿Qué importa una vez más? ¿Qué importa un año más? ¿Qué es el tiempo para personas como nosotros?

Una semana más, y los éxitos y los fracasos rompen contra la playa de las psicólogas como olas desesperadas. Una compañera no ha venido. Lo más seguro es que lo ha dejado. En esas terapias dos o tres faltas seguidas pueden indicar la claudicación. Reza Tomás porque haya habido un imprevisto no lamentable. Pero notamos, notamos también en el grupo, que hay conjunción, que poco a poco vamos uniéndonos bajo esa niebla invisible de nuestros mutuos sentimientos. Una le espeta a otro que sus hijos son una envidia. Éste, que mejor estaría él mismo sin ellos, como ella, no porque no los quisiera, sino porque no puede darles el cariño que siente por ellos. ¡Maldita enfermedad! Y entre bromas y acusaciones sinceras se ven las faltas propias. La amistad parece enderezarse como el hilo conductor de sus males. En esta tercera terapia es evidente algo nuevo. Hasta los más pesimistas hablan e intentarán hacer los ejercicios. Por sus labios

surgen palabras de esperanza verdadera. No tienen otro timón que los guíe y la ironía ya es su mejor idioma. Andrés tiene miedo. Cree algunas veces que no va a salir del agujero como los demás. Pero son otras las veces también cuando piensa que quizá no está aplicando bien la terapia que le enseñan. Sale con fuerza y debilidad. La enfermedad es mórbida por ello mismo, por su propia sustancia, por la naturaleza que lo alimenta. Encuentren el sostén que desmorone tan débil edificio. Lo difícil es encontrar esos falsos cimientos.

«Finalmente es otra semana la que certifica que la compañera que falta lo va a dejar definitivamente. ... Pero debemos los demás seguir adelante. ¿Por qué el sol, tan tupido hoy, no se levanta alguna vez igual para todos? Hablamos todos y todos, a pesar de lo que diga el más pesimista, el que más sufre por ahora, Javier. ¡Dios Santo!, hemos avanzado. Es increíble, pero nos habíamos vuelto vagos con cada uno de nuestros pensamientos. Esto no lo comprenderéis las personas que no sufrís TOC. A los enfermos no les podéis decir que no sufran. ¡Qué más quisieran ellos dejar de sufrir síntomas, dolores, fiebre, angustia, terrible angustia nuestra! Y una nueva semana de altibajos se nos presenta delante nuestro. Debemos seguir, luchar duramente. Tomás cada vez lo ve más claro. Hay que enfrentarse, sacar fuerzas de donde ya no quedan. La terapia, la que ahora más beneficios da contra semejante y bastada enfermedad, aclara nuestros pensamientos siempre confusos, y no hay que ritualizar, ¡no!, simplemente quedarse en las obsesiones y esperar que la angustia por sí misma las ahogue. Esto es muy fácil decirlo, pero necesitamos de tiempo y práctica, y por supuesto, de mucho sufrimiento -nuestra única moneda de cambio- para alcanzar la victoria. Cuando un tercero te guía, en este caso, unas profesionales del TOC, y cuando compartes delante de todos, tus problemas, tus preocupaciones y los ejercicios semanales que aquellas te

mandan hacer, las fuerzas se duplican, se triplican. No es lo mismo leer un libro de autoayuda, que aplicar sus enseñanzas en vivo, en la realidad de la vida misma.»

Así se expresaba Tomás en sus pensamientos. El amor siempre está rodeándole, pero ahora es un amor incluso más sano, más llevadero. Él ahora tiene siete compañeros a los que querer y tres terapeutas a las que agradecer.

Pasan las semanas, algunas desaprovechadas quizá demasiado, pero a pesar de los dientes de sierra, Tomás va que en líneas generales parece controlar mejor los síntomas. Por desgracia y gracia, de eso sólo se trata, de poder aumentar la calidad de vida, de controlar mejor las recaídas, porque esta enfermedad, todavía incurable, quiere aún mantenerse aquí, en la Tierra, durante mucho tiempo. Aunque ya es bastante, para enfermos tan graves, aumentar ese caudal en su río tan amargo y seco.

Estamos a mitad de la terapia y algunos todavía ni han comenzado a mejorar. Surgen hasta polémicas y discusiones, odios callados o esgrimidos de otra manera. Quizá unos puedan trabajar, otros tengan miedo, otros ni puedan por sus síntomas, otros trabajen a pesar de todo y a costa de su ocio y del amor. Pero todos ellos continúan acudiendo. Incluso se incorpora de nuevo la chica que abandonó. Duro camino para corazones tan débiles ya, tan sufridos innecesariamente.

Sí todo fuera tan fácil... ¡pero no puede ser! El día que van las familias a hablar sobre nuestra enfermedad, sobre las molestias que les causamos, sobre el padecimiento al que por desgracia les llevamos, surge el inevitable tema del trabajo. Y a uno mismo, le ponen como ejemplo, y la psicóloga calma a los que no pueden trabajar por sus terribles síntomas, porque creen haberse visto censurados por "inactividad". "Hay que intentar salir con la ayuda de una ocupación" -se ha dicho. Y algunos se incomodan. Y llega una nueva semana y me censura una compañera. Es lógico. Pero yo muchas veces

me bloqueo cuando soy el centro de atención. ¡Cómo no va a haber orgullo también en ello! Menos mal que los años me hacen perdonar con mis palabras. Pero algo peor todavía ocurre. Y es que los síntomas en mí vuelven a recrudecerse para que el viento de mi historia se enturbie de nuevo. Igual que trabajo, no puedo llevar una relación amorosa. Igual que trabajo, no puedo gozar de un viaje o de un momento tranquilo. Igual que trabajo, no prefiero salir a la calle, a los cines, a comentar con los amigos tantas y tantas cosas de la vida. Es lo mismo, pero al revés compañera. No te incomodes, porque yo te comprendo como tú me comprendes. Al menos continúo luchando igual que tú, día tras día, para salir de esto, cada uno a nuestra manera, para poder conllevar mejor los síntomas y para que quizá Dios me regale unos niños sonrientes y pílllos en el juego. Es lo único que ya quiero en esta vida. Que vivan por mí otras personas. No quiero más, solo mis necesarios lugar y tiempo, muy concretos para no molestar a nadie, para poder embadurnarme en mi mal durante los momentos que mi insana mente necesite.

Y termina la terapia y unos hemos avanzado más que otros. Pero éste no es el final, porque deberemos continuar luchando con la ayuda de los profesionales, con la ayuda de nuestras familias o amigos, y como primera ayuda, con la nuestra propia, con nuestro ímpetu y constancia, con nuestra credibilidad, aunque más de una vez se nos vuelva a desmoronar todo nuestro edificio alrededor nuestro.

Yo soy creyente y le pido a mi manera a Dios. Sé que no me debe dar nada, que estamos aquí por las leyes de la naturaleza que Él ha creado, y aunque muchas de ellas no me gustan, las acepto y a seguir. Esta es una consideración religiosa mía, que ha venido aquí a cuento porque a esta vida le quiero encontrar un sentido. Y para mí, uno de ellos es Él a pesar de todo. Y otro sentido,

el de continuar nosotros, enfermos, creyentes o no creyentes, luchadores menores y luchadores mayores, sufridores de todo tipo de desgracias mentales, el de continuar, repito, teniendo fe en intentar mejorarnos. Sí, no nos queda otro camino. No miremos ya más atrás, ¡por Dios!

Muchas de las expresiones son paradójicas. Unas llevan a otras. Espero que éstas, mis últimas frases, no os hagan recrear de nuevo malditos pensamientos. Siempre estaremos expuestos en esta vida. Aprendamos ya de una vez a decir no la mayoría de las veces.

Tomás L.A.

Barcelona, 2 de julio de 2005

Agradecimientos

Primero de todo quiero expresar mi gratitud a la Dra. Susana Jiménez Murcia, Coordinadora de Psicología del Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), por su apoyo en todo. Por su dedicación, interés, paciencia y colaboración que ha mostrado durante estos años con estas investigaciones, sin ella no sería posible esta tesis. Por haberme transmitido la pasión por el trabajo bien hecho, por el cuidado de los pacientes y por su entusiasmo por la clínica y la investigación. Es un ejemplo para mí a seguir.

Al Profesor Julio Vallejo, Catedrático de Psiquiatría y al Dr. José Manuel Menchón, Jefe de Servicio de Psiquiatría del HUB por estos años en la Unidad de TOC, donde he aprendido tanto. En general, a todo el Servicio de Psiquiatría.

A los compañeros de la Unidad de Trastorno Obsesivo-Compulsivo del HUB por sus consejos y trabajo en equipo en especial a la Dra. Pino Alonso, por poder aprender de su gran conocimiento en esta patología. A los psiquiatras de la Unidad; Cinto Segalàs, Xavi Labad, Eva Real y Alberto Pertusa.

Gracias a todos los psicólogos de las distintas unidades del HUB, en concreto, a Neus Aymamí, Mónica Gómez, Blanca Bueno. En especial, al Dr. Fernando Fernández Aranda, Coordinador de la Unidad de Trastorno de la Alimentación, por su espíritu investigador, sus ideas y su constancia en las cosas. A la Dra. Eva Álvarez Moya por ayudarme siempre que he acudido con alguna

urgencia estadística, científica, personal,... por ser una buena amiga.

A todos los trabajadores del Centro de Salud Mental de St. Feliu de Llobregat, con los que he trabajado el último año, por sorprenderme cada día con la calidez humana, sinceridad y respeto hacia las personas. En especial al Dr. Carles Franquelo, Coordinador de la Centro, por la confianza depositada en mí.

A los pacientes que siempre están dispuestos a colaborar y que durante estos años me han enseñado y aportado tanto. Y que a pesar de lo dura y difícil que es la enfermedad están siempre agradecidos.

Y finalmente a mi familia, que les debo todo. A mis padres, por enseñarme a amar el trabajo y luchar por lo que creen, por todo lo que me han dado; cariño y confianza. A mis hermanas, por su aportación de cada una a esta tesis y por tenerlas siempre que las he necesitado. A mis abuelos y en especial a él, el Dr. Abelardo Guarner, que casi a sus 90 años sigue entusiasmado por la medicina. A mi nueva familia, Carmen y Manolo por ser como son, porque todavía me sorprenden, y a Nacho y Eduard por su ayuda en todo momento.

A Marc; por las mil cosas que podría agradecerte y no bastan palabras para ello ...

Índice

	Página
Listado de tablas	17
Listado de figuras	19
Abreviaturas	21
I. Enfoque teórico de la tesis: revisión de la literatura	23
1. Introducción: el espectro obsesivo-compulsivo	25
2. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de la conducta alimentaria	28
3. Patologías tratadas en esta tesis	33
3.1. Trastorno obsesivo-compulsivo	33
3.1.1. Diagnóstico y clínica	36
3.1.2. Comorbilidad	38
3.2. Trastorno de la conducta alimentaria	45
3.2.1. Anorexia nerviosa	46
3.2.2. Bulimia nerviosa	48
4. Tratamiento cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo	49
4.1. Antecedentes históricos	49
4.2. Terapia conductual	50
4.3. Terapia cognitiva	54
4.4. Terapia grupal	57
4.5. Terapia familiar	61
5. Predictores de cambio terapéutico en el TOC	63
II. Hipótesis	69
III. Objetivos	71

	Página
IV. Publicaciones	75
a) Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Raich, R., Alonso, P., Krug, I., Jaurrieta, N. , Álvarez-Moya, E., Labad, J., Menchón, J.M. & Vallejo, J. Obsessive-compulsive and eating disorder: Comparison of clinical and personality features. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> 2007; 61, 385-391.	77
b) Jaurrieta, N. , Jiménez-Murcia, S., Menchón, J.M., Alonso, P., Álvarez-Moya, E., Granero, R., Segalàs, C. & Vallejo, J. Individual versus group cognitive-behavioral treatment: a controlled pilot study. <i>Psychotherapy Research (in press)</i> .	85
c) Jaurrieta, N. Avances en la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo. <i>Aula Médica</i> 2008; 2, 95-111.	97
V. Resultados	114
VI. Discusión	119
1. TOC y TCA: comparación clínica y de personalidad	119
2. Eficacia de tratamiento cognitivo-conductual para el TOC según la condición aplicada	122
3. Influencia de las variables de cambio	123
4. Limitaciones en el estudio y orientaciones futuras	125
VII. Conclusiones	127
VIII. Bibliografía	129
IX. Anexos	153
1. Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Alonso, P., Granero, R., Segalàs, C., Labad, J. & Menchón, J.M. Individual vs. group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: the follow-up. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences (in press)</i> .	155

Listado de tablas

- Tabla 1:** Estudios sobre la comorbilidad con el espectro OC en pacientes diagnosticados de TOC primario
- Tabla 2:** Creencias disfuncionales comunes en el TOC.
- Tabla 3:** Revisión en la literatura sobre los estudios del tratamiento grupal en el TOC.
- Tabla 4:** Síntomas asociados al TOC (%).
- Tabla 5:** Factores predictores del cambio pre-post: controlando el tipo de tratamiento.

Listado de figuras

- Figura 1:** Aspectos dimensionales del espectro obsesivo-compulsivo.
- Figura 2:** Edad de inicio en el trastorno obsesivo-compulsivo.
- Figura 3:** Curva explicatoria de TOC según el enfoque teórico de la teoría del aprendizaje (según el modelo de ansiedad).
- Figura 4:** Presencia de Trastornos de la personalidad en una muestra de pacientes con TOC (N=41).
- Figura 5:** Escalas básicas de personalidad (MCMI-II) de un grupo de pacientes diagnosticados de TOC con acumulación vs no acumulación.
- Figura 6:** Escalas de personalidad patológica (MCMI-II) de un grupo de pacientes diagnosticados de TOC con acumulación vs no acumulación.
- Figura 7:** Número de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge entre 1975-1997 en función de la variable sexo (n=304).
- Figura 8:** Trascuro de la ansiedad / malestar en la confrontación vs evitación de la situación temida.
- Figura 9:** Diferencias en la urgencia a ritualizar en un caso de "Bowel obsesión" previos (pre) y tras (post) un tratamiento de exposición con prevención de respuesta.
- Figura 10:** Relación entre obsesividad y sintomatología alimentaria siguiendo un procedimiento de regresión lineal.
- Figura 11:** Comparación pre- post- tratamiento del Y-BOCS Total en las tres condiciones de tratamiento.

Abreviaturas

AN: Anorexia Nerviosa
ANOVA: Análisis de la varianza
APA: American Psychological Association
BN: Bulimia Nerviosa
DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
EAT-40: Eating attitudes test
EDI: Eating disorder inventory
EPR: Exposición con prevención de respuesta
GC: Grupo control
HAM-A: Escala de Hamilton de ansiedad
HAM-D: Escala de Hamilton de depresión
ISRS: Inhibidor de la recaptación de la serotonina
LE: Lista de espera
MCMI: Inventario multiaxial clínico de Millon
MOCI: Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley
OC: Obsesivo compulsivo
TAF: Fusión pensamiento-acción
TC: Terapia cognitiva
TCA: Trastorno de la conducta alimentaria
TCC: Terapia cognitivo-conductual
TCI: Inventario de temperamento y carácter de Cloninger
TEV: Tratamientos empíricamente validados
TG: Terapia grupal
TI: Terapia individual
TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo
TPO: Trastorno de la personalidad obsesivo
TPOC: Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo
Y-BOCS: Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown

I. ENFOQUE TEÓRICO DE LA TESIS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Introducción: el espectro obsesivo-compulsivo

El concepto de trastorno del espectro obsesivo-compulsivo data, como mínimo, de los estudios de Freud (Freud, 1908), quien postuló la existencia de un *continuum* entre la naturaleza del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la neurosis y la psicosis (Stein & Stone, 1997). Posteriormente, otros teóricos de orientación psicoanalítica enfatizaron la importancia de este modelo explicativo (Salzman, 1968).

El concepto de espectro obsesivo-compulsivo es un ejemplo de cómo los trastornos pueden reorganizarse en función de una patogenia presuntamente compartida. Se parte del supuesto que los trastornos poseen “elementos del mismo espectro” basándose en sus similitudes con el TOC en una variedad de dominios, no solamente en los síntomas, género, edad de inicio, curso evolutivo, comorbilidad (con trastornos de dentro y fuera del espectro), y la respuesta terapéutica, sino también en la posible etiología compartida (Klein, 1993).

Actualmente la noción de trastorno del espectro obsesivo-compulsivo refleja el mayor conocimiento sobre los mecanismos psicobiológicos implicados en el TOC. Diferentes autores han descrito los procesos genéticos, químicos inmunológicos y anatómicos subyacentes en el TOC y en otros trastornos neuropsiquiátricos que presentan ciertas similitudes clínicas (Stein, 2000). La perspectiva dimensional de la sintomatología obsesivo-compulsiva está recibiendo cada vez más atención (por parte de la comunidad científica, e hipótesis integradoras sobre los mecanismos psicobiológicos parecen ser una de las líneas de

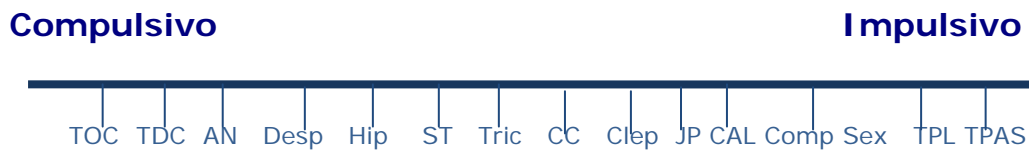
más interés en los últimos años) (Lochner et al., 2005; Lochner & Stein, 2006b).

Una forma de conceptualizar, los trastornos relacionados con el TOC o trastornos del espectro obsesivo-compulsivo es el planteamiento de la idea del continuum, de la dimensión impulsiva-compulsiva (El Mansari & Blier, 2006; Hollander et al., 1996; Zohar & Group, 2006). En un extremo de esta dimensión se situarán los trastornos relacionados con la evitación al daño y la aversión al riesgo; en los que las compulsiones se realizarán en un esfuerzo para reducir la ansiedad o la amenaza percibida. En este extremo, pues, se sitúan el TOC, el trastorno dismórfico corporal y la anorexia nerviosa. En el otro extremo opuesto, se encontrarían los trastornos asociados a la impulsividad o al gusto por el riesgo; en los que los individuos tendrían dificultades para valorar las consecuencias negativas de su conducta siendo mucho más relevantes para ellos aspectos cómo la gratificación/ respuesta inmediata, placer, o la activación/excitación a corto plazo. En este punto del continuum se incluirían las compulsiones sexuales, compra compulsiva, juego patológico, trastornos por atracón y cleptomanía (lo que también se han contemplado como adicciones comportamentales) (Hollander, Braun, & Simeon, 2008).

En numerosos estudios se ha indicado que más de la mitad de las personas con TOC cumplen criterios de por lo menos un trastorno *actual* supuestamente existente del espectro obsesivo-compulsivo, y que más de dos terceras partes tienen antecedentes *a lo largo de la vida* de por lo menos un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo (Angst et al., 2004; du Toit, van Kradenburg, Niehaus, & Stein, 2001; Raffray & Pelissolo, 2007; Richter, Summerfeldt, Antony, & Swinson, 2003).

Figura 1

Aspectos dimensionales del espectro obsesivo-compulsivo.



TOC, trastorno obsesivo-compulsivo; TDC, trastorno dismórfico corporal; AN, anorexia nerviosa; Desp, despersonalización; Hip, hipocondría; ST, síndrome de Tourette; Tric, tricotilomanía; CC, compra compulsiva; Clep, cleptomanía; JP, juego patológico; CAL, comportamiento autolesivo; Comp Sex, compulsiones sexuales; TPL, trastorno de personalidad límite; TPAS, trastorno de personalidad antisocial.

Adaptado de Vallejo, Menchón y Alonso, 2005

La defensa de la semejanza clínica entre en TOC y los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo se basa en la presencia frecuente de pensamientos o preocupaciones reiterativos, similares en apariencia a las obsesiones (Hollander & Wong, 1995). Sin embargo, estas preocupaciones están focalizadas en aspectos concretos y relevantes de cada trastorno específico (el peso corporal en los trastornos de la conducta alimentaria, el aspecto físico en el trastorno dismórfico corporal, una enfermedad concreta en la hipocondría, etc.) y carecen de las características intrínsecas y diferenciadoras de las ideas obsesivas como la conciencia de absurdo, la egodistonía o la resistencia que el enfermo opone a las mismas (Berrios, 2000).

2. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) parecen compartir una serie de características comunes. El hecho además de que exista una elevada comorbilidad entre los TOC y los TCA (Fahy, 1991; Formea & Bruns, 1995; Hsu, Kaye, & Weltzin, 1993; Rosen & Leitenberg, 1982; Rothenberg, 1986) ha llevado a muchos autores a pensar que estos dos trastornos podrían tener unas raíces etiopatogénicas comunes. Otros, han hipotetizado que los TCA podrían, de hecho, formar parte del llamado espectro obsesivo-compulsivo (Hollander, 1993; Hollander & Benzaquen, 1997). Muestra de ello, serían las similitudes fenomenológicas, características asociadas (edad de inicio, curso y comorbilidad), etiología, transmisión familiar y respuesta a los tratamientos farmacológicos y/o conductuales (Bienvenu et al., 2000).

Existen evidencias de que la anorexia y bulimia nerviosas se asocian a elevadas prevalencias de TOC a lo largo de la vida (Halmi et al., 1991; Lilienfeld et al., 1998). La proporción estimada de pacientes con TCA que, de forma comórbida, presentan un TOC, es también elevada. Los resultados de distintos estudios sitúan este porcentaje entre el 10% y el 69% (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Halmi et al., 2005; Hsu et al., 1993; Hudson, Pope, Jonas, & Yurgelun-Todd, 1983; Kaye et al., 1992; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004; Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer, & Schnyder, 2002; Solyom, Freeman, & Miles, 1982). Si nos referimos a rasgos de personalidad y síntomas obsesivos, los resultados de los estudios aportan cifras más elevadas, que llegan al 83% (Kasvikis,

Tsakiris, Marks, Basoglu, & Noshirvani, 1986; Segalas et al., 2002; Thiel, Ohlmeier, Jacoby, & Schussler, 1995).

Hsu et al. (1993) sugieren que habría que tener en cuenta dos factores a la hora de entender estas elevadas prevalencias de TOC en pacientes con anorexia nerviosa. Uno de ellos, sería el instrumento de evaluación utilizado en los distintos estudios. Por ejemplo, el Inventario Obsesivo de Leyton (LOI) (Cooper, 1970) contempla la asociación positiva entre trastornos alimentarios y síntomas obsesivo-compulsivos, mientras que el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (Hodgson & Rachman, 1977) no lo hace. Un segundo factor sería la procedencia de las muestras. En general, éstas provendrían de unidades de ingreso de trastornos de la conducta alimentaria. Por tanto, las medidas en obsesividad estarían recogidas en el momento más grave del trastorno alimentario. De hecho, los estudios realizados con pacientes ambulatorios se muestran contradictorios al respecto (Fahy, 1991).

Otros estudios han demostrado elevadas prevalencias de síntomas relacionados con patología alimentaria en pacientes diagnosticados de TOC primario (Speranza, Corcos, Godart, Jeammet, & Flament, 2001). Grabe, Thiel & Freyberger (2000) identificaban un 16.1% de pacientes diagnosticadas con TOC y con síntomas relacionados con TCA. Sin embargo, no observaban en su muestra ningún varón que presentara esta asociación.

Por otro lado, un estudio basado en un planteamiento dimensional de la posible relación entre los TCA y el TOC, realizado con 465 estudiantes, demostró que no existía ninguna correlación entre estas variables, únicamente la escala de lavadores compulsivos se asoció a BN (Wu, 2008), aunque de una

forma modesta. En este sentido, un trabajo previo de Hasler et al. (2005) identificaba una relación significativa entre el diagnóstico de TCA y los síntomas obsesivo-compulsivos de contaminación/ limpieza. Estos resultados, de hecho, confirmaban estudios previos sobre la prevalencia relativamente elevada de obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza en pacientes con diagnóstico de TCA (particularmente relacionados con las conductas de atracón y purga) (Halmi et al., 2003; Matsunaga et al., 1999b).

A pesar de ello, para algunos autores, los pacientes con TOC y TCA desarrollarían su enfermedad en el contexto de una personalidad anancástica premórbida. Este tipo de personalidad, combinada con los problemas típicos de la adolescencia desencadenaría la aparición de la anorexia nerviosa (von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao, & Matsunaga, 1999). Autores como Thornton & Russell (1997) considerarían que el TOC frecuentemente precede la aparición del TCA y, por ello, indicarían que el TOC y/u otros trastornos de ansiedad serían factores de riesgo para desarrollar un TCA. Para Cassidy, Allsopp & Williams (1999) es posible que el perfeccionismo refleje un estilo cognitivo que predisponga al desarrollo posterior de sintomatología obsesivo-compulsiva franca que constituya, a la vez, un factor de riesgo para la aparición de un TCA.

Siguiendo esta línea, algunos autores considerarían los TCA como una forma de TOC, más que como una entidad diagnóstica separada (Holden, 1990; Rothenberg, 1986). Sin embargo, aunque no queda claro si los TCA representan una variante fenotípica de los TOC, la ideación obsesiva y las conductas ritualísticas son características claras de la mayoría de pacientes con TCA. La cuestión, en la que todavía no hay acuerdo en la

literatura, es si la ideación obsesiva y las conductas ritualísticas representan una característica estable en este tipo de pacientes o si contrariamente, los síntomas obsesivos están relacionados al estado nutricional y mejoran en la medida en que los pacientes se van recuperando (Channon & deSilva, 1985; Garner & Garfinkel, 1991; Hsu, Crisp, & Callender, 1992; Zubieta, Demitrack, Fenick, & Krahn, 1995). En un estudio más reciente, observaron que 50 pacientes con AN restrictiva y con ejercicio físico excesivo presentaban mayores sintomatología de TOC y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) que las que no realizaban un ejercicio físico excesivo (Davis & Kaptein, 2006). Asimismo, otros autores han enfatizado las diferencias existentes entre los TOC y los TCA, considerando que en estos últimos no se observa la resistencia al fenómeno obsesivo-compulsivo y que, aparentemente los síntomas alimentarios son egosintónicos.

En este sentido, hay que destacar el trabajo de Mazure, Halmi, Sunday, Romano & Einhorn (1994) que adaptaron la *Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS)* (Goodman et al., 1988; Goodman et al., 1989) para la evaluación de una serie de parámetros como severidad de las preocupaciones, rituales y egosintonía (*Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale-YBS-EDS*), en pacientes con TCA (Sunday, Halmi, & Einhorn, 1995). Este nuevo instrumento permitía identificar específicamente los fenómenos obsesivos existentes en la sintomatología alimentaria. Los autores concluyeron que la presencia de preocupaciones y rituales variaban desde moderadas a severas, siendo la mayoría de ellas egosintónicas. Las preocupaciones eran mucho más graves que los rituales. En otro estudio, evidenciaron en 177 pacientes diagnosticados de TCA, que este tipo de pacientes tenía unas cogniciones obsesivas muy similares a las de los pacientes con TOC (Lavender, Shubert, de Silva, & Treasure, 2006).

Holden (1990) en un artículo de revisión, concluía que los TOC y los TCA son entidades diferenciadas y que las cogniciones y conductas de los sujetos con anorexia nerviosa, por ejemplo, no cumplirían las características requeridas por los sistemas clasificatorios actuales de las enfermedades mentales, para poder ser consideradas como obsesivas. En nuestro país, Vidal-Rubio, Fernández, Turón y Vallejo (1996) concluían que tanto desde un punto de vista psicopatológico como fenomenológico y en base a los resultados aportados por la literatura disponible, no existían bases suficientes para sustentar la hipótesis de que la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa fueran formas de un trastorno obsesivo.

Como se ha podido comprobar en la literatura expuesta en esta tesis, hay una cierta controversia sobre la relación de estas dos entidades psicopatológicas. Así, algunos autores afirman que los TCA y el TOC comparten una serie de factores etiopatogénicos, tanto biológicos como psicosociales, planteando la necesidad de realizar estudios orientados a la identificación de endofenotipos. Las evidencias halladas en este sentido serían la base teórica y nosológica del llamado espectro obsesivo-compulsivo (Hollander & Rosen, 2000; Raffray et al., 2007). Mientras que otros defienden que son trastornos absolutamente diferenciados (Holden, 1990; Vidal-Rubio et al., 1996; Wu, 2008).

3. Patologías tratadas en esta tesis

3.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

El TOC es el trastorno de ansiedad más grave que se ha descrito. La primera referencia clínica sobre este cuadro psicopatológico data de 1838 a cargo del psiquiatra francés Esquirol, que consideraba las obsesiones y compulsiones como síntomas de melancolía y depresión (Esquirol, 1838).

Hacia principios del siglo XX, la explicación del TOC era fundamentalmente psicológica. Sin embargo, en la actualidad los resultados de diversos estudios permiten apuntar la existencia de factores de vulnerabilidad genéticos y biológicos, a pesar de que se sigue contemplando la influencia de las variables ambientales y psicosociales.

El TOC es una enfermedad psiquiátrica que afecta entre el 1-3% de la población general (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Samuels & Nestadt, 1997). Los primeros síntomas del TOC generalmente aparecen en la infancia o en la adolescencia y muy a menudo tienen un curso crónico, con un impacto muy negativo en el funcionamiento psicosocial y ocupacional (Antony, Downie, & Swinson, 1998).

La característica principal del TOC es la presencia de obsesiones y compulsiones frecuentes y muy a menudo debilitantes. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, recurrentes y persistentes, que son no deseados, involuntarios y causan considerable ansiedad y malestar. El contenido de las obsesiones es generalmente bastante idiosincrásico, relacionado

con eventos o acciones totalmente diferentes o ajenos al sufrimiento al cual la persona se está exponiendo. Pueden ser de suciedad o contaminación, agresión y violencia, sexo inapropiado o desagradable, tener pensamientos blasfemos, y necesidad de seguir un orden en la ejecución de las acciones. Aunque las obsesiones son difíciles de controlar, éstas a menudo dan pie a una resistencia subjetiva. Son reconocidas como producto de la mente y frecuentemente son percibidas por el paciente como sin sentido o irracionales, aunque la conciencia de absurdidad del contenido de las obsesiones puede variar de forma significativa entre los pacientes (Foa & Kozak, 1995).

Las compulsiones son conductas que se realizan para neutralizar el malestar generado por las obsesiones, en ocasiones el sujeto puede intentar resistirse a ellas, pero finalmente llevándolas a cabo. En la mayor parte de los casos la compulsión disminuye el nivel de ansiedad. La conducta compulsiva en muchas ocasiones se realiza de una forma estereotipada, de acuerdo a unas reglas.

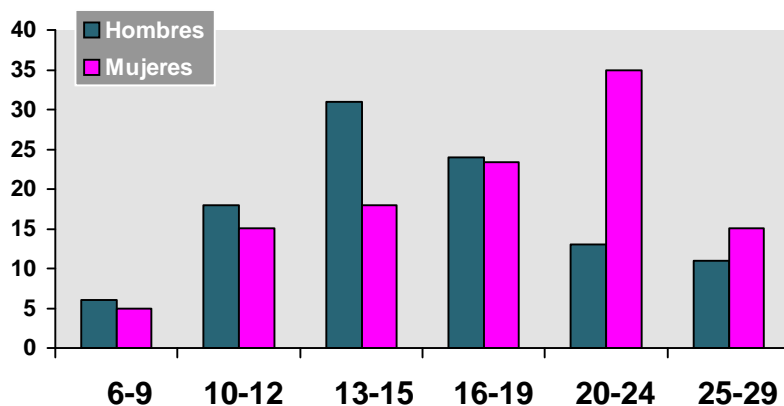
La incidencia por sexos revela que este trastorno es escasamente más frecuente en mujeres (53%) que en hombres (47%) (Rasmussen & Eisen, 2001).

La edad de inicio del TOC oscila entre la infancia y los 40 años, la mayor frecuencia de inicio se observa entre la primera adolescencia y los veinte años, con un comienzo más temprano para los varones (13-15 años) que para las mujeres (20-24 años). Existe una notable dificultad para obtener datos epidemiológicos exactos, dado que muchos de los afectados pueden ocultar durante mucho tiempo que padecen este trastorno; baste considerar que el tiempo medio entre el inicio de

la enfermedad y la primera consulta clínica se estima que es de 7 años (Yaryura Tobias & Neziroglu, 1997).

Figura 2

Edad de inicio en el trastorno obsesivo compulsivo



Adaptada de Rasmussen & Eisen, 2001

El inicio de los síntomas es generalmente gradual, aunque algunas personas refieren un comienzo súbito de la enfermedad. No es inusual que los primeros síntomas del TOC aparezcan en momentos o situaciones importantes para la persona; como estrés en el trabajo, cambio de empleo u hogar, embarazo o nacimiento de un hijo, duelo o aumento de responsabilidad (Pedrick & Hyman, 2003).

Tukel et al. (2005) quisieron analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de TOC con edad de inicio temprana y tardía. Estos autores observaron que las obsesiones de simetría, religiosas, acumulación y coleccionismo eran significativamente más frecuentes en el grupo de pacientes con edad de inicio temprana al ser comparados con el grupo de edad de inicio tardía.

