

## Trastorno obsesivo compulsivo y su tratamiento: algunas herramientas complementarias o potenciadoras a la terapia cognitiva conductual con exposición y prevención de la respuesta

*Obsessive Compulsive Disorder and its treatment: complementary or enhancer tools to cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention*

### **Dra. Tania Borda**

Directora Clínica Bio-Behavioral Institute Argentina  
Profesora titular, Facultad de Psicología y Psicopedagogía,  
Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).  
taniaborda@hotmail.com

### **Lic. Stephanie Mazás**

Psicóloga, Bio-Behavioral Institute Argentina  
Docente, Facultad de Psicología y Psicopedagogía,  
Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).

### **Lic. Paula Salvador**

Psicóloga, Bio-Behavioral Institute Argentina  
Docente, Facultad de Psicología y Psicopedagogía,  
Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)

**Resumen:** El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la pre-sencia de obsesiones y/o compulsiones que causan un marcado distrés e interfieren significativamente en la funcionalidad del sujeto. El tratamiento de primera línea es la terapia cognitiva conductual (TCC) con exposición y prevención de la respuesta (EX/PR). El siguiente trabajo busca explorar herramientas que potencien los efectos positivos del tratamiento. Dichas herramientas son: atención plena, terapia de aceptación y compromiso, rehabilitación cognitiva y aproximación basada en la inferencia.

**Palabras clave:** trastorno obsesivo compulsivo, exposición y prevención de la respuesta, herramientas complementarias.

**Abstract:** *Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that cause a marked distress and that interferes significantly in the person's functioning. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Exposure and Response Prevention (EX/RP) is the first-line treatment. This paper aims to explore tools that enhance the positive effects of the treatment. These tools are: Mindfulness, acceptance and commitment therapy, cognitive remediation and inference-based approach.*

**Keywords:** *obsessive-compulsive disorder, exposure and response prevention, complementary tools.*

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), ranqueó al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como una de las causas que encabezan la incapacidad alrededor del mundo. El modo en que este trastorno afecta la funcionalidad social y la calidad de vida, es comparable al trastorno esquizo-frénico. En los últimos 30 - 40 años, el TOC pasó de ser un trastorno de mal pronóstico a uno en el que muchos pacientes pueden esperar una respuesta significativa al tratamiento y, ocasionalmente, una remisión total de la enfermedad.

El TOC es una condición psiquiátrica que se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que causan un marcado distrés e interfieren significativamente en la funcionalidad del sujeto. Es un trastorno de inicio temprano, es decir, durante la niñez o adolescencia: el 50 % de las personas desarrollan el TOC antes de los 15 años y el 65 % antes de los 25 años (3, 8,12). Y presenta una prevalencia mundial de entre 2 y 3 % (31).

El tratamiento psicológico cognitivo conductual (TCC), de primera línea para TOC, incluye exposición (EX) y prevención de respuesta (PR) (1, 21). La TCC del TOC tiene su núcleo en el mecanismo de mantenimiento de los síntomas en el tiempo. El consenso clínico y científico de expertos en TCC del TOC, fija la herramienta de EX/PR en el meollo del tratamiento de pacientes con TOC, independientemente de la edad del paciente, cronicidad de los

síntomas, nivel de severidad del trastorno y contenido de los síntomas primarios. No recibir EX/PR es una de las variables de mal pronóstico del TOC. En nuestra experiencia y la de otros expertos en TOC, muchos pacientes “resistentes” recibieron un TCC inadecuado en cualquiera de sus fases: psicoeducación inespecífica; ejercicios de EX/PR con terapeuta o auto-administrados insuficientes, mal diseñados o mal aplicados; sesiones de duración y/o frecuencia inadecuadas; falta de inclusión familiar; terminación prematura del tratamiento.

La parte nodal del programa de tratamiento consiste en la práctica de ejercicios de EX/PR trabajando sobre las exposiciones más difíciles a medida que avanza el tratamiento. Estas sesiones pueden llevarse a cabo una vez por semana, dos veces por semana, o diariamente en un programa intensivo de tratamiento, dependiendo de la severidad de los síntomas y de la disfuncionalidad del paciente. El tratamiento incluye tanto ejercicios de EX/PR supervisados por el terapeuta como EX/PR auto-dirigidas entre las sesiones.

