



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

TRABAJO FIN DE GRADO

Terapia de aceptación y compromiso en trastorno obsesivo compulsivo

Encarnación Montenegro Raya
Tutora: María del Carmen Rodríguez Naranjo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

Junio - 2019

*“Negando la realidad no conseguirás nada.
Cuando estés en una situación difícil, aceptarla será el primer paso para
salir de ella”*

Resumen

Las terapias de la tercera generación surgen aproximadamente en la década de los 90 como alternativa a las terapias de la segunda y tercera “ola” recogiendo, además de nuevos conceptos, aspectos básicos de las mismas como la importancia de los procesos de condicionamiento y de la cognición. De entre esta tercera “ola” de terapias destaca la Terapia de aceptación y compromiso (ACT), cuyo objetivo principal gira en torno a la creación de una vida significativa en el paciente, aceptando que el dolor ineludiblemente forma parte de la misma. El presente trabajo abarca una revisión teórica en la que se aborda la eficacia de la Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) como intervención en el trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados hallados muestran que la ACT resulta eficaz en dicho trastorno, llegando a superar al modelo de intervención “estándar”, la exposición con prevención de respuesta o incluso al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Tercera generación, Eficacia, Terapia de aceptación y compromiso, Trastorno obsesivo-compulsivo.

Abstract

Third-generation therapies emerged around the 90's as an alternative to second and third wave therapies. Besides introducing new concepts, they cover basic aspects such as the importance of conditioning processes and cognition. Among this third "wave" of therapies, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) stands out. It mainly aims at creating a meaningful life in the patient, accepting that pain is an inevitable part of it. The present work includes a theoretical revision addressing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as an intervention in obsessive-compulsive disorder. The findings showed that ACT is effective in this disorder. Furthermore, it has been proved to have better results than the "standard" intervention model, exposure response prevention, and even pharmacological treatment.

Key words: Third generation, Efficacy, Acceptance and Commitment Therapy, Obsessive-compulsive disorder

Índice:

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 5 |
| 2. Terapia de Aceptación y compromiso | 9 |
| 3. Método | 13 |
| 4. Eficacia Terapia de Aceptación y Compromiso en Trastorno Obsesivo – Compulsivo ... | 15 |
| 5. Conclusiones | 19 |
| 6. Referencias bibliográficas | 21 |
| 7. Anexos | 25 |

1. Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es uno de los cinco trastornos psicopatológicos más incapacitantes según la OMS. Se caracteriza por la presencia de síntomas y presentación muy diversos, lo que complejiza su clasificación. Se trata de un trastorno que puede llegar a ser muy incapacitante, y afectar negativamente tanto al individuo que lo padece como a las personas de su entorno, ya que es una condición duradera, costosa, de baja remisión espontánea y comórbida con otros trastornos como la depresión.

El TOC, cuenta con presencia de obsesiones y compulsiones, haciendo referencia las primeras a pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes, experimentados como intrusos y no deseados que ocasionan malestar o ansiedad a las personas que las sufren. Las obsesiones pueden adoptar la forma de ideas obsesivas, imágenes obsesivas, convicciones obsesivas, impulsos obsesivos, miedos obsesivos, rumiación y preocupación. Además, quedan clasificadas según su contenido en: dudas repetidas y comprobación (p.ej: ¿He cerrado el gas?), acumulación (p.ej: ¿Y si lo tiro y luego me hace falta?), orden (malestar ante las cosas desordenadas o asimétricas), contenido moral o religioso (pensamientos blasfemos), contenido sexual (p.ej: escena pornográfica familiar), contaminación (al tocar ciertas cosas o personas), hacerse o hacer daño (p.ej: ¿Y si mato a mi hijo?) y enfermedad (producir enfermedad a uno mismo u otros) (Cruzado, J.A., 2012). Las obsesiones tienen su origen en los pensamientos intrusivos normales que ocurren en el casi 90% de la población general. Encontrándose así la diferencia entre estos pensamientos intrusivos “normales” y las obsesiones clínicas en significado exagerado y el grado de peligrosidad que los pacientes les confieren a las mismas (Wong, S. F., Aardema, F., & Grisham, J. R., 2019).

Las compulsiones, claramente excesivas (p.ej: lavarse las manos durante 13 minutos) y que no proporcionan placer a la persona, cumplen con la función de reducir el malestar o prevenir el hecho temido propio de las obsesiones y quedan clasificadas en compulsiones de tipo manifiestas/motoras siendo estas conductas repetitivas (p. ej., lavado de partes del cuerpo, ordenar,...) y compulsiones de tipo encubiertas/mentales (p. ej., rezar o contar para eliminar malos pensamientos) que el individuo se siente obligado

a realizar en respuesta a una obsesión (p. ej., atarse y desatarse los cordones de las zapatillas tres veces antes de la definitiva). (Cruzado, J.A., 2012). En general, o al menos en algún momento del curso del trastorno, la persona reconoce que las obsesiones/compulsiones resultan irracionales, aunque esto último no es aplicable a niños (Stein, D. J., 2002).

Además de la presencia de obsesiones y compulsiones, en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo aparecen distintas creencias disfuncionales específicas:

- **Responsabilidad excesiva:** la persona cree que puede causar o prevenir sucesos negativos (p.ej: “Si no hago nada y ocurre será mi culpa”).
- **Perfeccionismo:** incapacidad para tolerar errores o imperfecciones mínimas. Se acompaña de autoevaluaciones críticas.
- **Intolerancia a la incertidumbre:** la persona piensa que es fundamental estar totalmente seguro sobre cualquier cosa y tiene poca capacidad de afrontamiento ante situaciones inciertas. Implica problemas en la toma de decisiones.
- **Fusión pensamiento-acción:** creencia de que pensar en algún mal aumenta la probabilidad de que éste ocurra o piensa que realmente desea que así suceda. La persona cree que pensar algo es tan terrible como si verdaderamente lo hubiera hecho.
- **Importancia del control de los pensamientos:** creencia de que se puede y debe tener total control de los pensamientos (p.ej: “Si no controlo algo malo ocurrirá”).
- **Sobreestimación de la amenaza:** el individuo tiende a la exagerar la estimación de las probabilidades de que un suceso catastrófico ocurra en realidad.