3.1.1 Diagnóstico y clínica

En las ediciones actuales del DSM, pueden identificarse tres grandes diferencias en relación a la del DSM-III-R (APA, 1987) (Riggs & Foa, 1993). En primer lugar, la presencia de *insight* ya no es necesario para el diagnóstico, debido a que, según consta en el criterio B, en algún momento del curso de la enfermedad, el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. En segundo lugar, las compulsiones son actualmente reconocidas como fenómenos mentales o conductuales, mientras que en el DSM-III-R las compulsiones sólo se contemplaban como conductas. Finalmente, la relación funcional entre obsesiones y compulsiones ha evolucionado de una edición a otra. En un principio, se consideraba que las obsesiones generaban ansiedad, mientras que las compulsiones la reducían, sin embargo en los manuales del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2001) se contempla que tanto las obsesiones como las compulsiones generan un distrés importante.

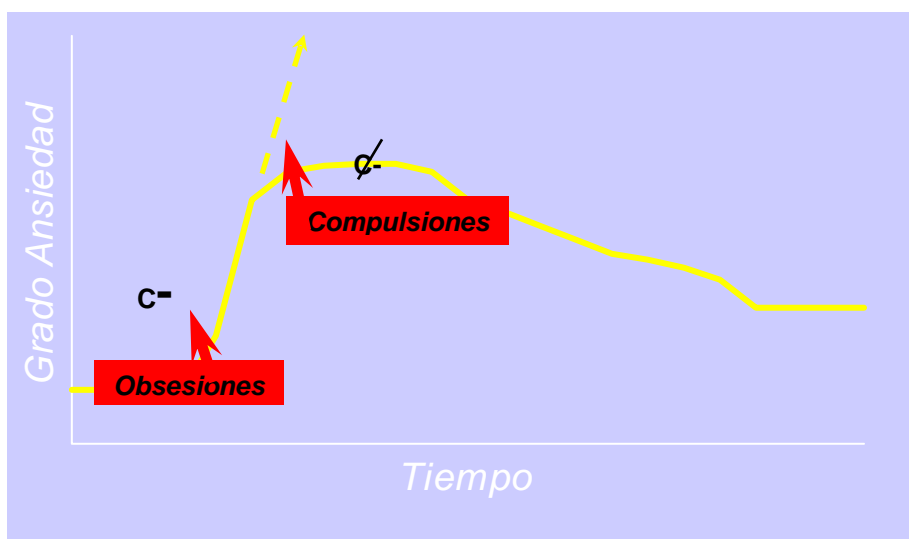
Desde siempre se ha sabido que el TOC se caracteriza por presentar una gran heterogeneidad de fenómenos mentales y comportamentales. La división en subgrupos homogéneos a través de escalas facilita su identificación. Algunas de las escalas que evalúan estos subgrupos son el Inventario de Padua (Sanavio, 1988) y la escala de síntomas Yale-Brown Checklist (Y-BOCS CL).

En la gran mayoría de pacientes que reciben el diagnóstico de TOC se observan tanto obsesiones y compulsiones, aunque el 8-44% pueden padecer rumiaciones obsesivas sin compulsiones abiertas (Foa et al., 1995; Freeston & Ladouceur, 1997). Las compulsiones son comportamientos repetidos, estereotipados e

intencionales o respuestas mentales que son vividas subjetivamente como una urgencia a actuar y son a menudo resistidas por el paciente. Las compulsiones pueden ser vistas como excesivas o sin sentido con una percepción reducida de voluntad. Sin embargo, las compulsiones están a menudo provocadas por las obsesiones y generalmente producen un alivio de la ansiedad, o malestar causado por la obsesión, en un espacio reducido de tiempo (APA, 1994; Rachman & Shafran, 1998). Por lo tanto, las compulsiones son respuestas abiertas o encubiertas, que temporalmente neutralizan la amenaza de las obsesiones.

Figura 3

Curva explicatoria de TOC según el enfoque teórico de la teoría del aprendizaje (siguiendo el modelo de ansiedad).



Los principales tipos de actos compulsivos son el **lavado** en respuesta a obsesiones de suciedad o contaminación, **comprobación** en respuesta a la duda patológica o todo aquello relacionado con la posibilidad de cometer un error, **orden** con relación a las obsesiones de simetría y precisión, **búsqueda de**

confirmación y acumulación asociado a la obsesión de duda e indecisión (Rachman et al., 1998).

En un estudio realizado con una muestra de 560 pacientes diagnosticados de TOC, se observó que el 50% presentaba obsesiones de contaminación, el 42% de duda patológica, el 33% somáticas, el 32% de simetría, el 31% de agresividad, el 24% sexuales y el 72% obsesiones múltiples. Por otro lado, el 61% de esta muestra presentaba compulsiones de comprobación, el 50% de limpieza, el 36% de recuento, el 34% de necesidad de preguntar o confesar, el 28% de simetría y precisión, el 18% de almacenamiento y el 58% compulsiones múltiples (Rasmussen & Eisen, 1992).

Otro aspecto interesante, en relación a esta compleja patología, es el estudio de las creencias de los pacientes obsesivos. Foa (2004) realizó un trabajo con 240 sujetos diagnosticados de TOC primario y observó que el 13% estaba seguro de que las consecuencias temidas en sus ideas obsesivas no ocurrirían, el 30% no estaba demasiado seguro (fluctuantes), el 25% estaba bastante seguro y sólo un 4% se sentía completamente seguro de que las consecuencias realmente iba a suceder.

3.1.2 Comorbilidad

Durante mucho tiempo se ha sabido que el TOC ha coexistido con otros síntomas psiquiátricos y viceversa; que síntomas obsesivos compulsivos se encuentran presentes en otros trastornos psiquiátricos (Hasler et al., 2005; Perugi et al., 1997). En muchos estudios se habla de un 50-60% de prevalencia a lo largo de la vida de un trastorno comórbido en el Eje I (Pigott, L'Heureux,

Dubbert, Bernstein, & Murphy, 1994). Según la literatura hay una gran variabilidad en el porcentaje de síntomas tanto en el Eje I como en el Eje II, una prevalencia de 12 a 85% en los trastornos del estado de ánimo y de 24 a 70% en los trastornos de ansiedad (Karno et al., 1988). En los últimos años, varios estudios han analizado la comorbilidad del TOC con el trastorno depresivo, al ser éste el trastorno del Eje I más comúnmente asociado a este síndrome, situándose entorno al 30% (Abramowitz, 2004; Bhattacharyya, Reddy, & Khanna, 2005; Hong et al., 2004; Raffray et al., 2007; Tukul, Meteris, Koyuncu, Tecer, & Yazici, 2006). La prevalencia de trastornos de personalidad es muy variable, de manera que en algún estudio ha llegado a ser del 88% y sin embargo existen otros en los que la prevalencia es del 9% (Black, Noyes, Pfohl, Goldstein, & Blum, 1993; Crino, Slade, & Andrews, 2005; Crino & Andrews, 1996). En un estudio realizado para analizar la comorbilidad con 420 pacientes diagnosticados de TOC, se identificó que un 48% tenía un trastorno comórbido del Eje I y un 36% de estos pacientes presentaba un trastorno de personalidad asociado (Denys, Tenney, van Megen, de Geus, & Westenberg, 2004).

En un trabajo reciente con 330 pacientes diagnosticados de TOC, los autores quisieron estudiar la relación entre la edad de inicio y la comorbilidad con otras patologías. Los resultados indicaron que una menor edad de inicio se asociaba a mayor probabilidad de tener un trastorno de tics, ansiedad, somatomorfo, alimentario y control de los impulsos. Existía, asimismo, una asociación negativa entre mayor duración de la enfermedad y probabilidad de tener tics. Género femenino, trastorno de ansiedad, alimentación y control de los impulsos mostraron, sin embargo, una relación positiva. El trastorno de tics fue asociado con el

trastorno de ansiedad y déficit de atención e hiperactividad (de Mathis et al., 2008).

Siguiendo con los estudios de comorbilidad, el trabajo de Bejerot, Ekselius y Von Knorring (1998) demostró que un 75% de una muestra de 26 pacientes diagnosticados de TOC, presentaba trastornos de personalidad asociados, mientras que un 13% padecía TPOC. En esta misma línea, recientemente, se ha observado que los pacientes con edad de inicio temprano del TOC presentan más TPOC que los pacientes de edad de inicio tardía (Maina, Albert, Salvi, Pessina, & Bogetto, 2008).

Hollander et al. (2008) exponen que el TOC presenta comorbilidad con el trastorno dismórfico corporal (3-37%), TCA (37%), consumo de sustancias (14%) y control de los impulsos: cleptomanía (7-60%), piromanía (0%), juego patológico (1-2%) y trastorno intermitente explosivo (10.6%). En un trabajo anterior, Bartz y Hollander (2006) recopilaron los estudios más recientes sobre los índices de prevalencia a lo largo de la vida y en el momento actual de diagnóstico de espectro OC y TOC primario (ver Tabla 1).

Tabla 1

Estudios sobre la comorbilidad con el espectro OC en pacientes diagnosticados de TOC primario (%).

	A lo largo de la vida			Actual	
	LaSalle et al. (2004) n=334	du Toit et al. (2001) n=85	Jaisoorya et al. (2003) n=231	Denys et al. (2004) n=420	du Toit et al. (2001) n=85
Hipocondría		8.2	13	2.8	7.1
TDM	6.3	12.9	3		12.9
AN	9.3	5.9	0.4		2.4
BN	9.6	4.7	0		3.5
T por atracón	0.9	0			0
TCA			0.4	2.4 (8)	
Tricotilomanía	9.6	12.9	3		7.1
JP		1.2	0		0
Comp. Sex.		7.1	0.4		4.7
Compra compulsiva		12.9	0.4		10.6
Control impul.				3	
ST	3.9	2.4	3	2.1	2.4
T. por tics			16	1.5	
Síndrome Asperguer	2.7				

TDM, trastorno dismórfico corporal; AN, anorexia nerviosa; BN, bulimia nerviosa; TCA, trastorno de la conducta alimentaria; JP, juego patológico, Comp. Sex., compulsiones sexuales; Compra comp., compra compulsiva; Control impul., control de los impulsos; ST, Síndrome de Tourette; T. por tics, trastorno por tics; S. Asperguer, síndrome de Asperguer

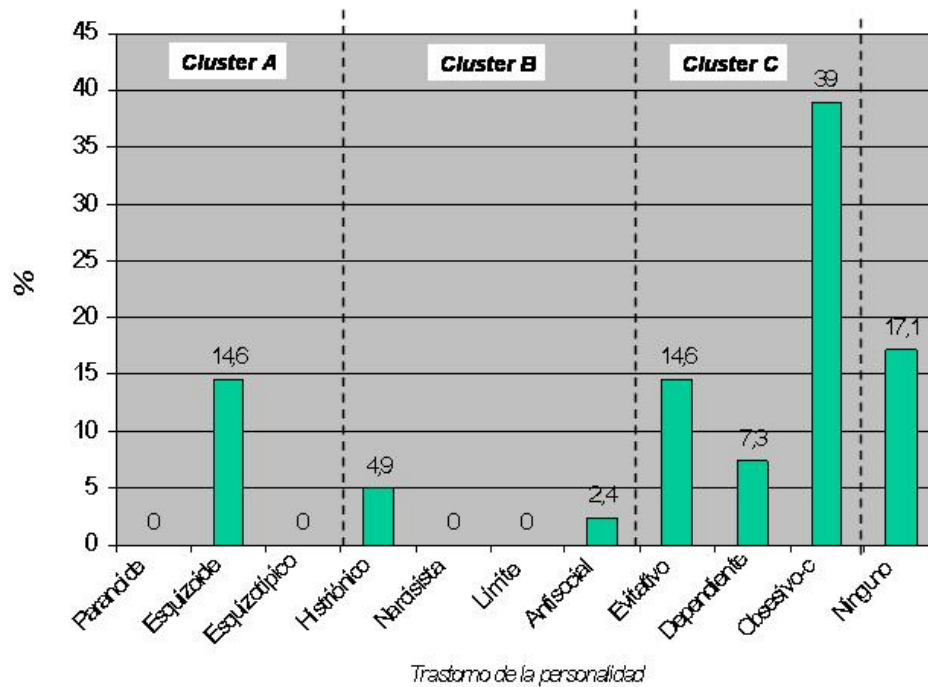
Adaptado de Bartz y Hollander, 2006

En este sentido, en un trabajo realizado en nuestro país, ver Figura 4, con una muestra de 41 sujetos diagnosticados de TOC primario, se evidenció una elevada prevalencia de trastornos de la personalidad (83%), perteneciendo la mayoría de ellos al Cluster C (61%). El trastorno de personalidad más frecuente asociado al TOC fue el TPOC (39%). Los rasgos de personalidad observados fueron la aprensión, preocupación excesiva, depresión, sentimientos de culpa, sobreexcitación e inquietud. Los autores concluían que esta elevada prevalencia de TPOC sugería la

existencia de una asociación estrecha entre las dos categorías diagnósticas (Jiménez-Murcia et al., 2003).

Figura 4

Presencia de Trastornos de la personalidad en una muestra de pacientes con TOC (N=41).



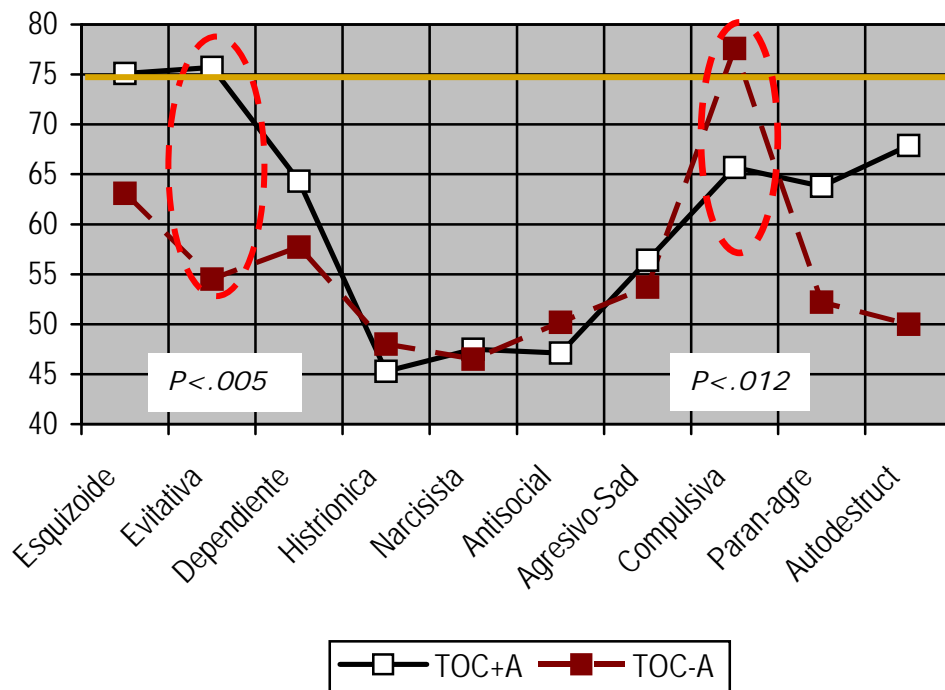
Adaptado de Jiménez-Murcia et al., 2003.

Revisando la literatura sobre este trastorno, se observa el interés que existe en poder identificar un perfil de personalidad en los pacientes con TOC. En este sentido, uno de los pocos estudios realizados con el *Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI)* (Millon, 1985) fue el de Fals-Stewart & Lucente (1993a). Administraron el cuestionaron a 137 pacientes con TOC para investigar qué variables de personalidad podían relacionarse con respuesta a un programa de tratamiento conductual a nivel ambulatorio, y se valoraron las puntuaciones en el Y-BOCS, al

inicio, tras el tratamiento y en el seguimiento de 6 meses. Observaron que los pacientes sin problemas de personalidad o con rasgos dependientes de personalidad presentaban los mejores resultados. Por el contrario, los pacientes cuyos problemas de personalidad incluían dificultades en las relaciones interpersonales, tenían mayor probabilidad de rechazar la terapia conductual, y entre aquellos que estuvieron de acuerdo en seguir la terapia no se observó una reducción de la sintomatología del TOC tras el tratamiento, ni durante el seguimiento. Los pacientes con rasgos de personalidad histriónicos o límite al principio del estudio experimentaban mejoría del TOC tras el tratamiento, pero no la mantenían durante el seguimiento.

Figura 5

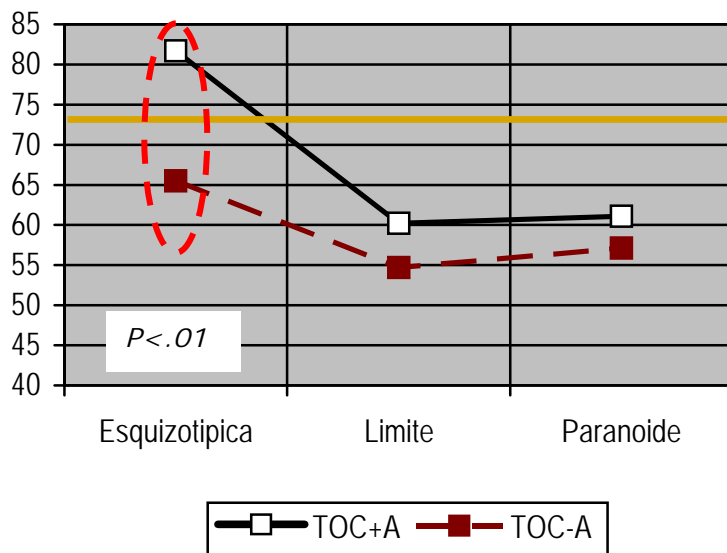
Escalas básicas de personalidad (MCMI-II) de un grupo de pacientes diagnosticados de TOC con acumulación vs no acumulación.



Utilizando también la escala MCMI-II de Millon (Millon, 1998), otro trabajo con una muestra de 94 sujetos diagnosticados de TOC primario según criterios del DSM-IV, observó que si se establecían dos subgrupos en función de si existían compulsiones de acumulación o no, entre los síntomas del TOC, se obtenían diferencias clínicamente significativas en una serie de medidas de personalidad (Ver Figuras 5 y 6). Concretamente, los síntomas de acumulación se asociaron a rasgos de personalidad evitativos, autodestructivos y esquizotípicos (Jiménez-Murcia et al., 2007).

Figura 6

Escalas de personalidad patológica (MICMI-II) de un grupo de pacientes diagnosticados de TOC con acumulación vs no acumulación.



Utilizando otro estudio para la evaluación de la personalidad, un estudio administró las dimensiones de personalidad con el *Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (TCI)* (Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994) a 60 pacientes con TOC. Síntomas depresivos comórbidos y obsesiones de acumulación estaban significativamente asociados con una puntuación alta en la evitación del daño (Alonso et al., 2007). Otro estudio anterior, había comparado con el *cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ)* (Eysenck, 1978), rasgos de personalidad existentes entre dos grupos experimentales (grupo con TOC subclínico vs. grupo diagnosticado de TOC) y uno control. Los dos primeros obtuvieron diferencias significativas respecto el grupo control, en sensibilidad al castigo, psicoticismo y neuroticismo (Fullana et al., 2004).

Para finalizar esta revisión sobre comorbilidad valga decir que, en general, datos recientes apuntan que poco menos de un tercio de los pacientes diagnosticados de TOC no tienen otro trastorno asociado a éste a lo largo de su vida (Denys et al., 2004).

3.2 Trastorno de la conducta alimentaria

Los trastornos del comportamiento alimentario han hecho eclosión clara en la literatura médica a partir de la década de 1960. Todavía se discute si tal eclosión es consecuencia de un significativo incremento de su prevalencia o se trata de un simple resultado de la expansión del conocimiento, o reconocimiento, de la existencia de tales trastornos con la consiguiente difusión de su diagnóstico (Van't Hof, 1994).

3.2.1 Anorexia nerviosa

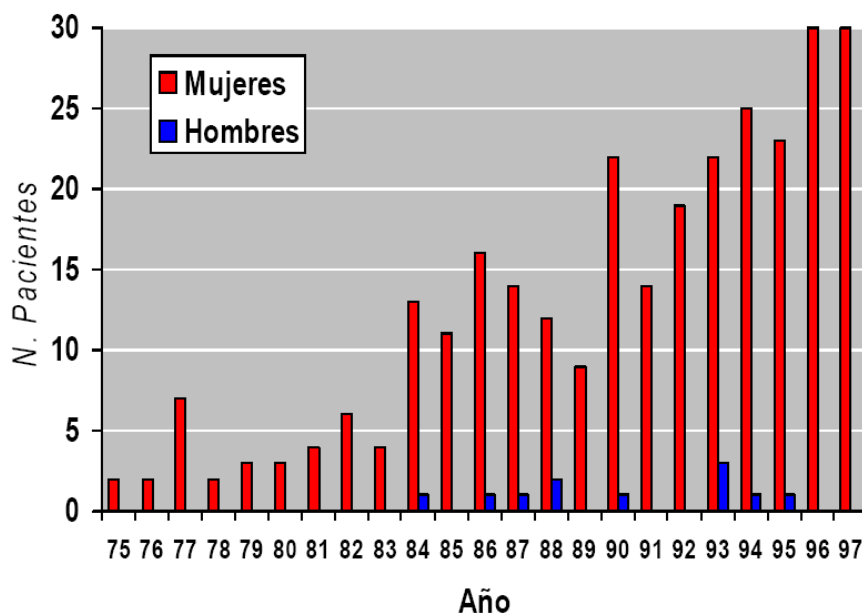
La anorexia nerviosa (AN) es uno de los llamados trastornos por autoinanición. Cursa con pérdida excesiva de peso iniciada o mantenida voluntariamente, y se da mayoritariamente en mujeres adolescentes y jóvenes. Es el trastorno psiquiátrico con mayor riesgo de mortalidad.

La frecuencia de aparición y relevancia de este trastorno ha ido cambiado de forma marcada con el paso del tiempo. En este trastorno, la incidencia ha pasado de valores del 0.35-1.12% (Jones, Fox, Babigan, & Hutton, 1980; Kendell, Hall, Halley, & Babigan, 1973) en las décadas de los años 60-70, a valores que oscilan entre 6-6.3% en los 80 y 90 (Hoek, 1991; Willi, 1990). La proporción varones/mujeres siempre es 1/9 o 1/10. Estudios recientes apuntan que entre un 4-6 % de quienes padecen estos trastornos alimentarios son varones (Alonso, Fernandez, Turón, Vallejo, & Ramos, 1998; Button, Aldridge, & Palmer, 2008) (Ver Tabla 7).

En un estudio con población sueca en el que compararon 61 pacientes varones diagnosticados de AN con población general, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a salud mental en los dos grupos. Los autores concluían que los varones con AN presentaban un buen pronóstico psiquiátrico a lo largo de la vida (Lindblad, Lindberg, & Hjern, 2006).

Figura 7

Número de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Bellvitge entre 1975-1997 en función de la variable sexo (n=304).



Adaptado de Alonso et al., 1998

La característica clínica nuclear de este trastorno es la restricción alimentaria sistemática. A veces no se manifiesta claramente hasta que el adelgazamiento se hace evidente. Los vómitos provocados y el consumo de laxantes o diuréticos se observa en un 15-20% de los casos (AN purgativa), algunos pacientes, sin embargo, realizan atracones más o menos frecuentes (AN bulímica). La temática alimentaria y corporal se hace progresivamente más intrusiva, permanente y obsesiva. Asimismo, suelen presentar una sobrevaloración de las dimensiones de determinadas partes del cuerpo (distorsión de la

imagen corporal) (Fernandez-Aranda, Dahme, & Meermann, 1999).

El perfeccionismo y el alto nivel de exigencia, como estilos habituales de comportamiento, pueden constituir características centrales de la anorexia, y su combinación con un ambiente familiar en el que existen elevadas motivaciones de logro pueden actuar como factores desencadenantes del trastorno (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, & Treasure, 2003). El perfeccionismo es una característica común entre hombres y mujeres que presentan un trastorno alimentario o problemas con la alimentación, no obstante, las mujeres presentan además baja autoestima (Elgin & Pritchard, 2006).

3.2.2. *Bulimia nerviosa*

La Bulimia nerviosa (BN) comparte varias características clínicas y psicopatológicas con la AN, de la que a veces puede ser la consecuencia. Los atracones son su rasgo más característico, a diferencia de la AN, el paciente bulímico presenta peso normal o sobrepeso.

La prevalencia de la BN en la población femenina adolescente y juvenil se sitúa alrededor del 1% cuando se utilizan criterios diagnósticos estrictos (Rojo et al., 2003). Estudios realizados con adolescentes mostraban una prevalencia entre el 0.7 y 10%, en población general. Tomando como referencia las edades comprendidas entre 15-18 años, un 28.2% de mujeres y 13.4% de hombres presentaban episodios bulímicos (Ledoux, Chaquet, & Flament, 1991; Machado, Machado, Goncalves, & Hoek, 2007).

El episodio bulímico habitual se inicia con sensación de malestar y tensión creciente, acompañados de un hambre peculiar. Suele estar precipitado por la visión de la comida, el malestar disfórico se incrementa hasta que se inicia la ingestión. Acabada la ingestión de los alimentos, aparecen sentimientos de culpa, con intenso autodesprecio y minusvaloración. La persona prevé la desaparición de la ansiedad mediante la práctica de vómitos inmediatos u otros comportamientos para compensar la ingesta.

La preocupación por el peso y la silueta suelen estar presentes antes de iniciarse el trastorno, puesto que son la causa de la restricción alimentaria previa. Cuando se establecen atracones y compensaciones, esa preocupación se incrementa y se vuelve obsesiva.

4. Tratamiento cognitivo-conductual en el TOC

En los últimos años se ha evidenciado la influencia que tienen los factores psicosociales en el desarrollo del trastorno y la respuesta al tratamiento del TOC. La respuesta del sistema familiar de apoyo a los síntomas del TOC puede ser importante en el pronóstico y en el resultado del tratamiento.

4.1 Antecedentes históricos

Desde las descripciones iniciales del TOC a principios de siglo XX han sido diversas las hipótesis psicológicas sobre la génesis y el mantenimiento del TOC. Las primeras formulaciones de carácter psicoanalítico, postulaban la existencia de traumas infantiles en la fase anal del desarrollo; mientras modelos más recientes, de orientación cognitivo-conductual han hecho hincapié en la

importancia del aprendizaje, el estilo educativo y los esquemas cognitivos en la aparición de la patología obsesiva.

A mitad de la década de los 60, se empezó a introducir la terapia conductual en el TOC, que se basaba en la exposición al estímulo temido por las obsesiones y la prevención sistemática de la respuesta neutralizante compulsiva (Meyer, 1966), los resultados de este tipo de intervención fueron esperanzadores, mientras que hasta ese momento, la psicoterapia tradicional había mostrado escasos resultados en el tratamiento de este trastorno.

Numerosos estudios han analizado, en la última década, la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para el TOC (Bjorgvinsson et al., 2008; Diefenbach, Abramowitz, Norberg, & Tolin, 2007; Storch et al., 2007; Tolin, Maltby, Diefenbach, Hannan, & Worhunsky, 2004; Tundo, Salvati, Busto, Di Spigno, & Falcini, 2007), mostrando todos ellos buenos resultados utilizando paquetes de técnicas conductuales (Exposición con Prevención de Respuesta, en vivo o en imaginación) y cognitivas (reestructuración cognitiva específica para creencias disfuncionales del TOC).

El tratamiento idóneo en el TOC es la combinación de farmacoterapia con TCC, siendo la exposición *in vivo* la técnica de elección, especialmente en los pacientes que presentan rituales abiertos.

4.2 Terapia conductual

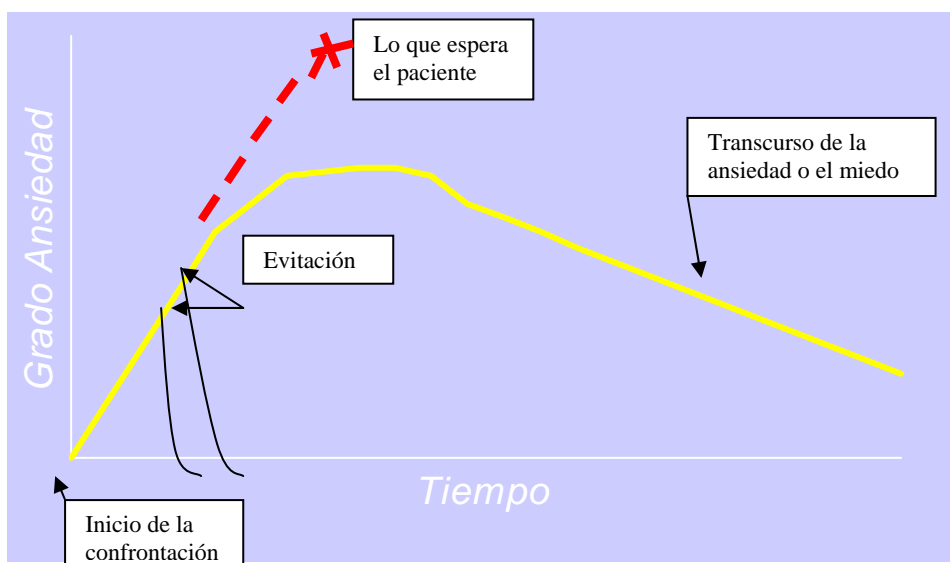
Las primeras técnicas conductuales utilizadas en el TOC fueron la desensibilización sistemática, programas de reforzamiento, intención paradójica, parada de pensamiento y relajación, a pesar

de que los resultados eran limitados (Foa, Franklin, & Kozak, 1998). La situación cambió significativamente a mitad de los años 70, cuando algunos investigadores conductuales introdujeron la técnica denominada exposición con prevención de respuesta (EPR).

La EPR consiste en exponer al paciente a determinadas situaciones que desencadenan la obsesión, impidiendo la ejecución de las respuestas compulsivas o neutralizantes, por parte del paciente, que le pueda disminuir la ansiedad. Es importante repetir la exposición a situaciones temidas varias veces, para poder ir reduciendo la ansiedad y habituarse a ellas, siempre bloqueando cualquier actividad neutralizadora de la ansiedad. Del mismo modo que cualquier tratamiento conductual dirigido a las fobias, la exposición repetida a los estímulos temidos, llevará a una reducción natural o habituación de la ansiedad.

Figura 8

Transcurso de la ansiedad/malestar en la confrontación versus evitación a la situación temida.



Adaptado de Reinecker, 1998

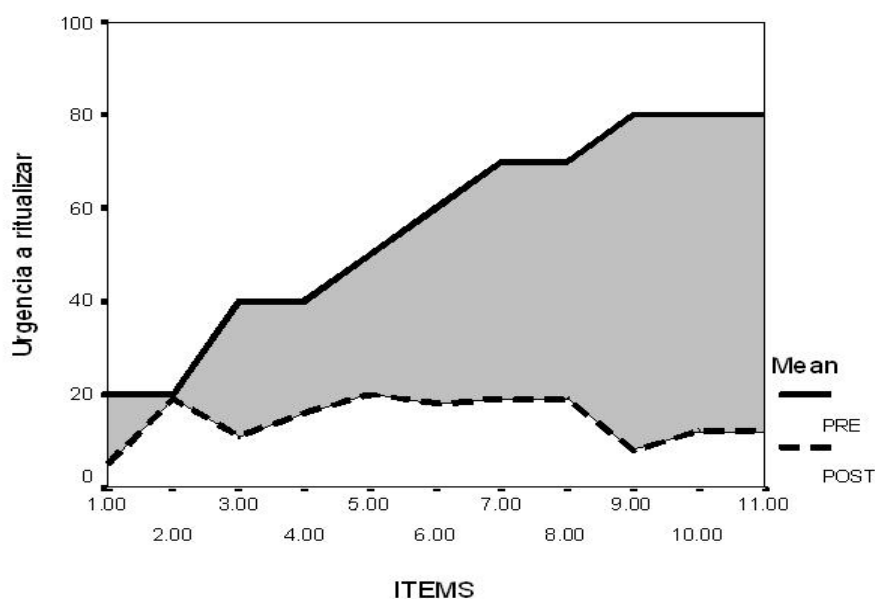
Después de la aplicación de esta técnica, en el caso del TOC la obsesión aparecerá con menos frecuencia y generará menos malestar, de tal manera que la respuesta compulsiva será cada vez menos necesaria. Por ejemplo, una persona con una compulsión de lavado será expuesta de una manera gradual a varias situaciones asociadas a la contaminación (ir a lavabos públicos, manejo de dinero, tocar los pomos de las puertas, etc.). No obstante, la persona tendrá que prevenir el lavado de manos y de este modo la ansiedad asociada a los pensamientos de contaminación se reducirá después de repetidas sesiones de exposición.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia inmediata y a largo plazo de la EPR para el TOC (Abramowitz, Foa, & Franklin, 2003; Fisher & Wells, 2005; Foa & Goldstein, 1978; Foa, Steketee, Grayson, Turner, & Latimer, 1984; Marks, Hodgson, & Rachman, 1975; Simpson et al., 2008; Whittal, Thordarson, & McLean, 2005). Diferentes revisiones sobre este tema, indican que, aproximadamente, el 80% de los pacientes pueden mejorar significativamente o conseguir una reducción del 80% de la gravedad de los síntomas, a través de EPR (Foa et al., 1998; Stanley & Turner, 1995). Por lo tanto, la EPR ha sido reconocida, como el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, aunque algunos autores recomiendan la combinación de ésta con un inhibidor de la recaptación de la serotonina (ISRS) para los casos con mayor gravedad (March, Frances, Carpenter, & Kahn, 1997). El estudio meta-analítico de Kobak, Greist, Jefferson, Katzelnick & Henk (1998) informaba de que entre un 37-63% no presentaba una mejora sustancial con el tratamiento farmacológico.