El promedio de sesiones de EX/PR que se necesita para observar una mejoría significativa en la calidad de vida, depende del nivel de severidad del TOC, las comorbilidades y disfuncionalidad inicial del paciente. Sin embargo, luego de 17 sesiones de EX/PR, de dos veces por semana, de 90 minutos de duración con un terapeuta experto y la práctica intersesión (tarea: EX/PR

auto-dirigidas), se puede observar una reducción estadísticamente significativa de los síntomas TOC, más allá de la severidad inicial.

Es importante recalcar que, la intervención efectiva implica, una EX repetida y prolongada (de 30 a 120 minutos) a las situaciones y pensamientos que producen malestar; al mismo tiempo el paciente debe abstenerse completamente (PR total) de llevar a cabo las conductas de neutralización a pesar del fuerte requerimiento experimentado. De este modo, la exposición proporciona una información que desconfirma las asociaciones y creencias erróneas del paciente (p.ej., que sin rituales la ansiedad permanecerá y ocurrirán las consecuencias temidas) y promueve la habituación del malestar al extinguir el reforzamiento que las estrategias de neutralización favorecen; en consecuencia se reducen de modo estable y permanente los tres componentes que conforman el TOC.

Debido a la cronicidad de dicha patología, se estima que entre el 25 % y 40 % de los pacientes presentan recaídas luego del tratamiento cognitivo conductual y entre el 15 % al 20 % presentan recaídas luego del tratamiento cognitivo conductual combinado con ISRS (15, 23).

Por todo lo dicho anteriormente y dado el amplio consenso respecto a la utilización de la herramienta de EX/PR para el tratamiento del TOC, discutiremos la implementación de otras herramientas que permitan potenciar aún más el resultado de dicho tratamiento. Las herramientas que se desarrollaran a continuación, en algunos casos, serían potenciadores de la herramienta de EX/PR y, en otros, potenciadoras de la TCC del TOC en general.

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y MINDFULNESS

Atención plena (Mindfulness) es una práctica que tiene sus raíces en tradiciones budistas y que consiste principalmente en prestar atención de una manera particular: deliberadamente, en el momento presente, con aceptación y sin juzgar. Se lleva a cabo a través de observar el cuerpo y la mente, permitiendo que todas las experiencias se desplieguen, tal cual son, en el momento en el que ocurren, sin intentar rechazar, fijar o suprimir pensamientos. Aquellos procesos que acompañan los efectos de mindfulness son la autorregulación de la atención y conciencia, aceptación, y apertura hacia la experimentación del momento presente (5).

La integración de Mindfulness al tratamiento de diversas patologías se ha dado últimamente a partir del desarrollo de la denominada «tercera ola». Sobresale la incorporación de Mindfulness a los tratamientos de personas con diagnóstico de trastorno de personalidad borderline (16) y para la reducción de las recaídas en depresión (29).

En el caso del TOC, la incorporación de Mindfulness al tratamiento está todavía en revisión. Algunos autores como Freeston (9) plantearon que la incorporación de Mindfulness al tratamiento del TOC debía ser considerada con mucha cautela, dado que la misma podría configurar una estrategia de neutralización, imposibilitando así la EX/PR. Por otro lado, diversos autores plantearon que en realidad ésta idea tenía que ver con una concepción errónea de lo que es Mindfulness y que como herramienta podría potenciar los efectos de EX/PR (27) y colaborar en la aplicación general de la TCC para el TOC (6, 33).

En este sentido, Mindfulness ayudaría a potenciar la aplicación de la herramienta de EX/PR, favoreciendo a que los pacientes experimenten el malestar provocado por las obsesiones sin intentar evitar o juzgar a la misma (26). El paciente a través de Mindfulness aprende a desarrollar la auto-regulación por sobre aquellas respuestas automáticas, y esto posibilitaría que el paciente sostenga la exposición sin presentar aquellas conductas automáticas tales como supresión del pensamiento, neutralización o compulsiones (33).