Ante tal problemática, la terapia cognitivo conductual (TCC), ha sido la apoyada tradicionalmente para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, a través de la

exposición y prevención de respuesta, donde la exposición conlleva la confrontación directa y repetida con estímulos temidos en ausencia de rituales compulsivos. Sin embargo, no resulta exitosa para todos los individuos, considerando consecuentemente una eficacia modesta en el tratamiento del TOC. Es por ello, por lo que ha habido un creciente interés en examinar nuevas opciones de tratamiento adicionales para este tipo de trastornos. Muchas de estas opciones de tratamiento adicional se han conceptualizado bajo el paraguas de las terapias de *tercera generación*, entre las que destaca como prometedora la Terapia de Aceptación y compromiso (Bluet, E. J., Homan, L. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M.P., 2014) cuyo tratamiento se dirige tanto al espacio cognitivo en el que tienen lugar las obsesiones, ansiedad y similares, como a las respuestas a estas experiencias cognitivas (Twohig, M.P., 2009).

Los tratamientos para el trastorno obsesivo-compulsivo fuera de la consulta psicológica, en general, acostumbran a incluir la administración de fármacos en combinación con terapia psicológica (Rovira, I., 2018). Sin embargo, se ha demostrado que la unión de fármacos al tratamiento en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) no aumenta la efectividad del tratamiento en TOC a corto plazo, además el tratamiento es más eficaz si se añade ACT, que si se realiza únicamente un tratamiento de carácter farmacológico (Vakili, y., Gharaee, B., & Habibi, M., 2015). Se observa así el carácter prometedor de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo esta, caracterizada por ser un tipo de terapia relativamente nueva, no surge hasta la conocida “Tercera ola”, habiendo tenido que cruzar consecuentemente las dos olas previas. Es por ello, que antes de profundizar en este tipo de terapia, conviene realizar un breve recorrido por la historia de la psicología hasta llegar a ella.

La historia de la psicología queda fragmentada en tres olas o generaciones. Las terapias de *primera generación* o “Primera ola”, localizadas en la década de 1950 como alternativa al psicoanálisis abandonan el interés en los temores y deseos inconscientes hipotéticos y sientan sus bases sobre la racionalidad y la naturaleza empírica, enfocándose en las leyes básicas del aprendizaje a través de los principios de condicionamiento operante y condicionamiento clásico (Hayes, S. C., 2004). Destaca así en esta “primera ola” el condicionamiento pavloviano (clásico), que defiende un tipo de aprendizaje asociativo en el que el estímulo en principio neutro, al relacionarlo con otro

incondicionado acaba convirtiéndose en un estímulo condicionado produciendo así la respuesta condicionada de aprendizaje. Sobresale también, en esta “primera ola” los principios del condicionamiento operante de Skinner, que defienden que el aprendizaje surge como resultado de las consecuencias (reforzantes o de castigo) de una conducta determinada.

Las terapias de la *segunda generación* o “Segunda ola”, se sitúan en la década de 1970 y surgen ante la falta de una explicación adecuada del lenguaje humano y la cognición propias de la “Primera ola”. Es en esta “ola” cuando los terapeutas de conducta otorgan mayor importancia a los pensamientos y sentimientos, atendidos de una manera más directa y central, entendiendo así que para lograr el cambio de conducta es necesario un cambio en las cogniciones más que en el ambiente (Hayes, S. C., 2004). Destacan en esta *segunda generación* la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis. Defendiendo la primera de ellas, que los individuos sufren, no por los sucesos en sí, sino por la interpretación de los mismos (García, J., 2016); mientras que la segunda, sostiene que los problemas pueden tener origen en tres fuentes: pensamientos, emociones y conductas, enfatizando cómo los pensamientos irracionales inciden en las alteraciones psicológicas (Regader, B., 2015). En este sentido, las terapias cognitivo-conductuales o de segunda generación, abordaron la cognición, entendiendo por esta categorías de pensamientos, ideas, creencias o suposiciones de sentido común, intentando identificar los errores cognitivos y desarrollando medios directos para corregir estos problemas (Hayes, S. C., 2004).

Las terapias de la *tercera generación* o “Tercera ola” surgidas en torno a la década de 1990, se fundamentan en un enfoque empírico y centrado en los principios, sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, enfatizando estrategias de cambio contextual y experiencial. Esta “Tercera ola” reformula y sintetiza las generaciones anteriores de terapia conductual y cognitiva con el objetivo de conseguir mejores resultados. Para ello, tiene en cuenta los procesos de condicionamiento (“Primera ola”) así como la importancia de la cognición (“Segunda ola”) a la hora de resolver problemas. La *tercera generación*, que otorga un papel fundamental a la relación terapéutica, engloba terapias que tienen en cuenta la influencia del lenguaje así como el contexto en que se producen las conductas de los individuos. Se centran en la modificación de la percepción del problema sin intentar controlarlo sino tratando de

observar la relación entre tales comportamientos y la funcionalidad que les ha dado, modificando para ello desde la aceptación (Castillero, O., 2017). Destacan así, dentro de la “Tercera ola”, las siguientes terapias: Terapia Conductual Dialéctica (DBT), Psicoterapia Analítica Funcional (PAF), Terapia integral de parejas (IBCT), Terapia Cognitiva Basada en la toma de conciencia o Mindfulness (MBCT) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). (Rodríguez, M., 2017). Siendo esta última, la ACT justamente una de las terapias más representativas de la “Tercera ola”, quedando caracterizada por un modelo de intervención psicológica arraigado en el contextualismo funcional y enraizado en la teoría del marco relacional (Ruiz, F. J., 2010).

2. Terapia de Aceptación y Compromiso

La terapia de Aceptación y Compromiso, considerada piedra angular de las terapias de la *tercera generación* y con base en la teoría del Marco Relacional (RFT) (Gómez, S., López, F., Mesa, H., 2007), mantiene una filosofía holística de la ciencia, el contextualismo funcional, donde un acto deriva significado de su contexto: su historia, propósito y situación actual. En consecuencia, el comportamiento se explica en términos interactivos, funcionales y contextuales (sin contexto no se puede definir el comportamiento) y no se puede hablar de conducta si no se tienen en cuenta los antecedentes y consecuentes (relación A-B-C) (Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E., 2012). El problema reside en la relación del individuo con los demás y consigo mismo, con sus experiencias, emociones y sensaciones, y para su solución la terapia hace especial hincapié en el contexto y no el cambio de contenidos. En consecuencia, la ACT se dirige a la modificación de la conducta del sujeto a través de la alteración del contexto en el que ocurre el evento problemático, dejando a un lado el interés por la eliminación de los eventos aversivos como paso necesario para producir el cambio de conducta. El programa propone aceptar las experiencias negativas, pensamientos y emociones en lugar de intentar cambiarlos o evitarlos, centrándose así en el análisis básico experimental del lenguaje y la cognición (Esfahani, M., Kjbaf, M. B., & Abedi, M. R., 2015).