La EPR parece ser menos eficaz en algunos subtipos de TOC como en el caso de los rumiadores obsesivos, sin compulsiones abiertas (Salkovskis & Westbrook, 1989) y acumuladores compulsivos (Frost, Steketee, & Greene, 1999). En este sentido, se ha visto que un subgrupo pequeño, pero significativo (entre un 20% y un 30%) de pacientes, no responden bien a la EPR ni a la psicoterapia, en general (Stanley et al., 1995).

Figura 9

Diferencias en la urgencia a ritualizar en un caso de "Bowel obsesión" previos (pre) y tras (post) un tratamiento de exposición con prevención de respuesta.



Adaptado de Ochoa et al., 2004

En cuanto a los factores predictores de mala respuesta al tratamiento, se han descrito, el bajo *insight* (Alonso et al., 2008; Eisen et al., 2001; Erzegovesi et al., 2001; Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999; Tolin et al., 2004), la afectación neuropsicológica (Cavedini et al., 2002; Moritz et al., 2005),

niveles elevados de depresión (Abramowitz & Foa, 2000; Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, & Foa, 2000; Basoglu, Lax, Kasvikis, & Marks, 1988; Buchanan, Meng, & Marks, 1996; Emmelkamp, Hoekstra, & Visser, 1985; Foa, Steketee, Grayson, & Doppelt, 1983; Foa, 1979; Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000; Keijsers, Hoogduin, & Schaap, 1994; Rufer et al., 2005; Steketee, 1993; Steketee, Chambless, & Tran, 2001) y, por último, la presencia de algún trastorno de personalidad específico asociado (Fricke et al., 2006; Minichiello, Baer, & Jenike, 1987; Moritz et al., 2004; Steketee et al., 2001).

4.3 *Terapia cognitiva*

En los últimos años se ha visto la importancia de introducir técnicas cognitivas en los programas de tratamiento, con el objetivo de modificar distorsiones, creencias disfuncionales y pensamientos erróneos. En los casos, en que la EPR no era eficaz los terapeutas cognitivos empezaron a aplicar este tipo de técnicas, considerando que probablemente aumentarían la eficacia de la terapia de conducta.

McFall & Wollersheim (1979) propusieron la primera teoría cognitiva en el TOC, según la cual el trastorno se explicaba por una valoración primaria de la probabilidad o magnitud de un resultado negativo relacionado con un evento desafortunado, combinado con un segundo proceso de valoración, en el que habría una subestimación individual en la capacidad para afrontar la amenaza. El camino más eficaz para reducir la percepción de la amenaza y la sensación de incapacidad eran los rituales mágicos o compulsiones. A pesar de que, muchos de los conceptos introducidos por McFall & Wollersheim (1979) se pueden

encontrar en la teoría cognitiva actual y tratamiento del TOC, el inicio de la terapia cognitiva (TC) para obsesiones y compulsiones se debe a Salkovskis (1985; 1989; 1996), que introdujo de una manera mucho más precisa y sistemática la teoría cognitiva. Sin embargo, una de las primeras publicaciones, sobre la terapia cognitiva y tratamiento del TOC, fue anterior incluso a las de Salkovskis. Concretamente, nos referimos a la de Rachman & Hodgson (1980), en 1980, en su libro titulado "Obsesiones y Compulsiones".

En las dos últimas décadas muchos investigadores y clínicos cognitivo-conductuales han contribuido a los avances y elaboración de una teoría cognitiva del TOC, disponiendo en la actualidad de una base metodológica y aplicada amplia y sólida (Clark & Purdon, 1995; Freeston, Rheaume, & Ladouceur, 1996; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCW)1997; Purdon & Clark, 2000; Rachman, 1997; Rachman et al., 1998; Salkovskis, 1985; 1989; 1998; Salkovskis et al., 2000).

El sustrato teórico se centra en que las obsesiones suceden en respuesta a una serie de reacciones, intensas y muy negativas, ante los pensamientos intrusivos normales. Según Salkovskis & McGuire (2003) las intrusiones que se observan en los pacientes con TOC no difieren sustancialmente de las del resto de personas. Existen estudios que demuestran que en torno al 90% de la población general presenta intrusiones (Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Generalmente, las intrusiones suelen estar relacionadas con temas como responsabilidad, culpa, inseguridad y desgracias o catástrofes. Si bien decíamos que este tipo de cogniciones puede ser, en un momento u otro, común en la población general, los pacientes con TOC realizan de ellas una valoración extremadamente

negativa. Ello conlleva a la presencia inmediata de un estado emocional caracterizado por ansiedad, intranquilidad y excitación. El paciente intentará huir o escapar de ese estado emocional neutralizándolo a través de rituales (abiertos o encubiertos) y/o conductas de evitación.

Tabla 2

Creencias disfuncionales comunes en el TOC.

Creencias disfuncionales	Definiciones y ejemplos
Sobre-valoración importancia pensamientos	La ocurrencia de un pensamiento, imagen o impulso es muy importante. Fusión pensamiento-acción (TAF): Un mal pensamiento genera una mala acción. <i>"Si tengo pensamientos violentos significa que voy a perder el control y los cometeré"</i>
Importancia de controlar los propios pensamientos	Sobrevaloración de la necesidad de controlar los propios pensamientos, imágenes e impulsos, así como la creencia de ambas cosas son posibles y deseables. <i>"Seré mejor persona si controlo mis pensamientos"</i>
Perfeccionismo	Creencias sobre: 1) Existe una solución perfecta para todos los problemas; 2) Hacer las cosas perfectas es posible y deseable; 3) Los errores más pequeños tienen consecuencias nefastas. <i>"Fallar en algún detalle es tan grave como hacerlo todo mal"</i>
Responsabilidad excesiva	Creer que se tiene la responsabilidad de prevenir sucesos negativos. La responsabilidad abarca las posibles acciones y también las omisiones. <i>"Creo que soy el responsable de que las cosas no funcionen"</i>
Sobrestimación de las amenazas	Se exagera la valoración del daño o la probabilidad de que éste ocurra. <i>"Los pequeños problemas parecen volverse importantes en mi vida"</i>
Intolerancia a la incertidumbre	Creencias acerca de la necesidad de tener la certeza absoluta de algo, de tener poca capacidad para manejar lo impredecible y lo ambiguo. <i>"No puedo tolerar la incertidumbre"</i>

Adaptado y modificado de Obsessive Compulsive Cognitions Working Group-OCCWG, 1997

La TC nunca ha intentado sustituir la EPR como tratamiento psicológico de elección en el TOC, únicamente en aquellos casos que los pensamientos intrusivos son muy intensos y van acompañados de evitación conductual, la exposición o la prevención de la respuesta pueden no resultar eficaces (Clark, 2000).

Tanto este modelo explicativo como el modelo conductual se basan en la sintomatología aparente del trastorno y en las consecuencias inmediatas que acontecen. Sin embargo, existen escasas aportaciones sobre la influencia de déficits conductuales en la aparición del TOC o evidencias empíricas sobre el modelo causa-efecto en esta patología (Jiménez-Murcia & Fernández-Aranda, 2006).

El único estudio que ha analizado la eficacia de TC, EPR y TCC en combinación con farmacoterapia, con seguimientos de hasta 5 años es el de van Oppen, van Balkom, de Haan & van Dyck (2005). Estos autores observaron que la prevalencia del TOC había disminuido en los 3 grupos de tratamiento, la mejoría clínica se había mantenido en los 3 grupos, los que abandonaron el tratamiento presentaban un TOC más severo y finalmente, únicamente la mitad de los pacientes que habían iniciado tratamiento antidepresivo, seguían con el tratamiento farmacológico.

4.4 Terapia grupal

Tradicionalmente la terapia de elección en el TOC ha sido de orientación cognitivo-conductual en formato individual, seguramente por la complejidad clínica del trastorno, la

heterogeneidad de la sintomatología y el difícil manejo de los casos más graves. Sin embargo, distintos estudios han demostrado la eficacia del tratamiento grupal para este trastorno. (Ver Tabla 3).

Uno de los trabajos ya clásicos sobre los resultados del manejo grupal del TOC es el de Marks, Hodgson & Rachman (1975), que informaba de su eficacia, aunque asociada el abordaje individual. El programa de tratamiento consistía en 4-6 sesiones grupales, donde asistían tanto pacientes como familiares, tras varias semanas de tratamiento individual. Sin embargo, el primer trabajo sistemático sobre tratamiento grupal, fue el publicado por Hand & Tichatzky (1979), en el que describieron un programa dividido en tres fases y con un mínimo de 12 sesiones, y en el que contemplaban tres visitas domiciliarias y sesiones con familiares. Incluían seis pacientes por grupo, utilizando como indicador de mejoría el MOCI. Epsie (1986) describió un programa de tratamiento grupal con el objetivo de demostrar la relación coste-eficacia de este tipo de intervenciones. Trató a cinco pacientes durante diez sesiones grupales, obteniendo resultados positivos. Krone, Himle & Nesse (1991) informaron de un programa grupal de siete sesiones, de dos horas de duración cada una más una sesión en la que asistían los familiares. Obtuvo mejoría en las escalas del Y-BOCS, resultados que se mantuvieron en el seguimiento de tres meses. Este trabajo también demostraba que las intervenciones grupales no solo ahorran tiempo y dinero, sino que también reducían los síntomas. Enright (1991) trató a 24 pacientes en cuatro grupos, durante nueve sesiones, con una periodicidad semanal y de noventa minutos de duración. Las técnicas utilizadas fueron psicoeducación, entrenamiento en asertividad, EPR, TC y

registros. La tasa de abandonos fue del 11% mientras que la asistencia a las sesiones se situaba en el 93%. También observó una disminución significativa de los síntomas del TOC, ánimo deprimido y/o ansioso y deterioro funcional.

Tabla 3

Revisión en la literatura sobre el tratamiento grupal en el TOC

Autores	Año	Muestra	Grupos	Tipo tratamiento	Sesiones
Anderson & Rees	2007	63	GE+GC	TCC amb. TG vs. TI vs. LE	10
O'Connor et al.	2005	26	GE	TCC amb. (TI vs. TG)	12
Cordioli et al.	2003	47	GE +GC	TCC amb. vs. LE	12
Cordioli et al.	2002	32	no GC	TCC ambulatorio	12
Himle et al	2001	113	no GC	EPR ambulatorio	7
McLean et al.	2001	76	GE +GC	TCC vs. EPR	12
Van Noppen et al.	1998	90	no GC	TCC ambulatorio	10
Fals-Stewart et al.	1993	93	GE+GC	TCC (TG) vs. TI vs. Relajación	24
Krone et al.	1991	36	no GC	EPR (TG)	7
Epsie	1986	5	no GC	TCC (TG) tras TI	10
Hand & Tichatzky	1979	17	no GC	TCC (TG + Domiciliaria+ T Familiar)	12
Marks et al.	1975	16	no GC	TCC (TG) tras TI	4 a 6

Existen dos estudios controlados que comparan la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual grupal versus individual para el TOC (Anderson & Rees, 2007; Fals-Stewart, Marks, & Schafer, 1993b). Fals-Stewart, Marks & Schafer (1993b) compararon la EPR en grupo (N=30) con el tratamiento conductual individual (N=31) y con un tratamiento control de relajación individual (N=32). El programa de tratamiento consistía en 24 sesiones durante 12 semanas. Los sujetos de ambas condiciones experimentales, mostraron una mejoría significativa de los síntomas de TOC, depresión y ansiedad, tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, mientras que

en el grupo control sólo mejoró la ansiedad. Anderson & Rees (2007) reciente compararon 63 pacientes diagnosticados de TOC que habían realizado 10 sesiones de tratamiento, grupal (TG) versus individual (TI) versus lista de espera (LE). Tras las sesiones de tratamiento observaron que los pacientes que habían realizado TI respondieron más rápido que los que habían realizado TG, pero que la mejoría era similar en ambos grupos de tratamiento en los seguimientos.

Cordioli, Heldtet & Bochi (2002) hallaron reducción significativa en las puntuaciones del Y-BOCS, Hamilton Depresión (Hamilton, 1960) y Hamilton Ansiedad (Hamilton, 1959) en 32 pacientes, tras realizar tratamiento combinado de terapia grupal más farmacoterapia. Estos pacientes acudieron a 12 sesiones semanales de dos horas de duración. En otro estudio, de Cordioli, Heldt & Bochi (2003) observaron una reducción significativa en la puntuación del Y-BOCS en los pacientes que realizaron una terapia grupal durante 12 semanas, con respecto a un grupo control de lista de espera. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del cuestionario Hamilton Ansiedad y Hamilton Depresión. En 2005, Braga, Cordioli, Niederauer y Manero (2005), verificaron que en el seguimiento de un año los resultados se seguían manteniendo.

Otro estudio publicado en 2005 donde comparaban terapia individual versus grupal en pacientes con TOC sin compulsiones, observaron una disminución significativa en las puntuaciones del Y-BOCS pre- y postratamiento en ambas modalidades. Sin embargo, con la intervención individual se observaron además disminuciones significativas en los niveles de ansiedad y depresión, así como mejoría significativa en relación a las creencias obsesivas (O'Connor et al., 2005).

Norton & Whittal (2004), analizaron la eficacia de tratamiento en grupo con dos modalidades de intervención, una de las condiciones consistía en un paquete de técnicas cognitivo-conductual mientras que en la otra sólo se utilizaba la exposición con prevención de respuesta. El tratamiento estaba compuesto por 12 sesiones con una frecuencia semanal. En una muestra de 76 pacientes no encontraron diferencias significativas en los dos tipos de tratamiento.

Como señalaron Kobak, Rock & Greist (1995) y según nuestra experiencia, el tratamiento grupal puede mejorar algunos aspectos de la terapia individual: 1) la oportunidad de los pacientes a ayudar a otros miembros del grupo con la consiguiente mejora en la autoestima y reducción de la desmoralización y el aislamiento; 2) aprendizaje vicario de otros miembros, 3) comparación consensuada de la realidad con respecto a los temores obsesivos y conductas compulsivas, 4) flexibilidad de roles, permitiendo a los miembros aproximarse a las experiencias personales de ayudar a otros y aprender como pacientes, y 5) cohesión en el grupo, que aumenta la motivación para completar las tareas para casa y alcanzar los objetivos ligados a éstas.

4.5 Terapia familiar

A lo largo de los años la familia ha ido cobrando importancia en el tratamiento psicológico. No hay estudios controlados sobre la eficacia de la terapia familiar o sistémica en el tratamiento de otros trastornos, pero si que se ha visto la importancia de incluir algún familiar en el abordaje psicológico. En general, los

familiares de pacientes con TOC no saben cómo deben actuar con el paciente, y muchos de ellos están involucrados en los rituales.

Van Noppen, Pato & Rasmussen (1993) en su libro "*Learning to live with OCD*" recomiendan una serie de actitudes y estrategias para familiares de pacientes con TOC. Estas pautas son:

- Reconocer las señales que indican que una persona está teniendo problemas.
- Modificar las expectativas durante las épocas de estrés.
- Medir los progresos según el nivel de funcionamiento de cada persona.
- No realizar comparaciones día a día.
- Reconocer los pequeños avances.
- Crear un entorno fuerte y de apoyo en el hogar.
- Mantener una comunicación simple y clara.
- Adherirse a un contrato conductual.
- Establecer límites, pero siendo sensibles a los estados de ánimo de la persona.
- Mantener "normales" las costumbres de la familia.
- Utilizar el humor.
- Apoyar el cumplimiento de la medicación del paciente.
- ¡Ser flexibles!

5. Predictores de cambio terapéutico en el TOC

En la literatura actual hay muy pocos estudios que hayan analizado factores predictores de cambio en los pacientes con TOC. En un estudio publicado recientemente, los autores hacen una revisión de los estudios realizados hasta el momento para analizar factores clínicos de la respuesta al TCC de pacientes con TOC. En esta revisión se analizan características demográficas, síntomas del TOC, comorbilidad, factores familiares, influencia de las cogniciones y características del tratamiento (Keeley, Storch, Merlo, & Geffken, 2008).

Los pacientes con obsesiones de orden y simetría serían los que más se asemejan a los pacientes con trastorno de personalidad obsesiva (TPO). Estas dos patologías tienen una necesidad común, que es el “orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal” (APA, 1994). Es decir, no hay razón para separar los comportamientos de un tipo de TOC y de TPO. La conceptualización de esta conducta se basa en la necesidad de llevar un mayor control en los dos trastornos. El TOC de orden y simetría hace, probablemente, una función diferente al comportamiento de reducir ansiedad, mientras que el TPO de orden y simetría se da simplemente por ser una preferencia de ordenar el entorno. En un estudio llevado cabo para analizar pacientes con obsesiones de orden y simetría, observaron la presencia de mayor sintomatología ansiosa, al comparar con otro de pacientes diagnosticados de TOC que no presentaban este tipo obsesiones (Radomsky & Rachman, 2004b).

En relación a los pacientes con obsesiones de acumulación, existen opiniones controvertidas respecto a la respuesta a estos

pacientes a la terapia cognitivo-conductual. En un estudio reciente, de 104 pacientes diagnosticados de TOC, los autores quisieron evaluar si ciertas dimensiones de síntomas de TOC se asociaban a los resultados de la TCC. Estos autores, observaron que los pacientes con obsesiones de acumulación respondían peor a la TCC (Rufer, Fricke, Moritz, Kloss, & Hand, 2006). Sin embargo, un estudio anterior sobre el efecto de la TCC en pacientes con acumulación, informaba de una mejoría significativa al comparar las medias pre y post tratamiento. No obstante, cuando, este grupo se comparaba con otro de pacientes sin acumulación, los resultados al finalizar el tratamiento eran significativamente más pobres (Saxena et al., 2002). A pesar de ello, estos autores remarcan que este tipo de pacientes pueden mejorar significativamente con un tratamiento intensivo y multimodal, enfocado en las características específicas y los déficits asociados.

Tampoco existe una visión unánime en cuanto a la respuesta al tratamiento de pacientes con rituales de comprobación. Por un lado, ya en 1988, Basoglu et al. (1988) afirmaban que los pacientes con este tipo de rituales obtenían una respuesta pobre a la TCC. Mientras que otros no confirmaban estos resultados (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003; Foa et al., 1978; Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak, & Baer, 2002).

En la Tabla 4 podemos observar algunos de los síntomas psiquiátricos que pueden ir asociados al TOC. Muchos de estos síntomas hacen que el abordaje con TCC sea más difícil y por ese motivo la respuesta terapéutica sea más pobre (Vallejo & Alonso, 2006).

Tabla 4*Síntomas asociados al TOC (%).*

	Rasmussen y Tsuang (1986) (n=410)	Khanna et al. (1990) (n=44)
Tristeza, pesadumbre	52	56
Trastornos del sueño	41	42
Pensamientos suicidas	-	26
Trastornos del apetito	34	16
Disminución de concentración	-	9
Indecisión	-	7
Despersonalización	-	3
Hipocondría	-	3
Trastornos de la libido	30	-
Depresión	30	-
Trastornos de la personalidad	66	-

Adaptado de Vallejo y Alonso, 2006

En definitiva, y después de esta revisión a modo de marco teórico en el que se situarían estos estudios, concluiríamos que las evidencias empíricas que demuestran la existencia del espectro obsesivo-compulsivo son relativamente limitadas. Una de las limitaciones consiste en que se han llevado a cabo pocos trabajos de investigación en algunos de estos trastornos (Rasmussen, 1994), siendo éstos realizados incluso a nivel subsindrómico, y son escasos los que han valorado la relación entre ellos en diseños comparativos directos (Lochner, Carey, Seedat, & Stein, 2006a). Asimismo, considerando desde una perspectiva más amplia el conocimiento sobre estas patologías, existen muy pocos diseños que incluyan la implicación de factores familiares, realicen ensayos terapéuticos o estudios de seguimiento.

Desde esta perspectiva teórica, la presente tesis doctoral intenta comparar las características clínicas y sintomatológicas de los trastornos obsesivos compulsivos y de los trastornos de la conducta

alimentaria. Haciendo una revisión de la eficacia de tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo y analizando dos modalidades de tratamiento de este trastorno.

El interés por realizar este estudio viene dado por las escasas investigaciones en el tema. Según Lochner et al. (2006a), el estudio de los trastornos que conforman el espectro obsesivo-compulsivo, puede ayudar a aumentar el conocimiento de los mecanismos subyacentes psicológicos y biológicos del TOC. En definitiva, puede ayudar a definir dimensiones o subtipos relevantes del TOC y todo ello favorecer la mejora de las intervenciones terapéuticas.

A pesar de que existen numerosos trabajos que demuestran la utilidad de la EPR y varios en los que se señala la importancia de terapia grupal, pocos se centran en la eficacia, comparando distintas modalidades y con una metodología de estudio basada en la aleatorización de los pacientes a las distintas condiciones de tratamiento (protocolizadas y manualizadas), como en el presente estudio. Además existen pocos trabajos que analicen la respuesta terapéutica de la terapia cognitivo-conductual, en función de la dimensión del síntoma del trastorno obsesivo-compulsivo.

Como es sabido, las revisiones sobre estudios de tratamiento toman como referencia las recomendaciones de la *American Psychological Association* (APA) acerca del uso exclusivo de Tratamientos Empíricamente Validados (TEVs) (Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Kazdin, 2001), entendidos como aquellos que cumplen las siguientes características: a) los tratamientos deben ser empíricamente validados en ensayos clínicos controlados, con asignación aleatoria al azar al tratamiento experimental y a otra o más

condiciones distintas de intervención; b) un tratamiento puede considerarse eficaz sólo cuando ha demostrado su eficacia en un mínimo de dos estudios, realizados por equipos independientes; c) el tratamiento debe estar manualizado para facilitar su replicación.

Hasta la fecha, todavía son escasos los estudios de tratamiento para el TOC que hayan seguido la metodología recomendada por la APA, mientras que en estas investigaciones se han tenido en consideración.

II. HIPÓTESIS

Las hipótesis de las que partíamos para la realización de esta tesis, fueron las siguientes:

1. Tanto pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo como trastorno de la conducta alimentaria presentarán rasgos sintomatológicos y psicopatológicos similares.
2. Los pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo que reciban tratamiento cognitivo-conductual, individual o grupal, obtendrán mejores resultados en términos clínicos (sintomatología obsesivo-compulsiva, ansiosa y depresiva) que los que estén en lista de espera.
3. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que realicen tratamiento cognitivo-conductual en formato grupal obtendrán mejores respuesta que los que realicen un tratamiento individual.
4. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, de tipo orden y simetría, tras realizar un tratamiento cognitivo-conductual obtendrán menor cambio en la sintomatología ansiosa, al finalizar el tratamiento, con respecto al resto de pacientes.

III. OBJETIVOS

Los objetivos de los artículos que constituyen esta tesis fueron los siguientes:

1. Determinar en qué medida TOC y TCA aparecen de forma comórbida.
2. Evaluar en qué medida pacientes con TOC y TCA difieren en cuanto a su sintomatología obsesiva y/o alimentaria, incluso tras haber controlado las variables edad y peso.
3. Analizar la posible asociación, en pacientes con TCA, entre sintomatología alimentaria y obsesiva.
4. Analizar la eficacia de dos modalidades de intervención cognitivo-conductual en el TOC (individual versus grupal) versus lista de espera.
5. Determinar factores predictores de cambio en la sintomatología ansiosa, depresiva y obsesivo-compulsiva al finalizar el tratamiento.

IV. PUBLICACIONES

- a) Jimenez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Raich, R., Alonso, P., Krug, I., **Jaurrieta, N.**, Álvarez-Moya, E., Labad, J., Menchón, J.M. & Vallejo, J. Obsessive-compulsive and eating disorder: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 61, 385-391.

- b) **Jaurrieta, N.**, Jiménez-Murcia, S., Menchón, J.M., Alonso, P., Álvarez-Moya, E., Granero, R., Segalàs, C. & Vallejo, J. Individual versus group cognitive-behavioral treatment: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research* (in press).

- c) **Jaurrieta, N.** Avances en la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Aula Médica* 2008; 2, 95-111.

Estudio 1

Psychiatry and Clinical Neurosciences (2007), 61, 385–391

doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01673.x

Regular Article

Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features

SUSANA JIMÉNEZ-MURCIA, PhD,^{1,2} FERNANDO FERNÁNDEZ-ARANDA, PhD, FAED,^{1,2}
 ROSA M. RAICH, PhD,³ PINO ALONSO, MD,¹ ISABEL KRUG, MPh,^{1,2}
 NURIA JAURRIETA, MPh,¹ EVA ÁLVAREZ-MOYA, PhD,¹ JAVIER LABAD, MD,¹
 JOSE M. MENCHÓN, MD¹ AND JULIO VALLEJO, MD¹

¹Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, ²Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición, Instituto Salud Carlos III, and ³Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain

Abstract

The aim of the present study was to determine whether anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and obsessive-compulsive disorder (OCD) share clinical and psychopathological traits. The sample consisted of 90 female patients (30 OCD; 30 AN; 30 BN), who had been consecutively referred to the Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona. All subjects met DSM-IV criteria for those pathologies. The assessment consisted of the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), Questionnaire of obsessive traits and personality by Vallejo, Eating Attitudes Test-40 (EAT-40), Eating Disorder Inventory (EDI), and Beck Depression Inventory (BDI). ANCOVA tests (adjusted for age and body mass index) and multiple linear regression models based on obsessive-compulsiveness, obsessive personality traits and perfectionism, as independent variables, were applied to determine the best predictors of eating disorder severity. On ANCOVA several significant differences were found between obsessive-compulsive and eating-disordered patients (MOCI, $P < 0.001$; EAT, $P < 0.001$; EDI, $P < 0.001$), whereas some obsessive personality traits were not eating disorder specific. A total of 16.7% OCD patients presented a comorbid eating disorder, whereas 3.3% eating disorders patients had an OCD diagnosis. In the eating disorder group, the presence of OC symptomatology was positively associated ($r = 0.57$, $P < 0.001$) with the severity of the eating disorder. The results were maintained after adjusting for comorbidity. Although some obsessive-compulsive and eating disorder patients share common traits (e.g. some personality traits especially between OCD and AN), both disorders seem to be clinically and psychopathologically different.

Key words anorexia nervosa, bulimia nervosa, obsessive-compulsive disorder, personality, symptoms.

INTRODUCTION

The elevated comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders (ED), together with phenomenological as well as clinical similarities have led numerous authors to suggest common etiopathogenic roots that would fall in the obsessive-compulsive spectrum.^{1–7}

Evidences for a relationship between OCD and ED can be found in epidemiological data on comorbidity: the lifetime prevalence of OCD among subjects with ED varies between 11% and 41%,^{8–10} whereas in OCD patients the prevalence of ED ranges between 11 and 13%.^{11,12}

Regarding personality traits, high levels of obsessiveness have been found both in OCD and ED,^{5,13,14} even as a risk factor for the development of ED later in life.^{14,15} Even though the restricted type of anorexia nervosa (AN) has generally been associated with perfectionism, preoccupations with cleaning and high levels of rigidity and persistency,^{16,17} both in male and female subjects,¹⁸ some of these traits has also been

Correspondence address: Susana Jiménez-Murcia, PhD, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge c/Feixa Llarga, s/n, 08907-Barcelona, Spain. Email: sjimenez@sub.scs.es

Received 2 October 2006; revised 20 March 2007; accepted 23 March 2007.

© 2007 The Authors
 Journal compilation © 2007 Folia Publishing Society

described in bulimia nervosa (BN).^{19,20} Likewise, a similar prevalence of personality disorders (20–25% of cases), particularly cluster C,^{21,22} has been observed in both disorders.

Only few studies in the literature have focused on the phenomenology of OCD versus ED. In comparison to OCD, obsessions and compulsions related to symmetry and order²³ have predominantly been described in ED patients. In addition, other studies have revealed clearly different phenomenological traits between both pathologies (e.g. egodysthonia vs egosynthonia).²⁴

Regarding familiar and individual psychopathology, the presence of obsessive-compulsive personality in first-degree relatives^{15,25} and an OCD during childhood⁹ have been identified as risk factors for the development of ED later in life.

At a genetic molecular biochemical level, the results are still inconclusive. The neurotransmitters most frequently studied in both disorders have been those involved in the serotonergic system.^{7,26} In this regard, whereas some studies report a positive association with AN,²⁷ even when compared with OCD,^{28,29} others find no relationship.³⁰ Other family studies found similar genetic transmission in both disorders.^{25,31} This shared biological vulnerability has also been postulated from a biochemical point of view, both in ED³² and OCD.³³

In relation to clinical variables and therapy effectiveness, several ED studies outline that comorbid OCD is associated with higher eating severity,³⁴ longer duration of the disorder,³⁵ and worse prognosis,^{36,37} whereas other did not.³⁸ Additionally, other studies have associated poorer outcome in ED to premorbid obsessive personality traits,^{13,37} which seem to persist even after recovering from an ED.^{38,39}

Therefore, despite some empiric evidence suggesting an association between OCD and ED, the results are contradictory. To our knowledge the relationship between both disorders at a symptomatological level, while controlling for the variables age and weight, has rarely been investigated.

The objectives of the present study were (i) to determine the rate of comorbidity between OCD and ED; (ii) to explore differences in obsessive and eating symptomatology, but also on the frequency of obsessive-compulsive personality traits, between OCD and ED patients by controlling for age and weight; and (iii) to analyze the association between eating symptomatology and obsessionality in AN and BN.

METHODS

Participants

The sample consisted of 90 female patients (30 OCD, 30 AN and 30 BN) diagnosed according to DSM-IV⁴⁰

criteria and consecutively referred for assessment and treatment to the Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona. The mean patient age was 25.56 ± 7.14 years, mean age of onset of the disorder was 17.7 ± 5.0 years, and the mean duration of the disease was 9.2 ± 7.1 years.

Exclusion criteria were a past or present history of substance abuse, age under 17 or over 50 years, and male gender (ED, 8.2% male; OCD, 51.5% male). In the ED group, specifically, a diagnosis of eating disorder not otherwise specified (40% of the original ED recruited sample) was also considered as an exclusion criterion.

Concerning subtypes of disorder, 85% of BN patients had the purging subtype, and 64% of AN patients had the restrictive subtype. Among OCD patients, 58% showed checking compulsions, 28% exhibited cleaning compulsions, and 14% had sexual-content obsessions.

Assessment

The patients were given the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI)⁴¹ (validated Spanish version of the MOCI^{42,43}), the Questionnaire of Obsessive Traits and Personality by Vallejo (CRPO)⁴⁴ (validated Spanish version of the CRPO^{44,45}), the Eating Attitudes Test (EAT-40)⁴⁶ (validated Spanish version of the EAT-40⁴⁷), the Eating Disorder Inventory (EDI)⁴⁸ (validated Spanish version of the EDI⁴⁹) and the Beck Depression Inventory (BDI)⁵⁰ (validated Spanish version of the BDI⁵¹).

Procedures

All participants underwent medical-physical and psychopathological assessments before starting treatment. The OCD and ED patients were diagnosed by means of the Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis-I mental disorders (SCID-I).^{52,53} A battery consisting of the previously mentioned self-reported psychometric tests was administered to all patients. The Ethics Committee of University Hospital of Bellvitge, Barcelona approved the present study and written informed consent was obtained from all participants.

Statistical analysis

SPSS 12.0 software (SPSS, Chicago, IL, USA) was used for statistical analysis. Because the three groups showed significant differences in age and body mass index [$BMI = \text{weight (m)}/\text{Height}^2 \text{ (m)}^2$], ANOVA and ANCOVA tests were carried out in order to compare each dependent quantitative variable with regard to diagnostic

group by using age and BMI as covariates. When significant differences were obtained, multiple comparison tests (Scheffé test) were applied. Furthermore, in both ED groups, multiple linear regression models (stepwise) were carried out in order to determine which factors of the obsessiveness domain (as measured by the MOCI, the CRPO and the EDI [Perfectionism subscale]) could best predict ED severity, as measured by the EDI total score. Given that comorbid OCD and ED was present in some cases, we adjusted the analyses for this variable a posteriori in order to dismiss its effect. A significance level of 0.05 was considered acceptable.

RESULTS

Sociodemographic variables

As expected, significant differences between the AN group and the remaining two groups (BN and OCD) were observed with respect to weight ($F = 33.7$; d.f. = 2; $P < 0.001$) and BMI ($F = 44.03$; d.f. = 2; $P < 0.001$). Similarly, significant age differences were detected between groups ($F = 6.47$; d.f. = 2; $P < 0.014$), in that OCD was the older group (mean age, 29.2 years), compared to both ED (AN and BN: 23.6 years and 23.9 years, respectively).