Por otro lado, Mindfulness complementaría la aplicación de la TCC del TOC en líneas generales, colaborando en la fase inicial de tratamiento donde no solo se conceptualiza el caso, se prepara para EX/PR, se psicoeduca y se motiva al cambio; sino que, principalmente se establece la alianza terapéutica, único factor predictor de la eficacia del tratamiento psicológico del TOC. Mindfulness brindaría la posibilidad de mejorar la alianza terapéutica que, en muchos casos, se ve afectada por la dificultad del paciente para exteriorizar sus síntomas y disfuncionalidad por miedo a ser juzgado. En dicho caso, una aproximación basada en el no juzgar y la aceptación permitiría reducir los niveles de autocensura en este aspecto y disminuir el temor a ser juzgado (6).

Asimismo, Mindfulness jugaría un rol importante en dos de los procesos que subyacen a la formación y mantenimiento de los síntomas obsesivos: en la distorsión cognitiva fusión pensamiento-acción y en la supresión del pensamiento (33). Fusión pensamiento acción es una distorsión por la cual el paciente considera que tener un pensamiento intrusivo inaceptable o indeseado aumenta la posibilidad de que ese evento ocurra; o que es el equivalente a realizar dicho acto (26). La herramienta de Mindfulness podría aportar un valor agregado en el trabajo sobre dicha distorsión en tanto que favorece la de-fusión del paciente respecto a sus pensamientos (13). Mindfulness ayudaría a debilitar la idea de que los pensamientos son acciones, y desarrollar conciencia acerca de que las obsesiones son solo pensamientos ante los cuales el paciente debe permanecer conectado con ellos, sin responder a los mismos (6). Y por último, Mindfulness ayudaría a disminuir la tendencia de los pacientes con TOC a la supresión del pensamiento (33). Según Salkovskis y Campbell (24), existe una tendencia a intentar expulsar y suprimir las intrusiones. Mindfulness en este caso, ayudaría a los pacientes a desarrollar las herramientas necesarias para dejar de intentar suprimir los pensamientos y aceptarlos sin rumiación (33).

## TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

En los últimos años, la TCC ha sufrido una expansión hacia nuevas terapias que enfatizan elementos tales como la aceptación, la conciencia plena, los valores y las relaciones. La terapia de aceptación y compromiso

(*Acceptance and Commitment Therapy* - ACT), al igual que Mindfulness, se engloba en las denominadas «terapias de tercera ola» (28). La misma constituye un desarrollo de la TCC y se presenta como resul-

tado de un desarrollo teórico relevante: la teoría de los marcos relacionales (11). Dicha teoría supone que las relaciones entre los eventos privados (esquemas cognitivos) y las acciones del organismo son producto de relaciones potenciadas socialmente a partir de lo cual se regula el comportamiento del hombre. Bajo esta línea, la ACT tiene como objetivo aceptar los eventos privados y sus contenidos para generar flexibilidad en la regulación del comportamiento atendiendo a los valores personales del individuo. No se busca cambiar o atenuar aquellos pensamientos, sensaciones o sentimientos molestos, sino aprender a convivir con los mismos alterando sus funciones (17).

La ACT adopta conceptos como la aceptación, estar en el momento presente, comprometerse con los propios valores y desarrollar el autoconocimiento. Aceptar no significa resignarse, sino que supone desempeñar un rol activo en el evento específico e involucrarse en el proceso de sentir los sentimientos que se presentan y pensar los pensamientos que aparecen, sin intentar modificar, evitar o eliminar los mismos (14). La ACT enseña al paciente a vivir con aquellos contenidos privados molestos o disyuntivos sin intentar cambiarlos: supone no renunciar a los propios valores o proyectos personales porque el sufrimiento está presente (11).

Tal como plantea Abramowitz (1), se sugiere utilizar las herramientas de la ACT en el contexto de EX/PR, y no de forma aislada, para ayudar al paciente a comprender que la terapia de exposición es una forma de aprender a comportarse de forma flexible ante la presencia de obsesiones, ansiedad e incertidumbre. La ACT tiene como objetivo fomentar la predisposición del paciente a experimentar el malestar provocado por las obsesiones, y a considerar los pensamientos y las emociones sin juzgarlas por buenas o malas. Por último, educa a la persona en el concepto de predisposición ("willingness"): explica que la persona necesita querer a la ansiedad, vivirla, experimentarla y no luchar frente a ella. Asimismo, ACT ayuda a avanzar en pos de los valores que son importantes para cada paciente logrando que se enfrente a aquellas situaciones que son valiosas para el proyecto personal desde una postura más sana y adaptativa (11).