El trabajo terapéutico en ACT se puede resumir en: a) clarificación de valores y acciones de acuerdo a dichos valores. b) defusión como modo de involucrarse en los fines valiosos cuando los eventos privados temidos estén presentes (Ruiz, F. J., 2010). Su

objetivo principal, apunta hacia el aumento de la flexibilidad psicológica, entendiendo esta como la capacidad de contactar con el momento presente sin restricciones, dentro del contexto para cambiar o persistir en acciones impulsadas por los valores. La ACT propone así, que este aumento de la flexibilidad psicológica se consigue a través del trabajo sobre los seis procesos nucleares de cambio descritos a continuación: aceptación, defusión cognitiva, experiencia presente, el “yo” observador, valores y acción comprometida (Bluet, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P., 2014).

- La *aceptación*, contraria a la evitación experiencial, no es un fin en sí, sino un método para fomentar la acción basada en los valores, cuyo objetivo es aumentar la libertad psicológica de la persona, independientemente de los ecos experienciales de su propia historia. Se trata de aceptar los pensamientos, sin tener por qué otorgarle valor y sin permitir que desvíen del camino al individuo. Siendo esto así, se entiende que la persona debe aprender a ser capaz de aceptar el modo en que se siente en lugar de intentar cambiar la forma de pensar para sentirse mejor, pues según el enfoque hay que entrar en contacto con el dolor y aceptarlo ya que el dolor emocional no es traumático, sino natural, mientras que lo realmente traumático es el intento de sacar el dolor de propia vida, siendo así el intento de eliminar el dolor lo realmente dañino. Es decir, la atención terapéutica tiene como objetivo centrar a la persona en direcciones valiosas de su vida y retirarla de aspectos psicológicos (que no esté centrada en sus síntomas), pues los síntomas se derivan de la complicación del intento de no entrar en contacto con sus vivencias o asuntos dolorosos y es esta huida/evitación lo que lleva a trastornos psicológicos de evitación experiencial (Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E., 2012).
- Patrones crónicos de fusión cognitiva pueden provocar un comportamiento rígido y menos guiado por la experiencia, es por esto que la ACT propone un proceso de *defusión cognitiva*, que tiene como objetivo observar los pensamientos y cogniciones como lo que son, es decir, palabras, imágenes... se trata de observarlos y dejarlos ir sin juzgarlos, lo que permitirá una visión distanciada y más racional de los mismos. La técnica clásica de defusión aplicada normalmente en ACT es el ejercicio “Milk, Milk, Milk” (“Leche, Leche, Leche”), que consiste en la pronunciación en voz alta rápida y repetida

de la misma palabra durante un tiempo aproximado de un minuto, de modo que el contexto de la repetición hace que la palabra acabe perdiendo todo el significado y termine reduciéndose a un simple sonido. Tras la breve actividad, se observa que es clínicamente poderoso repetir el ejercicio con una palabra variante de la preocupación o pensamiento problemático propio del paciente (Hayes, S. C., 2004). Otra actividad recurrente en defusión cognitiva suele ser la metáfora del autobús, en la que se plantea al paciente que imagine la situación de un conductor de autobús, en cuyo vehículo viajan pasajeros que siempre le están amenazando, insultando, diciendo dónde debe ir, cómo hacerlo,.. el conductor que es obediente siempre acaba haciéndoles caso ya que no es capaz de enfrentarse a ellos y termina desviándose de su camino hacia la dirección que ellos le marcan, hasta que un día se cansa y comienza a dejarlos que hablen y hablen mientras el sigue conduciendo ignorando sus comentarios que es lo que realmente quiere hacer. A través de esta metáfora se busca hacer consciente al paciente de que los propios sentimientos negativos pueden llegar a interponerse en nuestro camino, haciendo incluso que nos detengamos y cambiemos de rumbo, a la vez que plantea que el tener el “mal pensamiento” y mantenerlo no tiene por qué significar creérselo.

- La ACT propone que la *experiencia presente* es el único momento que debe vivirse. Plantea vivir en el aquí y el ahora, dado que la atención a menudo se despliega rígidamente hacia el pasado y hacia el futuro provocando la exacerbación de problemas. Para ello, utiliza ejercicios de atención consciente y control como seguir la respiración u observar pensamientos como imágenes en una pantalla de cine (Armstrong, A. B., PhD., Morrison, K. L., & Twohig, M. P., PhD., 2013).
- El *yo observador* hace referencia al desprendimiento del “yo contextualizado”, del apego a las narraciones propias que suelen reducir la flexibilidad del comportamiento. Se trata de ver las cosas desde un punto de vista no enjuiciador (Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E., 2012).
- La Terapia de Aceptación y Compromiso intenta vincular el comportamiento con los *valores* de la persona, trata de llevar a cabo un trabajo de

autoconocimiento que permita esclarecer los valores. Utiliza para ello metáforas, ejercicios experienciales, autoexploración y procesos de escritura como formas de conocer los valores. Entre los ejercicios evocadores para desarrollar más claridad sobre los valores, encontramos preguntas en las que el terapeuta cuestiona al paciente qué es lo que más le gustaría ver escrito en su lápida o qué elogio le gustaría escuchar en su propio funeral, lo que permite identificar con mayor claridad los valores de la persona. Una vez aclarados los valores, se identifican los objetivos que puedan conducir a dichos valores (Hayes, S. C., 2004).

- La *acción comprometida* hace referencia a la redirección de la conducta en dirección a los valores de persona y no por imposiciones sociales.

