



Pontificia Universidad Católica Argentina

*“Santa María de los Buenos Aires”*

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Licenciatura en Psicología

### **Trabajo de Integración Final**

Abordajes de la Tercera Ola y su relación con la terapia de Exposición y  
Prevención de Respuesta en el tratamiento del Trastorno Obsesivo  
Compulsivo: una revisión sistemática

**Alumno:** Fermín Sánchez Barrio

**Número de registro:** 122002186

**Directora:** Dra. Tania Borda

Buenos Aires, 2024

## INDICE

RESUMEN .....	1
1. INTRODUCCIÓN .....	2
1.1 Definición del problema .....	6
1.2 Objetivos.....	7
1.2.1 Objetivo General.....	7
1.3 Fundamentación .....	7
2. METODOLOGÍA.....	8
2.1 Diseño .....	8
2.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	8
2.3 Estrategia y fuentes de búsqueda .....	9
2.4 Selección de estudios y análisis de datos .....	9
2.5 Resultados obtenidos .....	10
3. DESARROLLO CONCEPTUAL .....	11
4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES .....	36
4.1 Síntesis .....	36
4.2 Conclusiones .....	37
4.3 Limitaciones y aplicaciones para la práctica .....	38
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
6. ANEXO.....	46

## RESUMEN

**Introducción:** El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una psicopatología prevalente e incapacitante. La terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) es el tratamiento de primera línea, eficaz para entre el 50% y el 85% de los pacientes con TOC. Esta revisión sistemática analiza la integración de enfoques de la Tercera Ola, como Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Mindfulness, como complementos a la EPR para mejorar los resultados en el tratamiento del TOC. **Metodología:** Se llevó a cabo la búsqueda de literatura a través de las bases de datos PubMed, APA PsycNet y EBSCO. **Resultados:** Se analizaron 23 artículos sobre la integración de enfoques de Tercera Ola (ACT y Mindfulness) con la EPR en el tratamiento del TOC. ACT mejoró la flexibilidad psicológica y la adherencia, pero no fue superior en la reducción de síntomas. El Mindfulness facilitó la tolerancia al malestar durante las exposiciones, contribuyendo a una mejor adherencia y manejo emocional.

*Palabras clave:* Exposición y Prevención de Respuesta; Tercera Ola; Terapia de Aceptación y Compromiso; Mindfulness; Trastorno Obsesivo Compulsivo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a prevalent and debilitating mental condition. Exposure and Response Prevention (ERP) therapy is the first-line treatment, effective for 50% to 83% of patients with OCD. This review examines the integration of Third Wave approaches, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness, as complements to ERP to improve treatment outcomes for OCD. **Methodology:** A literature search was conducted through PubMed, APA PsycNet, and EBSCO databases. **Results:** A total of 23 studies were reviewed on integrating Third Wave approaches (ACT and Mindfulness) with ERP for OCD treatment. ACT improved psychological flexibility and adherence but did not outperform ERP alone. Mindfulness enhanced distress tolerance during exposures, supporting adherence and emotional regulation.

*Keywords:* Exposure and Response Prevention; Third Wave; Acceptance and Commitment Therapy; Mindfulness; Obsessive-Compulsive Disorder.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Delimitación del objeto de estudio

En la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica sistemática para analizar la efectividad de la aplicación complementaria de enfoques de la Tercera Ola, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Mindfulness, a la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Para ello, primero se caracterizó el TOC. En segundo lugar, se describió la terapia de EPR y su abordaje clínico en el tratamiento del TOC. Luego, se procedió a una descripción de la Tercera Ola y sus enfoques, considerando su posible aplicación al tratamiento del TOC. Finalmente, se revisó sistemáticamente la evidencia sobre la efectividad de la incorporación de los enfoques de la Tercera Ola en la terapia de EPR para tratar el TOC.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una de las psicopatologías más prevalentes a nivel mundial que afecta al 2-3% de la población (Del Casale et al., 2019; Stein et al., 2019). Este trastorno puede ser altamente incapacitante y provocar un deterioro severo en la calidad de vida de quienes lo padecen (Stein et al., 2019). Su inicio suele presentarse en dos picos: en la preadolescencia -inicio temprano- entre los 10 y los 12 años y en la adultez temprana (Hauser, 2021; Waliza et al., 2020). El instrumento fiable más utilizado para medir la severidad del TOC es la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones (Y-BOCS) (López-Pina et al., 2015). En el TOC la comorbilidad es una regla más que una excepción. En detalle, más del 50% de los pacientes tienen comorbilidad con Trastorno de Depresión mayor (Bürkle et al., 2021).

Desde una revisión histórica, se puede encontrar que la sintomatología obsesivo-compulsiva ha sido descrita desde la Edad Media. Fue formalizada como una enfermedad psiquiátrica en el siglo XIX por Esquirol. Las escuelas francesas y alemanas desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo científico de la conceptualización de las obsesiones y compulsiones (Borda & Mazás, 2018). En el siglo XX, Janet y Freud avanzaron hacia una comprensión de las obsesiones y compulsiones como un trastorno emocional, integrándolo en el campo de las neurosis. Esta perspectiva del TOC continuó en las clasificaciones internacionales, siendo incluido, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad hasta la cuarta edición del DSM. El DSM 5 establece una nueva categoría denominada “Trastorno Obsesivo

Compulsivo y trastornos relacionados” donde ubica al TOC como un trastorno independiente de los trastornos de ansiedad (Velloso & Vicario, 2015).

