

REVISIÓN DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS Y FARMACOLÓGICAS DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

GLORIA ESTHER BARBA FAJARDO¹, IRENE GUILLÉN FERNÁNDEZ¹, MARÍA ÁNGELES GARCÍA CIFUENTES¹, SANDRA AUÑÓN ARGANDOÑA¹, CLAUDIA LÓPEZ DE MIGUEL¹ Y MARÍA GONZÁLEZ CANO²

¹Unidad de Salud Mental. Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete.

²Unidad de Corta Estancia. Hospital General de la Defensa. Zaragoza.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los actuales tratamientos disponibles para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como Plinio, ProQuest, Medline y CUIDEN, utilizando los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) «trastorno obsesivo-compulsivo» y «terapias», y los términos MeSH (*medical subject headings*) «obsessive-compulsive disorder» y «therapeutics».

Resultados: según la información y datos obtenidos en los artículos analizados, parece adecuado concluir que el mejor tratamiento para el TOC es aquel que combina exposición con prevención de respuesta (EPR) y psicofármacos. Se han descrito mejorías tanto en los síntomas obsesivos y compulsivos como en los depresivos y ansiosos.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo, tratamientos psicológicos, tratamiento farmacológico, exposición con prevención de respuesta, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

INTRODUCCIÓN

Aunque hasta hace algún tiempo el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se consideraba poco frecuen-

te, en la actualidad, se trata del cuarto trastorno psiquiátrico más padecido después de las fobias, el abuso de sustancias tóxicas y la depresión mayor. Se han señalado tasas de prevalencia a nivel mundial que oscilan entre el 1 y el 4 %¹, situándose la tasa española en torno al 2,5 % (dato aportado en el XIV Congreso Nacional de Psiquiatría, celebrado en Barcelona en 2010). Distintos autores consideran que la

Correspondencia: Gloria Esther Barba Fajardo
Correo electrónico: gloria.e.barba@gmail.com

prevalencia del TOC ha sido subestimada, dificultando las posibilidades de tratamiento. Se cree que transcurren un promedio de 17 años desde la aparición del TOC hasta que la persona recibe el tratamiento oportuno². En adultos, la edad de inicio de este trastorno se encuentra entre los 22 y los 35 años, comenzando el 65 % de los casos antes de los 25 años y menos del 15 % después de los 35 años². Otros autores corroboran dicha prevalencia de inicio mayor antes de los 25 años, señalando, no obstante, un pico máximo de incidencia en torno a los 20 años³. En la edad adulta, aparece en la misma proporción en hombres y mujeres (1:1), mientras que, a edades tempranas, de entre 5 y 15 años, se presenta con mayor proporción en el sexo masculino (2:1)².

El TOC es definido por la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, así como por la décima edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*, como «la presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente, vividas por el sujeto con gran malestar, lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un importante deterioro de la actividad general»⁴. En la práctica clínica, es muy frecuente la coexistencia de obsesiones y compulsiones de distinto tipo en un mismo paciente, así como la oscilación de unos contenidos a otros durante el transcurso del trastorno. Cabe recalcar que, aunque existen diversas clasificaciones, a día de hoy, ninguna cuenta con un consenso generalizado. Una de las más reconocidas pertenece al grupo de Foa⁵, que determina siete tipos de TOC (atendiendo a las compulsiones realizadas), sin que sean necesariamente excluyentes entre ellos^{6,7}: *obsesivos puros, lavadores o limpiadores, verificadores, repetidores, ordenadores, acumuladores y lentos*.

Una clasificación distinta es la desarrollada por Lee y Kwon⁸, dividiendo las obsesiones en *autógenas* y *reactivas*. Las *obsesiones autógenas* son aquellas en las que el paciente reacciona emocionalmente a la aparición de la obsesión llevando a cabo estrategias

de evitación. Por lo tanto, no existen compulsiones manifiestas, pero la persona reconoce que sus obsesiones son exageradas, presentando una egodistonia alta. Las *obsesiones reactivas* son las que desencadenan una reacción física, con la presencia de rituales neutralizadores. En estos casos, la egodistonia suele ser baja.