Se utilizan metáforas, paradojas y ejercicios de exposición plena consciente en el aquí y ahora, centrándose en las acciones que son valiosas para el individuo (17). Una de las metáforas más conocidas y utilizadas es la metáfora del pasajero en el autobús que intenta enseñar al paciente que debe seguir dirigiéndose en dirección a sus valores pese a la presencia de obsesiones y sensaciones de malestar (1).

Es una terapia que expone al sufrimiento como una condición normal del ser humano, y que la resistencia a sentirlo y vivirlo es lo que lo transforma en patológico (17).

## DÉFICITS NEUROCOGNITIVOS DEL TOC

Medalia y Bowie (20) plantean que muchas de las patologías psiquiátricas, además de cursar con los síntomas que las caracterizan a cada una, presentan dificultades a nivel de las funciones ejecutivas. Luego de varios estudios que se llevaron a cabo, se ha detectado que las funciones cognitivas más afectadas en personas que padecen TOC son las aptitudes visuoespaciales (que se refieren a la capacidad de percibir y manipular objetos en el espacio, principalmente la memoria no verbal) y las ejecutivas (encargadas de percibir los aspectos globales de una situación con el fin de priorizar objetivos y acomodar la conducta en función del contexto) (2).

La memoria no verbal hace referencia a la capacidad de aprender, retener y de evocar imágenes u objetos nuevos. Su afección es secundaria a las alteraciones ejecutivas y está intrínsecamente relacionado con el síntoma de la duda obsesiva y su posterior comprobación (20). El déficit en las funciones ejecutivas se debe a una alteración en las áreas órbito-frontales, lo cual produce inflexibilidad y disminución de la respuesta de inhibición. A esto se debe la perpetuación, frecuencia e intensidad de los pensamientos intrusivos como así también la dificultad para controlar e inhibir las conductas compulsivas (2).

A partir de estudios basados en patologías como la esquizofrenia y los desórdenes esquizoafectivos y del estado de ánimo, para abordar los déficits cognitivos, se propone una técnica que recibe el nombre de rehabilitación cognitiva. Resulta de gran relevancia atender a las disfunciones en las habilidades cognitivas durante el curso del tratamiento del TOC con el fin de enfatizar el alivio sintomático del paciente y mejorar el funcionamiento social (25). Por tal motivo, se plantea la posibilidad de extender este concepto de rehabilitación cognitiva a otros diagnósticos psiquiátricos, incluido al TOC.

Dicho recurso se basa en un entrenamiento conductual y engloba intervenciones que tienen como objetivo mejorar el pensamiento y las habilidades cognitivas afectadas. El principio fundamental que justifica el uso de la rehabilitación cognitiva y le brinda sustento teórico, es que si la existencia de herramientas cognitivas pobres es predictiva de un funcionamiento pobre, entonces la optimización y mejora de las mismas daría como resultado un mejor funcionamiento de la persona en su vida (20).

La forma de aproximación rehabilitadora, basándonos en la que se realiza para esquizofrenia (20) que sugerimos en el caso del TOC, son las intervenciones directas, ya que son procedimientos que tienden a mejorar o restaurar algunas habilidades o capacidades cognitivas subyacentes. Las áreas cognitivas que buscamos favorecer son la atención, la memoria y el funcionamiento ejecutivo.

## ENFOQUE BASADO EN LA INFERENCIA (INFERENCE-BASED APPROACH) Y TOC

En el tratamiento del TOC, el objetivo principal es lograr un alivio de los síntomas obsesivos compulsivos. Cuando se cumple esto, en la TCC se comienza con la fase de mantenimiento o, también denominada, afianzamiento de los cambios. Aquí, el terapeuta cumple la función de refuerzo positivo ante los logros alcanzados por el paciente (10).