En resumen, puede decirse que el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se adapta a los valores de la terapia psicológica, teniendo consecuentemente múltiples aplicaciones en la misma. Siendo así, el modelo de ACT podría abordar desde cuestiones menos severas como la ayuda a un paciente que no sabe que carrera elegir para ir más en consonancia con sus propios intereses, como otros casos más exigentes propios de una depresión o una psicosis. Es por ello, que dada la variedad de áreas en la que es aplicable la Terapia de Aceptación y Compromiso, esta se trata de un modelo que merece el interés de los terapeutas para su uso como tratamiento psicológico (Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E., 2012). Además, se ha encontrado que las intervenciones a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso aumentan la voluntad de los pacientes a la hora de participar en actividades difíciles mientras experimentan emociones que también lo son, lo que sugiere una actitud prometedora del enfoque para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A., 2006).

En línea de lo anterior, se estima conveniente profundizar en la aplicación de la ACT como tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo. En este sentido, la Terapia de aceptación y compromiso intenta enseñar a los pacientes a encontrar una nueva relación con el pensamiento obsesivo y ansioso, en lugar de controlar los pensamientos e intentar evitarlos. Además, existe evidencia de estudios sobre ACT en relación a su efecto en TOC que confirman la capacidad y eficacia de dicha terapia para mejorar la

flexibilidad psicológica de los pacientes (Esfahani, M., Kjbaf, M. B., & Abedi, M. R., 2015).

3. Método

La estrategia de búsqueda para la consecución de las referencias bibliográficas empleadas en el presente trabajo, se realizó consultado diferentes bases datos vía internet, no estableciendo en ninguna de estas búsquedas criterio alguno de límite temporal:

- PsycInfo: a través de las palabras clave “acceptance and commitment therapy” se encontraron 428 resultados. Finalmente se seleccionó un único estudio.
- PubMed: seleccionando el criterio “Best Match” junto con las palabras clave “Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive Compulsive Disorder” se encontraron un total de 27 resultados de entre los que se seleccionó finalmente un único artículo.
- Google Académico: estableciendo “búsqueda por relevancia” en combinación con las palabras clave “Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive Compulsive Disorder” se hallaron 37.700 resultados, mientras que se seleccionaron 5 de estos estudios.
- Science Direct: a través de las palabras clave “Acceptance and commitment therapy obsessive compulsive disorder” se obtuvieron 897 artículos, de entre los que se seleccionaron únicamente 4. Con las palabras clave “Obsessive compulsive disorder” se encontraron un total de 40.586 resultados y se eligió uno de ellos.
- ProQuest: buscando por relevancia en combinación con “Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive Compulsive Disorder” se hallaron un total de 2.241 resultados, de entre los que se optó por 2. Con las palabras

clave “Signs and symptoms of obsessive compulsive disorder” se seleccionó uno de los 7.267 resultados encontrados. Mientras que con las palabras “Acceptance and Commitment Therapy and Obsessive Compulsive Disorder” se obtuvieron 310 resultados y se eligieron dos de ellos .

- PMC (US National Library of Medicine National Institutes of Health): Se realizó una búsqueda por relevancia con las palabras clave: “Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder” y se encontraron 511 resultados, de los cuales se eligieron únicamente dos artículos.

En resumen, se seleccionaron un total de 19 revisiones y artículos científicos vía internet de entre una revisión de un total de 89.967. A estos 19, se sumaron las tres siguientes referencias bibliográficas:

- Cruzado, J.A. (2012). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En M.A. Vallejo (Ed.), Manual de Terapia de Conducta (463-538). Madrid: Dykinson.
- Gómez, S., López, F., Mesa, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), pp. 491-507.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2015). Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press. Traducción en Editorial Desclée de Brouwer, 2015.

4. Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Trastorno Obsesivo-Compulsivo

El punto central del presente trabajo gira en torno a la presentación de la Terapia de Aceptación y Compromiso como alternativa terapéutica para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, es por ello, que en las siguientes líneas se procederá al razonamiento de la eficacia de esta terapia en el tratamiento del TOC en base a la revisión bibliográfica previamente realizada.

En cuanto a la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, los datos son limitados pero crecientes. Se detallan a continuación los resultados de cada uno de los estudios seleccionados:

Twohig, M. P. (2009), llevó a cabo un estudio que incluyó la realización de un protocolo de 8 horas de ACT para tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en el que obtuvo como resultado que los niveles de compulsión tras la intervención de 8 horas se asemejaron a cero en el postratamiento, manteniéndose a los tres meses de seguimiento. Este estudio, se comparó a su vez con otro en el que en lugar de ACT se realizó entrenamiento en relajación progresiva (PRT) y los datos indicaron mejoras significativas a favor de la aplicación de ACT sobre PRT en los resultados tras el tratamiento y en el seguimiento. Siendo así la Terapia de aceptación y compromiso mostró una mejoría clínica más elevada en más de un 60% de los casos. Debido a la eficacia del tratamiento en ausencia exposición, la ACT podría resultar útil para aquellos pacientes que rechazan terapias de exposición.

Otro estudio, realizado en tres individuos de edad comprendida entre los 12 y 13 años y que cumplían con los criterios diagnósticos de TOC según ADIS-IV, mostró que tras la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso durante un período de 8-10 sesiones, se producía una reducción significativa (40%) de las compulsiones, manteniéndose estos resultados a los tres meses de seguimiento (Armstrong, A. B., PhD., Morrison, K. L., & Twohig, M. P., PhD., 2013).

En Isfahan (Irán), se realizó un estudio, en 2013 con una muestra de 60 individuos que cumplían los criterios diagnósticos para el trastorno obsesivo-compulsivo y cuya edad quedaba comprendida entre los 6-20 años. En dicha evaluación, se compararon los efectos de la Terapia de perspectiva de tiempo, de Terapia de Aceptación y Compromiso y de la Terapia narrativa como tratamiento sobre los síntomas del TOC. Los resultados mostraron que los tres tipos de terapia surgieron efecto, aunque manifestando la Terapia de aceptación y compromiso mejores resultados en comparación con la Terapia narrativa (NT) y la Terapia de perspectiva de tiempo (TPT) (Esfahani, M., Kjbaf, M. B., & Abedi, M. R., 2015).

El metanálisis llevado a cabo por Bluet, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P., (2014), mostró en sus resultados que la Terapia de aceptación y compromiso es tan efectiva como los tratamientos manualizados (como la Terapia cognitivo-conductual) para el tratamiento en el trastorno obsesivo-compulsivo, lo que hace replantearnos la utilización del modelo “estándar” (exposición con prevención de respuesta) para el tratamiento del TOC.