Esta clasificación tiene especial relevancia en relación con la búsqueda y elección del tratamiento adecuado. La mayor egodistonia en las obsesiones autógenas hace más posible la búsqueda de tratamiento; sin embargo, la eficacia del tratamiento elegido suele ser menor que en las obsesiones reactivas, al tratarse de un problema puramente mental y emocional^{6,7}.

Otro aspecto que dificulta el tratamiento de este trastorno es que, en la mayoría de los casos, no se trata de una patología pura, existiendo una alta comorbilidad con otros trastornos del eje I, sobre todo, con la depresión mayor³.

Por todo ello, el TOC ha sido considerado uno de los trastornos más complejos y resistentes al tratamiento terapéutico. En el caso de los profesionales de enfermería, esta situación es de especial importancia, ya que supone, en muchos casos, el principal contacto sanitario para los pacientes. Por ello, es recomendable que dichos profesionales sean capaces de detectar conductas inapropiadas que puedan apuntar hacia este trastorno, así como determinar en qué momento puede ser necesaria la consulta de otros profesionales. El objetivo principal del presente trabajo es, por lo tanto, caracterizar los actuales tratamientos disponibles para el TOC, buscando servir de referencia para los profesionales sanitarios.

DESARROLLO

Con el propósito de realizar una búsqueda bibliográfica lo más exhaustiva posible, se recurrió a los recursos virtuales Plinio, ProQuest, Medline y CUIDEN, empleándose los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) «trastorno obsesivo-compulsivo» y «terapias»,



y los descriptores MeSH (*medical subject headings*) «obsessive-compulsive disorder» y «therapeutics». Se seleccionaron los documentos que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: a) haber sido publicado con fecha posterior al año 2000; b) aportar datos suficientes sobre tratamiento farmacológico y exposición con prevención de respuesta (EPR); c) tratarse preferentemente de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y metanálisis; y d) encontrarse en texto completo. Se rechazaron los documentos que presentasen alguno de los siguientes criterios de exclusión: a) abordaje del TOC en niños y adolescentes; b) abordaje del TOC desencadenado por el consumo de drogas; y c) comorbilidad con otros trastornos mentales.

Al finalizar el proceso de revisión de los documentos obtenidos en las diferentes bases de datos, se seleccionaron un metanálisis, dos revisiones de la literatura y tres ECA. Los criterios diagnósticos utilizados coinciden en tomar como referencia el *DSM-5*. Como criterio de efectividad, se tienen en cuenta las reducciones en la sintomatología obsesivo-compulsiva, siendo la escala Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) la de elección para determinar estas variaciones⁹. También se analizó en algunos casos la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa, con distintas escalas de valoración.

«El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: un estudio meta-analítico»¹⁰

Estudio metanalítico, en el que se seleccionaron 23 artículos con el objetivo de estudiar la eficacia de las intervenciones psicológicas, solas o en combinación con psicofármacos, en el TOC. Se recogieron datos de participantes diagnosticados de TOC siguiendo

los criterios del *DSM-5* y/o la *CIE*, contándose con 923 en el pretest (890 tratados y 33 de control), y reduciéndose a 779 en el posttest (753 tratados y 26 de control) y a 340 sujetos en el seguimiento a más largo plazo (todos tratados). La eficacia de los tratamientos se midió mediante escalas que determinan la reducción de las obsesiones y las compulsiones: Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOC); Y-BOCS; Compulsive Activity Checklist (CAC); Anxiety Discomfort Scale; Four Target Ritual Scale; Behaviour Avoidance Test (BAT) y Leyton Obsessional Inventory (LOI). El abordaje terapéutico incluyó como tratamiento la exposición, la reestructuración cognitiva (RC), la EPR, la terapia farmacológica, otros tratamientos psicológicos y la ausencia de tratamiento. Las combinaciones entre estas técnicas fueron variadas, asociándose de diferentes formas la EPR, la RC y el tratamiento farmacológico. En la mejoría de las obsesiones y las compulsiones, se alcanzaron tamaños del efecto de magnitud alta (global: media del tamaño del efecto o $d_+ = 1,443$ [heterogeneidad estadística o $Q = 68,492$; nivel de significación estadística o $p = 0,001$]; autoinformes: $d_+ = 1,104$ [$Q = 54,227$; $p = 0,020$]; clínicos: $d_+ = 1,939$ [$Q = 71,476$; $p = 0,00005$]) en el caso de los grupos tratados; en cuanto a los grupos de control, se alcanzaron tamaños del efecto estadísticamente no significativos (global: $d_+ = 0,209$; autoinformes: $d_+ = 0,045$; clínicos: $d_+ = 0,300$). En el seguimiento, los resultados se mantuvieron de forma global ($d_+ = 1,508$).