Psychometric comparison by group

As shown in Table 1, OCD and ED patients showed significant mean differences in negative attitudes towards eating and eating psychopathology (total EDI scores), with OCD patient scores falling in the normal range.³⁴ On ANOVA significant differences were seen

between groups in all EDI subscales, excepting for Perfectionism ($P < 0.133$) and Maturity Fears ($P < 0.055$). Post-hoc tests (Scheffé test) showed that ED patients scored significantly higher than OCD patients in the following subscales: Drive for Thinness ($P < 0.001$), Interceptive Awareness ($P < 0.001$), and Ineffectiveness ($P < 0.001$). Furthermore, BN patients had higher values in Bulimic Symptomatology ($P < 0.001$) and Body Dissatisfaction ($P < 0.001$) subscales in relation to the other two clinical groups (AN and OCD). Most of these results were maintained after adjustment for age and BMI. However, when including comorbidity as a covariate, statistical differences appeared regarding the EDI-Perfectionism scale, with AN patients scoring significantly higher than OCD patients ($P = 0.019$).

As shown in Table 2, with respect to OC symptomatology, on ANOVA significantly higher MOCI and CRPO mean scores were seen in the OCD group in comparison to ED patients ($P < 0.001$). MOCI Checking ($P < 0.001$) and Cleaning ($P < 0.019$) subscales yielded the clearest differences between OCD and ED patients. Both groups also differed significantly in the level of depressive symptomatology, with ED patients having higher BDI scores ($P = 0.001$).

Because 40.9% of OCD patients and 20.7% of BN patients were overweight (BMI > 25), and considering that age was significantly different between groups, we re-analyzed our data with ANCOVA using age and BMI as covariates. These analyses confirmed the previous results, excepting for the CRPO scale, which lost significance ($F = 1.65$; d.f. = 4; $P < 0.173$). The adjustment for comorbidity also maintained these differences at a non-significant level.

Table 1. Group comparison of eating habits and symptomatology

	OCD (n = 30)		AN (n = 30)		BN (n = 30)		F (d.f. 2.87)	P
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
EAT-40	16.57	10.78	60.30	13.89	49.13	15.97	79.6	0.0001
EDI-DT	6.07	6.35	13.11	5.20	15.17	4.50	23.2	0.0001
EDI-P	5.53	3.99	7.70	4.17	7.40	5.00	2.1	0.133
EDI-BUL	1.07	2.46	4.15	4.05	10.80	4.22	55.5	0.0001
EDI-ID	4.60	4.04	6.96	4.82	7.63	5.05	3.5	0.035
EDI-BD	10.50	7.92	14.15	7.32	16.27	7.29	4.5	0.014
EDI-IA	6.37	5.75	13.33	6.32	14.17	7.29	12.9	0.0001
EDI-I	5.93	5.56	15.30	6.49	9.77	5.43	18.5	0.0001
EDI-MF	6.53	4.56	9.93	6.08	8.17	4.99	3.0	0.055
EDI Total	46.60	25.37	84.63	24.65	89.37	29.40	23.0	0.0001

AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; EAT-40, 40-item Eating Attitudes Test; EDI, Eating Disorders Inventory; EDI subscales: EDI-BD, Body Dissatisfaction; EDI-BUL, Bulimia; EDI-DT, Drive for Thinness; EDI-I, Ineffectiveness; EDI-IA, Interceptive Awareness; EDI-ID, Interpersonal Distrust; EDI-MF, Maturity Fears; EDI-P, Perfectionism; OCD, obsessive-compulsive disorder.

Table 2. Group comparison with respect to obsessive-compulsive symptomatology (MOCI), obsessive personality (CRPO) and depressive symptoms (BDI)

	OCD (<i>n</i> = 30)		AN (<i>n</i> = 30)		BN (<i>n</i> = 30)		<i>F</i> (d.f. 2.87)	<i>P</i>
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
CRPO	20.04	3.50	18.90	6.62	15.39	8.22	3.826	0.026
BDI	15.00	10.21	26.43	10.83	21.73	11.45	8.173	0.001
MOCI Total	17.57	4.89	12.80	5.90	12.33	6.25	7.338	0.001
MOCI Ch	6.04	2.01	4.00	2.61	3.77	2.39	8.032	0.001
MOCI Cl	5.64	3.08	4.00	2.26	3.93	2.23	4.163	0.019
MOCI SR	3.14	1.30	2.43	1.07	3.00	1.26	2.821	0.065
MOCI CD	4.54	1.57	4.13	1.93	3.53	2.21	1.994	0.143

AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; BDI, Beck Depression Inventory; CRPO, Questionnaire of Obsessive Traits and Personality; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; MOCI subscales: MOCI CD, Consciousness/Doubt; MOCI-Ch, Checking; MOCI Cl, Cleaning; MOCI SR, Slowness/Repetition; OCD, obsessive-compulsive disorder.

Table 3. Effect of OC symptoms and traits on severity of eating symptomatology (EDI total score) in AN and BN

Independent variables	B	<i>P</i>	95%CI for B		<i>R</i> ²
Model: total ED sample (<i>n</i> = 60)					<i>R</i> ² = 0.426
MOCI total score	2.17	0.001	1.17	3.17	
EDI-Perfectionism subscale	2.22	0.002	0.86	3.57	
Model: AN sample (<i>n</i> = 30)					<i>R</i> ² = 0.321
MOCI total score	2.64	0.001	1.14	4.14	
Model: BN sample (<i>n</i> = 30)					<i>R</i> ² = 0.501
MOCI total score	2.09	0.005	0.70	2.01	
EDI-Perfectionism subscale	2.66	0.006	0.83	4.49	

Only statistically significant results are shown. Dependent variable: EDI total score.
AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; CI, confidence interval; ED, eating disorder; EDI, Eating Disorders Inventory; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; OC, obsessive-compulsive.

Comorbidity between OCD and ED

Five patients in the OCD group (16.7%) presented a comorbid ED. Three of those fulfilled criteria for an eating disorder not otherwise specified (EDNOS), one for purging BN and one for binge eating disorder (BED). Among ED patients, two (3.3%) met DSM-IV criteria for OCD, both of them in the AN group.

Association between obsessiveness and ED

Table 3 shows the results of linear regression models measuring the effect of obsessiveness on severity of ED symptoms, both in AN and BN groups. The best predictive model was that for the BN group, which explained 50.1% of the total variance in ED symptoms. According to these results, higher MOCI scores (*B* = 2.09; 95% confidence interval [CI]: 0.70–2.01; *P* = 0.005) and EDI-Perfectionism scores (*B* = 2.66;

95%CI: 0.83–4.49; *P* = 0.006) predicted higher EDI scores. Then, severity of ED symptomatology increases as OC symptomatology increases. These results were maintained after adjusting for comorbidity with OCD. A positive correlation was observed between total EDI score and total MOCI score (*r* = 0.574; *P* < 0.001) in the total ED sample (Fig. 1).

DISCUSSION

The aim of the present study was to explore differences in eating symptomatology and OC traits between ED and OCD patients, comorbidity between both disorders, and the effect of obsessiveness in eating symptomatology.

Regarding psychometric variables, OCD patients had lower scores on eating disorder scales than ED patients, even after controlling for BMI, age, and comorbidity with ED. These differences were clear with

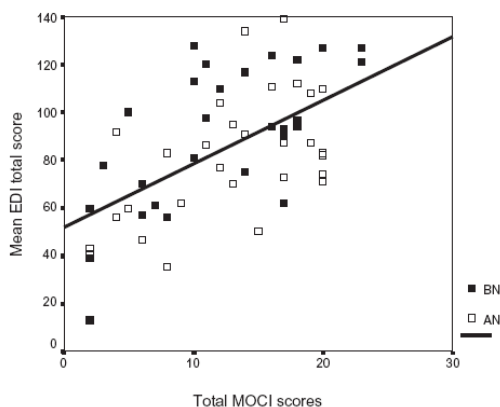


Figure 1. Scatter plot of the relationship between severity of ED symptomatology (EDI total score) versus obsessive-compulsive symptomatology (MOCI total score) for BN and AN patients ($r = 0.574$, $P < 0.001$). AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; ED, eating disorder; EDI, Eating Disorders Inventory; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory.

respect to traits such as interoceptive awareness and ineffectiveness. Some authors suggest in this regard that these traits are especially characteristic of ED.^{34,55}

The OCD group presented more obsessive symptomatology than ED patients, even after controlling for BMI, age, and comorbidity. Although these results are consistent with those from other studies,^{34,35} other authors do not find these differences.⁵⁶ This inconsistency might be related to the type of sample used. Whereas in the Halmi *et al.* study AN patients with obsessive symptomatology did not differ from OCD patients either in relation to symmetry and somatic obsessions or in compulsions of order and hoarding,⁵⁶ the present OCD group consisted of 58% of patients with checking rituals, 28% with cleaning rituals and 14% with sexual-content obsessions.

Concerning the shared comorbidity between OCD and ED, 16.7% of OCD patients presented a comorbid ED, whereas only 3% of ED patients exhibited a comorbid OCD (all of them from the AN group; 6.7%). This result finds support in some studies,^{8,35,55,57,58} but not in others.^{19,34}

The OCD and ED patients exhibited high levels of obsessive personality, even after controlling for BMI, age, and comorbidity. This is consistent with other studies that found marked obsessive personality traits in AN and OCD.^{5,37,39}

Both AN and BN patients had higher levels of depressive symptomatology than OCD patients, who

exhibited slight to moderate symptomatology. This result suggests that ED patients suffer stronger emotional disturbances (depressive symptoms) than do OCD patients. Several authors have found similar results and highlight the importance of these symptoms for both disorders.⁵⁹ Also, in concordance with other studies, the level of obsessiveness was positively associated with the severity of eating symptomatology.^{16,35}

In conclusion, the present study suggests that OCD and ED are different from a clinical and psychopathological point of view. Nevertheless, similarities appeared at the level of personality in a subgroup of OCD and AN patients. This association suggests the possible existence of a similar vulnerability diathesis in some cases. Regarding the therapeutic implications of the present findings, basic components of cognitive behavioral therapy in this subgroup of patients should be especially focused on cognitive dysfunctional styles (e.g. rigidity, black-white thinking), which seem to act as one of the most important maintenance factors of symptomatology.

The limitations of the present study include: (i) small sample size, which meant that comparisons between subgroups of patients were unable to be done; (ii) lack of consideration of the influence of variables such as anxiety level, other personality traits, presence of comorbid personality disorders etc., and the effect of other variables such as phenomenological, genetic, and familiar psychiatric history; and (iii) lack of standard and more comprehensive assessment tools for obsessive-compulsive symptoms.

Future research in this field is needed in order to determine and delimit this subgroup of ED patients with high level of obsessive personality, and to establish whether these patients also generally exhibit the higher egosynthonia and lower motivation for treatment that are associated with poorer response to treatment and worse prognosis.

ACKNOWLEDGMENTS

Financial support was received from Instituto de Salud Carlos III (CIBER, CB/06/03/0034; PI051336) and the Generalitat de Catalunya (2005SGR322). Isabel Krug was recipient of an FI fellowship from the Generalitat de Catalunya (2005FI425).

REFERENCES

1. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA *et al.* The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Soc. Biol. Psychiatry* 2000; **48**: 287–293.
2. Hollander E, Benzaquen SD. The obsessive-compulsive spectrum disorder. In: den Boer JA, Westenberg HGM

- (eds). *Focus on Obsessive Compulsive Spectrum Disorders*. Syn-Thesis Publishers, Amsterdam, 1997; 33–44.
3. Lochner C, Stein DJ. Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2006; **30**: 353–361.
 4. Bartz JA, Hollander E. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 2006; **30**: 338–352.
 5. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM *et al.* The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2005; **38**: 371–374.
 6. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG *et al.* Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2005; **135**: 121–132.
 7. Levitan RD, Kaplan AS, Masellis M, Basile VS, Richter MA, Kennedy JL. The serotonin-1Dbeta receptor gene and severity of obsessive-compulsive disorder in women with bulimia nervosa. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2006; **16**: 1–6.
 8. Godart NT, Flament MF, Curt F *et al.* Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: A DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res.* 2003; **117**: 245–258.
 9. Kaye WH, Bulik C, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 2004; **161**: 2215–21.
 10. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994; **24**: 859–867.
 11. Fahy TA, Oscar A, Marks I. History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; **14**: 439–443.
 12. Rubenstein CS, Pigott TA, Altemus M, L'Heureux F, Murphy DL. High rates of comorbid OCD in patients with bulimia nervosa. *Eat. Disord. J. Treat. Prev.* 1993; **1**: 147–155.
 13. Wonderlich SA, Mitchell JE. The role of personality in the onset of eating disorders and treatment implications. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2001; **24**: 249–258.
 14. Anderlueh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *Am. J. Psychiatry* 2003; **160**: 242–247.
 15. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA *et al.* Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; **31**: 290–299.
 16. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am. J. Psychiatry* 2003; **160**: 366–368.
 17. Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clin. Psychol. Rev.* 2002; **22**: 647–669.
 18. Fernández-Aranda F, Aitken A, Badia A, Giménez L, Collier D, Treasure J. Personality and psychopathological traits of males with an eating disorder. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2004; **12**: 367–374.
 19. Von Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE, Rao R, Matsunaga H. Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry* 1999; **156**: 1703–1708.
 20. Cassin SE, Von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in press. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; **25**: 895–916.
 21. Godt K. Personality disorders and eating disorders: The prevalence of eating disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2004; **10**: 102–109.
 22. Marañón I, Echeburua E, Grijalvo J. Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2004; **12**: 217–222.
 23. Matsunaga I, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Fujimoto K, Kiriike N. A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry* 1999; **40**: 337–342.
 24. Sunday SR, Halmi KA, Einhorn A. The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorders symptomatology. *Int. J. Eat. Disord.* 1995; **18**: 237–245.
 25. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, Smeraldi E. Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry* 2001; **158**: 563–569.
 26. Pato MT, Pato CN, Pauls DL. Recent findings in the genetics of OCD. *J. Clin. Psychiatry* 2002; **63** (Suppl. 6): 30–33.
 27. Sorbi S, Nacmias B, Tedde A, Ricca V, Mezzani B, Rotella CM. 5-HT_{2A} promoter polymorphism in anorexia nervosa. *Lancet* 1998; **351**: 1785.
 28. Enoch MA, Kaye WH, Rotondo A *et al.* 5-HT_{2A} promoter polymorphism -1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 1998; **351**: 1785–1786.
 29. Enoch MA, Greenberg BD, Murphy DL, Goldman D. Sexually dimorphic relationship of a 5-HT_{2A} promoter polymorphism with obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry* 2001; **49**: 385–388.
 30. Gorwood P, Adès J, Bellodi L *et al.* EC Framework V 'Factors in Healthy Eating' consortium. The 5-HT_{2A}-1438G/A polymorphism in anorexia nervosa: A combined analysis of 316 trios from six European centers. *Mol. Psychiatry* 2002; **7**: 90–94.
 31. Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi S, Bellodi L. Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Med. Genet.* 2000; **96**: 384–391.

32. Jarry JL, Vaccarino FJ. Eating disorder and obsessive compulsive disorder: Neurochemical and phenomenological commonalities. *J. Psychiatry Neurosci.* 1996; **21**: 36–48.
33. Barbarich N. Is there a common mechanism of serotonin dysregulation in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder? *Eat. Weight Disord.* 2002; **7**: 221–231.
34. Albert U, Venturello S, Maina G, Ravissa L, Bogetto F. Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Compr. Psychiatry* 2001; **42**: 456–460.
35. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; **31**: 284–289.
36. Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders and overall functioning scales. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2001; **42**: 613–622.
37. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa: Course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2001; **42**: 603–612.
38. Thiel A, Züger M, Jacoby GE, Schüssler G. Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1998; **155**: 244–249.
39. Zaider TI, Johnson JG, Cockell SJ. Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; **28**: 58–67.
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. APA, Washington, DC, 1994.
41. Hodgson R, Rachman S. Obsessional compulsive compliants. *Behav. Res. Ther.* 1977; **15**: 389–395.
42. Avila A. [A contribution to the assessment of obsessions and compulsions: Review of the Leyton Obsessions Inventory (LOI) and the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)]. *Psiquis* 1986; **7**: 93–99 (in Spanish).
43. Taylor S. Assessment of obsessive-compulsive disorder. In: Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA (eds). *Obsessive-Compulsive Disorder. Theory, Research and Treatment*. Guilford Press, New York, 1998; 229–257.
44. Vallejo J, Marcos T, Salameo M. Questionnaire of obsessive personality traits (CRPO): Preliminary results. *Rev. Psiqu. Fac. Med.* 1996; **23**: 74–179 (in Spanish).
45. Vallejo J, Oliveras J, Marcos T, Bulbena A, Menchon JM. Clopramine versus phenelzine in OCD: A controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 1992; **161**: 665–670.
46. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test. *Psychol. Med.* 1979; **9**: 273–279.
47. Castro J, Toro J, Salameo M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol. Assess.* 1991; **7**: 175–190 (in Spanish).
48. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia nervosa and Bulimia. *Int. J. Eat. Disord.* 1983; **2**: 15–34.
49. Guimera E, Torrubia R. Spanish adaptation of the Eating Disorder Inventory (EDI) in a sample of anorectic patients. *Ann. Psiquiatría* 1987; **3**: 185–190 (in Spanish).
50. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbauch J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; **4**: 561–571.
51. Vazquez C, Sanz J. Reliability and assessment of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in psychiatric patients. *Clin. Salud* 1999; **10**: 59–81.
52. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinical Version (SCID-CV)*. American Psychiatric Press, Washington, 1997.
53. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos Mentales de Eje I del DSM-IV - Versión Clínica* (translated by J. Blanch). Masson, Barcelona, 1999 (in Spanish).
54. Garner DM. *The Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2): Manual*. TEA, Madrid, 1998 (in Spanish).
55. Hennighausen K, Rischmüller B, Hesecker H, Remschmidt H, Hebebrand J. Low body mass indices in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; **99**: S267–273.
56. Halmi KA, Sunday SR, Klump KL *et al.* Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; **33**: 308–319.
57. Thornton C, Russell J. Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; **21**: 83–87.
58. Grabe HJ, Thiel A, Freyberger HJ. Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; **102**: 449–453.
59. Fernandez-Aranda F, Poyastro-Pinheiro A, Tozzi F *et al.* Symptom profile of major depressive disorder in females with eating disorders. *Aust. NZ J. Psychiatry* 2007; **41**: 24–31.

Estudio 2

Y:/Taylor & Francis/TPSR/articles/TPSR319381/TPSR319381.3d[x]

Tuesday, 24th June 2008 21:54:59

Psychotherapy Research, Month 2008; 00(0): 1–11

Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled pilot study

NURIA JAURRIETA, SUSANA JIMENEZ-MURCIA, JOSÉ MANUEL MENCHÓN,
ALONSO M. DEL PINO, CINTO SEGALAS, EVA M. ÁLVAREZ-MOYA, JAVIER LABAD,
& JULIO VALLEJO

Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain; Roser Granero, Department of Psychobiology and Methodology in Health Sciences, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain.

(Received 31 July 2006; revised 13 April 2008; accepted 22 April 2008)

Abstract

This study sought to examine the effectiveness of group and individual cognitive-behavioral treatment (CBT) and to compare the results with those of a wait-list control group among a sample of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). Fifty-seven individuals diagnosed with OCD were evaluated pre- and posttreatment with the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and the Hamilton Rating Scales for Anxiety and Depression. Both group and individual CBT obtained statistically significant reductions in anxiety and depressive symptoms. Patients in individual treatment achieved a statistically significant reduction in OCD symptoms compared with those in group treatment, but their dropout rate was twice as high. Patients with symmetry and order rituals presented less improvement in anxiety symptoms than those with other rituals. Associated general symptoms were lower in patients receiving either mode of CBT compared with wait-list participants. The authors found that individual treatment is more effective in reducing obsessive-compulsive symptoms than group treatment.

Keywords: control study; cognitive-behavioral treatment; individual condition; group condition; effectiveness

Numerous studies have demonstrated both the immediate and the long-term effectiveness of exposure and response prevention (ERP) in obsessive-compulsive disorder (OCD; Foa & Goldstein, 1978; Foa, Steketee, Grayson, Turner, & Latimer, 1984; Marks, Hodgson, & Rachman, 1975). Reports of ERP show that between 60% and 80% of patients improve significantly or achieve an 80% reduction in symptom severity (Foa, Franklin, & Kozak, 1998; Stanley & Turner, 1995). Although the technique has received much support from several studies, some authors recommend combination treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) in more severe cases (March, Frances, Carpenter, & Kahn, 1997).

ERP appears less effective in certain subtypes of OCD, such as obsessive rumination without overt compulsions (Salkovskis & Westbrook, 1989) and compulsive hoarding (Frost, Steketee, & Greene, 1999). Indeed, a small subgroup of patients (20–30%) may not respond well either to ERP or to psychotherapy in general (Stanley & Turner, 1995).

In spite of these findings, the treatment of choice today in OCD is individually applied cognitive-behavioral therapy (CBT). As was already the case with anxiety disorders (Cadbury, Childs-Clark, & Sandhu, 1990; Erickson, Janeck, & Tallman, 2007; Houghton & Saxon, 2007; McEvoy & Nathan, 2007; Oei & Browne, 2006), affective disorders (McEvoy & Nathan, 2007; Oei & Browne, 2006; Oei & Sullivan, 1999), and eating disorder (Tantillo & Sanftner, 2003; Wilfley et al., 2002; Wiseman, Sunday, Klapper, Kein, & Halmi, 2002), group therapy is also being successfully applied in OCD (Himle et al., 2001; Volpato Cordioli et al., 2002, 2003). Furthermore, as demonstrated in some studies, group procedures are proving to be as effective as individual therapy in the treatment of OCD (Anderson & Rees, 2007; Fals-Stewart, Marks, & Schafer, 1993).

Several studies have assessed the effectiveness of group CBT in this disorder. In the first controlled study (Fals-Stewart et al., 1993), individuals from both experimental conditions (individual and group

Correspondence concerning this article should be addressed to Nuria Jaurrieta, Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Hospital del Llobregat, Barcelona 08907, Spain. E-mail: njaurrieta@csub.scs.es

ISSN 1050-3307 print/ISSN 1468-4381 online © 2008 Society for Psychotherapy Research
DOI: 10.1080/10503300802192141

2 N. Jaurrieta et al.

CBT) presented significant improvements in obsessive-compulsive, depressive, and anxiety symptoms both at the end of treatment and at 6-month follow-up, whereas the control group, which underwent relaxation sessions, saw improvement only in anxiety symptoms.

Volpato Cordioli et al. (2003) demonstrated a significant reduction in obsession severity in patients receiving 12 weeks of group therapy compared with wait-list controls. However, they did not find statistically significant differences on the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) or the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). A previous study of 113 patients compared 7- and 12-week group CBT with OCD patients. The two groups demonstrated significantly improved ratings of obsessions, compulsions, and depression; however, the two formats did not differ significantly in terms of treatment outcomes (Himle et al., 2001).

Similarly, comparing individual and group therapy in patients with OCD without compulsions, O'Connor et al. (2005) observed a significant reduction in obsessive-compulsive symptoms as assessed by the Y-BOCS in both conditions after treatment. However, individual treatment also correlated with significant reductions in levels of anxiety and depression and presented a significant improvement in obsessive beliefs.

A 2007 randomized study with 63 patients compared group therapy, individual therapy, and a wait-list condition. After 10 treatment sessions, individual treatment was associated with a more rapid response, but the two treatments had equivalent rates of recovered participants after a brief follow-up (Anderson & Rees, 2007).

Kobak, Rock, and Greist (1995) list the following advantages of group therapy over individual therapy: (a) Group therapy provides a chance for patients to help other group members, thus raising their self-esteem and reducing their feelings of demoralization and isolation; (b) it allows vicarious learning from other members; (c) it provides an opportunity to talk about one's obsessive fears and compulsive behaviors; (d) it favors role flexibility, allowing members to approach the personal experience of helping others and learning as patients; and (d) the cohesion in the group increases the motivation to carry out the homework and fulfill the objectives. The group format also helps normalize the experience of OCD and improve patients' morale and can lead to better compliance (Fals-Stewart & Lucente, 1994). These ingredients could improve the efficacy and compliance of the therapy, which are critical issues to the individual approach but not yet appropriately solved.

Few studies have sought to identify predictive factors for change after treatment. As far as arranging and ordering obsessions are concerned, no experimental analyses appear to have been conducted, nor has any theoretical explanation for this behavior been proposed. Little is known about the specific phenomenology of ordering and arranging other than the experiences of those who encounter the problem clinically. It is possible that this compulsion serves the same purpose as many other compulsions, that is, to reduce anxiety (Rachman & Hodgson, 1980). There is also an obvious overlap between OCD and obsessive-compulsive personality disorder (OCPD), which is characterized by a "preoccupation with orderliness, perfectionism, and mental and interpersonal control" (American Psychiatric Association, 1994, p. 669), and there is no reason to assume that ordering and arranging behavior in OCD is different from the behavior in OCPD. Radomsky and Rachman (2004) observed that participants with strong ordering and arranging concerns appeared to be significantly more anxious generally than participants without these concerns. According to the authors, instead of direct threat-related cognitions maintaining compulsive ordering and arranging (e.g., "I must keep my belongings orderly and arranged or I will never be able to find anything in my home"), broader based cognitions may be at work (e.g., "Ordering and arranging makes me feel more in control of my life," "When I order my belongings, I can achieve a sense that things are *just right*," or "Ordering and arranging helps me to cope with my terrible memory").

Only two studies (Anderson & Rees, 2007; Fals-Stewart et al., 1993) have included a control condition when comparing individual versus group CBT for OCD. These studies used different treatment formats (e.g., different numbers of sessions, control conditions) and different methodologies, so it is difficult to establish firm conclusions regarding the effectiveness of group versus individual CBT. In addition, few studies have analyzed predictive factors of change after treatment.

In view of these gaps in the literature, our aim was twofold: first, to assess the effectiveness of two modes of cognitive-behavioral intervention (individual and group) versus a wait-list condition in OCD and, second, to analyze the predictors of changes in obsessive-compulsive, anxiety, and depressive symptoms after treatment. We hypothesized that patients receiving group or individual treatment would obtain better results than those on the wait list in terms of improved clinical state (obsessive-compulsive, anxiety, and depression symptoms). Second, we expected that group treatment would be more

effective than individual treatment. Third, we hypothesized that patients with OCD ordering and symmetry would present fewer changes in anxiety symptoms after the treatment.

Method

Participants

The initial sample comprised 57 patients with OCD according to *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition [DSM-IV]; APA, 1994) diagnostic criteria. The patients were diagnosed by two experienced psychiatrists (Alonso M. del Pino, José Manuel Menchón) who administered the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorder (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) and SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1994) in the first interview. Of these patients, two (5.7%) left the study after the initial evaluation stage and eight (14%) withdrew during treatment. The sample was distributed into three experimental conditions: 19 patients received individual treatment, 19 received group treatment (distributed into two groups), and 19 patients were in the wait-list condition (control group). The three groups received psychopharmacological treatment. The sociodemographic characteristics of the sample are shown in Table I.

Material

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1988, 1989). The Y-BOCS, the most widely used scale for evaluation of obsessive-compulsive symptoms, assesses the presence of specific obsessions and compulsions and their severity. It comprises 10 Likert-type items (0 = none, 4 = extreme). Five items evaluate obsessions and five others evaluate compulsions, covering the following aspects: distress, frequency, interference in everyday life, resistance to symptoms, and control over symptoms. The Spanish version was validated by Nicolini et al. (1996). Interrater reliability was high ($r = .88$, $p < .001$). Cronbach's alpha coefficients for each rater were in a range of .84 to .87 ($M = .85$).

HAM-D (Hamilton, 1960; Spanish validation version: Ramos-Brieva & Cordero Villafafila, 1986). This 21-item questionnaire assesses cognitive and vegetative symptoms of depression. The total score is obtained by adding the scores on the 21 items. The instrument showed good concurrent validity ($r = .82$) and content validity (average frequency = 62%). Interrater reliability ($r = .99$) and split-half reliability ($r = .89$) were high.

HAM-A (Hamilton, 1959). This scale comprises categories of symptoms through which anxiety,

Table I. Sociodemographic Characteristics of the Sample

Variable	Total (N = 57)	Completers (n = 47)	Dropouts (n = 10)	p^a
Gender (n,%)				
No. male	34 (59.6%)	29 (61.7%)	5 (50.0%)	.504
No. female	23 (40.4%)	18 (38.3%)	5 (50.0%)	
Age (years; $M \pm SD$)	31.6 (9.1)	32.3 (9.6)	28.1 (5.2)	.187
Marital status (n,%)				
Unmarried couple	5 (8.8%)	5 (10.6%)	0 (0.0%)	.630
Divorced/separated	1 (1.8%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	
Married	19 (33.3%)	16 (34.1%)	3 (30.0%)	
Single	32 (56.1%)	25 (53.2%)	7 (70.0%)	
Studies (n,%)				
Primary	13 (22.8%)	11 (23.4%)	2 (20.0%)	.976
Secondary	33 (57.9%)	27 (57.5%)	6 (60.0%)	
University	11 (19.3%)	9 (19.1%)	2 (20.0%)	
Socioeconomic status (n,%) ^b				
Medium-low	20 (35.1%)	14 (29.8%)	6 (60.0%)	.334
Medium	28 (49.1%)	25 (53.2%)	3 (30.0%)	
Medium-high	8 (14.0%)	7 (14.9%)	1 (10.0%)	
High	1 (1.8%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	
Employment (n,%)				
Unemployed	8 (14.0%)	7 (14.9%)	1 (10.0%)	.686
Employed	49 (86.0%)	40 (85.1%)	9 (90.0%)	

^aComparison between completers and dropouts.

^bAccording to Hollingshead and Redlich's (1955) criteria.

4 N. Jaurrieta et al.

tension, neurovegetative, and somatic symptoms are assessed. The scale comprises 14 items, each scored on a continuum ranging from 0 to 4. This questionnaire has been adapted to the Spanish population and has presented high internal consistency, with a Cronbach's alpha coefficient of .75 (Bulbena et al., 2003).

Design and Procedures

The study was carried out using a single-blind, parallel-group design. Participants were randomly distributed to individual, group, or control conditions using a list of random numbers. The random allocation was performed by a researcher not involved in the clinical trial.

Data were compiled using a prospective cohort follow-up design. Experienced psychologists and psychiatrists completed the clinical interview. All participants were attending the psychiatric outpatient service at the University Hospital of Bellvitge, Barcelona. The patients were referred consecutively to the Psychology Unit to initiate CBT after 12 weeks of pharmacological treatment. This means that all OCD patients included in the present study were medicated. Given that most patients seeking treatment at our unit present with severe OCD symptoms, pharmacotherapy is needed in almost all cases. Twenty-two patients (38.6%) were treated with clomipramine, 150 to 300 mg/day; 17 (29.8%) with SSRI (fluoxetine, 40–80 mg/day; paroxetine, 40–60 mg/day; fluvoxamine, 300 mg/day; sertraline, 200 mg/day), and 18 (31.6%) with clomipramine plus SSRI.

The inclusion criteria were OCD diagnosis according to *DSM-IV* (APA, 1994), a Y-BOCS score greater than 16, and no change in medication during treatment at the Psychology Unit. The exclusion criteria were presence of severe OCD (Y-BOCS score >36), personality disorder, suicidal ideation, substance abuse, psychotic disorder, bipolar disorder, or other severe mental disorder. These criteria were applied to prevent these patients entering the group condition, because clinical experience has demonstrated that their inclusion may disturb the normal functioning of group formats and may thus bias the results. Of the original sample ($N=65$), eight patients did not meet the inclusion criteria.

Treatment

All patients first underwent a semistructured interview with a trained clinical psychologist (Nuria Jaurrieta). The two treatment conditions (individual and group) were applied and evaluated (Y-BOCS and HAM) by the same therapist, a qualified

psychologist with master's degree and 3 years of experience in OCD. After the first interview, all patients completed the psychological protocol, which comprised psychometric tests of obsessive-compulsive, anxiety, and depressive symptoms. The HAM-A, HAM-D, and the Y-BOCS were administered by a trained psychologist. Patients were then told the results of the questionnaires and the type of treatment they would receive. Informed consent was obtained from all participants. The assessment was administered in three 1-hr sessions.

Both treatment programs comprised 20 weekly sessions, with follow-up at 1 month, 3 months, 6 months, and 1 year (the follow-up period is not included in the present study). The individual sessions lasted 45 min and the group sessions 90 min. The treatment session was based on the manual published by McGinn and Sanderson (1999). Psychoeducation, ERP (in vivo and in imagination; Marks et al., 1975; Salkovskis, 1999), cognitive techniques (Freeston & Ladouceur, 1997; Salkovskis, 1985, 1999), and relapse prevention were used. The treatment protocol included specific homework exercises attached to each component of the treatment, monitored by the therapist. In the individual treatment the patient could ask to be accompanied, and in the group treatment one session was held in the presence of a family member or friend. All patients were evaluated at the start and end of the treatment with the instruments described.