Twohig, M. P., et al (2018) compararon en una muestra de 58 individuos con edad media de 27 años y diagnóstico de TOC, la Terapia de aceptación y compromiso con la exposición y prevención de respuesta (ERP). Los resultados informaron de que ambos tratamientos fueron altamente efectivos, produciendo una disminución de síntomas del TOC, depresión, inflexibilidad y creencias obsesivas sin encontrar diferencias significativas entre dos tratamientos.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006) evaluaron la efectividad de 8 sesiones semanales de una hora de duración de Terapia de Aceptación y Compromiso como intervención en cuatro personas diagnosticadas de TOC. Los resultados informaron de reducciones clínicamente significativas en las compulsiones en todos los participantes tras el tratamiento, manteniendo estos mismos resultados a los tres meses de seguimiento.

El estudio de Twohig, M. P., Plumb, J. C., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015) llevado a cabo en Estados Unidos se ejecutó con una muestra total de 79 individuos con diagnóstico de TOC según DSM-IV y edades comprendidas entre los 18-67 años. Se realizó una intervención en 41 adultos a través de Terapia de Aceptación y Compromiso como tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo, empleando para ello ejercicios

y metáforas con el objetivo promover la flexibilidad psicológica general, mientras que a las 38 personas restantes se aplicó entrenamiento en relajación progresiva en lugar de ACT. Se tuvo en cuenta entre otras, como variable pre-intervención la puntuación de las obsesiones de los individuos a través de la Escala obsesiva-compulsiva Y-BOCS, donde se alcanzaron unas puntuaciones medias de 24,22 en ACT y 25,4 en PRT. Tras ambas intervenciones, las dos puntuaciones se redujeron. Descendiendo así la puntuación de la intervención en ACT a 12,76 y a 11,79 en el postratamiento y seguimiento respectivamente, mientras que la intervención en PRT produjo una disminución de las puntuaciones a 18,67 en postratamiento y 16,23 en seguimiento. En consecuencia, ambas condiciones mostraron una mejoría significativa, aunque produciéndose en la condición de ACT una mejora significativamente mayor respecto a la intervención en relajación progresiva.

En el estudio llevado a cabo por Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014), en un individuo masculino de 39 años, se realizó una intervención a través de Terapia de Aceptación y Compromiso para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo propio de dicha persona, al haberse sometido previamente a tratamiento farmacológico y no haber tenido los resultados deseados. Como variables pre-intervención y post-intervención se tuvieron en cuenta las puntuaciones en obsesión/compulsión obtenidas a través de la escala Y-BOCS, las puntuaciones de depresión alcanzadas en el BDI-II y las registradas en ansiedad a través del BAI. Estas, que en la pre-intervención eran de 31, 25 y 30 puntos respectivamente, tras la intervención con ACT se redujeron notablemente a 14, 11 y 14, manteniéndose además en los seguimientos posteriores realizados al mes, tres meses y seis meses. Esto indica que el tratamiento con Terapia de aceptación y compromiso no solo fue eficaz para la reducción de los síntomas del TOC, sino que también lo fue para la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad.

Un año más tarde, el nuevo objetivo del estudio de Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015) fue realizar una comparación entre la efectividad de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT), la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la combinación de ambos (ACT+ISRS) para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Para el desarrollo del estudio, se eligió una muestra de 27 pacientes que cumplieran el diagnóstico de TOC con duración de síntomas de al menos un año y edades comprendidas entre los 18-50 años (media de edad = 26,96 años). Tras la intervención con ACT e ISRS individualmente y en combinación, se obtuvo como resultado que el tratamiento con ACT mostraba mayor eficacia en TOC

que si la intervención se realizaba únicamente con fármacos (ISRS). Además, el estudio reveló que la unión de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina junto con ACT al tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo no aumentaba la efectividad del tratamiento a corto plazo.

En otro estudio, compuesto por una muestra de un único participante con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, se abordó una intervención en el TOC propio del participante a través de terapia de exposición desde el marco de la Terapia de aceptación y compromiso. Siendo así, en dicho estudio se incluyeron sugerencias concretas a cerca de cómo preparar, seleccionar, configurar y concluir con los ejercicios de exposición desde una perspectiva de ACT, ilustrándose a través del caso específico como ejemplo. Los resultados arrojaron que la intervención en terapia de exposición con prevención de respuesta desde un marco de la terapia de aceptación y compromiso es coherente, dado que la ACT ofrece al terapeuta de exposición nuevas herramientas, además de un modelo para discutir con los pacientes los procesos involucrados en el trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, hasta la fecha esta unión de ACT y ERP suele realizarse en pocas ocasiones, dado que ERP por sí solo es el tratamiento “estándar” que normalmente se utiliza para el tratamiento del TOC y no suele darse en combinación con ACT. Sin embargo, aunque la terapia de exposición con prevención de respuesta sea un tratamiento altamente efectivo para el TOC, esta en combinación con ACT podría ofrecer un mejor resultado de la intervención (Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... & Smith, B. M., 2015).

En un estudio realizado por Twohig, M. P. et al (2010) se realizó un ensayo clínico aleatorizado de Terapia de aceptación y compromiso en comparación con entrenamiento en relajación progresiva como intervención en el trastorno obsesivo-compulsivo. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 79 adultos (61% mujeres) con previo diagnóstico de TOC y edad media de 37 años que participaron en el ensayo clínico a lo largo de 8 sesiones de ACT o PRT. Los resultados mostraron mayores cambios en el postratamiento y seguimiento tras la intervención con ACT en contraposición a la intervención con PRT.

Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010), llevaron a cabo una investigación sobre procesos de cambio en ACT, Terapia Cognitiva (CT) y Exposición con prevención de respuesta (EPR) como intervención en trastorno obsesivo compulsivo. Este, con una muestra de 6 personas diagnosticadas de TOC consistió en la

aplicación de los tres tratamientos citados a diferentes individuos a lo largo de un período de 12 semanas. Los resultados mostraron que el tratamiento más efectivo fue el realizado a través de ACT, consiguiendo así dicha terapia las puntuaciones de cambio más elevadas, hecho que lleva irremediablemente al planteamiento una vez más de la Terapia de aceptación y compromiso como modelo de intervención prometedor en TOC, incluso en comparación con el modelo de intervención mayormente utilizado (exposición con prevención de respuesta).