El enfoque basado en la inferencia (*"inference-based approach"*- IBA) es un tipo de psicoterapia recientemente desarrollada para TOC (30). La misma se basa en la concepción de que la urgencia de los pacientes con TOC por realizar las compulsiones es consecuencia de que malinterpretan el estado real de las cosas (30), desconfiando de sus propias percepciones. Este enfoque enseña a los pacientes a no involucrarse en el razonamiento obsesivo y a permanecer en contacto con la realidad a través de un protocolo específico. Se los educa a confiar activamente en la información sensorial que reciben en el momento (30).

Dicho enfoque podría ser de gran utilidad a la hora de abordar la fase de mantenimiento del tratamiento. El enfoque IBA permite trabajar fortaleciendo el testeo sensorial normal de la realidad, a través de identificar las peculiaridades de la duda obsesiva, y de diferenciar el modo de razonamiento que utilizan en situaciones en donde las obsesiones no se ven involucradas (30). Esto le permite al paciente identificar el momento en donde todavía están conectados con la realidad pero están a punto de comenzar con el procesamiento obsesivo, para justamente lograr permanecer conectados con la información sensorial recibida y no involucrarse en el procesamiento obsesivo de la duda. De este modo, al fortalecer la confianza en la información sensorial que reciben en cada momento, la necesidad de realizar la compulsión pierde relevancia, brindando la posibilidad de no realizarla (30).



## CONCLUSIONES

Desde la perspectiva cognitiva conductual, el TOC se caracteriza por la presencia de tres síntomas primarios: obsesiones, malestar y compulsiones. Las primeras hacen referencia a pensamientos, imágenes o sensaciones que adquieren el carácter de intrusivas y recurrentes. Las compulsiones son conductas o actos mentales que tienen como objetivo neutralizar el contenido de la obsesión y/o el malestar emocional. A partir de ello, se observa una disminución en la calidad de vida de la persona (2).

La TCC se presenta como el tratamiento de primera línea para el TOC, siendo EX/PR la herramienta por excelencia (21). Con ella, el terapeuta expone al paciente a aquel estímulo, interno o externo, que genera la obsesión con el fin de prevenir la realización de la compulsión o conducta de evitación. De tal forma, el paciente aprende que aquello a lo que teme en realidad no sucede.

Asimismo, se pueden presentar ciertas dificultades durante el proceso terapéutico a partir de lo cual se proponen algunas herramientas complementarias para colaborar con el cambio y lograr alivio sintomático. Entre ellas, se encuentran las terapias de «tercera ola» como el Mindfulness y la ACT (4). Lo que ambas tienen en común es que se basan en el supuesto de la aceptación.

La ACT propone que la persona ante una experiencia interna (pensamiento o sentimiento) que le produce malestar o sufrimiento no debe luchar por detenerla, modificarla o eliminarla si no aceptar lo que es y dejarlo ser. De lo contrario, resultaría en un problema que recibe el nombre de evitación experiencial. No es una aceptación pasiva, si no activa ya que se dirige en pos del sentido y proyecto personal (4).

La inclusión de Mindfulness como herramienta complementaria a EX/PR, favorecería el proceso de tratamiento en diversos aspectos. Por un lado, ayudaría a sostener la parábola de malestar sin intentar juzgar o evitar dicha experiencia (27), por otro, permitiría mejorar el trabajo sobre la distorsión cognitiva fusión pensamiento acción y supresión del pensamiento (33).

Por otra parte, en el TOC se observan ciertos déficits neurocognitivos típicos que deberán ser tenidos en cuenta para potenciar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual con EX/PR. Dichos déficits corresponden a una disfuncionalidad de las funciones ejecutivas y las aptitudes visoespaciales, específicamente la memoria no verbal (1). Los mismos podrían trabajarse con técnicas de rehabilitación cognitiva