La depresión se midió con el Beck's Depression Inventory (BDI), la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) y la Self-Rating Depression Scale (SDS), encontrándose tamaños del efecto estadísticamente significativos (global: $d_+ = 0,598$; autoinformes: $d_+ = 0,602$; clínicos: $d_+ = 0,729$). En el seguimiento, los resultados se mantuvieron estables (global: $d_+ = 0,658$). La ansiedad se midió con el Fear Questionnaire (FQ), el Free-Floating Anxiety, la Anxious Mood Scale y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI), con tamaños del efecto significativos tras el tratamiento (global: $d_+ = 0,643$; autoinformes: $d_+ = 0,573$;

El TOC es el cuarto trastorno psiquiátrico más padecido

clínicos: $d_+ = 0,814$) y en el seguimiento (global: $d_+ = 0,625$; autoinformes: $d_+ = 0,573$; clínicos: $d_+ = 0,844$). Todos los datos aportados fueron obtenidos para un intervalo de confianza del 95 %. En cuanto a la eficacia de las distintas técnicas, no se encontraron diferencias significativas entre los tamaños del efecto de la EPR ($d_+ = 1,262$), la RC ($d_+ = 1,529$) y el tratamiento psicofarmacológico ($d_+ = 1,327$) cuando fueron aplicados por separado ($p > 0,05$). El tamaño del efecto alcanzado en los grupos de control que no fueron sometidos a ningún tipo de tratamiento fue bajo ($d_+ = 0,209$), por lo que cualquiera de las terapias empleadas demostró ser más efectiva que la ausencia de tratamiento ($p < 0,05$). Analizando el tratamiento farmacológico, en siete de los estudios, se administraron psicofármacos, siendo estos antidepresivos serotoninérgicos (fluvoxamina en cinco estudios y clomipramina en dos estudios). No se encontraron diferencias significativas entre el tamaño del efecto de ambos fármacos ($p = 0,210$), aunque el resultado fue ligeramente superior para la clomipramina ($d_+ = 2,855$) que para la fluvoxamina ($d_+ = 1,989$). Se compararon los resultados de eficacia de la EPR, encontrándose mejores resultados al combinar la exposición *in vivo* con la exposición en la imaginación que por separado ($d_+ = 1,493$, frente a $d_+ = 1,207$ y $d_+ = 0,763$, respectivamente).

«The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder»¹¹

Abramowitz revisó la literatura disponible sobre la EPR y recogió las conclusiones sobre la efectividad de esta terapia, comparándola con el tratamiento farmacológico. Durante tiempo, la EPR se consideró eficaz en el caso de TOC con rituales manifiestos, creyéndose poco útil en TOC puros, sin rituales. Sin embargo, el ECA realizado por Freeston *et al.*, según cita Abramowitz, demostró lo contrario, al conseguirse disminuciones en los TOC puros de 25,1 a 12,2 en la escala Y-BOCS. Abramowitz también cita a

McLean *et al.*, quienes compararon el tratamiento del TOC mediante terapia cognitiva (TC) o EPR. Ambos tratamientos resultaron ser más eficaces que la lista de espera (grupo de control), aunque la EPR demostró mejorías mayores después del tratamiento (descenso de la escala Y-BOCS del 40 % frente al 27 % en el grupo tratado con TC), así como en el seguimiento (del 41 % frente al 21 %).

«Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo»¹²

Vallejo revisó diferentes metanálisis, de los que extrajo la conclusión de que la EPR es efectiva en el tratamiento del TOC (reducción de síntomas del 40 al 75 %), con mejorías incluso en el seguimiento a los 3 años. La EPR es más efectiva cuando sus componentes se aplican simultáneamente. En cuanto al tratamiento farmacológico, la clomipramina ha sido durante mucho tiempo el fármaco de elección, al demostrarse su eficacia frente al placebo. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) también han demostrado dicha eficacia. Aunque los ISRS presentan menos efectos secundarios que la clomipramina, no se han encontrado diferencias en la eficacia de ambos tipos de fármacos. El tratamiento con cualquiera de ellos supone una disminución del 20-40 % de la sintomatología, alcanzando al 40-60 % de los pacientes tratados. Por último, el tratamiento combinado que incluye EPR y psicofármacos produce mejorías en un 20-25 % más de los pacientes.

«Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples»¹³

El objetivo consistió en evaluar la eficacia de la EPR a través de un ECA en técnicas de EPR, en el que se incluyeron 110 pacientes (58 hombres y 52 mujeres). La tasa de abandono durante la reali-



zación del estudio fue del 9 %, siendo completado por 100 pacientes. Tras el tratamiento, se observaron disminuciones significativas ($p < 0,01$) en las puntuaciones de las escalas Y-BOCS (26,64 en el pretest y 10,54 en el postest), BDI (18,70 en el pretest y 8,08 en el postest) y HDRS (12,54 en el pretest y 6,46 en el postest). La diferencia de las puntuaciones medias en el pretest y el postest fue de 16,1 (Y-BOCS), 10,62 (BDI) y 6,08 (HDRS), lo que apunta a una mayor mejoría en las obsesiones y compulsiones que en los síntomas depresivos. Porcentualmente, las reducciones en la escala Y-BOCS fueron de un 60 %. Al compararlo con ensayos realizados con anterioridad, se observó que los resultados eran comparables o, incluso, mayores (62 %; 54 %; 40 %; 32 %).

«Efectividad y tolerancia de la adición de risperidona en el trastorno obsesivo-compulsivo con mala respuesta terapéutica a inhibidores de la recaptación de serotonina»¹⁴

Se llevó a cabo una valoración de la efectividad y tolerancia de la risperidona añadida al tratamiento habitual con ISRS en pacientes que presentaban TOC moderado-grave y escasa respuesta al tratamiento. Se recogieron datos de 31 pacientes con mala respuesta al tratamiento (ISRS en dosis adecuadas, al menos, durante 12 semanas, pero sin reducción de la escala Y-BOCS). Como criterios de respuesta, se consideraron la disminución de un 35 % en la escala Y-BOCS y puntuaciones inferiores a 16 al finalizar el estudio. Después de 3 meses, la puntuación en la escala Y-BOCS descendió de 27,1 a 13,8 ($p < 0,0001$). También se analizaron las variaciones obtenidas en la Impresión Clínica Global (ICG) de

gravedad, que disminuyó de 5,1 a 3,4 ($p < 0,0001$), y en la ICG de cambio, que descendió de 3,7 a 2,4 a los 3 meses ($p < 0,0001$). En 25 de los 31 pacientes, la puntuación en la escala Y-BOCS se redujo en más de un 35 %, pero en cuatro de ellos, la puntuación final no se encontraba por debajo de 16, por lo que 21 pacientes se consideraron respondedores al tratamiento (67,8 %). Los datos obtenidos apoyan la efectividad del tratamiento combinado (ISRS y risperidona) en el caso del TOC resistente al tratamiento exclusivo con ISRS.

«A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder»¹⁵

El objetivo del estudio consistió en analizar los efectos conseguidos al añadir EPR al tratamiento farmacológico con ISRS en los casos de TOC refractario. Para ello, se seleccionaron 108 pacientes diagnosticados de TOC resistente al tratamiento, que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: 54 participantes fueron incluidos en el grupo de EPR, y 54, en el grupo de manejo del estrés (grupo de control). Se analizaron los resultados primarios mediante la escala Y-BOCS, y los secundarios mediante la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A). El descenso de las puntuaciones de las tres escalas fue mayor para el grupo de EPR ([Y-BOCS: 25,4 en la semana 0; 14,2 en la semana 8; $d_+ = 1,31$], [HAM-D: 9,0 en la semana 0; 5,7 en la semana 8; $d_+ = 0,46$]; [HAM-A: 11,4 en la semana 0; 7,6 en la semana 8; $d_+ = 0,45$]) que para el grupo de manejo del estrés o grupo de control ([Y-BOCS: 26,2 en la semana 0; 22,6 en la semana 8]; [HAM-D: 9,1 en la semana 0; 8,3 en la semana 8]; [HAM-A: 11,2 en la semana 0; 10,5 en la semana 8]), no explicable por el azar ($p < 0,05$) y considerando similares puntuaciones en situación basal, por lo que la EPR parece ser más eficaz que el manejo del estrés.