5. Conclusiones

Los resultados obtenidos en los diferentes estudios muestran la eficacia de la intervención a través de Terapia de aceptación y compromiso para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, a esta prometedora terapia de *tercera generación* aún le queda un largo camino por recorrer hasta conseguir equipararse al tratamiento “estándar” y más utilizado para el tratamiento del TOC, en este caso la terapia de exposición con prevención de respuesta. Aunque, hay que señalar que la Terapia de aceptación y compromiso está comenzando a dar los primeros pasos hacia dicha aproximación, dado que cuenta con apoyo cada vez más frecuente y evidencia científica cada vez más firme respecto a su utilización como tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo (Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018).

Como motor de impulso adicional de lo anterior no solo se suman diferentes estudios que muestran la eficacia de la intervención en TOC a través de la Terapia de aceptación y compromiso, sino otros en los que sitúan esta efectividad de la ACT incluso por encima de otro tipo de intervenciones. Se recogen así múltiples estudios como el de Twohig, M. P. (2009), en el que queda claramente reflejada la mayor eficacia de la ACT en comparación con el entrenamiento en relajación progresiva (PRT), o el estudio de Esfahani et al (2015) en el que se obtiene que la ACT muestra mayor eficacia que la Terapia narrativa (NT) y la Terapia de perspectiva de tiempo (TPT) para la intervención en TOC. En base a lo anterior, situamos el estudio de Vakili et al., (2015) en el que se

revela que el tratamiento en ACT añadido al tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) resulta más eficaz que únicamente el tratamiento farmacológico, asimismo se señala que la adición de ISRS al tratamiento de ACT en TOC no aumenta la eficacia a corto plazo.

Además de diferentes estudios donde se revela esta citada eficacia del tratamiento con ACT en casos de TOC, se han hallado los resultados de distintos estudios en los que se recoge que tras una intervención realizada en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo a través de ACT en un grupo y Terapia de exposición y prevención de respuesta (tratamiento estándar y más utilizado para estos casos) en otro, se obtiene que ambos tratamientos resultan igualmente eficaces, de modo que no existen diferencias significativas entre ellos. Existen también estudios en los que los resultados llegan a aclarar que la intervención con ACT es incluso más eficaz que la intervención a través de exposición con prevención de respuesta. Es por tanto que llegados a este punto, la Terapia de aceptación y compromiso va presentando cada vez más méritos para conseguir interponerse entre la terapia exposición con prevención de respuesta y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Es en referencia al apoyo obtenido a través de diferentes estudios, por lo que se propone el avance a cerca de los tratamientos utilizados en el TOC y por lo que se sugiere el desprendimiento de ese modelo “estándar” de intervención hacia otros diferentes, como en este caso la ACT que ha demostrado su eficacia incluso superior en algunos casos y que poco a poco va ganando resonancia en el panorama de la intervención psicológica de este trastorno. Se trata de no anclar en el tratamiento psicológico que se ha venido utilizando a modo de comodín durante tantos años en el tratamiento del TOC, en este caso la exposición con prevención de respuesta y la terapia cognitiva, sino que se plantea intentar ir más allá y aplicar otro modelo de intervención, la Terapia de aceptación y compromiso que está mostrando igual eficacia e incluso superior en el mismo ámbito.

La Terapia de aceptación y compromiso eficaz por tanto y con creciente apoyo para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo se enfocaría en dicha intervención en la aceptación de los pensamientos obsesivos y la ansiedad propios del TOC y en el comportamiento en dirección a la consecución de las metas y valores. Para conseguirlo,

la persona se ha de centrar en seis procesos específicos: aceptación, defusión, Yo como contexto, momento presente, valores y aceptación comprometida entre los que se irá danzando conforme a la necesidad del momento.

6. Referencias bibliográficas

- Armstrong, A. B., PhD., Morrison, K. L., & Twohig, M. P., PhD. (2013). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 175-190.
- Bluet, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, pp. 612-624.
- Castillero, O., (2017). ¿Qué son las terapias de la tercera generación? En *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapias-tercera-generacion>.
- Cruzado, J.A. (2012). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta* (463-538). Madrid: Dykinson.
- Esfahani, M., Kjbaf, M. B., & Abedi, M. R. (2015). Evaluation and Comparison of the Effects of Time Perspective Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Narrative Therapy on Severity of Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 148-155.
- García, J., (2016). Terapia Cognitiva de Aaron Beck. En *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>.

- Gómez, S., López, F., Mesa, H. (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), pp. 491-507.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. En S. C. Hayes., V. M. Follete & M. M. Linehan (Ed.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012) Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counselling Psychologist*, 40(7) 976-1002.
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic* 82, Special Issue: Novel Approaches to the Treatment of
- Regader, B., (2015). Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). En *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>
- Rodríguez, M., (2017). Revisión teórica sobre la Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (trabajo fin de grado). Recuperado de <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/14649>
- Rovira, I., (2018). Trastorno obsesivo compulsivo puro: síntomas y tratamientos. En *Psicología y Mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/trastorno-obsesivo-compulsivo-puro>
- Ruiz, F. J., (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology,

Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 10, núm. 1, pp. 125-162.

Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360(9330), 397-405.

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... & Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, 6, pp. 167-173.

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K., Bluett, E. J., ... & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive- compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, pp. 1-9.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, volume 37, Issue 1,2006, Pages 3-13).

Twohig, M. P., Plumb, J. C., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, pp. 196-202.

Twohig, M. P. (2009) The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, pp. 18-28.

- Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(1), 67-83.
- Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 9(2), 115-7.
- Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(2), e845.
- Wong, S. F., Aardema, F., & Grisham, J. R. (2019) Inverse reasoning processes in obsessive-compulsive disorder: Replication in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 63, pp. 1-8.