Por último, el modelo IBA, resulta de gran utilidad a la hora de abordar la fase de mantenimiento. La posibilidad de trabajar la confianza del paciente en la información sensorial que recibe permite sostener los logros de EX/PR a largo plazo ya que la necesidad de realizar la compulsión pierde relevancia y entonces el paciente logra abstenerse de la realización de la compulsión (30).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abramowitz, J.; Jacoby, R. *Obsessive-Compulsive Disorder in Adults*. Hogrefe Publishing. USA; 2015.
2. Andrés Perpiñá S., Lázaro García L., Canalda Salhi G. & Boget Lluçia T. Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo compulsivo. *Rev Neurol* 2002, 35 (10), 959-963.
3. Angst J., Gamma A., Endrass J., Goodwin R., Ajdacic V., et al. Obsessive compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004, 254: 156-164.
4. Barraca Mairal J. ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y Mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y modificación de conducta* 2011, 37 (155-156), 43- 63.
5. Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S.L., Carlson, L., Anderson, N.D., Car-mody, J., Segal, Z.V., Specia, M., Velting, & Devings, G. Mindfulness: A pro-posed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2004, 11, 230-241.
6. Fairfax, H. The use of Mindfulness in Obsessive Compulsive Disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2008, 15, 53-59.
7. Foa E, Yadin E, Lichner TK. Exposure and response (ritual) prevention for Obsessive Compulsive Disorder; Therapist Guide. Editor: Oxford University Press; 2012.
8. Fontenelle L., Marques C., Versiani M. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Re-vista Brasileira de Psiquiatria* 2002, 24:7-11.
9. Freeston, M. (2006). Cognitive therapy in obsessive compulsive disorder, lecture given at the University of Exeter.
10. Froján Parga M. X., Montaña Fidalgo M. & Calero Elvira A. ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema* 2006, 18 (4), 797-803.
11. García Higuera J. A. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo conductual. *EduPsykhé* 2006, 5 (2), 287-304.
12. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Cradock K, Hagermoser L, Kim G, Frazier J, Coffey BJ. "Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults". *J Nerv Ment Dis* 2001, 189(7): 471-7.
13. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change. New York: Guilford Press; 1999.
14. Kohlenberg R. J., Tsai M., Ferro García R., Valero Aguayo L., Fernandez Parra, A. & Virúes-Ortega J. Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2005, 5(2), 349-371.

15. Kordon, A., Kahl, K.G., Broocks, A., Voderholzer, U., Rasche-Rauchle, H. & Hohagen, F. Clinical outcome in patients with obsessive compulsive disorder after discontinuation of SRI treatment: Results from a two-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005, 48–50.
16. Linehan, M. *Cognitive Behavioural Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford; 1993.
17. Luciano Soriano, M. C. & Valdivia Salas M. S. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) I. Fundamentos, características y evidencias. *Papeles del psicólogo* 2006, 2 (27).
18. Martínez González A. E. & Piqueras Rodríguez J. A. Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo compulsivo. *Rev Neurol* 2008, 46 (10), 618-625.
20. Medalia, A.; Bowie, C. Cognitive Remediation to improve functional outcomes. Oxford; 2016.
21. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Obsessive compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic ; 2004. London: NICE.
22. Rachman, S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy* 1998, 36,385–401.
23. Salkovskis, P.M. & Kirk, J. Obsessional disorders. In K. Hawton et al. *Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems – a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
24. Salkovskis, P.M., & Campbell, P. Thought suppression in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy* 1994, 32, 1–8.
25. Selma Sanchez H. Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia. *Psicología, conocimiento y sociedad* 2012, 2 (1), 80-129.
26. Shafran, R., & Rachman, S. Thought–action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2004, 35, 87-107.
27. Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, B., & Freedman, B. Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology* 2006, 62, 373-386.
28. Suria Martínez R. & Meroño Picazo A. Terapia de Aceptación y Compromiso en el TOC: estudio de su eficacia como tratamiento complementario. *Psiquiatría.com* 2009, 13 (2).
29. Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003, 10, 157-160.
30. Visser, H.; Van Megen, H.; Van Oppen, P.; Eikelenboom, M.; Hoogen-dorn, A.; Kaarsemaker, M.; Van Ballroom, A. Inference-Based Approach versus Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a 24-session randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2015; 84:284–293.
31. Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., Greenwald S., Hwu H.G., et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 1994, 55:5-10.
33. Wilkinson-Tough, M. Bocci, L., Thorne, K., Herlihy, J. Is Mindfulness-Based-Therapy an effective intervention for obsessive-intrusive thoughts: a case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2010. 17, 250-268.