El TOC ha sido considerado uno de los trastornos más complejos y resistentes al tratamiento

Conclusiones

De los trabajos analizados, se extrae la conclusión de que, durante mucho tiempo, el TOC se consideró como una enfermedad «intratable». Sin embargo, la situación actual es muy diferente. Desde el enfoque cognitivo-conductual, las técnicas más investigadas han sido la EPR y, más recientemente, la RC. En la EPR, se produce una exposición repetida a las situaciones y pensamientos que producen malestar, durante la cual, el paciente debe evitar llevar a cabo las compulsiones que desencadenan las obsesiones^{10,16}. La RC representa una técnica de reciente estudio mediante la cual se busca modificar las creencias y valores disfuncionales que el paciente asume sobre sus obsesiones, así como sobre las estrategias llevadas a cabo para afrontarlas⁷. Algunas de las técnicas utilizadas desde este enfoque son: la **técnica de la flecha descendente** y la **técnica del continuo**¹⁶.

La otra importante rama del tratamiento del TOC es la farmacología. Durante tres décadas, la clomipramina ha sido considerada el fármaco de elección, al reducir, además de las obsesiones y compulsiones, la sintomatología depresiva¹², lo cual resulta importante, ya que se ha señalado que el 85 % de los pacientes con TOC manifiesta algún trastorno del estado de ánimo secundario al TOC². A finales de la década de 1980, aparecieron los ISRS. Estos fármacos tienen menos efectos secundarios que la clomipramina y, además, han demostrado su eficacia con independencia de la presencia de síntomas depresivos¹².

Algunos autores sitúan la eficacia de la EPR en torno al 63 %, con una mejoría del 86 % en los rituales y del 57 % en las obsesiones, siendo necesario señalar que se produce una mayor mejoría de los síntomas del TOC tras la realización del tratamiento completo que tras la aplicación de uno de sus dos componentes de forma aislada¹². Un ECA realizado en Estados Unidos en el año 2000 incluyó a 110 pacientes en la realización de 18 sesiones de EPR, obteniendo un descenso en la puntuación de la es-

El mejor tratamiento es aquel que combina la EPR con la terapia farmacológica

cala Y-BOCS del 60 %. Esta disminución de los síntomas era comparable o, en algunos casos, superior a la obtenida en estudios previos¹³. Estudios más recientes señalan un intervalo de mejoría mayor, del 70 al 80 %, considerando al 45-55 % de los pacientes como muy mejorados¹⁶. El tratamiento farmacológico supone de un 20 a un 40 % de mejoría de la sintomatología, beneficiándose el 40-60 % de los pacientes. Sin embargo, algunos autores sugieren una respuesta inadecuada al tratamiento en más del 50 % de los casos, lo que lleva a la búsqueda de nuevas opciones farmacológicas que potencien la eficacia de la clomipramina y los ISRS^{12,14}. Actualmente, las investigaciones van encaminadas a la asociación del tratamiento farmacológico habitual con un fármaco antipsicótico¹⁴.

Muchos autores sugieren que el mejor tratamiento para el TOC resulta de la combinación del tratamiento farmacológico y el tratamiento cognitivo-conductual^{3,7,14}. Sin embargo, se han desarrollado pocos estudios que comparen directamente la EPR, la farmacoterapia y una combinación de las dos. Un ECA realizado en Estados Unidos en el año 2008 estudió la potenciación del tratamiento farmacológico con la EPR frente al entrenamiento en el manejo del estrés (grupo de control), observándose una disminución de los síntomas obsesivos y compulsivos, así como de los depresivos y ansiosos, notablemente mayor en los pacientes tratados con EPR que en los entrenados en la gestión del estrés, reafirmando que el mejor tratamiento para el TOC es el combinado¹⁴.

El TOC parece ser, por lo tanto, un trastorno potencialmente tratable. No obstante, y como se ha señalado anteriormente, el tiempo que puede tardar una persona en recibir el tratamiento adecuado es de un promedio de 17 años. Esta tendencia se debe



a la demora en la búsqueda de tratamiento por parte de los pacientes, así como a la falta de familiarización de los profesionales sanitarios con este trastorno, derivándose en la dificultad para el diagnóstico y la oferta de tratamiento².