Altogether, 47 patients completed individual or group treatment and were included in the study. Patients who did not complete the treatment (i.e., dropouts) do continue with the pharmacological treatment. Patients in the control group were offered the same treatment after the wait-list period (4 months), but these data were not included in the present study.

Statistical Analysis

The statistical analysis of the data was performed using SPSS, version 12.0 for Windows. First, to ensure that the random assignment technique had created homogenous groups, patients' clinical condition (assessed by the Hamilton scales and the Y-BOCS) was compared at the beginning of the study in each group, using means comparisons and one-way analyses of variance (ANOVAs). Second, we evaluated the differential effect of the treatments. Initially, we compared the final clinical condition of the patients (assessed by the Hamilton scales and the Y-BOCS) using unifactorial variance analysis and multiple post hoc comparisons with the classic Scheffé procedure. Third, we sought to increase the statistical sensitivity by carrying out a complementary

Individual versus group CBT for OCD 5

study of the change in these variables pre- and posttreatment. For each participant, we calculated the difference between the pre- and posttreatment scores on the Y-BOCS and the Hamilton scales and compared the mean change observed in each treatment condition. In this stage, we also used ANOVA and conducted a posteriori contrasts with the Scheffé procedure. Analyses comparing participants' final state and pre-post differences (changes) were adjusted for baseline values. Fourth, to study predictors of successful treatment regardless of type of intervention, we used the pre-post differences calculated previously as dependent variables. The predictors evaluated were variables related to the start and the course of the disorder, types of OCD, and socio-demographic variables. Multiple linear regression models were used for each dependent variable; the group variable was added as an adjustment variable, and the predictive capacity of the final models was assessed with the coefficient of determination R^2 . Fifth, we calculated the probability of dropout in the individual and group conditions, using exact tests for the comparison of proportions. As well as the degree of significance, we calculated the difference and the ratio of proportions between the various therapy conditions using macros for SPSS (Doménech, Bonillo, & Granero, 2000). Finally, we analyzed the factors that predicted dropout in the total sample using logistic multiple regression models. The group was taken as adjustment variable.

This study presents a treatment completer analysis; that is, it takes into account the results of all randomized participants. Posttreatment data were available for all patients in the control condition, for 12 patients in individual treatment, and for 16 in group treatment. No statistical differences were found between dropouts and completers on mean baseline variables regarding sociodemographic data

(see Table I) and clinical profiles (HAM scores, Y-BOCS scores, age of onset, age at intake, and number of hospital admissions). We also performed an intention-to-treat (ITT) analysis with 57 participants: 19 patients in the control condition, 19 patients in individual treatment, and 19 in group treatment. For these analyses, we used the last observations of the different measures per participant.

Results

Clinical information for each group at the start of the study is shown in Table II. None of the clinical characteristics presented statistically significant differences.

An ANOVA found no statistically significant differences between the scores of the treatment groups on the Hamilton scales and the Y-BOCS at the start of the study. This confirmed that the groups created by random assignment were homogeneous for these psychological variables. The distribution of patients with different drug treatments did not differ significantly.

Treatment Completer Analyses

At the end of treatment, patients in the various groups presented different mean scores on the HAM-D scale, $F(2, X) = 5.2, p = .01$; the HAM-A scale, $F(2, X) = 13.0, p = .005$; the Y-BOCS Obsessions scale, $F(2, X) = 10.1, p = .005$; the Y-BOCS Compulsions scale, $F(2, X) = 10.2, p = .005$; and total Y-BOCS, $F(2, X) = 10.4, p = .005$ (Table III). The post hoc comparisons indicated that participants in group treatment and individual treatment had significantly lower scores on the posttreatment HAM-D (group: $p = .028$; individual: $p = .004$), HAM-A (group: $p = .001$; individual: $p = .001$),

Table II. Clinical Characteristics at Intake by Experimental Condition

Variable	Control ($n = 19$)	Individual ($n = 19$)	Group ($n = 19$)	Total ($N = 57$)
Age (years; $M \pm SD$)				
At onset	18.9 (5.9)	20.3 (7.65)	17.2 (6.01)	18.8 (6.59)
At intake	23.3 (6.6)	24.2 (6.68)	22.9 (5.99)	23.5 (6.33)
No. hospital admissions (%)	0.6 (1.0)	0.3 (0.6)	0.2 (0.5)	0.4 (0.75)
Obsessions (%)				
Aggressive	6 (31.6%)	9 (47.5%)	8 (42.1%)	23 (40.4%)
Contamination/cleaning	9 (47.5%)	12 (63.2%)	6 (31.6%)	27 (47.4%)
Doubting/checking	10 (50.0%)	11 (57.9%)	8 (42.1%)	29 (50.5%)
Sexual	4 (21.1%)	2 (10.8%)	4 (21.1%)	10 (19.2%)
Collecting	7 (36.8%)	5 (26.3%)	3 (15.8%)	15 (26.3%)
Religious	1 (5.3%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	2 (3.5%)
Ordering/symmetry	4 (21.1%)	4 (21.1%)	6 (31.6%)	14 (24.6%)
Somatic	1 (5.3%)	0 (0.0%)	2 (10.8%)	3 (5.3%)
Compulsions of repetition (%)	7 (38.9%)	1 (5.3%)	7 (36.8%)	15 (26.3%)
Slowness (%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)	4 (21.1%)	13 (23.2%)

6 N. Jaurrieta et al.

Table III. Comparison of Posttreatment Scores ($M \pm SD$): Analysis of Covariance Controlling for Baseline Values

Measure	Control			Individual			Group		Completers		Total		
	Pre	Post ^a	Post ^b	Pre	Post ^a	Post ^b	Pre	Post ^a	Post ^b	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
HAM-D										5.18	.010	3.26	.046
<i>M</i>	11.9	11.6	11.6	13.0	8.9	9.2	14.0	10.0	10.6				
<i>SD</i>	4.2	4.9	4.9	6.6	6.9	5.9	5.5	6.7	6.6				
HAM-A										13.0	>.005	10.2	>.005
<i>M</i>	13.8	13.5	13.5	14.1	6.5	7.3	14.1	7.9	9.2				
<i>SD</i>	6.3	4.8	4.8	5.5	4.4	4.5	6.3	5.4	5.9				
Y-BOCS													
Obsessions									10.1	>.005	4.93	.011	
<i>M</i>	12.7	12.6	12.6	12.5	7.7	8.9	12.4	9.8	10.1				
<i>SD</i>	3.7	4.4	4.4	3.7	4.6	4.5	3.7	5.0	4.7				
Compulsions									10.2	>.005	5.43	.007	
<i>M</i>	12.1	12.0	12.0	12.5	7.6	8.6	12.1	9.9	10.0				
<i>SD</i>	4.1	4.7	4.7	3.9	4.7	4.2	4.1	5.5	5.1				
Total										10.4	>.005	5.24	.008
<i>M</i>	24.8	24.6	24.6	25.2	15.8	17.8	24.6	19.8	20.2				
<i>SD</i>	7.3	8.9	8.9	7.7	9.1	8.4	7.5	10.3	9.5				

Note. HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-A = Hamilton Rating Scale for Anxiety; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

^aPost values for completers ($n = 47$). ^bPost values for all sample ($N = 57$).

Y-BOCS Obsessions (group: $p = .028$; individual: $p = .001$), Y-BOCS Compulsions (group: $p = .05$; individual: $p = .001$), and total Y-BOCS (group: $p = .033$; individual: $p = .001$) compared with the wait-list participants. There were no statistically significant differences between individual and group treatment on the Hamilton scales. In contrast, individual treatment patients scored significantly lower than those in group treatment on Y-BOCS Obsessions ($p = .028$), Y-BOCS Compulsions ($p = .013$), and total Y-BOCS ($p = .019$). The global predictive accuracy was good, and adjusted R^2 coefficients ranged from 0.393 (HAM-A score for the entire sample) to 0.613 (Y-BOCS Compulsions score for the completer sample).

Table IV compares the clinical change pre- and posttreatment. The descriptive indexes (means in each group) showed that the mean change in the HAM-A, HAM-D, and Y-BOCS scores was practically zero in the wait-list patients. In contrast, final mean values on these scores decreased in both individual and group patients. In general, the results of the ANOVA with post hoc comparisons showed that the mean changes in depressive and anxiety symptoms (assessed by the Hamilton scales) were equal for individual and group treatment and that both treatments obtained greater changes than the control condition. On the Y-BOCS Obsessions scale, Y-BOCS Compulsions scale, and total Y-BOCS scale, individual and group treatment patients presented significantly fewer obsessive symptoms than controls. In addition, individual treatment patients showed fewer obsessive symptoms than group treat-

ment patients. The global predictive accuracy was moderate to good: Adjusted R^2 coefficients ranged from 0.153 (Y-BOCS Obsessions score for the entire sample) to 0.543 (HAM-A score for the completer sample).

As regards predictors of successful treatment (measured by the change on the Hamilton scales and the Y-BOCS), the regression model suggested that, regardless of treatment type, patients with order- and symmetry-type obsessions presented the least improvement: On average, their HAM-A scores remained 3.62 (Parameter B) points higher than those of other patients (95% confidence interval [CI]: 0.22–7.01; $p = .037$; $R^2 = .324$). No other regression models were statistically significant with respect to predictive factors of treatment outcome. For the pretreatment data, we did not find differences in the anxiety symptoms between the patients with ordering/arranging obsessions in comparison with other type of patients.

The probability of dropout was 31.6% (95%CI: 12.6–56.6%) in the individual condition and 15.8% (95%CI: 3.4–39.6%) in the group condition. No statistically significant differences were obtained ($p = .447$). Logistic regression did not identify an explanatory factor for predictors of dropout.

ITT Analyses

The ITT sample consisted of 57 participants. At the end of treatment, patients assigned to the various treatment groups presented different mean scores on the HAM-D scale, $F(2, X) = 3.3$, $p = .46$; the HAM-A

Individual versus group CBT for OCD 7

Table IV. Study of the Pre-Post Treatment Change: Analysis of Covariance Controlling for Baseline Values

Measure	Pre-post difference ^a			<i>p</i>	Contrast (95%CI)	
	Control	Individual	Group		Completers	All sample
HAM-D					<i>c</i> ₁ : -4.70 (-7.8, -1.6)* <i>c</i> ₂ : -3.21 (-6.1, -0.4)* <i>c</i> ₃ : 1.49 (-1.7, 4.7)	<i>c</i> ₁ : -3.20 (-5.8, -0.6)* <i>c</i> ₂ : -2.51 (-5.2, 0.15) <i>c</i> ₃ : 0.69 (-1.9, 3.3)
Completers	0.69 (0.96)	5.38 (1.20)	3.90 (1.03)	.0100		
All sample	0.64 (0.93)	3.84 (0.93)	3.15 (0.93)	.0460		
HAM-A					<i>c</i> ₁ : -7.04 (-10, -4.0)* <i>c</i> ₂ : -5.39 (-8.2, -2.5)* <i>c</i> ₃ : 1.65 (-1.5, 4.8)	<i>c</i> ₁ : -6.30 (-9.2, -3.4)* <i>c</i> ₂ : -4.36 (-7.2, -1.4)* <i>c</i> ₃ : 1.95 (-0.9, 4.8)
Completers	0.34 (0.96)	7.38 (1.16)	5.73 (1.04)	<.0005		
All sample	0.45 (1.01)	6.75 (1.01)	4.80 (1.01)	>.0050		
Y-BOCS						
Obsessions					<i>c</i> ₁ : -5.45 (-7.9, -3.0)* <i>c</i> ₂ : -2.55 (-4.8, -0.3)* <i>c</i> ₃ : 2.90 (0.3, 5.5)*	<i>c</i> ₁ : -3.62 (-6.0, -1.3)* <i>c</i> ₂ : -2.33 (-4.7, 0.01) <i>c</i> ₃ : 1.29 (-1.1, 3.6)
Completers	0.06 (0.76)	5.51 (0.96)	2.61 (0.83)	<.0005		
All sample	0.02 (0.83)	3.64 (0.83)	2.35 (0.83)	.0110		
Compulsions					<i>c</i> ₁ : -5.42 (-7.8, -3.0)* <i>c</i> ₂ : -2.20 (-4.4, -0.01)* <i>c</i> ₃ : 3.22 (0.7, 5.7)*	<i>c</i> ₁ : -3.67 (-5.9, -1.4)* <i>c</i> ₂ : -2.00 (-4.2, 0.2) <i>c</i> ₃ : 1.67 (-0.6, 3.9)
Completers	0.12 (0.74)	5.40 (0.94)	2.32 (0.81)	<.0005		
All sample	0.13 (0.79)	3.80 (.79)	2.13 (0.79)	.0070		
Total					<i>c</i> ₁ : -10.65 (-15, -5.9)* <i>c</i> ₂ : -4.73 (-9.1, -0.4)* <i>c</i> ₃ : 5.92 (1.0, 11)*	<i>c</i> ₁ : -7.12 (-12, -2.7)* <i>c</i> ₂ : -4.31 (-8.8, 0.1) <i>c</i> ₃ : 2.81 (-1.6, 7.3)
Completers	0.20 (1.46)	10.9 (1.84)	4.93 (1.59)	<.0005		
All sample	0.17 (1.57)	7.29 (1.57)	4.48 (1.57)	.0080		

Note. Completers sample: $n = 47$; all sample: $N = 57$. Contrasts: c_1 = control versus individual; c_2 = control versus group; c_3 = individual versus group. HAM-D = Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-A = Hamilton Rating Scale for Anxiety; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. 95%CI = 95% confidence interval.

^aValues reflect mean \pm standard error.

*Significant contrast ($p = .05$).

scales, $F(2, X) = 10.2$, $p = .005$; the Y-BOCS Obsessions scale, $F(2, X) = 4.9$, $p = .011$; the Y-BOCS Compulsions scale, $F(2, X) = 5.43$, $p = .007$; and total Y-BOCS, $F(2, X) = 5.2$, $p = .008$. The post hoc comparisons indicated that participants in individual treatment had significantly lower scores on HAM-D ($p = .018$), HAM-A ($p = .001$), Y-BOCS Obsessions ($p = .003$), Y-BOCS Compulsions ($p = .002$), and total Y-BOCS ($p = .001$) at the end of treatment compared with the wait-list participants. Group treatment participants had significantly lower scores on HAM-A ($p = .004$), Y-BOCS Obsessions (at trend level, $p = .051$), and total Y-BOCS ($p = .057$) post-treatment than the controls. There were no statistically significant differences between the individual and group treatment participants.

As can be seen in Table III, the results of the comparison of posttreatment scores (Hamilton scales and Y-BOCS) in the whole sample did not vary from those obtained with completers. Regarding the comparison of pre- versus posttreatment scores (see Table IV), post hoc comparisons revealed

that individual treatment patients showed a statistically higher mean change on HAM-D, Y-BOCS Obsessions, Y-BOCS Compulsions, and total Y-BOCS than the control (wait-list) group. In addition, individual and group treatment patients showed higher mean changes in anxiety symptoms (HAM-A) than controls.

As for predictors of treatment outcome, the regression model suggested that, regardless of treatment type, patients with contamination obsessions presented the poorest improvement in depression (HAM-D) and anxiety (HAM-A) scores. Unemployment also acted as a predictor of poor improvement in obsessions (as measured by the Y-BOCS; Table V).

Discussion

The aim of our study was to examine the effectiveness of two types of CBT (group and individual) in a sample of patients with OCD and to compare the results with those of a wait-list control group. Patients receiving group or individual treatment obtained better results than controls, so our main hypothesis

8 N. Jaurrieta et al.

Table V. Predictive Factors for the Pre –Post Change: Multiple Linear Regressions Controlling by Type of Treatment

Variable	B	SE (B)	p	95% CI (B)	R ²
Completers sample (n = 47)					
Obsessions of ordering and symmetry ^a	-3.62	1.685	0.037	-7.01 to -0.22	0.324
All sample (N = 57)					
Obsessions of contamination/cleaning ^b	-2.41	1.136	0.039	-4.69 to -0.13	0.191
Obsessions of contamination/cleaning ^a	-4.74	1.383	0.001	-7.51 to -1.96	0.345
Employment status: unemployed ^c	-2.35	1.135	0.048	-4.67 to -0.03	0.198

Note. Only statistically significant results are shown. 95%CI = 95% confidence interval.

^aHamilton Rating Scale for Anxiety scores.

^bHamilton Rating Scale for Depression scores.

^cYale-Brown Obsessive Compulsive Scale Obsessions scores.

was confirmed. However, our second hypothesis was not borne out, because individual treatment was finally more effective than group treatment (completer analyses) or the same for both treatments (ITT analyses). Our third hypothesis was confirmed: Patients with order and symmetry obsessions presented less change than the other patients.

Our results show that both individual and group treatments were effective in reducing the intensity of anxiety, depressive, and obsessive-compulsive symptoms compared with patients in a wait-list control group, who showed no clinical change. These results corroborate those of Fals-Stewart et al. (1993), who obtained a substantial improvement in these symptoms in a similar study comparing individual and group therapies over 24 sessions.

At the completer analyses, our individual treatment patients achieved greater reductions in obsessive and compulsive symptoms and in the total Y-BOCS score than the group treatment patients. The CBT group as a whole tended to perform better than the wait-list controls. This result is in agreement with O'Connor et al.'s 2005 study of patients with obsessions but without compulsions. In contrast, comparing group therapy and wait-list samples, Volpato Cordioli et al. (2003) observed an improvement in OCD symptoms (measured with the Y-BOCS) but found no differences on the HAM-D or the HAM-A. These authors compared 32 OCD patients who completed 12 weekly sessions of CBT. In the ITT analyses, our individual and group treatment patients did not present differences post-treatment; this result is in agreement with that of Fals-Stewart et al. (1993).

In Anderson and Rees's 2007 study, the rate of change differed in individual and group treatments, but the overall amount of change achieved during follow-up in the two groups was equivalent. The follow-up data compiled during the present study should be examined to see whether the same trend emerges.

Unexpectedly (at the completer analyses), however, individual treatment was more effective in our study than group treatment. A possible explanation is that patients in individual treatment received 45 min of direct, individualized contact with the therapist per week, whereas in the group format the interaction with the therapist was always in the presence of other patients. Our results should be interpreted with caution because the results are short term and the literature suggests that individual treatment and group treatment are similarly efficacious in the long term. We expect that differences between individual and group treatment would decrease over a longer period.

In all three groups, patients with order and symmetry obsessions obtained fewer changes in anxiety symptoms after treatment. According to Rasmussen and Eisen (1998), these patients often experience a subjective feeling of discontent or tension when things are not aligned "just so" rather than a feeling of fear or anxiety. In this regard, these patients could be placed at the end of the obsessive personality continuum. Their description of a growing tension followed by a release after the act may be closer to the subjective sensorial experience of patients with Tourette's syndrome than to the anxiety experienced by other patients with OCD. Possibly, OCD ordering and arranging may serve a distinct function, as anxiety-reducing behaviors, whereas OCPD ordering and arranging may correspond simply to a preference for orderly environments (Radomsky & Rachman, 2004).

Patients with contamination obsessions obtained fewer changes in anxiety and depressive symptoms after treatment than patients with other types of obsessions. This result is in agreement with Straus (1948), who found that most patients with contamination obsessions reported that their predominant symptom was anxiety but also experienced embarrassment, disappointment, and guilt. Jones and Menzies (1998) suggested that depression may

Individual versus group CBT for OCD 9

facilitate associative learning in the development of OCD washing compulsions.

In our study, unemployment acted as a predictive factor for poor treatment outcome, especially with regard to obsessive-compulsive symptoms. The studies by Karno et al. (Karno & Golding, 1991; Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988) with an American sample found no relationship between OCD and current unemployment. Generally, employment status and levels of income did not differ when OCD was compared with other anxiety disorders (Antony, Roth, Swinson, Huta, & Devins, 1998; Karno et al., 1988), although contrary findings have been reported with higher rates of unemployment and lower income in OCD relative to other anxiety conditions (Steketee, Grayson, & Foa, 1987).

Patients treated individually were twice as likely to drop out of the study as those who received group therapy (31.6% vs. 15.8%). In this analysis, however, the risk ratio was not statistically significant because of the small sample size. As we noted, this difference may be due to the cohesion that arises between members of a group and raises motivation and treatment compliance. An alternative explanation for this finding is that the group treatment participants knew they would be seeing the other members at the next session and may have felt more motivated than those receiving individual treatment to continue applying their skills in the group. Another reason for dropping out could be the difficulty among patients who experienced an improvement in clinical symptoms to continue following the treatment after it began to work. According to Rachman and Hodgson (1980), many patients remain refractory to CBT, with dropout rates reaching about 20%. Studies show that poor treatment compliance is the main reason for failure in behavioral therapy for OCD: Often, between 5% and 30% of patients refuse to start the treatment or do not complete it (Marks & O'Sullivan, 1988). Bados, Balaguer, and Saldaña (2007), in their study of CBT efficacy, observed that the 43.8% of their sample dropped out. The most common reasons were low motivation and dissatisfaction with treatment or therapist (46.7%), external difficulties (40%), and patients' feelings of improvement (13.3).

The study has certain limitations. The sample was small and the fact that we did not include patients with personality disorders may affect the generalizability of results. The use of the randomized design yielded differences in the distribution of patients in the groups (e.g., there were no patients with religious or somatic obsessions in the individual condition), a situation that may also have influenced the results. We did not consider this difference in our analyses

because the statistical power of our results would have been seriously reduced. In addition, because we do not yet have short- and long-term follow-up data, the results should be regarded as preliminary.

To conclude, our study suggests that group and individual therapies are more effective than no treatment. In addition, dropout rates were twice as high among patients treated individually compared with those in the group condition. Future research should seek to identify the specific components of individual treatment that explain its effectiveness. After treatment, patients with order and symmetry obsessive-compulsive disorder presented less change in anxiety symptoms than those with other rituals, patients with contamination obsessions presented fewer changes in anxiety and depressive symptoms than other patients, and unemployed patients presented fewer changes in obsessive-compulsive symptoms. Therefore, there is a need for studies to identify specific treatment techniques for these patients. These results are preliminary, and we expect to confirm them in future studies.

To date, few studies have compared the effectiveness of individual and group CBT treatment in comparison to a control group, and studies on predictive factors of treatment outcome are scarce. In this regard, the American Psychological Association has recommended that only empirically validated treatments (EVTs) be included (Chambless & Hollon, 1998; Kazdin, 2001). The criteria of EVT's are stringent and rigorous. Treatments must first be shown to be efficacious in controlled clinical trials in which patients are randomly assigned to the experimental treatment and to one or more comparison groups. Furthermore, the efficacy of a treatment must be demonstrated by a minimum of two studies conducted by two independent teams. If a treatment is supported by only one study or if the studies have been conducted by the same team of researchers, it is defined as "possibly efficacious." The treatment should also be manualized to facilitate replication and clinical application. Although these criteria were discussed by Chambless and Ollendick (2001), three questions raised by Borkovec and Castonguay (1998) need to be answered when addressing the issue of treatment outcome studies: Is a therapy effective? How effective is it? Which therapy is more effective?

In this respect, our study adds support to previous reports suggesting that CBT is effective for OCD. In addition, by using a randomized controlled design, we have observed that individual and group therapies are equally effective and that certain pretreatment factors, such as order and symmetry obsessions, contamination obsessions, and unemployment, may influence treatment outcome. We believe that our results are promising and

10 N. Jaurrieta et al.

shed light on the still-confused panorama of psychological treatment for OCD. Further studies with larger samples and follow-up data are required.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 123–137.
- Antony, M. M., Roth, D., Swinson, R. P., Huta, V., & Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 311–315.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585–592.
- Borkovec, T. D., & Castonguay, C. G. (1998). What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 136–142.
- Bulbena, A., Bobes, J., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N., et al. (2003). Validación de las Versiones en Español de la Clinical Anxiety Scale y de Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad [Validation of the Spanish versions of the Clinical Anxiety Scale and Physician Questionnaire]. *Medicina Clínica*, 121(10), 367–374.
- Cadbury, S., Childs-Clark, A., & Sandhu, S. (1990). Group anxiety management: effectiveness, perceived helpfulness and follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 29(2), 245–247.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Doménech, J. M., Bonillo, A., & Granero, R. (2000). *Macros SPSS para análisis de datos en Ciencias de la Salud* [SPSS macros for data analysis in health sciences]. Barcelona: Signo.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R. P. Swinson, M. M. Anthony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 258–276). New York: Guilford Press.
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2007). A cognitive behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58(9), 1205–1211.
- Fals-Stewart, W., & Lucente, S. (1994). Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: An overview. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(1), 35–51.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 189–193.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorder—Clinical version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E. B., & Goldstein, A. (1978). Continuous exposure and completed response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9, 821–829.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450–472.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 335–348.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Greene, K. A. I. (1999). Cognitive and behavioural treatment of compulsive hoarding. In M. H. Freeston & S. Taylor (Eds.), *Cognitive approaches to treating obsessions and compulsions: A clinical casebook* (pp. xx–xx). New York: Erlbaum.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1988). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012–1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–61.
- Himle, J. A., Rassi, S., Haghightgou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven vs. twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety*, 13(14), 161–165.
- Houghton, S., & Saxon, D. (2007). An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 107–110.
- Jones, M. K., & Menzies, R. G. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers. A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 959–970.
- Karno, M., & Golding, J. (1991). Obsessive compulsive disorder. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorder in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 204–219). New York: Free Press.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094–1099.
- Kazdin, A. E. (2001). Bringing the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 59–66.
- Kobak, K. A., Rock, A. L., & Greist, J. H. (1995). Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Specialist Group Work*, 20, 26–32.
- March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). Expert consensus guideline for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 4, 65–72.
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis in vivo exposure: A 2-year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349–364.
- Marks, I. M., & O'Sullivan, G. (1988). Drug and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive compulsive disorder: A review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 650–655.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A bench marking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 344–350.

Individual versus group CBT for OCD 11

- McGinn, L. K., & Sanderson, W. C. (1999). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. London: Jason Aronson.
- Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., Sánchez de Carmona, M., Orozco, B., Lodeiro, G., et al. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala de Yale-Brown para Trastorno Obsesivo-Compulsivo [Spanish translation and reliability of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale]. *Salud Mental*, 5(19), 13–16.
- O'Connor, K., Freeston, M. H., Gareau, D., Careau, Y., Dufour, M. J., Aardema, F., et al. (2005). Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 87–96.
- Oei, T. P., & Browne, A. (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program? *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 53–70.
- Oei, T. P., & Sullivan, L. M. (1999). Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive behaviour therapy program. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(3), 407–415.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. New York: Prentice Hall.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (2004). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(8), 893–913.
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero Villafáfila, A. (1986). Validación de versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión [Validation of the Spanish version of the Hamilton Depression Scale]. *Actas Luso-Españolas de Neurología. Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, 324–334.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1998). Epidemiology and clinical features of OCD. In M. Jenike, L. Baer & W. E. Minichiello (Eds), *Obsessive-compulsive disorder: Theory and management* (pp. 10–27). St. Louis, MO: Mosby Year Book.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl. 1), S29–52.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149–160.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy Research*, 26, 163–186.
- Steketee, G., Grayson, J. B., & Foa, E. (1987). A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 325–335.
- Straus, E. W. (1948). On obsession: A clinical and methodological study. *Nervous and Mental Disease Monographs*, 73(1).
- Tantillo, M., & Sanftner, J. (2003). The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression, and therapeutic change in group. *Eating Behaviors*, 3(4), 349–364.
- Volpato Cordioli, A., Heldt, E., Braga Bochi, D., Margis, R., Basso de Sousa, M. B., Fonseca Tonello, J. F., et al. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive compulsive disorder: A clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 113–120.
- Volpato Cordioli, A., Heldt, E., Braga Bochi, D., Margis, R., Basso de Sousa, M. B., Fonseca Tonello, J. F., et al. (2003). Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 211–216.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals of binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713–721.
- Wiseman, C. V., Sunday, S. R., Klapper, F., Klein, M., & Halmi, K. A. (2002). Short-term group CBT versus psycho-education on an inpatient eating disorder unit. *Eating Disorders*, 10(4), 313–320.

Estudio 3

AULA MÉDICA PSIQUIATRÍA

Avances en la terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo

N. Jaurrieta Guarner^{1,2}

¹Psicóloga y Psicoterapeuta familiar; Unidad de Trastorno Obsesivo-Compulsivo,
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Bellvitge.

²Programa de doctorado en Psiquiatría y Psicología Clínica,
Departamento de Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona.

El abordaje terapéutico del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ha sido complicado hasta hace treinta años. De entonces, se ha avanzado mucho tanto en la evaluación como en el tratamiento de estos trastornos.

Revisando la literatura, se observa que en los últimos quince años se han realizado numerosos estudios sobre los resultados de la terapia conductual en el TOC¹. En general, estos estudios demuestran que entre el 60-70% de los pacientes con conducta ritualística mejoran significativamente con estas técnicas, entendiéndose como mejora una reducción del 50% de los síntomas iniciales. Entre el 20-30% de los pacientes se muestran resistentes al tratamiento, mientras que un 20% abandonarían antes de finalizarlo. La duración de los tratamientos suele ser de entre tres y siete semanas, con una media de diez sesiones. En el seguimiento a los dos años, la mejora de los rituales suele mantenerse^{2,3}.

La técnica más utilizada por el momento ha sido la exposición con prevención de respuesta (EPR). Marks⁴ en una revisión sobre la aplicación y efectividad de los tratamientos conductuales para el TOC en los últimos años, afirma que numerosos estudios han demostrado que la EPR reduce de forma eficaz los rituales compulsivos y los pensamientos obsesivos en la mayoría de pacientes de todos los grupos de edad, aunque una minoría de pacientes no completa el programa de tratamiento. Los resultados

95

se mantienen en los seguimientos de dos a seis años. La mejoría después de la EPR se generaliza a las creencias obsesivo-compulsivas, al estado de ánimo y al ajuste social y laboral. Los estudios parecen demostrar también, que enseñar a los pacientes sobre la prevención de recaídas, reduce el riesgo de recurrencia.

En los últimos años se ha evidenciado la influencia que tienen los factores psicosociales en el desarrollo y el tratamiento del TOC. La respuesta del sistema familiar de apoyo a los síntomas del TOC puede ser importante en el pronóstico y en el resultado del tratamiento. La terapia de elección en el TOC ha sido la cognitivo-conductual, aplicada de forma individual. No obstante, existen estudios dirigidos a verificar la eficacia del tratamiento grupal en este tipo de patología.

EL TRATAMIENTO GRUPAL

El primer trabajo controlado para estudiar la eficacia del tratamiento conductual grupal fue realizado por Fals-Stewart, Marks y Schafer⁵. Los sujetos de ambas condiciones experimentales, individual y grupal, mostraron una mejoría significativa de los síntomas obsesivo-compulsivos, depresivos y ansiosos, tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, mientras que en el grupo control, al que se le aplicaron sesiones de relajación, sólo mejoró la sintomatología ansiosa. En otro estudio⁶ se mostró una reducción significativa en la puntuación en la escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS), en un grupo de pacientes tratados con terapia grupal durante 12 semanas, comparados con un grupo control de lista de espera. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la escala de Depresión de Hamilton (HAM-D).

En la misma línea, en un estudio reciente⁷ se comparó terapia individual (TI) vs grupal (TG) en pacientes con TOC sin compulsiones, observándose una disminución significativa en la sintomatología obsesiva-compulsiva (evaluada por Y-BOCS) en situación de pre y postratamiento en ambas modalidades de intervención. Sin embargo, con la intervención individual se observaron, además, disminuciones significativas en los niveles de

AVANCES EN LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

ansiedad y depresión, así como mejoría significativa en relación a las creencias obsesivas. Anderson y Rees⁸ en un estudio muy reciente compararon 60 pacientes diagnosticados de TOC que habían realizado 10 sesiones de tratamiento, grupal (TG) vs individual (TI) vs lista de espera. Tras las sesiones de tratamiento observaron que los pacientes que habían realizado TI respondieron más rápido que los que habían realizado TG, pero que la mejoría era similar en ambos grupos de tratamiento en los seguimientos.