7. Anexos

Tablas informativas sobre la eficacia de la ACT en TOC

| Título y autores | N, Edades y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados |
|---|--|--|---|---|--|--|
| <p>Inverse reasoning processes in obsessive-compulsive disorder: Replication in a clinical sample</p> <p>Wong, S. F., et al (2019)</p> <p>Factor de impacto: 3,481 (JCR).</p> | <p>N= 75</p> <p>Edad media= 36,52</p> <p>Lugar= Sydney, Australia.</p> | <p>Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia criterios diagnósticos para TOC. • Síntomas de ansiedad o estado de ánimo clínicamente significativos actuales (no Toc). • Sin síntomas psicopatológicos clínicamente significativos actuales (o pasados pero no actuales) <p>Exclusión: síntomas psicóticos actuales, abuso de sustancias o ideación suicida.</p> | <p><u>Trastornos psiquiátricos mayores:</u> Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (M.I.N.I.).</p> <p><u>TOC:</u> DOCS.</p> <p><u>Creencias obsesivas asociadas a TOC:</u> OBQ-44.</p> <p><u>Confusión inferencial:</u> ICQ-EV.</p> <p><u>Razonamiento inverso:</u> IRT.</p> | <p>Comparación del desempeño en grupos clínicos (grupo con TOC y grupo control) en una medida de razonamiento inverso basada en tareas.</p> | <p>ANOVA multivariado</p> <p>ANOVA univariado</p> <p>Grupo control: participantes que informaron síntomas de ansiedad o estado de ánimo clínicamente significativo actuales.</p> | <p>El razonamiento inverso tiene un papel distinto en el TOC, independientemente de si se activan o no las preocupaciones.</p> |

| Título y autores | N, Edades, Lugar estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|--|--|--|---|---|---|---|
| <p>A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Amstrong, A.B et al (2013)</p> <p>Factor de impacto: 0,628 (JCR).</p> | <p>N = 3.</p> <p>Edad: 12 - 13 años.</p> | <p><u>Inclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener entre 12-17 años. ▪ Cumplir criterios diagnósticos de TOC en ADIS-IV. <p><u>Exclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar en otras psicoterapias. ▪ Comenzar una medicación psicotrópica nueva en los últimos 30 días. ▪ Planear comenzar/cambiar de medicación psicotrópica durante la investigación. ▪ Experimentando un T. psicótico. ▪ Tener discapacidad cognitiva que impida participar. | <p><u>Ansiedad:</u> ADIS-IV.</p> <p><u>Obsesión y severidad compulsión:</u> CY-BOCS.</p> <p><u>Depresión:</u> CDI.</p> <p><u>Ansiedad:</u> MASC.</p> <p><u>Evitación experiencial y fusión cognitiva:</u> AFQ-Y.</p> | <p>Aplicación de ACT en TOC durante 8 (P1 y P2)-10 (P3) sesiones.</p> | <p>Línea de base múltiple.</p> <p>VD: autocontrol de las compulsiones.</p> | <p>Reducción significativa de las compulsiones en TOC tras 8 -10 sesiones de ACT.</p> <p>Mantención de los resultados a 3 meses de seguimiento.</p> | <p>Reducción media del 40% en las compulsiones autoinformadas desde el pre al post tratamiento.</p> |
| <p>Evaluation and Comparison of the Effects of Time Perspective Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Narrative Therapy on Severity of Symptoms of Obsessive- Compulsive Disorder</p> <p>Esfahani, M et al (2015)</p> <p>Factor de impacto:0,10 (ResearchGate).</p> | <p>N = 60.</p> <p>Lugar: Isfahan (Irán).</p> | <p><u>Inclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico TOC. ▪ Edad: 6-20 años. ▪ Educación e inteligencia adecuadas. ▪ No tomar medicina psiquiátrica o no cambiar el programa en los 6 meses previos. <p><u>Exclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno psicótico / bipolar / abuso de drogas. ▪ Renuencia a participar ▪ No asistir más de dos sesiones. | <p><u>Obsesión/severidad compulsión:</u> Y-BOCS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control: 27,86. ▪ TPT: 31,76. ▪ ACT: 28,53. ▪ NT: 23,93. | <p>Evaluación y comparación de los efectos de la terapia de perspectiva de tiempo, ACT y terapia narrativa sobre la gravedad de los síntomas del TOC.</p> | <p>Análisis multivariado de covarianza (MANCOVA).</p> <p>3 Grupos experimentales.</p> <p>1 Grupo control.</p> | <p>Reducción de los síntomas de gravedad del TOC posteriores a la exposición en TPT, ACT, NT y Control.</p> | <p>Y-BOCS:.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control: 27,73. ▪ TPT: 28,13. ▪ ACT: 13,73. ▪ NT: 18,26. |

| Título y autores | N, Edades y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|--|---|---|--|---|--|--------------------------------|
| <p>Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. Twohig, M.P. et al (2018)</p> <p>Factor de impacto: 4,134 (JCR).</p> | <p>N = 58.</p> <p>Edad media: 27 años.</p> | <p><u>Inclusión:</u> diagnóstico DSM-IV TOC.</p> | <p><u>TOC:</u> Entrevista MINI 5.0</p> | <p>ACT + EPR en tratamiento del TOC</p> | <p>Ensayo controlado aleatorio con diseño paralelo de dos brazos.</p> | <p><u>Disminución:</u> síntomas de TOC, depresión, inflexibilidad y creencias obsesivas.</p> | |
| <p>Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. Twohig, M.P. et al (2006)</p> <p>Factor de impacto: 3.228 (JCR).</p> | <p>N = 4.</p> | <p><u>Inclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de TOC. <p><u>Exclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio reciente en medicación psicotrópica o cambio de dosis. | <p>Autorregistro.</p> <p><u>TOC:</u> OCI = 66,3.</p> <p><u>Ansiedad:</u> BAI.</p> <p><u>Depresión:</u> BDI-II.</p> <p><u>Opinión tratamiento:</u> TEI-SF.</p> | <p>8 sesiones semanales de 1h de ACT como tratamiento para el TOC.</p> | <p>Diseño no concurrente de línea base múltiple.</p> | <p>Reducción clínicamente significativa en compulsiones al final del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento.</p> | |