DISCUSIÓN

El tratamiento del TOC constituye una entidad con una importante evolución, desde su consideración como una enfermedad intratable durante más de un siglo hasta la época actual, en la que se están investigando nuevas terapias, con el empleo de fármacos distintos a los típicos y el desarrollo de tratamientos quirúrgicos. En el presente trabajo, se ha resaltado en diferentes ocasiones la importancia de la EPR y de la farmacología en el tratamiento del TOC. Es importante puntualizar la escasa existencia de estudios que lleven a cabo seguimientos a largo plazo, por lo que no se han encontrado determinaciones del mantenimiento de la mejoría o no pasados unos años. Los criterios de efectividad de los tratamientos llevados a cabo apenas sufren variaciones entre los distintos estudios, siendo la escala Y-BOCS el criterio más utilizado. Existen ligeras diferencias en relación con la disminución de la puntuación en esta escala necesaria para considerar la mejoría del paciente. Algunos autores establecen que los pacientes han mejorado cuando presentan cualquier reducción en la puntuación de la escala, mientras que otros consideran necesarias reducciones de un 35 % o disminuciones por debajo de los 16 puntos. En todos los casos, la mejoría obtenida en la escala Y-BOCS supera el 35 % (39 %¹³; 50,9 %¹⁴; 55,4 %¹⁵), por lo que no parece que estas diferencias constituyan un sesgo razonable. Todos los autores analizados concluyen que la EPR parece ser la mejor terapia psicológica en el tratamiento del TOC^{11-13,15}. En cuanto a la farmacología, queda constancia de que los ISRS y la clomipramina resultan fármacos efectivos en el tratamiento del TOC^{10,12,15}. Sin embargo, aunque la literatura especializada señala a los ISRS como el gran descubri-

miento en el tratamiento del TOC¹², se han encontrado discordancias entre los distintos autores. Unos encontraron una importante efectividad del tratamiento farmacológico, en torno al 40-60 %¹², independientemente de si el fármaco utilizado era la clomipramina o los ISRS. Otros estudiaron las diferencias entre el tratamiento con clomipramina y con fluvoxamina (un ISRS), determinando que no existían diferencias significativas en el tratamiento con cualquiera de ellos, aunque observaron que los resultados eran ligeramente superiores para la clomipramina¹⁰, lo que contradice las indicaciones farmacológicas de la literatura especializada.

Queda claro, por lo tanto, que el mejor tratamiento para el TOC, según las publicaciones estudiadas, es aquel que combina la EPR con la terapia farmacológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
2. Casado Martín Y. Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2008.
3. Schruers K, Koning K, Luermans J, Haack MJ, Griez E. Obsessive-compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):261-71.
4. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Foa E, Wilson R. Venza sus obsesiones. Barcelona: Robin Book; 1992.
6. García-Soriano G, Belloch A, Morillo Prats C. Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Rev Psicopatol Psicol Clín*. 2008;13(2):65-84.
7. Belloch Fuster A, Cabedo Barber E, Carrió Rodríguez C. TOC. Obsesiones y compulsiones: tratamiento cognitivo. 1.ª ed. Madrid: Alianza Editorial S.A.; 2011.
8. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003;41(1):11-29.
9. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive

- Compulsive Scale (Y-BOCS). I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.
10. Sánchez Meca J, Gómez Conesa A, Méndez Carrillo FX. El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: Un estudio meta-analítico. *Psicol Conductual*. 2003;11(2):213-37.
 11. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51(7):407-16.
 12. Vallejo Pareja MA. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*. 2001;13(3):419-27.
 13. Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):594-602.
 14. Arias-Horcajadas F, Soto JA, García-Cantalapiedra MJ, Rodríguez-Calvín JL, Morales J, Salgado M. Efectividad y tolerancia de la adición de risperidona en el trastorno obsesivo-compulsivo con mala respuesta terapéutica a inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS). *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(3):147-52.
 15. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S, et al. A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165(5):621-30.
 16. Bados López A. Trastorno obsesivo-compulsivo: naturaleza, evaluación y tratamiento [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2005. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/355>