Autores	Año	Muestra	Grupos	Tipo tratamiento	Sesiones
Jaurrieta y cols.	2007	57	GE+GC	TCC ambulatorio TG vs TI vs LE	20
Anderson y Rees	2007	63	GE+GC	TCC amb. TG vs TI vs LE	10
Cordioli y cols.	2003	47	GE +GC	TCC amb. vs LE	12
Cordioli y cols.	2002	32	no GC	TCC amb.	12
Müller y cols.	2002	23	no GC	TCC- ingreso	7
Ma y cols.	2002	63	GE +GC	TCC ingreso vs TF	12
Althaus y cols.	2000	30	GE +GC	TCC Ingreso (TG+TI) vs TI + TF.	
Van Noppen y cols.	1998	90	no GC	TCC amb.	10
Fals-Stewart y cols.	1993	93	GE+GC	TCC (TG) vs TI vs Relajac.	24
Krone y cols.	1991	36	no GC	TCC (TG)	7
Epsie	1986	5	no GC	TCC (TG) tras TI	10
Fortemps y cols.	1979	1	no GC	TCC (TG + TI+ T Familiar)	
Marks y cols.	1975	16	no GC	TCC (TG) tras TI	4 a 6

En el Hospital de Bellvitge se ha realizado un estudio reciente⁹ en el que se han comparado pacientes que realizaron 20 sesiones de TI vs TG vs lista de espera. Los pacientes de TI y TG disminuyeron la sintomatología ansiosa y depresiva respecto el grupo control. Por otro lado, los pacientes en TI presentaron menor sintomatología obsesiva-compulsiva al finalizar el tratamiento respecto el TG y el grupo control. El resultado en el TG pudo estar afectado por la presencia de pacientes con trastorno de personalidad. De este mismo estudio se han analizado los resultados de tratamiento a los 6 y 12 meses de seguimiento, observando que los pacientes en TI y TG no presentaban diferencias significativas entre ellos, pero si con la lista de espera. Respecto a los factores predictores de cambio después del tratamiento se evidenció que los pacientes con obsesiones-compulsiones de orden y simetría

N. Jaurrieta Guarnier

producían menor cambio en la sintomatología ansiosa, respecto los otros pacientes, al finalizar el tratamiento. En el seguimiento de 6 meses se observó que la presencia de síntomas de acumulación iba asociado a un menor cambio en la sintomatología ansiosa y depresiva, y pacientes con rituales de comprobación a un mayor cambio en los síntomas obsesivos-compulsivos. En el seguimiento de 12 meses se observó que pacientes con rituales de orden y simetría mejoraban respecto la sintomatología depresiva al ser comparados con el resto de pacientes. Pacientes con rituales de comprobación producían un menor cambio en la sintomatología depresiva y el predominio de enlentecimiento un menor cambio en la sintomatología obsesiva-compulsiva. Finalmente, pacientes que estaban trabajando en el momento de iniciar la terapia producían mayor cambio en la sintomatología obsesiva-compulsiva, en comparación con el resto de pacientes.

Como señalaron Kobak, Rock y Greist¹⁰, el tratamiento grupal puede aportar las siguientes ventajas respecto a la terapia individual:

- Da la oportunidad a los pacientes de ayudar a otros miembros del grupo con la consiguiente mejora en la autoestima y reducción de la desmoralización y el aislamiento.
- Permite el aprendizaje vicario de otros miembros.
- Proporciona la oportunidad de hacer una comparación consensuada de la realidad con respecto a los temores obsesivos y conductas compulsivas.
- Posibilita la flexibilidad de roles, permitiendo a los miembros aproximarse a la experiencia personal de ayudar a otros y aprender como pacientes.
- La cohesión en el grupo aumenta la motivación para realizar las tareas para casa y alcanzar los objetivos ligados a éstas.

98

TERAPIA FAMILIAR

A lo largo de los años la familia ha ido cobrando importancia en el tratamiento psicológico. No hay estudios relacionados con la terapia familiar o sistémica en la eficacia de tratamiento, pero sí se ha visto la importancia de incluir algún familiar en el abordaje psicológico. En general, los familiares de pacientes con TOC no

saben cómo deben actuar con el paciente, y muchos de ellos están involucrados en los rituales.

Van Noppen, Pato y Rasmussen¹¹ en su libro “*Learning to live with OCD*” recomiendan una serie de actitudes y estrategias para familiares de pacientes con TOC. Estas pautas son:

- Reconocer las señales que indican que una persona está teniendo problemas.
- Modificar las expectativas durante las épocas de estrés.
- Medir los progresos según el nivel de funcionamiento de cada persona.
- No realizar comparaciones día a día.
- Reconocer los pequeños avances.
- Crear un entorno fuerte y de apoyo en el hogar.
- Mantener una comunicación simple y clara.
- Adherirse a un contrato conductual.
- Establecer límites, pero siendo sensibles a los estados de ánimo de la persona.
- Mantener “normales” las costumbres de la familia.
- Utilizar el humor.
- Apoyar el cumplimiento de la medicación del paciente.
- ¡Ser flexibles!

ESPECIFICIDAD COGNITIVA Y CREENCIAS DISFUNCIONALES

Este modelo postula que las obsesiones y las compulsiones son la consecuencia de una serie de creencias disfuncionales. Uno de los autores más representativos de este modelo es Salkovskis^{12,13}. El sustrato teórico se centra en que las obsesiones suceden en respuesta a una serie de reacciones, intensas y muy negativas, ante los pensamientos intrusivos normales. Según Salkovskis y McGuire¹⁴ las intrusiones que se observan en los pacientes con TOC no difieren sustancialmente de las del resto de personas. Existen estudios que demuestran que en torno al 90% de la población general presenta intrusiones^{15,16}. Generalmente, las intrusiones suelen estar relacionadas con temas como responsabilidad, culpa, inseguridad y desgracias o catástrofes. Si bien decíamos que este tipo de cogniciones pueden ser, en un

N. Jaurrieta Guarner

momento u otro, comunes en la población general, los pacientes con TOC realizan de ellas una valoración extremadamente negativa. Ello conlleva a la presencia inmediata de un estado emocional caracterizado por ansiedad, intranquilidad y excitación. El paciente intentará huir o escapar de ese estado emocional neutralizándolo a través de rituales (abiertos o encubiertos) y/o conductas de evitación.

Creencias disfuncionales comunes en el TOC (adaptado y modificado de <i>Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group-OCCWG</i> ¹⁷)	
Creencias disfuncionales	Definiciones y ejemplos
Sobre-valoración importancia pensamientos	La ocurrencia de un pensamiento, imagen o impulso es muy importante. Fusión pensamiento-acción (TAF): Un mal pensamiento genera una mala acción. <i>“Si tengo pensamientos violentos significa que voy a perder el control y los cometeré”</i>
Importancia de controlar los propios pensamientos	Sobrevaloración de la necesidad de controlar los propios pensamientos, imágenes e impulsos, así como la creencia de ambas cosas son posibles y deseables. <i>“Seré mejor persona si controlo mis pensamientos”</i>
Perfeccionismo	Creencias sobre: 1) Existe una solución perfecta para todos los problemas; 2) Hacer las cosas perfectas es posible y deseable; 3) Los errores más pequeños tienen consecuencias nefastas. <i>“Fallar en algún detalle es tan grave como hacerlo todo mal”</i>
Responsabilidad excesiva	Creer que se tiene la responsabilidad de prevenir sucesos negativos. La responsabilidad abarca las posibles acciones y también las omisiones. <i>“Creo que soy el responsable de que las cosas no funcionen”</i>
Sobrestimación de las amenazas	Se exagera la valoración del daño o la probabilidad de que éste ocurra. <i>“Los pequeños problemas parecen volverse importantes en mi vida”</i>
Intolerancia a la incertidumbre	Creencias acerca de la necesidad de tener la certeza absoluta de algo, de tener poca capacidad para manejar lo impredecible y lo ambiguo. <i>“No puedo tolerar la incertidumbre”</i>

ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA TRABAJAR CADA ÁREA COGNITIVA

Sobreimportancia de los pensamientos

Se permite a los pacientes decidir qué pensamiento es importante par a ellos. Si creen que es importante porque ocurrió, esto les lleva a recrearse más en él, lo cual indica que el pensamiento es importante, lo cual les lleva aun más a recrearse, etc. El objetivo es que los pacientes identifiquen la circularidad de sus pensamientos. Para demostrarlo, se pide a los pacientes que a días alternos registren la frecuencia de sus pensamientos intrusivos y la ansiedad asociada a recrearse en ellos, y también compararlo con la ansiedad generada si dejan que los pensamientos vengan y se vayan. Se les pide una predicción respecto a la frecuencia de estos pensamientos intrusivos y la ansiedad. Los pacientes suelen predecir que aumentarán los días que intenten dejar que vengan y se vayan.

Se debe recordar a los pacientes que creen probable que el pensamiento esté asociado a la acción, que la probabilidad de los resultados es secundaria a la ocurrencia del pensamiento intrusivo. Primero, se prueba la fuerza de los pensamientos de la persona para hacer que cosas neutrales ocurran (p.ej., Hacer que el bus pare en la parada o que la luz de una bombilla se queme) o se incrementa la dificultad (que le ocurran cosas malas al terapeuta) y al final a sus seres queridos. Las valoraciones son individuales, pero generalmente observan que los pensamientos no son poderosos y no pueden hacer que los eventos ocurran.

Se puede pedir una lista de predicciones semanales y luego preguntar si se han cumplido o no (%). Si algo de lo que se piensa ocurriera, deben pensar que es algo común. El objetivo es que los pacientes re-evalúen su experiencia como parte normal de la experiencia humana.

Otra técnica es situar a los pacientes en un *continuum*, desde “la peor persona” hasta la “mejor persona” y situar a otras personas que sí deberían estar en la peor posición (p.ej., Alguien quien engaña a su esposa). Un objetivo sería demostrar a los pacientes que logren verse más objetivamente y a diferenciar entre pensamientos y acciones. Otro sería considerar que el valor moral está basado en acciones, no en pensamientos.

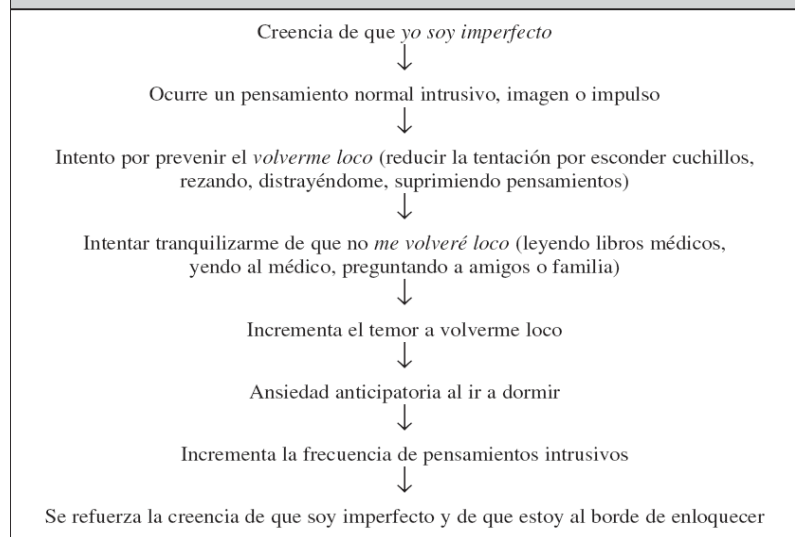
101

Control de los pensamientos

Clark y Purdon¹⁸ hablan de la existencia de creencias disfuncionales sobre la necesidad y capacidad de controlar los pensamientos y de las consecuencias si no los controlan. La neutralización se pone en marcha cuando no se logra controlar el pensamiento. El estado de ánimo puede interferir en los esfuerzos para ello ya que incrementa la frecuencia y duración de los pensamientos intrusivos, hace disminuir la eficacia de las estrategias de neutralización, activa la valoración distorsionada y aumenta la atención prestada a elementos cognitivos.

Estos autores, consideran que pensamientos intrusivos específicos pueden directamente influir en eventos externos relevantes y que tener estos pensamientos es moralmente equivalente a llevar a cabo una acción prohibida. Esto puede dar lugar a sentimientos de culpabilidad y depresión. Los pacientes deben entender el proceso por el cual se han incrementado los pensamientos intrusivos y debemos hacer que crean que si se mantiene el temor a esos pensamientos, continuará creándoles malestar. A días alternos, deben comparar la frecuencia de las intrusiones intentando controlarlos como siempre y también dejando que vengan y se vayan. Se observa

Ej.: Conceptualización alternativa desarrollada con el terapeuta



que si dejan ir el control de los pensamientos sin probar de eliminarlos, incrementa su control y las intrusiones decrecen.

Se intenta generar evidencia para la conceptualización alternativa que desarrollamos durante el tratamiento, que quizá el esfuerzo al intentar suprimir estos pensamientos y la subsiguiente hipervigilancia y atención, hace que persista e incremente la frecuencia de la intrusión.

Perfeccionismo

Parece más un rasgo disposicional. También se utiliza la técnica de la flecha hacia abajo. Se observa que está asociado el perfeccionismo con la percepción de autoconcepto (p.ej., “lo limpio que soy”, “la mejor persona que soy”). Se utilizan estrategias similares a la responsabilidad, por ejemplo: el *continuum*, valoraciones de las características asociadas a una mala y buena persona y experimentos conductuales.

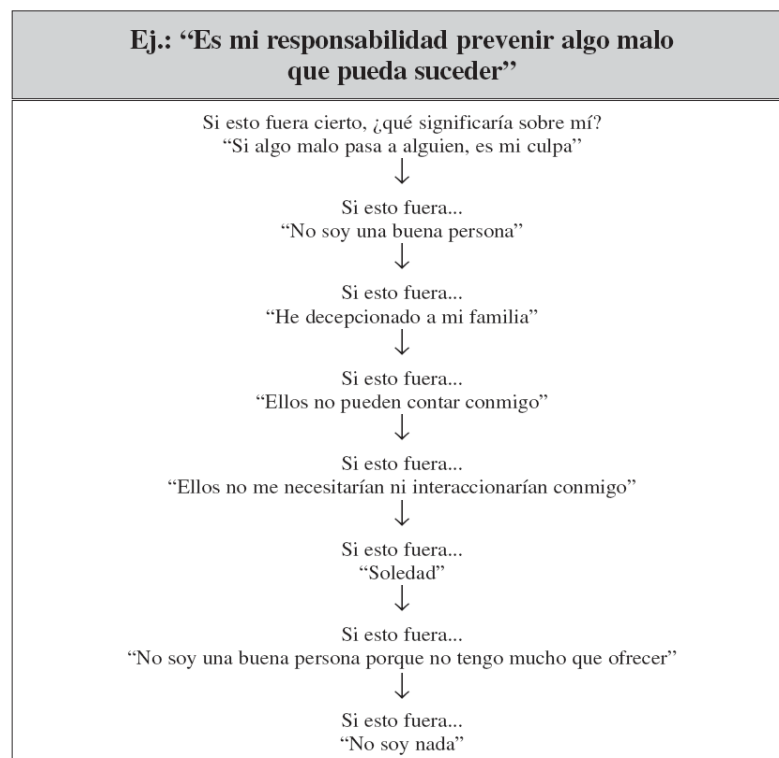
Responsabilidad excesiva

Tienden a tener un sentido exagerado de la responsabilidad personal por causar daño así mismos o a alguien, o por no poder impedir que ese daño se produzca. Consideran la posibilidad de una catástrofe que podría prevenirse y se sienten culpables si no actúan para prevenirlo y responsables de no haber hecho nada. Para impedir esto, surgen compulsiones, rituales mentales, y búsqueda de tranquilidad, asegurándose que todo esté en orden. Es decir, realizan rituales como forma de afrontamiento.

La Terapia Cognitiva de Beck¹⁹ va bien para corregir pensamientos de excesiva responsabilidad personal. Esto conduce a una sobreestimación del riesgo percibido en una determinada situación, incrementando los esfuerzos por neutralizar el temor y con un estado negativo sobre el estado de ánimo. Los pacientes deben identificar los pensamientos asociados a la sobrevaloración de la responsabilidad personal y corregir las creencias irracionales mediante el diálogo socrático, gráficos circulares (diagrama de tarta) para reevaluar la responsabilidad personal y la técnica del abogado del diablo.

A menudo, las valoraciones que los pacientes inicialmente identifican tienen significados adicionales. Suele utilizarse el procedimiento de “flecha hacia abajo”, en el que se hacen una serie de preguntas sucesivas que son útiles para determinar la valoración de estrategias y/o consecuencias temidas. Cuando se completa el procedimiento, se explica a los pacientes que no intenten focalizar en lo que ellos creen que podría pasar (p.ej., Consecuencias temidas) sino en el significado asociado a estas consecuencias. Ej. Persona con síntomas de contaminación/limpieza: Si en el procedimiento de la flecha se revelan las últimas consecuencias de muerte después de haber estado unos meses sufriendo, la urgencia a limpiar puede ser más gratificante que nunca. Sin embargo, focalizar en el significado asociado a contraer una enfermedad, podría revelar valoraciones de responsabilidad y baja autoestima. Para algunas personas, esto debe ser demasiado difícil en las fases iniciales del tratamiento, ya que focalizar exclusivamente en el significado emocional, resulta

104



una mezcla de consecuencias temidas y valoraciones asociadas. El objetivo es identificar valoraciones posteriores que irán cambiando durante el tratamiento.

La responsabilidad incluye sobreimportancia de los pensamientos y control del pensamiento. Otro tipo de responsabilidad implica culpa (p.ej., “será fallo mío si la casa se quema”).

Otra técnica muy utilizada es la gráfica de la tarta. Los pacientes deben identificar una situación en la que se sientan responsables y determinar la extensión de la responsabilidad percibida. También deben identificar otros factores que podrían haber jugado un rol aunque sea pequeño y dibujar en la tarta el porcentaje de responsabilidad. El objetivo es ayudar a los pacientes a objetivizar la responsabilidad y considerar qué otras personas/situaciones pueden estar jugando un rol. Los pacientes pueden preguntarse: “¿es posible que yo sea el único que tenga la culpa de este incidente, pero cuáles son las otras posibilidades?”. Al considerar los otros posibles causantes del desastre, probablemente disminuya el porcentaje que creían en un principio.

Para la mayoría de pacientes, la relación entre autoconcepto / valoración es bastante alta (p.ej., “Soy muy buena persona y muy responsable”), mientras la correlación con otros tiende a ser baja (p.ej., “Es muy buena persona pero irresponsable”). Si se realiza el *continuum* desde la persona menos responsable hasta la más responsable, el paciente puede alcanzar una mayor comprensión y llegar a discutir las cualidades de una mala y buena persona. A menudo, usan la responsabilidad como rasgo para juzgar a unas personas mejores que otras (p.ej., “lo muy responsable que tu eres, eres la mejor persona”). Este tipo de responsabilidad moral puede ser difícil de cambiar, por lo que no desean cambiarlo. Sin embargo, puede ser de ayuda realizar una lista de conductas que hace una persona responsable y compararla con otra lista sobre cosas que hacen otras personas responsables en su vida.

Sobreestimación de la amenaza

Existen estrategias de valoración e interpretación erróneas de los pensamientos molestos, basadas en creencias y supuestos sobre el

mundo, y que a su vez dan lugar a estrategias erróneas de afrontamiento.

Según el modelo de Lazarus²⁰, primero se realiza una valoración primaria (valoración del riesgo) que da lugar a pensamientos intrusivos (egodistónicos) y luego, una valoración secundaria (capacidad para afrontar la situación) que da lugar a la conducta compulsiva y evitación.

Albert Ellis, el fundador de la Terapia Racional Emotiva²¹, habla de la sobreestimación del daño a través de las creencias individuales: competencia, certeza, necesidad de evitar críticas, etcétera. La terapia requiere que el paciente tome conciencia del carácter ilógico de sus creencias y razonamientos y los critique en una base racional. Algunos temas básicos a tratar son: la responsabilidad personal, la búsqueda de tranquilidad y seguridad, las ideas sobrevaloradas, la sobreestimación del riesgo, la depresión, el miedo a las críticas, la culpabilidad, la mejora de la autoestima y la prevención de recaídas. El esquema de tratamiento se basa en el ABC (A: Acontecimientos activadores, B: Creencias, C: Consecuencias emocionales y/o comportamentales). Se enseña a los pacientes a detectar y registrar sus creencias irracionales en una situación real y también a comentarlas siguiendo el método socrático basado en el diálogo. El trabajo asignado para casa consiste en realizar prácticas de argumentación y discusión racional de la creencia típicas del TOC. Sesiones posteriores se centran en revisar situaciones, haciendo hincapié en el análisis de las creencias irracionales asociadas a los procesos de valoración primaria y secundaria²².

106

Salkovskis²³ se basa en la Terapia Cognitiva de Beck; los pensamientos intrusivos son pensamientos normales que todos tenemos, la diferencia es la valoración que se hace de éstos. Les conceden gran atención porque consideran que son importantes y esto depende de creencias y supuestos sobre los mismos. La Terapia Cognitiva de Beck se basa en la identificación, análisis y crítica de las creencias erróneas y los supuestos en que éstas se basan. Algunas de las técnicas que se utilizan son: el diálogo socrático, la identificación de pensamientos disfuncionales, la producción de pensamientos alternativos y la comprobación de la eficacia de estos pensamientos mediante experiencias

comportamentales y otras dirigidas a demostrar la ineficacia de los pensamientos habituales del paciente. La experiencia de intensa ansiedad se asocia a la percepción de un daño probablemente serio y que la persona cree no ser capaz de afrontarlo. Se hipotetiza que es probable que la gente interprete situaciones como más peligrosas de lo que realmente son porque las aprendieron en periodos tempranos de la vida²⁴.

Este proceso erróneo de valoración primaria se produce por 4 creencias, según McFall y Wollersheim²⁵:

1. Siempre hay que mostrarse como una persona competente para evitar críticas.
2. Los errores o el no conseguir las metas señaladas generan algún tipo de condena o castigo.
3. Los rituales mágicos pueden impedir el resultado desastroso.
4. Ciertos pensamientos o sentimientos son inaceptables y catastróficos, y merecen un castigo.

La sobreestimación de la poca capacidad de afrontamiento da lugar a una incertidumbre permanente, al miedo a perder el control y a la ansiedad. Esto provoca rituales y rumiaciones para paliar el malestar. En la medida en que se van desarrollando ciertas creencias como respuesta a estos pensamientos molestos, la capacidad de atención disminuye, centrándose más en los pensamientos intrusivos, lo que da lugar a una actitud de hipervigilancia.

La exposición *in vivo* reduce o modifica pensamientos y creencias sobre peligros y riesgos porque obliga a permanecer en situaciones ansiógenas hasta que los temores asociados a estas situaciones desaparezcan. No corrige los déficits cognitivos sino que reduce la sobrevaloración del riesgo asociado a la situación, ya que mediante la experiencia irá considerándola como no peligrosa y podrán valorar una alternativa evidente²⁶. Por ejemplo, se puede poner el reloj del horno e irse de casa o dejar el horno encendido o a baja temperatura antes de irse a dormir.

Una de las técnicas se basa en pensar cuáles son las probabilidades lógicas de que ocurra algo malo *versus* las subjetivas. Se realiza una lista que implique todos los posibles pasos intermedios y sus

N. Jaurrieta Guarner

posibilidades asociadas. Este % se compara con la probabilidad subjetiva, la cual se determina antes de empezar el cambio. Se apunta primero un posible temor (p.ej., Haber dejado encendida la estufa) y luego otros asociados y el % de probabilidad, y que el paciente reevalúe el daño en la situación.

Intolerancia a la incertidumbre

“No estoy seguro si...” y por lo tanto, “ocurrirá un gran desastre”.

Una técnica sería preguntar a 10 amigos si se acordaron de cerrar la puerta la última vez que se fueron de casa y si no, qué certeza tienen de que está cerrada. Se les dice que anticipen los resultados antes de preguntarlo; a menudo se sorprenden al ver que la mayoría de personas no recuerdan haberla cerrado, pero la seguridad de que está cerrada es bastante alta. El objetivo es que vean que la ambigüedad es común y no es indicativo de peligro.

Freeston, Rhéaume y Ladouceur²⁷ describen como característica central la importancia que conceden los pacientes obsesivos a la presencia y el contenido de sus obsesiones. Consideran tres posibles explicaciones al hecho de dar tanta importancia a los pensamientos:

- Algunos pacientes tienden a interpretar la presencia y persistencia de sus intrusiones como un aviso de la importancia de las mismas.
- Otros consideran que, en realidad, el contenido de sus obsesiones revelan su naturaleza real y moralmente cuestionable.
- La probabilidad de que algún evento negativo suceda es mayor si piensan en él insistentemente.

Rachman²⁸ postula que las obsesiones están causadas por las interpretaciones catastróficas sobre el significado de los pensamientos, imágenes e impulsos. La persona que las padece se siente angustiada por ellas y busca la forma de neutralizarlas, ritualizando.

Creencias disfuncionales según Rachman

- Δ Estos pensamientos reflejan mi naturaleza maligna.
- Δ Tener estos pensamientos significa que soy mala persona.
- Δ Si pienso esto, es que realmente en el fondo deseo que suceda.
- Δ Si pienso frecuentemente en que va a suceder algo, es más probable que suceda.
- Δ Si los demás supieran lo que pienso, sabrían cómo soy en realidad.
- Δ Teniendo estos pensamientos significa que voy a perder el control de mi mente o de mi conducta.

CONCLUSIONES

El tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo ha variado los últimos años por la influencia de los factores psicosociales. Hasta el momento, la terapia de elección había sido la cognitivo-conductual de tipo individual. Actualmente, se han realizado varios estudios en los que se ha evidenciado la eficacia de la terapia grupal. Por otro lado, se ha visto que las creencias disfuncionales cobran un peso importante en las obsesiones y compulsiones. Existen estrategias específicas para tratar cada área cognitiva, entre ellas; la sobre importancia de los pensamientos, perfeccionismo, responsabilidad excesiva, etc. De este modo, las técnicas y tipo de tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo aportan un avance en el campo de la investigación y de la intervención en la psicología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baer L, Minichiello WE. Terapia conductual para los trastornos obsesivo-compulsivos. En *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico*, Jenike E, Baer L, Minichiello WE (eds.). 2001, Harcourt: Madrid.
2. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs. 1980, New York: Prentice Hall.
3. Marks IM. Review of behaviour psychotherapy I: Obsessive compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry* 1981; 138: 584-592.
4. Marks I. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Can J Psychiatry* 1997; 42(10): 1021-7.

N. Jaurrieta Guarner

5. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(3): 189-93.
6. Cordioli A, Heldt E, Bochi D. Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003; 72(4): 211-216.
7. O'Connor K, y cols. Group *versus* individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2005; 12: 87-96.
8. Anderson RA, Rees CS. Group *versus* individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2007; 45(1): 123-37.
9. Jaurrieta N, y cols. Individual *versus* group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, in press.
10. Kobak KA, Rock AL, Greist JH. Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal Special Group Work* 1995; 20: 26-32.
11. Van Noppen B, Pato MT, Rasmussen S. *Learning to live with OCD*. 1993, Milford: Obsessive Compulsive Foundation.
12. Salkovskis PM. Obsessive-compulsive problems: a cognitive bahavioral analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23: 571-583.
13. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37 Supl. 1: S29-52.
14. Salkovskis PM, McGuire HF. Cognitive-behavioral therapy of OCD. En *Obsessive compulsive disorder: theory, research and treatment*, Ross DC, Menzies L, Silva PD (eds.). 2003, West Sussex: Wiley.
15. Rachman S, De Silva P. Abnormal and Normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1978; 16: 223-238.
16. Salkovskis PM, Harrison BJ. Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy* 1984; 22: 549-552.
17. Group OCCW. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35: 667-681.
18. Clark A, Purdon C. The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(8): 967-976.
19. Beck AT. Cognitive Therapy: past, present and future. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61(2): 194-198.

AVANCES EN LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

20. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44: 1-21.
21. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. 1962, New York: Lyle Stuart.
22. Ellis A. Group rational-emotive and cognitive behavioral therapy. *Int J Group Psychother* 1992; 42(1): 63-80.
23. Salkovskis PM y cols. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38(4): 347-72.
24. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*, ed. IU Press. 1976, New York.
25. McFall NE, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research* 1979; 3: 333-348.
26. Foa E, Steketee G. *Obsessives-compulsives: conceptual issues and treatment interventions*. En *Progress in behavior modification*. Hersen M, Eislser RM, Miller PM (eds.). 1979, Academic Press: New York.
27. Freeston MH, Rheaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996; 34(5-6): 433-46.
28. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35: 793-802.

V. RESULTADOS

1. Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo presentaron diferencias significativas, al ser comparados con los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (AN y BN), en sus valores medios respecto a actitudes negativas hacia la alimentación y psicopatología alimentaria (puntuaciones totales en el EAT-40: $F=79.6$, $p<.0001$ - y EDI total: $F=23.0$, $p<.0001$)
2. Los pacientes con TOC mostraron mayores puntuaciones medias en el inventario de obsesiones compulsiones, siendo las diferencias observadas significativas estadísticamente, tras realizar un ANOVA, entre TOC y TCA (MOCI, $F=7.3$; $p<.001$). Sin embargo, estas diferencias no se mantenían al comparar AN y BN.
3. Un total de cinco pacientes con TOC (16,75%) presentaba un TCA comórbido al trastorno obsesivo-compulsivo. De los pacientes con TCA, únicamente un 3.3% cumplían criterios diagnósticos DSM-IV (APA; 1994) de TOC.
4. Se obtuvo una correlación positiva entre las puntuaciones del EDI total y MOCI ($r=.574$; $p<.001$). Es decir, que tanto sujetos con TOC como con TCA, especialmente en el caso de la AN, incluso tras controlar las variables de peso y edad, mostraban valores elevados en personalidad obsesiva, que sugerían rasgos comunes en obsesividad, rigidez y perfeccionismo. (Ver Figura 8)

5. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que realizaron tratamiento individual o grupal al ser comparados con los participantes en lista de espera, en las diferentes escalas; HAM-D (Grupo: $p=0.028$; Individual: $p=0.004$), HAM-A (Grupo: $p=0.001$; Individual: $p=0.001$), Y-BOCS obsesiones (Grupo: $p=0.028$; Individual: $p=0.001$), Y-BOCS compulsiones (Grupo: $p=0.05$; Individual: $p=0.001$) y Y-BOCS total (Grupo: $p=0.033$; Individual: $p=0.001$). (Ver Figura 9)
6. Al comparar los abordajes TI y TG no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los cuestionarios de Hamilton (HAM-A y HAM-D). Sin embargo, los pacientes que realizaron TI puntuaron significativamente menos que los que siguieron TG en el Y-BOCS obsesiones ($p=0.028$), Y-BOCS compulsiones ($p=0.013$) y Y-BOCS total ($p=0.019$).
7. En el análisis por intención de tratar (“Intention-To-Treat Analysis”, en inglés, ITT), los pacientes que realizaron las dos modalidades de tratamientos (individual y grupal), no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellas, en ninguna de las medidas estudiadas.
8. Respecto los factores predictores de cambio al finalizar el tratamiento, indistintamente de la modalidad de intervención, los pacientes con obsesiones de orden y simetría presentaron menor cambio en la sintomatología ansiosa que el resto de pacientes. La puntuación del HAM-A fue 3.62 puntos por encima que el resto de pacientes (95%CI: 0.22-7.01; $p=0.037$; $R^2=0.324$). (Ver Tabla 5)

9. Los pacientes con obsesiones de contaminación presentaron menor cambio en la sintomatología ansiosa y depresiva, al ser comparados con el resto de pacientes, al finalizar el tratamiento.
10. Los pacientes que en el momento de realizar el tratamiento psicológico no estaban trabajando redujeron menos la sintomatología obsesiva, al finalizar el tratamiento, al ser comparados con el resto de pacientes.

Figura 10

Relación entre obsesividad y sintomatología alimentaria siguiendo un procedimiento de regresión lineal.

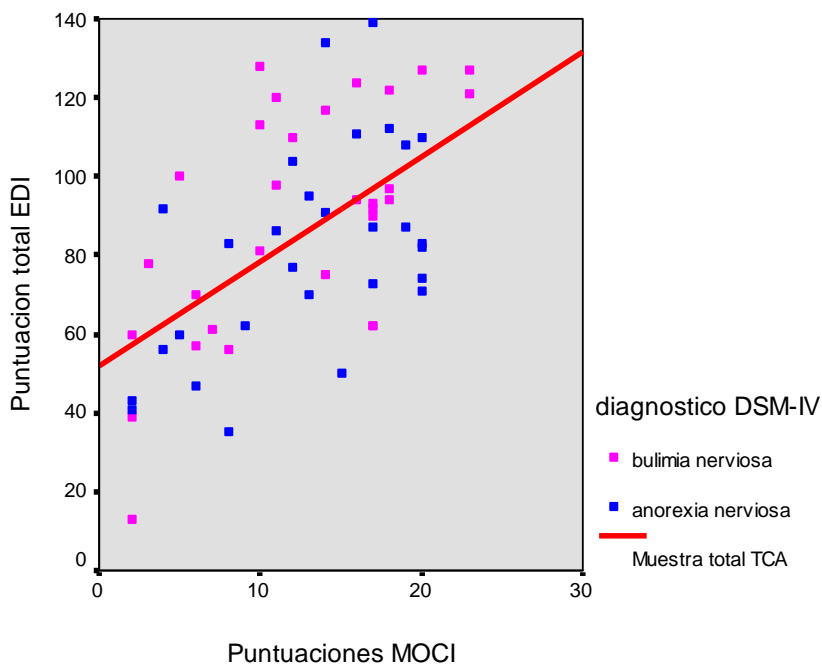


Figura 11

Comparación pre- post- tratamiento del Y-BOCS Total en las tres condiciones de tratamiento.