| Título y autores | N, Edades y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|--|---|---|---|--|---|---|---|
| <p>Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder.</p> <p>Twohig, M.P, et al (2015).</p> <p>Factor de impacto: 1,216 (JCR).</p> | <p>N = 79.</p> <p>Edad = 18-67.</p> <p>Lugar =EEUU.</p> | <p><u>Inclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de TOC en DSM-IV. ▪ 18 años. <p><u>Exclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trat. Psicológico simultaneo. ▪ Nuevo inicio en medicación psicotrópica/cambio de dosis en 30 días. ▪ Trastorno psicótico o mental orgánico | <p><u>Obsesión/severidad compulsión:</u> Y-BOCS = 24,22.</p> <p><u>Aceptación y acción:</u> AAQ.</p> <p><u>Fusión de acción de pensamiento:</u> TAF</p> <p><u>Control pensamiento:</u> TCQ.</p> | <p>Tratamiento en ACT para TOC empleando ejercicios y metáforas para promover la flexibilidad psicológica general.</p> | <p>Diseño controlado aleatorio.</p> <p>Grupo experimental (recibe ACT) = 41. personas.</p> <p>Grupo control (no recibe ACT) = 38.</p> | <p>Los análisis muestran que el tratamiento en ACT es superior al PRT en los resultados obtenidos.</p> | <p>Y-BOCS = 12,76.</p> |
| <p>The effectiveness of acceptance and commitment therapy in trating a case of obsessive coompulsive disorder.</p> <p>Vakiki, Y et al (2014).</p> <p>Factor de impacto: 0,59 (ResearchGate).</p> | <p>N = 1.</p> <p>Edad = 39.</p> | <p><u>Inclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criterios TOC DSM-IV-TR. | <p><u>Obsesión/severidad compulsión:</u> Y-BOCS = 31.</p> <p><u>Depresión:</u> BDI-II = 25.</p> <p><u>Ansiedad:</u> BAI = 30.</p> | <p>Tratamiento en TOC a través de ACT.</p> | <p>Diseño intensivo de series de tiempo.</p> <p>Ensayo experimental de un único sujeto.</p> | <p>ACT obtiene reducciones en síntomas de TOC, depresión y ansiedad.</p> <p>Las ganancias se mantuvieron en los seguimientos.</p> | <p>Y-BOCS = 14.</p> <p>BDI = 11.</p> <p>BAI = 14.</p> |

| Título y autores | N, Edades y lugar de estudio | Criterios de inclusión/exclusión | Variables pre-intervención | Intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|---|---|---|--|---|---|--|--------------------------------|
| Acceptance and Commitment Therapy, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. Vakili, Y., et al (2015). Factor de impacto: 0,59 (ResearchGate). | N = 27. Edad media = 26,96. Lugar = Teherán (Irán). | <u>Inclusión:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico TOC con al menos un año de síntomas. ▪ Edad = 18-50. <u>Exclusión:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trast. Psicótico actual o pasado. ▪ Tendencias suicidas. ▪ Enfermedad médica. ▪ Trast por abuso de sustancias. ▪ Trast. Personalidad. ▪ Tratamiento en fármacos o psicoterapia en el último mes. | <u>Obsesión/severidad compulsión:</u> Y-BOCS= 24,40. <u>Aceptación y compromiso:</u> AAQ = 36,20. | Comparación de la efectividad de ACT e ISRS individualmente y en combinación para el tratamiento del TOC. | Análisis de varianza unidireccional (ANOVA) y análisis univariado de covarianza (ANCOVA). | Mayor eficacia del tratamiento con ACT junto a fármacos en TOC que únicamente con tratamiento farmacológico. La unión de fármacos al tratamiento en ACT no aumenta la efectividad del tratamiento en TOC a corto plazo. | |
| Exposure therapy for OCD from ACT. Twohig, M.P. et al (2015). Factor de impacto: 1,230 (JCR). | N = 1. | <u>Inclusión:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico TOC. | | Aplicación de terapia de exposición en TOC, bajo la Terapia de aceptación y compromiso. | Diseño intra series A-B Clínico. | La ACT es un tratamiento útil para el TOC. | |

| Título y autores | N, Edades y lugar de estudio | Criterios de inclusión / exclusión | Variables pre-intervención | intervención | Diseño del estudio | Resultados | Puntuaciones post-intervención |
|---|--|---|---|---|--|---|---|
| <p>A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Twohig, M.P., et al (2010).</p> <p>Factor de impacto: 4.536 (JCR).</p> | <p>N = 69 (mujeres).</p> <p>Lugar: dos estados del oeste de EE.UU.</p> | <p><u>Inclusión:</u> Criterios TOC (DSM-IV) y ser mayor de 18 años.</p> <p><u>Exclusión:</u> inicio en medicación psicotrópica o cambio de dosis 30 días posteriores al inicio del estudio; recibir psicoterapia en otro lugar o haberla cesado 30 días antes, diagnóstico de trastorno psicótico actual o mental que pudiera interferir.</p> | <p><u>Obsesión/severidad compulsión:</u> Y-BOCS = ACT 24.22</p> <p><u>Depresión:</u> BDI-II.</p> <p><u>Escala calidad de vida.</u></p> <p><u>Aceptación y acción:</u> AAQ.</p> <p><u>Fusión de acción de pensamiento:</u> TAF.</p> <p><u>Control del pensamiento:</u> TCQ</p> <p><u>Relajación progresiva:</u> PRT = 25.4</p> | <p>Comparación de efectividad de 8 sesiones de ACT vs entrenamiento en relajación progresiva para el TOC.</p> | <p>Ensayo clínico aleatorizado de 8 sesiones.</p> | <p>Mayor reducción de la gravedad en postratamiento y seguimiento utilizando ACT en contraposición de PRT en TOC.</p> | <p>Y-BOCS = ACT 12.76</p> <p>PRT = 18.63</p> |
| <p>An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD.</p> <p>Twohig, M.P., et al (2010).</p> | <p>N = 6.</p> | <p><u>Inclusión:</u> Diagnóstico de TOC.</p> | <p><u>Entrevista estructurada:</u> SCID</p> <p><u>Obsesión/severidad compulsión:</u> Y-BOCS.</p> | <p>Aplicación de tres tratamientos (ACT, CT, EPR) en TOC durante 12 semanas (a individuos diferentes).</p> | <p>Los datos sobre la ACT como tratamiento para el TOC se limitan a un diseño de series de tiempo.</p> | <p>Las puntuaciones de cambio muestran que las puntuaciones del proceso ACT fueron las que más aumentaron.</p> | <p>Diminución de las puntuaciones, especialmente tras la aplicación de ACT.</p> |