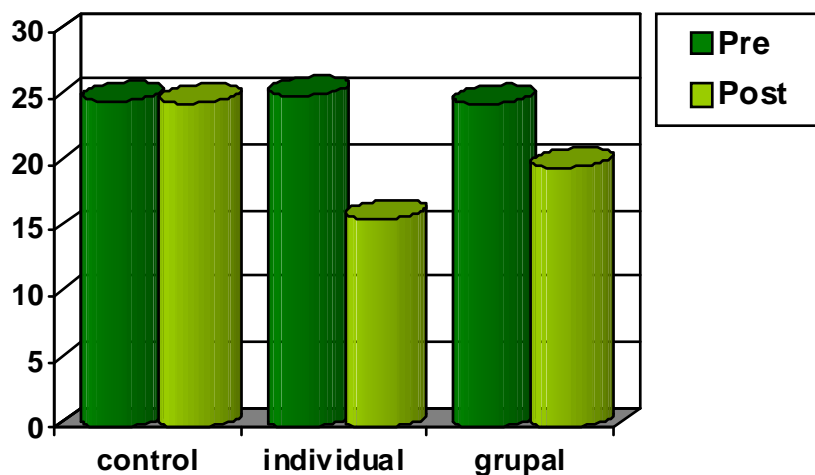


Tabla 5

Factores predictores del cambio pre-post: controlando el tipo de tratamiento.

Muestra final (N=47)	B	SE (B)	P	95% IC (B)	R ²
¹ Obsesiones de orden y simetría	-3.62	1.685	0.037	-7.01-0.22	0.324
Muestra total (N=57)					
² Obsesiones de contaminación	-2.41	1.136	0.039	-4.69 a -0.13	0.191
¹ Obsesiones de contaminación	-4.74	1.383	0.001	-7.51 a -1.96	0.345
³ Desempleados	-2.35	1.135	0.048	-4.67 a -0.03	0.198

¹HAM-A, ²HAM-D, ³Y-BOCS obsesiones

VI. DISCUSIÓN

La discusión de la presente tesis será plateada siguiendo el orden de los artículos presentados, comparando los resultados que se han obtenido en nuestros estudios con otros similares. Finalmente, se anotarán las limitaciones de los estudios y las orientaciones futuras de investigación.

1. TOC y TCA: comparación clínica y de personalidad

En estudios recientes, diversos autores han revisado la relación existente entre las características psicopatológicas de la AN, la BN y el TOC (Milos et al., 2002). Varios trabajos informan de una elevada prevalencia a lo largo de la vida de TOC, entre los pacientes diagnosticados de AN y BN (6-30% casos) (Lilenfeld et al., 1998; Matsunaga et al., 1999a; Thiel et al., 1995). Los pacientes con TOC mostraron en nuestro estudio valores dentro de la normalidad respecto a impulso a realizar dietas e insatisfacción corporal; sin embargo, mostraron valores superiores (aunque claramente por debajo de los niveles observados en TCA) en ineficacia y dificultades en relaciones interpersonales. Estos resultados estarían en concordancia con los descritos en otros estudios (Halmi et al., 2003), si bien no lo estarían con otros (Grabe et al., 2000).

Los sujetos con TOC de este estudio presentan mayor sintomatología obsesiva que los pacientes con TCA, incluso tras ser controladas las variables peso y edad. A pesar de que estos

resultados están en concordancia con los obtenidos por otros autores (Albert, Venturello, Maina, Ravizza, & Bogetto, 2001; Milos et al., 2002), difieren claramente de los publicados por Halmi et al. (2003). Una posible explicación de este hecho sería las características de las muestras utilizadas en ambos estudios. Mientras que en el trabajo de Halmi et al. (2003), los pacientes con AN con sintomatología obsesiva no diferían de los TOC en cuanto a obsesiones de simetría y somáticas, ni en las compulsiones de orden y acumulación, la muestra TOC de nuestro estudio, sin embargo, está formada por un 58% de pacientes con rituales de comprobación, 28% de limpieza y 14% con obsesiones de contenido sexual. Por tanto, no están incluidos ni representados pacientes con obsesiones de simetría ni somáticas, ni compulsiones de orden ni acumulación, que son justamente los subtipos de temáticas obsesivas que presentan más frecuentemente los pacientes con AN.

Respecto la comorbilidad entre una patología y otra, en nuestro estudio, un 16,7% de pacientes con TOC presentaba un TCA, mientras que un 3% de pacientes con TCA presentaba un TOC (todos ellos del grupo de AN: 6.7%). Este resultado estaría en concordancia con otros trabajos, que observarían elevada comorbilidad de síntomas relacionados con patología alimentaria en pacientes diagnosticados de TOC primario (Henninghausen, Rischmuller, Heseke, Renschmidt, & Hebebrand, 1999; Milos et al., 2002; Thornton et al., 1997). Grabe et al. (2000) identificaban un 16.1% de pacientes diagnosticadas con TOC y con síntomas relacionados con TCA. Halmi et al. (2003) obtenían que el porcentaje de aparición de obsesiones y compulsiones a lo largo de la vida de los sujetos con AN se situaba en torno al 68%, en el caso del subtipo restrictivo y en el 79.1%, en el caso del subtipo purgativo, siendo las compulsiones más prevalentes las

de orden y acumulación. Otros autores no estarían de acuerdo con estos resultados, identificando tasas significativamente inferiores de entre un 28-30% de casos de ambos trastornos (Albert et al., 2001; von Ranson et al., 1999). Sin embargo, un estudio reciente no observa correlaciones entre TOC y TCA. Únicamente se obtuvo una asociación entre compulsiones de limpieza y puntuaciones elevadas en medidas de BN (Wu, 2008).

Nuestro estudio demuestra que tanto sujetos con TOC como con TCA, incluso tras controlar las variables peso y edad, muestran valores elevados en personalidad obsesiva, que indicarían rasgos comunes de obsesividad, rigidez y perfeccionismo. Este resultado es coherente con lo observado en la literatura (Halmi et al., 2005; Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Zaider, Johnson, & Cockell, 2000), en la que, tanto en AN, como en TOC, han sido observados marcados rasgos obsesivos de personalidad. En un estudio reciente que quisieron analizar la implicación de la dimensión de perfeccionismo en pacientes con TOC, TCA y trastorno depresivo obtuvieron que los tres grupos de pacientes experimentaban mayores niveles en la *preocupación por los errores*, mientras que en las *normas personales puras* (o valores individuales), únicamente se mostraban significativamente más elevadas en el grupo de pacientes con TCA. Por otro lado, la *duda sobre las acciones* estaba presente en pacientes con TOC y TCA (Sassaroli et al., 2008).

Los sujetos con un TCA mostraron una mayor sintomatología depresiva que los pacientes con TOC, mostrando estos últimos una sintomatología leve-moderada. Este resultado se muestra igualmente en concordancia con los obtenidos por otros autores (Milos et al., 2002; Wu, 2008), que resaltan la importancia de esta sintomatología en ambos trastornos.

Revisando la literatura, se observa que la relación entre obsesividad, perfeccionismo y psicopatología alimentaria ha sido objeto de numerosos estudios. Y en este sentido, la AN de tipo restrictivo se ha asociado generalmente a rasgos de personalidad como perfeccionismo, baja autoestima, preocupación por el orden, rigidez y persistencia (Fairburn et al., 1995; Halmi et al., 2000; Serpell, Livingstone, Neiderman, & Lask, 2002). A pesar de que la BN se ha relacionado frecuentemente con elevada impulsividad, existen estudios que demuestran que la mayoría de pacientes bulímicos suelen ser perfeccionistas (Vitousek & Manke, 1994). En un trabajo en el que se analizaba la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva en una muestra de pacientes bulímicas, se observó que un 39% de los sujetos había presentado obsesiones relacionadas con el orden y la exactitud (von Ranson et al., 1999).

2. Eficacia de tratamiento cognitivo-conductual para el TOC según la condición aplicada

Los sujetos en las modalidades de tratamiento individual y grupal, obtuvieron una mejora significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa, respecto al grupo en lista de espera, al finalizar el tratamiento. Estos resultados son similares a los de Fals-Stewart et al. (1993b), que obtuvieron una mejoría importante en la sintomatología ansiosa, depresiva y obsesiva-compulsiva, en las terapias individual (N=31) y grupal (N=30), respecto un grupo control (N=32), tras 24 sesiones de tratamiento. En contraste con estos resultados, el trabajo de Cordioli et al. (2003) observa mejoría en los síntomas del TOC (medidos a través del Y-BOCS),

al comparar una terapia grupal con lista de espera, sin embargo, no obtuvieron diferencias en el HAM-D y el HAM-A.

La TI mostró obtener mejores resultados que la TG en la sintomatología compulsiva, y en definitiva en el Y-BOCS Total, tendiendo la TG a ser superior que el GC. Estos resultados estarían en concordancia con otros trabajos (Van Noppen, Steketee, McCorkle, & Pato, 1997) y con otro estudio realizado recientemente con pacientes con obsesiones sin compulsiones (O'Connor et al., 2005). Por otro lado, si tenemos en cuenta el análisis de ITT no observamos diferencias entre las TG y TI al finalizar el tratamiento, siendo estos resultados serían similares a los de Fals-Stewart et al. (1993b). En un estudio reciente han observado al comparar 63 pacientes distribuidos en TI, TG y lista de espera, que a corto plazo los pacientes en TI parecen obtener mejores resultados que los que han realizado TG. Sin embargo, en los seguimientos de 6 meses y 1 año, los pacientes en ambas modalidades obtienen resultados similares (Anderson et al., 2007). En nuestro estudio de seguimiento de 6 meses y 1 año (Jaurrieta et al., in press), observamos que no existían diferencias entre las dos modalidades de tratamiento en los seguimientos, estos resultados son los mismos a los descritos por Anderson & Rees (2007) en su estudio.

Hasta el momento, son escasos los estudios en la literatura que comparan la eficacia de tratamiento en tres modalidades de intervención y con un número elevado de sesiones y pacientes.

3. Influencia de las variables en el cambio

Con independencia del tipo de tratamiento, el cambio en el estado de ansiedad de los sujetos guardó relación con la presencia de obsesiones de tipo orden y simetría, es decir, los pacientes con este tipo de obsesiones obtuvieron menores cambios pre-post. Esto podría ir relacionado con la idea de Rasmussen & Eisen (2001), de que estos pacientes experimentan a menudo un sentimiento subjetivo de "descontento" o "tensión" cuando las cosas no están alineadas "justo así" o "perfectamente", en vez de sentir miedo o ansiedad. En este sentido, estos pacientes podrían ser considerados como el tramo final del espectro de la personalidad obsesiva. Su descripción de una tensión creciente seguida de una liberación después del acto, se podría parecer más a la experiencia sensorial subjetiva de los pacientes con trastorno de Tourette, o incluso de los pacientes con trastornos del control del impulso, que a la ansiedad que experimentan otros pacientes obsesivos-compulsivos. En un estudio para analizar funcionamiento del TOC de tipo orden y simetría observaron, que estos pacientes experimentaban niveles de ansiedad más elevados cuándo tenían que enfrentarse a un contexto desordenado (Radomsky & Rachman, 2004a).

Otro de los factores predictores de cambio que obtuvimos en nuestro estudio fue que los pacientes con obsesiones de contaminación, presentaron un menor cambio en los síntomas de ansiedad y depresión al finalizar el tratamiento, en comparación con el resto de pacientes. Como señala Straus (1948), en un estudio ya clásico, la mayoría de los pacientes con este tipo de obsesiones refieren que la angustia es el efecto predominante,

pero también se observa frecuentemente la presencia de disgusto y vergüenza, así como de turbación y de culpa.

Finalmente, obtuvimos que los pacientes que no estaban trabajando en el momento de realizar el tratamiento, presentaban menor cambio en la sintomatología obsesiva al finalizarlo, respecto el resto de pacientes. Buchanan, Meng & Marks (1996) ponen de manifiesto, en un estudio para analizar los factores predictores de cumplimiento y mejora tras un tratamiento de EPR, que estar trabajando antes de empezar el tratamiento era un predictor de éxito terapéutico.

4. Limitaciones en el estudio y orientaciones futuras de investigación

Este estudio presenta algunas limitaciones como son: 1) muestras no suficientemente amplias como para poder hacer comparaciones entre subgrupos de pacientes o para poder realizar comparaciones respecto la eficacia de tratamiento; 2) utilización de unos instrumentos específicos de evaluación, lo que implica que otras variables distintas a las exploradas por éstos no han sido analizadas, 3) el seguimiento de los tratamientos no se ha podido incluir en la presente tesis, puesto que aún no ha sido publicado (en prensa, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*). (Ver documento anexo 1).

En investigaciones futuras, deberían continuar siendo analizados factores comunes y diferenciales, entre el TOC y TCA, desde una perspectiva de análisis más general. Deberían hacerse más estudios aleatorizados de eficacia de tratamiento, con muestras

clínicas más amplias. Sería interesante hacer un seguimiento de los grupos de tratamiento, dada la escasa bibliografía que existe respecto el tema y su enorme importancia. Los tratamientos grupales ofrecen la posibilidad de optimizar los recursos, en términos de coste/tiempo y eficacia. Por ello, parece importante seguir trabajando en esta línea, para verificar desde un perspectiva empírica la utilidad de la terapia grupal como el tratamiento de elección en el TOC. Por último, es aconsejable llevar a cabo más estudios que analicen los factores de cambio que influyen en los subtipos de cada patología, para poder hacer tratamientos cada vez más precisos.

VII. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de los estudios son:

1. Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo presentan menor sintomatología y psicopatología alimentaria, que pacientes con TCA, incluso tras controlar las variables peso y edad.
2. Los pacientes con TOC presentan una mayor sintomatología obsesiva que los pacientes con TCA, incluso tras ser controladas las variables de peso y edad.
3. Tanto sujetos con TOC como con TCA, especialmente en el caso de la AN, incluso tras controlar las variables de peso y edad, muestran valores elevados en personalidad obsesiva, que indican rasgos comunes en obsesividad, rigidez y perfeccionismo.
4. Los pacientes con TOC que realizaron un tratamiento cognitivo-conductual, individual y grupal, presentan mejorías estadísticamente significativas, respecto a la sintomatología ansiosa, depresiva y obsesivo-compulsiva, al ser comparados con pacientes en lista de espera.
5. Los pacientes que realizaron un tratamiento individual presentan reducciones mayores en la sintomatología obsesivo-compulsiva, en comparación con los que realizaron un tratamiento grupal.

6. Tras un análisis de ITT, los pacientes que realizan un las dos modalidades de tratamientos (individual y grupal), no presentan diferencias estadísticamente significativas en las medidas estudiadas.
7. En el análisis de predicción de cambio, tras el tratamiento psicológico los pacientes con obsesiones de orden y simetría muestran menor cambio en la sintomatología ansiosa que el resto de pacientes.
8. Siguiendo con este análisis, los pacientes con obsesiones de contaminación presentar menor cambio en la sintomatología ansiosa y depresiva, al ser comparados con el resto de pacientes, al finalizar el tratamiento.
9. Se observa una asociación positiva entre situación de empleo y sintomatología obsesiva al finalizar el tratamiento. Concretamente, estar activo laboralmente se relaciona con mejor respuesta a tratamiento.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abramowitz, J., & Foa, E. (2000). Does major comorbid disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behav Ther* **31**, 795-800.
- Abramowitz, J., Franklin, M., Street, G. P., Kozak, M. J., & Foa, E. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* **31**, 517-528.
- Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *J Clin Psychol* **60**, 1133-41.
- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. *J Consult Clin Psychol* **71**, 394-8.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* **71**, 1049-57.
- Albert, U., Venturello, S., Maina, G., Ravizza, L., & Bogetto, F. (2001). Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Compr Psychiatry* **42**, 456-60.
- Alonso, M. P., Fernandez, F., Turón, V., Vallejo, J., & Ramos, M. J. (1998). Trastornos de la alimentación en varones: análisis comparativo de los pacientes ingresados en el período 1975-1997. *Anal Psiquia* **14**, 295-300.
- Alonso, P., Menchon, J. M., Jimenez, S., Segalas, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., Labad, J., Vallejo, J., Cardoner, N., & Pujol, J. (2007). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Res.*
- Alonso, P., Menchon, J. M., Segalas, C., Jaurrieta, N., Jimenez-Murcia, S., Cardoner, N., Labad, J., Real, E., Pertusa, A., & Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight

- assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* **49**, 305-12.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry* **160**, 242-7.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* **45**, 123-37.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **254**, 156-64.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- APA. (1987). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (3ª ed revisada)*. Barcelona: Masson.
- APA. (1994). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- APA. (2001). *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed. revisada)*. Barcelona: Masson.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **30**, 338-52.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* **2**, 299-317.
- Bejerot, S., Ekselius, L., & von Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* **97**, 398-402.
- Berrios, G. (2000). Historia de los trastornos obsesivos. In J. Vallejo, & G. Berrios (Eds.), *Estadios Obsesivos*. Barcelona: Masson.

- Bhattacharyya, S., Reddy, Y. C., & Khanna, S. (2005). Depressive and Anxiety Disorder Comorbidity in Obsessive Compulsive Disorder. *Psychopathology* **38**, 315-319.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., Grados, M. A., & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry* **48**, 287-93.
- Bjorgvinsson, T., Wetterneck, C. T., Powell, D. M., Chasson, G. S., Webb, S. A., Hart, J., Heffelfinger, S., Azzouz, R., Entricht, T. L., Davidson, J. E., & Stanley, M. A. (2008). Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting. *J Psychiatr Pract* **14**, 137-45.
- Black, D. W., Noyes, R., Jr., Pfohl, B., Goldstein, R. B., & Blum, N. (1993). Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* **150**, 1226-32.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* **112**, 180-6.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* **24**, 859-67.
- Buchanan, A. W., Meng, K. S., & Marks, I. M. (1996). What predicts improvement and compliance during behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder? *Anxiety* **2**, 22-27.
- Button, E., Aldridge, S., & Palmer, R. (2008). Males assessed by a specialized adult eating disorders service: Patterns over time and comparisons with females. *Int J Eat Disord*.
- Cassidy, E., Allsopp, M., & Williams, T. (1999). Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **8**, 193-9.
- Cavedini, P., Riboldi, G., D'Annucci, A., Belotti, P., Cisima, M., & Bellodi, L. (2002). Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia* **40**, 205-11.

- Clark, A., & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy* **33**, 967-976.
- Clark, D. A. (2000). Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: New applications and emerging trends. *J Contemp Psychother* **30**, 129-147.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, D. M. (1994). *The temperament and Characteristic Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Cooper, J. (1970). The Leyton obsessional inventory. *Psychol Med* **1**, 48-64.
- Cordioli, A., Heldt, E., & Bochi, D. (2002). Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* **24**, 113-120.
- Cordioli, A., Heldt, E., & Bochi, D. (2003). Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* **72**, 211-216.
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry* **162**, 876-882.
- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Personality disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study. *J Psychiatr Res* **30**, 29-38.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* **66**, 7-18.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* **52**, 685-716.
- Channon, S., & deSilva, W. P. (1985). Psychological correlates of weight gain in patients with anorexia nervosa. *J Psychiatr Res* **19**, 267-71.

- Davis, C., & Kaptein, S. (2006). Anorexia nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* **142**, 209-17.
- de Mathis, M. A., do Rosario, M. C., Diniz, J. B., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrao, Y. A., Fossaluza, V., de Braganca Pereira, C. A., & Miguel, E. C. (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry* **23**, 187-94.
- Denys, D., Tenney, N., van Meegen, H. J., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* **80**, 155-62.
- Diefenbach, G. J., Abramowitz, J. S., Norberg, M. M., & Tolin, D. F. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* **45**, 3060-8.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* **42**, 291-300.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* **42**, 494-7.
- El Mansari, M., & Blier, P. (2006). Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **30**, 362-73.
- Elgin, J., & Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eat Weight Disord* **11**, e96-101.
- Emmelkamp, P. M., Hoekstra, R. J., & Visser, A. (1985). The behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: Prediction of outcome at 3, 5 years follow-up. In P. Pichot, P. Berner, R. Wolf, & K. Thau (Eds.), *Psychiatry: the state of the art* (pp. 265-270). New York: Plenum.
- Enright, S. J. (1991). Group treatment for obsessive compulsive disorder: An evaluation. *Behav Psychother* **19**, 183-192.

- Epsie, C. A. (1986). The group treatment of obsessive compulsive ritualizers: behavioral management of identified patterns of relapse. *Behav Psychother* **14**, 21-33.
- Erzegovesi, S., Cavallini, M. C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M., & Bellodi, L. (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* **21**, 488-92.
- Esquirol, J. E. D. (1838). De la Monomanie, *Des Maladies Mentales. Considérées sous les Rapports Médical. Hygiénique et Médico-Légal* (pp. 355-365). Paris: Baillière.
- Eysenck, H. J. (1978). Superfactors P, E and N in a comprehensive factor space. *Multivar Behav Res* **13**, 475-481.
- Fahy, T. A. (1991). Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. *Behav Res Ther* **29**, 113-6.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* **52**, 304-12.
- Fals-Stewart, W., & Lucente, S. (1993a). An MCMI cluster typology of obsessive-compulsives: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behavior therapy. *J Psychiatr Res* **27**, 139-54.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993b). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* **181**, 189-93.
- Fernandez-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. *J Psychosom Res* **47**, 419-28.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther* **43**, 1543-58.
- Foa, E. (2004). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo, *II Seminario Interacional sobre actualizaciones en psicología clínica*. Barcelona.

- Foa, E., Abramowitz, J., Franklin, M., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* **30**, 717-724.
- Foa, E., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV Field Trial: Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* **152**, 90-96.
- Foa, E., Steketee, G., Grayson, J. B., & Doppelt, H. G. (1983). Treatment of obsessive-compulsive disorder: When do we fail? In E. Foa, & P. M. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 10-34). New York: Wiley & Sons.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther* **17**, 169-76.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: Literature review. In R. P. Swinson, M. M. Anthony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 258-276). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Goldstein, A. (1978). Continuous exposure and completed response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behav Ther* **9**, 821-829.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behav Ther* **15**, 50-472.
- Formea, G. M., & Bruns, G. L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nerviosa and obsessive compulsive disorder. *J Psychopath Behav Asses* **17**, 167-176.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *J Consult Clin Psychol* **68**, 594-602.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther* **35**, 335-48.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* **34**, 433-46.

- Freud, S. (1908). Character and anal eroticism, *Collected Papers*. London: Hogarth Press.
- Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Jacobsen, D., Kloss, M., Rufer, M., & Hand, I. (2006). Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry* **21**, 319-24.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Greene, K. A. I. (1999). Cognitive and behavioural treatment of compulsive hoarding. In M. H. Freeston, & S. Tylor (Eds.), *Cognitive approaches to treating obsessions and compulsions: A clinical case book*. New York: Elbaum.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Trujillo, J. L., Caseras, X., Serrano, F., Alonso, P., Menchon, J. M., Vallejo, J., & Torrubia, R. (2004). Personality characteristics in obsessive-compulsive disorder and individuals with subclinical obsessive-compulsive problems. *Br J Clin Psychol* **43**, 387-98.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1991). *Handbook of Psychotherapy Of Anorexia and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1988). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* **46**, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry* **46**, 1006-1011.
- Grabe, H. J., Thiel, A., & Freyberger, H. J. (2000). Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* **102**, 449-53.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* **48**, 712-8.

- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W. H., Al Shabboat, M., Bulik, C. M., & Kaye, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* **33**, 308-19.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* **157**, 1799-805.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Keel, P., Klump, K. L., Lilenfeld, L. R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* **38**, 371-374.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* **32**, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J of Neurology, Neurosurg Psych* **23**, 56-61.
- Hand, I., & Tichatzki, M. (1979). Behavioral group therapy for obsessions and compulsions: first results of a pilot study. In P. O. Sjöden, S. Bates, & W. S. Dockens (Eds.), *Trends in Behavior Therapy* (pp. 269-298). New York: Academy Press.
- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V. H., Ronquillo, J. G., Crawley, S. A., Cochran, L. W., Kazuba, D., Greenberg, B. D., & Murphy, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* **135**, 121-32.
- Henninghausen, K., Rischmuller, B., Hesecker, H., Remschmidt, H., & Hebebrand, J. (1999). Low body mass indices in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* **99**, 267-73.

- Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., & Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* **42**, 603-12.
- Himle, J. A., Rassi, S., Haghigatgou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven vs. twelve-week outcomes. *Depress Anxiety* **13**, 161-5.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* **15**, 389-95.
- Hoek, H. (1991). Epidemiological findings in the Netherlands. *Psychol Med* **21**, 455-460.
- Holden, N. L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Br J Psychiatry* **157**, 1-5.
- Hollander, E. (1993). Obsessive compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatr Ann* **23**, 355-358.
- Hollander, E., & Benzaquen, S. D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorder. In J. A. Den Boer, & H. Westenberg (Eds.), *Focus on obsessive compulsive spectrum disorder* (pp. 33-44). Amsterdam: Syn-thesis Publishers.
- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depress Anxiety* **25**, 317-29.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T., & Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* **57 Suppl 8**, 3-6.
- Hollander, E., & Rosen, J. (2000). Impulsivity. *J Psychopharmacol* **14**, S39-44.
- Hollander, E., & Wong, C. M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* **56 Suppl 4**, 3-6; discussion 53-5.

- Hong, J. P., Samuels, J., Bienvenu, O. J., 3rd, Cannistraro, P., Grados, M., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Cullen, B., Hoehn-Saric, R., & Nestadt, G. (2004). Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* **20**, 86-91.
- Hsu, L. K., Crisp, A. H., & Callender, J. S. (1992). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorexics 22 years after onset of illness: a pilot study. *Compr Psychiatry* **33**, 123-7.
- Hsu, L. K., Kaye, W., & Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? *Int J Eat Disord* **14**, 305-18.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jr., Jonas, J. M., & Yurgelun-Todd, D. (1983). Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry* **142**, 133-8.
- Jaisoorya, T. S., Reddy, Y. C., & Srinath, S. (2003). The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Compr Psychiatry* **44**, 317-23.
- Jaurrieta, N., Jimenez-Murcia, S., Alonso, M. P., Segalas, C., Granero, R., & Menchon, J. M. (in press). Individual vs. group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder patients: the follow-up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.
- Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2006). Enfoque congnitivo-conmductual del trastorno obsesivo-compulsivo. In J. Vallejo, & G. Berrios (Eds.), *Estados Obsesivos* (pp. 291-304). Barcelona: Masson.
- Jiménez-Murcia, S., Jaurrieta, N., Alonso, M. P., Segalas, C., Labad, J., Menchon, J. M., & Vallejo, J. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual del comportamiento acumulador, *XI Congreso Nacional de Psiquiatría*. Santiago de Compostela (Comunicación oral).
- Jiménez-Murcia, S., Salgado, P., Mataix-Cols, D., Alonso, M. P., Vallejo, G., Menchón, J. M., & Vallejo, J. (2003). Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la personalidad, *XVIII Jornada Anual de la Societat Catalana de Teràpia i Recerca del Comportament*. Barcelona (Poster).

- Jones, D. S., Fox, M. M., Babigan, H. M., & Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York, 1960-1976. *Psychosom Med* **42**, 551-558.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiologic of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* **45**, 1094-1099.
- Kasvikis, Y., Tsakiris, F., Marks, I., Basoglu, M., & Noshirvani, H. F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord* **5**, 1069-1076
- Kaye, W., Weltzin, T., Hsu, L. K., Bulik, C. M., McConaha, C., & Sobkiewics, T. (1992). Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Int J Eat Disord* **12**.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* **161**, 2215-21.
- Kazdin, A. E. (2001). Bringing the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *J Clin Child Psychol* **30**, 59-66.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* **28**, 118-30.
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* **165**, 781-6.
- Kendell, R. E., Hall, D., Halley, A., & Babigan, H. M. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychol Med* **3**, 200-203.
- Khanna, S., Kaliaperumal, V., & Channabasavanna, S. M. (1990). Clusters of obsessive-compulsive phenomena in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* **156**, 51-54.
- Klein, D. F. (1993). Prólogo. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders* (pp. XI-XVII). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.

- Kobak, K. A., Greist, J. H., Jefferson, J. W., Katzelnick, D. J., & Henk, H. J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)* **136**, 205-16.
- Kobak, K. A., Rock, A. L., & Greist, J. H. (1995). Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal Special Group Work* **20**, 26-32.
- Krone, K. P., Himle, J. A., & Nesse, R. M. (1991). A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther* **29**, 627-31.
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* **19**, 163-73.
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *Br J Clin Psychol* **45**, 331-42.
- Ledoux, S., Chaquet, M., & Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescence in an unselected French population. *Int J Eat Disord* **10**, 81-89.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M., & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* **55**, 603-10.
- Lindblad, F., Lindberg, L., & Hjern, A. (2006). Anorexia nervosa in young men: A cohort study. *Int J Eat Disord* **39**, 662-6.
- Lochner, C., Carey, P., Seedat, S., & Stein, D. (2006a). Trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. In J. Vallejo, & G. Berrios (Eds.), *Estados obsesivos (3ª Ed)* (pp. 463-485). Barcelona: Masson.

- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J., Nel, D. G., Corfield, V. A., Moolman-Smook, J. C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry* **46**, 14-9.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2006b). Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **30**, 353-61.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Goncalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* **40**, 212-7.
- Maina, G., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., & Bogetto, F. (2008). Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorders in adulthood. *Psychiatry Res* **158**, 217-25.
- March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). Expert consensus guideline for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* **4**, 5-72.
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis in vivo exposure: a 2-year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry* **127**, 349-364.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* **71**, 255-62.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W. H. (1999a). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* **29**, 407-14.
- Matsunaga, H., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., & Kiriike, N. (1999b). A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* **40**, 337-42.

- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: development, use, reliability and validity. *J Psychiatr Res* **28**, 425-45.
- McFall, N. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cogn Ther Res* **3**, 333-348.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* **69**, 205-14.
- Meyer, C. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther* **33**, 887-896.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eat Disord* **31**, 284-9.
- Millon, T. (1985). The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: the MCMI-II will prove even better. *J Pers Assess* **49**, 379-91.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon*. Madrid: TEA.
- Minichiello, W. E., Baer, L., & Jenike, M. (1987). Schizotypal personality disorder: a poor prognosis indicator for behavior therapy in the treatment obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* **1**, 237-276.
- Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Wein, C., Rufer, M., Katenkamp, B., Farhumand, R., & Hand, I. (2004). Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* **42**, 217-27.
- Moritz, S., Kloss, M., Jacobsen, D., Fricke, S., Cutler, C., Brassens, S., & Hand, I. (2005). Neurocognitive impairment does not predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* **43**, 811-9.
- Norton, P. J., & Whittal, M. L. (2004). Thematic similarity and clinical outcome in obsessive-compulsive disorder group treatment. *Depress Anxiety* **20**, 195-7.

- O'Connor, K., Freeston, M. H., Gareau, D., Careau, Y., Dufour, M. J., Aardema, F., & Todorov, C. (2005). Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy* **12**, 87-96.
- OCCW. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behav Res Ther* **35**, 667-681.
- Ochoa, C., Jiménez-Murcia, S., Sancho, J., Alonso, M. P., Menchón, J. M., & Vallejo, J. (2004). Tratamiento de exposición in vivo en un caso de obsesión intestinal. *Psicología Conductual* **12**, 307-321.
- Pedrick, C. S., & Hyman, B. M. (2003). *Guía práctica del TOC: pistas para su liberación*. Bilbao: Desclée.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S., & Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* **46**, 15-23.
- Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., & Murphy, D. L. (1994). Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* **55 Suppl**, 15-27; discussion 28-32.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2000). White bears and other elusive intrusions. Assessing the relevance of thought suppression for obsessional phenomena. *Behav Modif* **24**, 425-53.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* **35**, 793-802.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and Normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* **16**, 223-238.
- Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs. New York: Prentice Hall.

- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (2004a). The importance of importance in OCD memory research. *J Behav Ther Exp Psychiatry* **35**, 137-51.
- Radomsky, A. S., & Rachman, S. (2004b). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behav Res Ther* **42**, 893-913.
- Raffray, T., & Pelissolo, A. (2007). [Comorbidity in obsessive-compulsive disorder]. *Rev Prat* **57**, 37-41.
- Rasmussen, S., & Eisen, J. (2001). Epidemiología y rasgos clínicos de los trastornos obsesivo-compulsivos. In M. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Trastornos obsesivo-compulsivos. Manejo práctico* (pp. 12-43). Madrid: Harcourt.
- Rasmussen, S. A. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* **55**, 89-91.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* **15**, 743-58.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* **143**, 317-22.
- Reinecker, H. (1998). *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern: Hans Huber.
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2003). Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depress Anxiety* **18**, 118-27.
- Riggs, D. S., & Foa, E. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Rojó, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuan, L., & Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord* **34**, 281-91.

- Rosen, J., & Leitenberg, H. (1982). Bulimia nerviosa: treatment with exposure and response prevention. *Behav Ther* **13**, 117-124.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry* **49**, 45-53.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* **113**, 440-6.
- Rufer, M., Hand, I., Alsleben, H., Braatz, A., Ortmann, J., Katenkamp, B., Fricke, S., & Peter, H. (2005). Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **255**, 121-8.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behav Res Ther* **23**, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Obsessional and compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behav Res Ther* **23**, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, B. J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behav Res Ther* **22**, 549-552.
- Salkovskis, P. M., & McGuire, H. F. (2003). Cognitive-behavioral therapy of OCD. In D. C. Ross, L. Menzies, & P. d. Silva (Eds.), *Obsessive compulsive disorder: Theory, research and treatment*. Wiley: West Sussex.
- Salkovskis, P. M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Ther* **27**, 149-160.

- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* **38**, 347-72.
- Salzman, L. (1968). *Obsessional personality*. New York: Science House.
- Samuels, J., & Nestadt, G. (1997). Epidemiology and genetic of obsessive-compulsive disorder. *Int Rev Psychiatry* **9**, 61-71.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behav Res Ther* **26**, 169-77.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behav Res Ther* **46**, 757-65.
- Saxena, S., Maidment, K. M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R. M., Tarlow, G., & Bystritsky, A. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry* **63**, 21-7.
- Segalas, C., Labad, J., Alonso, M. P., Vallejo, G., Jiménez, S., Fernandez, F., Menchon, J. M., & Vallejo, J. (2002). Estudio comparativo de los patrones de temperamento y carácter en una muestra de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo frente a controles sanos. *Psiquiatr Biol* **9**, 154-157.
- Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia nervosa: obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? *Clin Psychol Rev* **22**, 647-69.
- Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Ledley, D. R., Huppert, J. D., Cahill, S., Vermes, D., Schmidt, A. B., Hembree, E., Franklin, M., Campeas, R., Hahn, C. G., & Petkova, E. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* **165**, 621-30.

- Solyom, L., Freeman, R. J., & Miles, J. E. (1982). A comparative psychometric study of anorexia nervosa and obsessive neurosis. *Can J Psychiatry* **27**, 182-193.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Jeammet, P., & Flament, M. (2001). [Current and lifetime prevalence of obsessive compulsive disorders in eating disorders]. *Encephale* **27**, 541-50.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* **26**, 163-186.
- Stein, D. J. (2000). Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders. *Biol Psychiatry* **47**, 296-304.
- Stein, D. J., & Stone, M. H. (1997). Essential papers on Obsessive-Compulsive Disorders, *New York University Press*. New York.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive-compulsive disorder at 9 month follow-up. *Behav Psychother* **21**, 81-95.
- Steketee, G., Chambless, D. L., & Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry* **42**, 76-86.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Lehmkuhl, H., Geffken, G. R., Jacob, M., Ricketts, E., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2007). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A non-randomized comparison of intensive and weekly approaches. *J Anxiety Disord*.
- Straus, E. W. (1948). On onsession: A clinical and methodological study. *Nerv Ment Dis Mon* **73**.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A., & Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: a new scale to assess eating disorder symptomatology. *Int J Eat Disord* **18**, 237-45.
- Thiel, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G. E., & Schussler, G. (1995). [Compulsive symptoms in anorexia and bulimia nervosa]. *Psychother Psychosom Med Psychol* **45**, 8-15.

- Thornton, C., & Russell, J. (1997). Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J Eat Disord* **21**, 83-87.
- Tolin, D. F., Maltby, N., Diefenbach, G. J., Hannan, S. E., & Worhunsky, P. (2004). Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry* **65**, 922-31.
- Tukel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sozen, A., Aslantas, B., Atli, H., & Ozyildirim, I. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* **21**, 112-7.
- Tukel, R., Meteris, H., Koyuncu, A., Tecer, A., & Yazici, O. (2006). The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **256**, 240-5.
- Tundo, A., Salvati, L., Busto, G., Di Spigno, D., & Falcini, R. (2007). Addition of cognitive-behavioral therapy for nonresponders to medication for obsessive-compulsive disorder: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* **68**, 1552-6.
- Vallejo, J., & Alonso, M. P. (2006). Clínica de los trastornos obsesivo-compulsivo. In J. Vallejo, & G. Berrios (Eds.), *Estados obsesivos (3ª Ed.)* (pp. 307-345). Barcelona: Masson.
- Vallejo, J., Menchón, J. M., & Alonso, M. P. (2005). Trastorno obsesivo-compulsivo. In J. Vallejo, & C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 1278-1310). Barcelona: Ars Medica.
- Van't Hof, S. (1994). *Anorexia nervosa: the historical and cultural specificity*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Van Noppen, B., Pato, M. T., & Rasmussen, S. (1993). *Learning to live with OCD*. Milford: Obsessive Compulsive Foundation.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B. H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord* **11**, 431-46.

- Van Noppen, B. L., Pato, M. T., Marsland, R., & Rasmussen, S. A. (1998). A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res* **7**, 272-80.
- van Oppen, P., van Balkom, A. J., de Haan, E., & van Dyck, R. (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a 5-year follow-up. *J Clin Psychiatry* **66**, 1415-22.
- Vidal-Rubio, S., Fernández, F., Turón, V., & Vallejo, J. (1996). Trastornos de la alimentación y trastorno obsesivo compulsivo: revisión de la literatura. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* **23**, 104-113.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* **103**, 137-47.
- von Ranson, K. M., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R., & Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* **156**, 1703-8.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* **43**, 1559-76.
- Willi, J. (1990). Update on the Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region of Switzerland. *Am J Psychiatry* **147**, 1514-1517.
- Wu, K. D. (2008). Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach to purported relations. *J Anxiety Disord*.
- Yaryura Tobias, J. A., & Neziroglu, F. (1997). *Trastornos obsesivos-compulsivos*. Madrid: Harcourt.
- Zaider, T. I., Johnson, J. G., & Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int J Eat Disord* **28**, 58-67.

Zohar, J., & Group, t. C. T. C. (2006). Current controversies in the diagnosis and treatment of obsessive compulsive disorder- the cape town consensus statement. *Biol Psychiatry* **59**, 231S.

Zubieta, J. K., Demitrack, M. A., Fenick, A., & Krahn, D. D. (1995). Obsessionality in eating-disorder patients: relationship to clinical presentation and two-year outcome. *J Psychiatr Res* **29**, 333-42.

IX. ANEXOS



Individual vs. group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder patients: the follow-up

Order of authorship:

Nuria Jaurrieta¹⁻² Mph, Susana Jiménez-Murcia¹⁻³ Phd, , Maria del Pino Alonso¹ Phd, Roser Granero⁴ Phd, Cinto Segalàs¹ Mph, Javier Labad¹ Mph, José M. Menchón¹ Phd

Affiliation:

¹Obsessive-Compulsive Disorder Clinical and Research Unit
Department of Psychiatry
Bellvitge University Hospital
Barcelona (Spain)

²PhD Programme on Psychiatry and Clinical Psychology, Dept. of Psychiatry and Legal Medicine, Autonomous University of Barcelona (Spain)

³CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CB06/03) Instituto Salud Carlos III, Spain

⁴Department of Psychobiology and Methodology in Health Sciences
Faculty of Psychology
Autonomous University of Barcelona
Barcelona (Spain)

Corresponding author:

Nuria Jaurrieta Guarner
Phone: 00+34 93 260 79 88
Fax: 00+34 93 260 76 58
e-mail : njaurrieta@sub.scs.es
nuriajaurrieta@hotmail.com

Postal address: Unidad de Trastorno Obsesivo-Compulsivo
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Bellvitge
C/ Feixa Llarga, s/n
L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona, 08907
Spain

Abstract

Objective: To compare the effectiveness of two forms of CBT (group and individual) in a sample of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) at 6-month and 12-month follow-up. **Method:** Thirty-eight subjects meeting DSM-IV-TR OCD criteria completed 20 sessions of individual and group CBT. They were assessed with the Y-BOCS and the Hamilton Anxiety and Depression Scales at baseline, post-treatment and at 6-month and 12-month follow-up. **Results:** The clinical improvement obtained at the end of the treatment was maintained at 6-month and 12-month follow-up. The clinical outcome of the individual treatment (IT) and the group treatment (GT) was the same. The dropout rates were significantly higher in women than in men, but were similar for IT and GT. **Conclusions:** CBT was effective in a sample of OCD patients. Individual and group CBT showed similar results at 6-month and 12-month follow-up. The clinical implications of these findings will be discussed.

Key Words: Cognitive-behavioral treatment, Efficacy, Follow-up, Group, Obsessive-compulsive disorder, Predictors treatment.

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is the most severe anxiety disorder described to date. Cognitive-behavioral treatment (CBT), based largely on exposure and response prevention (ERP), has become established as the treatment of choice for OCD. CBT is used alone or, especially in more severe cases, in combination with psychopharmacological treatment [1]. The NICE Clinical Guideline suggests that in the initial treatment of adults with OCD, low intensity psychological treatments (including ERP) (up to 10 therapist hours per patient) should be offered if the patient's degree of functional impairment is mild and / or the patient expressed a preference for low intensity approach. Low intensity treatments include: brief individual CBT (including ERP) using structured self-help materials, brief individual CBT (including ERP) by telephone, and group CBT (including ERP) (the patient may be received more than 10 hours of therapy in this format) [2]. The treatment of choice for OCD is individual CBT. To date, evidence of the efficacy of group CBT has been lacking. Cognitive-behavioral group treatment (GT) is a cost-effective treatment alternative for OCD which has additional benefits [3-5]. A few controlled studies have analyzed the efficacy of CBT for OCD [6-8]. Some studies analyzing the effectiveness of group treatment for OCD described the results at follow-up. Studies of GT observed a reduction in the obsessive-compulsive symptoms at 3-month [3, 9], 6-month [3] and 12-month follow-up [3, 10]. Other studies compared the effectiveness of GT and IT at follow-up. IT seemed to be more effective than GT at the end of the treatment period and at 6-month follow-up in OCD patients without compulsions [1]. One study examined the effects of CBT compared with traditional behavior therapy ERP in the group [11]. Both treatments were superior to the control condition in symptom reduction, with ERP being marginally more effective than CBT by end of treatment and again at 3 month follow-up.

The first controlled-trial was conducted by Fals-Stewart, Marks & Schafer [7]. They noted that patients in IT initially showed faster rates of improvement than those in GT. However, there were no differences in the results at post-treatment and at follow-up. In this study, there was a slight increase in the obsessive-compulsive symptoms at 6-month follow-up. A recent study observed that there was a more rapid response to IT than to GT. However, the number of patients who had recovered at follow-up was the same for both treatments [6]. The previous controlled pilot study compared IT, GT and a waiting list control (WLC). Both IT and GT obtained statistically significant reductions in anxiety and depressive symptoms in compare to the WLC. Patients in IT achieved a statistically significant reduction in OCD symptoms compared with patients in GT and WLC [8].

Regarding the drop-out rates in other studies, Anderson & Rees [6] did not found differences between IT and GT. No other studies analyzed the risk of drop-out at follow-up.

Few studies have evaluated the possible association of OCD symptom dimensions and treatment response. In our previous study, patients with order and

symmetry obsessions experienced fewer changes in anxiety symptoms after treatment [8].

In a recent study of 104 patients with OCD, the authors evaluated whether certain OCD symptom dimensions were associated with the CBT outcome. They found that patients with hoarding OCD respond poorly to CBT [12]. However, in a previous study about the effect of CBT on obsessive-compulsive hoarding, the patients presented significantly higher HAM-A scores than non-hoarders both before and after treatment [13].

In other studies of OCD, checking compulsions were reported to be predictors of a poor CBT outcome [14]. However, most studies found no differences in the CBT outcome between patients with washing and checking compulsions [15-17].

As a result of these discrepancies in the literature, our study had the following objectives: to assess the effectiveness of two forms of cognitive-behavioral intervention (individual and group) in OCD; to analyze the predictors of dropout from both forms of treatment; to analyze the predictors of changes in obsessive-compulsive, anxiety and depressive symptoms at 6-month and 12-month follow-up. We hypothesized that group and individual treatment would be equally effective. Second, we hypothesized that group and individual treatment would have the same dropout rates. Third, we hypothesized that patients with OCD ordering and symmetry would have fewer changes in anxiety symptoms at follow-up. In addition, there would be less change in the symptoms of patients with hoarding obsessions at follow-up.

The study analyzed whether the reduction in obsessive-compulsive, anxiety and depressive symptoms obtained after 20 sessions of IT and GT would be maintained for a 6-month and 1-year period. The efficacy of individual and group treatment was also analyzed.

Methods

Participants

The initial sample comprised 57 patients with OCD, according to DSM-IV diagnostic criteria [18]. The patients were diagnosed by two experienced psychiatrists (PA, JMM) who administered the SCID-I [19] and SCID-II [20] in the first interview. Of these patients, 5.7% (n=2) left the study after the initial evaluation stage and 12.3% (n=7) withdrew during treatment. The sample was divided into three experimental conditions: 19 patients received individual treatment (IT); 19 received group treatment (GT) (distributed into two groups; one of 9 and the other of 10); and 19 patients were on the waiting-list. The WLC was not analyzed for ethical reasons. The three groups also received psychopharmacological treatment. Of the 28 patients that completed the 20 session treatment, 20 were evaluated during the follow-up period. Eight patients dropped-out during the follow-up of 6 and 12 month.

The sociodemographic characteristics of the sample are shown in Table 1.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the sample.

		TOTAL (N=38)	¹ Completers (N=20)	Dropouts treatment (N=10)	Dropouts follow-up (N=8)	² p	³ p
Gender	<i>Male</i>	63.2%	85.0%	50.0%	25.0%	.078	.005
Marital status	<i>Unmarried couple</i>	7.89%	10.0%	0.00%	12.5%	.575	.206
	<i>Divorced-separated</i>	2.63%	0.00%	0.00%	12.5%		
	<i>Married</i>	34.2%	30.0%	30.0%	50.0%		
	<i>Single</i>	55.3%	60.0%	70.0%	25.0%		
Studies	<i>Primary</i>	15.8%	10.0%	20.0%	25.0%	.666	.418
	<i>Secondary</i>	65.8%	75.0%	60.0%	50.0%		
	<i>University</i>	18.4%	15.0%	20.0%	25.0%		
Socioeconomic status	<i>Medium-low</i>	36.8%	25.0%	60.0%	37.5%	.169	.250
	<i>Medium</i>	50.0%	60.0%	30.0%	50.0%		
	<i>Medium-high</i>	10.5%	15.0%	10.0%	0.00%		
	<i>High</i>	2.63%	0.00%	0.00%	12.5%		
Employment	<i>Unemployed</i>	13.2%	10.0%	10.0%	25.0%	1.000	.555
Age (years)	<i>Mean (SD)</i>	31.1 (8.7)	31.0 (7.9)	28.1 (5.2)	35.1 (13)	.312	.300

¹Patients who completed treatment and follow-ups. ²Completers vs. dropouts during the treatment..
³Completers vs. dropouts during the follow-up.

Material

Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) [21, 22].

The Y-BOCS, the most widely used scale for evaluation of obsessive-compulsive symptoms, assesses the presence of specific obsessions and compulsions and their severity. It comprises 10 Likert-type items (0 = none to 4 = extreme). Five items evaluate obsessions and five other items evaluate compulsions, covering the following aspects: distress, frequency, interference in everyday life, resistance to symptoms and control over symptoms. The Spanish version was validated by Nicolini et al., [23]. Interrater reliability was high ($r=0.88$; $p<0.001$). Cronbach's alpha coefficient for each rater was in a range of 0.84 to 0.87, with mean of 0.85.

Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) [24].

This 21-item questionnaire assesses cognitive and vegetative symptoms of depression. The total score is obtained by adding up the scores on the 21 items. Ramos-Brieva & Cordero Villafáfila [25] was the authors of the Spanish validation

version. The instruments showed good concurrent validity ($r=0.82$) and content validity (average frequency=62%). Inter-rater reliability ($r=0.99$) and split half reliability ($r=0.89$) were high.

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) [26].

This scale comprises categories of symptoms through which anxiety, tension, neurovegetative and somatic symptoms are assessed. The scale comprises 14 items, each scored 0-4. This questionnaire has been adapted to the Spanish population and has presented high internal consistency Cronbach's alpha coefficient = 0.75 [27].

Design and Procedures

The study was carried out using a single-blind, parallel group design. Subjects were randomly allocated to individual, group or control conditions using a list of random numbers. The random allocation was done by a researcher who was not involved in the clinical trial.

Data were compiled using a prospective cohort follow-up design. Experienced psychologists and psychiatrists completed the anamneses. The patients were evaluated by the same evaluator during the treatment and in the follow-up period. All participants were attending the psychiatric outpatient service at the University Hospital of Bellvitge, Barcelona. The patients were referred consecutively to the Psychology Unit, of the same Hospital, to initiate cognitive-behavioral therapy after 12 weeks of pharmacological treatment. Therefore, all OCD patients included in the present study were medicated. Given that most patients seeking treatment in our Unit show severe OCD symptoms, pharmacological treatment is needed in almost all cases. During the treatment and follow-up there were no changes in medication.

Treatment

All patients underwent a first semi-structured interview with a trained clinical psychologist (NJ). The two treatment conditions were applied and evaluated by the same therapist; a master's level psychologist with four years' experience in OCD. In the two groups there was a cotherapist. After the first interview, all patients completed the psychological protocol, which comprised psychometric tests of obsessive-compulsive, anxiety and depressive symptoms. Hamilton and the Y-BOCS were administered by a trained psychologist. The patients were then told the results of the questionnaires and the type of treatment they would receive. Informed consent was obtained from all subjects, the study was approved by the hospital ethics committee. The protocol was administered in three one-hour sessions.

Both treatment programs comprised 20 weekly sessions, with follow-up at 1 month, 3 months, 6 months and 1 year (We analyzed only 6 and 12 month follow-up). The individual sessions lasted 45 minutes and the group sessions 90 minutes.

The treatment sessions were based on a manual [28]. Psychoeducation, ERP (in vivo and in imagination) [29, 30], cognitive techniques [30-32] and relapse prevention were used. The treatment protocol included specific homework exercises attached to each component of the treatment. The therapist monitored these activities. For the follow-up, the therapist focused on patients' difficulties and doubts. The patient could ask to be accompanied in the individual treatment. In the group treatment, one session was held in the presence of a family member or friend. All patients were evaluated by the aforementioned instruments at the start, end of the treatment and 6-12 month follow-up. Additional treatment was offered to the patients that relapsed at the end of the study.

The present paper is part of an ongoing study focused on follow-ups and the efficacy of CBT for OCD patients. This study started in 2004 and we are still collecting data. Therefore, the present results are preliminary and must be interpreted with caution.

Statistical Analysis

The analysis was carried out with SPSS 14.0 for Windows. Firstly, the risk of dropout during the treatment and follow-ups was estimated for each therapy and compared by Pearson's chi-square test or by exact methods when the samples were small. The risk was computed for all the patients included in the study (n=38) and for those who completed the treatment (n=28).

Next, an analysis of variance with repeated measures (treatment×time) compared the Hamilton and Y-BOCS scores during treatment and at follow-up. The General Linear Model SPSS procedure was used. The within-subjects factor was defined by the four clinical measures available for each subject (pre, post, 6 months and 12 months). The treatment (individual vs. group) was defined as the between-subjects factor. Polynomial contrasts were estimated to evaluate the linear, quadratic and cubic trends.

Finally, linear regression models were used to assess which sociodemographic and clinical variables were predictive of the changes in Hamilton and Y-BOCS scores during the follow-ups. The changes were measured as the differences between baseline values and scores at 6-month and 12-month follow-up. All models were obtained with FSTEP procedure, controlling (adjusting) by the treatment condition (individual / group) and baseline scores.

Results

Clinical information is shown in Table 2. There were no differences between the two group treatments.

Table 2. Clinical characteristics at intake by experimental condition.

	TOTAL (n=38)	Individual (n=19)	Group (n=19)	p
Age of onset (years)	18.7 (7.0)	20.3 (7.65)	17.2 (6.01)	.166
Age first consultant (years)	23.5 (6.3)	24.2 (6.68)	22.9 (5.99)	.543
Num. of hospital admissions	.26 (.6)	0.32 (0.6)	0.21 (0.5)	.565
Obsessions:				
. Aggressive	44.7%	47.4%	42.1%	.744
. Contamination- cleaning	47.4%	63.2%	31.6%	.051
. Doubting- checking	50.0%	57.9%	42.1%	.330
. Sexual	18.5%	15.8%	21.1%	.890
. Collecting	21.1%	26.3%	15.8%	.426
. Religious	2.63%	0.00%	5.26%	.311
. Ordering- symmetry	26.3%	21.1%	31.6%	.461
. Somatic	4.20%	0.00%	10.6%	.348
Compulsions of repetition	21.1%	5.26%	36.8%	.042
Slowness	18.4%	15.8%	21.1%	.676

¹Mean (SD) for quantitative variables and percentages for categorical.

An analysis of variance found no statistically significant differences between the treatment groups' scores on the Hamilton scales and on the Y-BOCS at the start of the study. This confirmed that the groups created by random allocation were homogeneous for these psychological variables. The distribution of patients receiving different drug treatments was not significant.

At follow-up, the patients allocated to the two treatments had different mean scores with respect to the post-treatment (Table 3). These difference were observed on: the HAM-D scale ($F=5.6$; $df=1$; $p=0.046$) at 12-month follow-up; the Y-BOCS obsessions scale ($F=3.3$; $df=1$; $p=0.084$) at 12-month follow-up; the Y-BOCS compulsive scale ($F=3.7$; $df=1$; $p=0.070$) at 12-month follow-up; the total Y-BOCS ($F=3.3$; $df=1$; $p=0.088$) at 6-month and ($F=6.9$; $df=1$; $p=0.018$) 12-month follow-up. *Post-hoc* comparisons indicated that there were no differences between the two treatments in terms of depressive, anxiety and obsessive-compulsive symptoms at 6-month and 12-month follow-up.

Table 3: Comparison of therapies along treatment and follow-up.

	Treatment	Means for each assessment			
		Pre	Post	06 m.	12 m.
HAMILTON:	Individual	13 (6.6)	8.00 (4.8)	6.9 (5.3)	6.9 (5.8)
Depressive	Group	14.0 (5.5)	9.1 (7.1)	8.00 (5.9)	6.5 (5.8)
HAMILTON:	Individual	14.0 (5.5)	5.1 (4.1)	7.4 (4.8)	5.6 (4.7)
Anxiety	Group	14.0 (6.3)	6.4 (4.7)	5.8 (4.2)	3.9 (3.0)
Y-BOCS:	Individual	12.5 (3.7)	6.1 (3.9)	5.9 (3.4)	6.1 (3.9)
Obsessions	Group	12.4 (3.7)	9.6 (5.2)	8.8 (5.8)	7.3 (5.6)
Y-BOCS:	Individual	12.5 (3.9)	6.6 (3.0)	6.1 (3.6)	5.6 (4.6)
Compulsions	Group	12.1 (4.1)	9.3 (5.5)	8.1 (6.1)	6.8 (5.9)
Y-BOCS:	Individual	25.2 (7.7)	12.8 (6.2)	11.2 (7.1)	10.0 (7.8)
Total	Group	24.6 (7.5)	19.3 (10.9)	16.8 (12.2)	13.7 (11.8)

Results for analyses of variance with repeated measures.

The analysis of variance found no statistically significant differences in sociodemographic characteristics among completers, patients who dropped out during treatment and those who dropped out during follow-up (at 6 and 12 months) (Table 1). There was only one exception: more women than men dropped out during the follow-up (p=0.005).

Table 4 analyses the risk of dropping out at 6-month and 12-month follow-up. The risk of dropping out was statistically similar in individual and group treatment. However, we observed a trend (p=0.051) at 1-year follow-up in patients who had received an individual treatment when compared to all the patients who had started the treatment.

Table 4: Risk of drop-out at six and twelve months follow-up.

	Treatment	Risk of drop-out (%)		Risks comparison		
		Individual	Group	χ^2	p	Risk ratio (95% C.I.)
Total sample	Treatment	36.8%	15.8%	2.17	.140	2.33 (.71; 7.7)
(N=38)	6 months	57.9%	31.6%	2.66	.102	1.83 (.85; 3.9)
	1 year	63.2%	31.6%	3.80	.051	2.00 (.95; 4.2)
¹ Treat. completers	6 months	33.3%	18.7%	.194	.659	1.78 (.49; 6.5)
(N=28)	1 year	41.7%	18.7%	.820	.365	2.22 (.66; 7.5)

¹Patients who completed the treatment.

An analysis of variance revealed no statistical differences between individual and group treatment on the different scales (Hamilton; Y-BOCS) at 6-month and 12-month follow-up. The intra-time factor is statistically significant, which shows that there is a change in the values of the scales at the four times when they were completed. The linear factor is statistically significant, which shows that there is a decreasing trend in all scales. Finally, the statistically significant quadratic and cubic contrast shows that the decrease produced is not constant for the four times at which the subjects were evaluated.

With respect to the predictors of change at 6-month follow-up, the presence of hoarding obsessions or compulsions was associated with less improvement in depressive (95%CI: -15.6 to -10.4; $p=0.01$) and anxiety symptoms (95%CI: -13.3 to -3.23; $p=0.006$). Patients with checking obsessions and compulsions (95%CI: 0.36 to 0.94; $p=0.002$) were associated with more improvement in obsessive-compulsive symptoms. At 12-month follow-up, ordering-symmetry obsessions (95%CI: 3.46 to 10.9; $p=0.004$) were associated with more improvement in depressive symptoms. Checking obsessions (95%CI: -4.97 to -0.07; $p=0.046$) were linked to less improvement in depressive symptoms. Slowness (95%CI: -19.6 to -15.4; $p=0.001$) was associated with less improvement in obsessive-compulsive symptoms. Finally, employment (95%CI: 11.9 to 15.4; $p=0.001$) and hoarding obsessions (95%CI: 2.81 to 7.57; $p=0.006$) were associated with more improvement in obsessive compulsive symptoms. These models accounted from ($R^2=0'534$) to ($R^2=0'794$) in exception of ($R^2=0'267$) and ($R^2=0'108$).

Discussion

The aim of our study was to examine the effectiveness at follow-up of two types of cognitive behavioral treatment (group and individual) in a sample of patients with OCD. There were no significant differences between the recovery of patients receiving group treatment and that of patients receiving individual treatment, thus confirming our main hypothesis. The second aim was to compare the dropout rate at follow-up for individual and group treatment. Our hypothesis was confirmed, as the dropout rate of patients in IT was the same as that of patients in GT. The third aim was to analyze the predictors of change at follow-up; one of our hypotheses was confirmed, but the other was not.

Our results show that patients in both individual and group cognitive-behavioral therapy maintained the reduction in anxiety, depressive and obsessive-compulsive symptoms at follow-up. In addition, the reduction of symptoms was similar for the two treatments at follow-up. These results are in agreement with those of Fals-Stewart and colleagues [7], who obtained a substantial improvement in these symptoms in a similar study comparing individual and group therapies over 24 sessions and at follow-up. In a recent study, Anderson & Rees [6] observed that IT was associated with a more rapid response. However, the number of

patients who had recovered at follow-up was the same for both treatments. In a similar study comparing a group therapy sample with a waiting-list sample, Braga et al. [3] observed an improvement in OCD symptoms. Results were maintained for 1 year.

The dropout rate was the same for IT and GT. This result is in agreement with a previous study [8]. However, more women than men dropped out during the follow-up.

Non-response to treatment is often associated with different factors such as the severity of the symptoms, clinical factors, motivation and the quality of the therapeutic relationship. Therefore, it is important to identify variables associated with a poor treatment outcome. Such variables may point to additional interventions that could improve the outcome. As a result, the present study analyzed predictors of change 6 and 12 months after the CBT.

At 6-month follow-up in both treatment groups, patients with hoarding obsessions experienced fewer changes in anxiety and depressive symptoms than the other patients. This result is in agreement with some studies showing that patients with hoarding obsessions respond poorly to CBT [12, 13, 17]. In contrast, at 12-month follow-up patients with hoarding obsessions experienced more changes in obsessive-compulsive symptoms than the other patients. These results are not in agreement with the aforementioned studies.

In addition, there were fewer changes in obsessive-compulsive symptoms in patients with slowness than in other patients. Rachman & Hodgson [33] observed that these type of patients do not respond well to CBT.

Our third hypothesis was not confirmed. We stated that there would be fewer changes in anxiety symptoms in patients with ordering and symmetry obsessions than in other patients. In the present study, there were more changes in depressive symptoms in patients with order and symmetry than in other patients.

Finally, there were more changes in obsessive-compulsive symptoms at 12-month follow-up in employed patients than in unemployed patients. Unemployment acted as a predictor of poor treatment outcome, especially for obsessive-compulsive symptoms. In an American sample, Karno and colleagues [34, 35] found no relationship between OCD and current unemployment. However, OCD was more common among “unemployed” individuals.

Our results are limited by the small sample size, although is a preliminary study, the drop-out rate is big, and the exclusion of personality disorders in this study. This fact may affect the generalizability of results. We hope we can increase this sample in future studies.

To conclude, our study suggests that both group and individual CBT is effective for OCD patients. Treatment results were maintained in the long-term. Future research should focus on the follow-up results of these types of treatments. In addition, our study suggests that some predictors of change in anxiety, depressive and obsession-compulsion symptoms could interfere with the results. Therefore, further studies should address identifying specific treatment techniques

for these patients. These results are preliminary. We hope to confirm them in future studies.

Our study adds support to previous studies which suggest that group CBT is effective for OCD in the long-term. More randomized studies are required to compare individual and group treatment. We believe that our results are promising and shed light on the still confusing field of OCD treatment.

Further studies with larger samples and follow-up data are also required.

Acknowledgments: We thank the financial support of Generalitat de Catalunya (2005SGR00322).

Bibliography

1. O'Connor, K., et al., Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2005. **12**: p. 87-96.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Obsessive-compulsive disorder. Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. 2005, <http://www.nice.org.uk/guidance/CG31>.
3. Braga, D.T., et al., Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 2005. **112**(3): p. 180-6.
4. Cordioli, A., E. Heldt, and D. Bochi, Cognitive behavioural group therapy in obsessive-compulsive disorder. A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 2003. **72**(4): p. 211-216.
5. Van Noppen, B.L., et al., A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res*, 1998. **7**(4): p. 272-80.
6. Anderson, R.A. and C.S. Rees, Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 2007. **45**(1): p. 123-37.
7. Fals-Stewart, W., A.P. Marks, and J. Schafer, A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1993. **181**(3): p. 189-93.
8. Jaurrieta, N., et al., Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, in press.
9. Krone, K.P., J.A. Himle, and R.M. Nesse, A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther*, 1991. **29**(6): p. 627-31.
10. Van Noppen, B., et al., Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord*, 1997. **11**(4): p. 431-46.

11. McLean, P.D., et al., Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001. **69**(2): p. 205-214.
12. Rufer, M., et al., Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand*, 2006. **113**(5): p. 440-6.
13. Saxena, S., et al., Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*, 2002. **63**(1): p. 21-7.
14. Basoglu, M., et al., Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 1988. **2**: p. 299-317.
15. Abramowitz, J.S., et al., Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*, 2003. **71**(6): p. 1049-57.
16. Foa, E.B. and A. Goldstein, Continuous exposure and completed response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behav Ther*, 1978. **9**: p. 821-829.
17. Mataix-Cols, D., et al., Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom*, 2002. **71**(5): p. 255-62.
18. APA, Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.). 1994, Barcelona: Masson.
19. First, M.B., et al., Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorder-Clinical Version (SCID-CV). 1997, Washington: American Psychiatric Press.
20. First, M.B., et al., Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II; Version 2.0). 1994, New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
21. Goodman, W.K., et al., The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*, 1988. **46**: p. 1012-1016.
22. Goodman, W.K., et al., The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 1989. **46**: p. 1006-1011.
23. Nicolini, H., et al., Traducción al español y confiabilidad de la Escala de Yale-Brown para Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Salud Mental*, 1996. **5**(19): p. 13-16.
24. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J of Neurology, Neurosurg Psych*, 1960. **23**: p. 56-61.
25. Ramos-Brieva, J.A. and A. Cordero Villafáfila, Validación de versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1986. **14**: p. 324-334.
26. Hamilton, M., The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959. **32**: p. 50-55.
27. Bulbena, A., et al., Validación de las Versiones en Español de la Clinical Anxiety Scale y de Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, 2003. **121**(10): p. 367-374.
28. McGinn, L.K. and W.C. Sanderson, Treatment of obsessive-compulsive disorder. 1999, London: Jason Aronson Inc.
29. Marks, I.M., R. Hodgson, and S. Rachman, Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis in vivo exposure: a 2-year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry*, 1975. **127**: p. 349-364.

30. Salkovskis, P.M., Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 1999. **37 Suppl 1**: p. S29-52.
31. Freeston, M.H. and R. Ladouceur, What do patients do with their obsessive thoughts? *Behav Res Ther*, 1997. **35(4)**: p. 335-48.
32. Salkovskis, P.M., Obsessive-compulsive problems: A cognitive bahavioral analysis. *Behav Res Ther*, 1985. **23**: p. 571-583.
33. Rachman, S.J. and R.J. Hodgson, Obsessions and compulsions. *Engelwood Cliffs*. 1980, New York: Prentice Hall.
34. Karno, M. and J. Golding, Obsessive compulsive disorder, in *Psychiatric disorder in America: The epidemiologic Catchment Area Study*, L.N. Robins and D.A. Regier, Editors. 1991, Free Press: New York. p. 204-219.
35. Karno, M., et al., The epidemiologic of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 1988. **45**: p. 1094-1099.