El TOC es descrito, tanto por el DSM 5 como por el ICD 11, como un trastorno cuya principal característica es la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos que se presentan de manera persistente en una persona, generando una ansiedad o malestar que busca ser activamente resistido. Por otro lado, las compulsiones son reglas o rituales que la persona realiza de manera rígida como consecuencia de los pensamientos obsesivos, con el objetivo de aliviar el malestar generado por estos. Configurados estos síntomas, las personas que sufren de TOC suelen dedicar mucho tiempo a las obsesiones o compulsiones, experimentando un profundo sufrimiento y un impacto significativo en áreas importantes de su funcionamiento (American Psychological Association, 2014; World Health Organization, 2022).

Dentro del enfoque de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) se destaca como el tratamiento de primera línea con una efectividad demostrada en el abordaje terapéutico del TOC (Del Casale et al., 2019; Goodman et al., 2021; Hezel & Simpson, 2019; Law & Boisseau, 2019; McKay et al., 2015; NICE, 2006; Reid et al., 2021).

La EPR busca interrumpir el ciclo del TOC al exponer al paciente a los estímulos que generan obsesiones, mientras se evita la realización de las compulsiones (Hezel & Simpson, 2019; Reid et al., 2021). Se fundamenta en el modelo conductual de aprendizaje que explica el ciclo vicioso del TOC desde los principios del condicionamiento clásico y operante. En el condicionamiento clásico, ciertos estímulos inicialmente neutros adquieren una asociación negativa al vincularse con experiencias de ansiedad o asco. Esto genera obsesiones, entendidas como pensamientos intrusivos y persistentes que provocan intenso malestar. Por su parte, el condicionamiento operante refuerza negativamente estas obsesiones, ya que las compulsiones y conductas de evitación que realiza el paciente para aliviar la ansiedad ofrecen un alivio temporal, consolidando así su repetición. Este ciclo se sostiene porque el alivio momentáneo que las compulsiones brindan refuerza la percepción de amenaza y la necesidad de continuar realizando estas conductas, incluso cuando no son efectivas a largo plazo. Las compulsiones y evitaciones, al repetirse, se transforman en hábitos rígidos y automáticos,

difíciles de interrumpir. Así, el TOC se perpetúa mediante patrones cognitivos -obsesiones-, afectivos -ansiedad y distrés- y conductuales -compulsiones y evitaciones- (Borda & Mazás, 2018). En síntesis, el objetivo principal de la EPR es la interrupción el ciclo vicioso del TOC y la eliminación de los rituales, las compulsiones y las conductas de evitación a través de la tolerancia de la angustia y la abstención de comportamientos compulsivos contraproducentes. Así, los pacientes aprenden a enfrentar situaciones temidas de manera gradual.

El tratamiento de EPR descrito por Foa et al. (2012) propone una intervención estructurada en 17 a 20 sesiones de 90 minutos. Este programa tiene como objetivo abordar el ciclo obsesivo-compulsivo que caracteriza al TOC, rompiendo el refuerzo negativo que perpetúa las compulsiones mediante la confrontación sistemática de las obsesiones. El programa comienza con una fase de evaluación en la que se recoge una historia clínica completa, se identifican obsesiones, compulsiones y conductas de evitación, y se establece una jerarquía de estímulos temidos organizada de menor a mayor ansiedad. Durante las primeras sesiones, se introduce al paciente en los principios de la EPR mediante psicoeducación, lo que permite comprender el fundamento del tratamiento y fomentar su adherencia. Las sesiones intermedias se centran en la exposición gradual tanto en vivo como imaginada. En estas exposiciones, el paciente enfrenta situaciones o pensamientos que generan ansiedad sin recurrir a los rituales compulsivos, lo que le permite habituarse al estímulo temido y disminuir la intensidad de la respuesta emocional asociada. El terapeuta guía estas tareas en un entorno controlado y asigna ejercicios para que el paciente practique entre sesiones, fortaleciendo así su capacidad para manejar las obsesiones de forma autónoma. La prevención de respuesta es clave en esta etapa, ya que evita la realización de compulsiones que refuerzan el ciclo del TOC. Finalmente, en las últimas sesiones, el tratamiento se enfoca en la consolidación de los aprendizajes y en la prevención de recaídas. Se revisan los avances logrados, se diseñan estrategias para afrontar posibles desencadenantes y se refuerzan las habilidades adquiridas para asegurar la independencia del paciente en el manejo de su TOC. Esta fase incluye un plan de mantenimiento y, en algunos casos, contactos de seguimiento para garantizar la continuidad de los progresos (Foa et al., 2012; Hezel & Simpson, 2019; Law & Boisseau, 2019).

Las TCC han ido evolucionando a lo largo del tiempo. La Primera Ola de las TCC surgió a principios del siglo XX como una alternativa científica a los modelos clínicos tradicionales, criticando el psicoanálisis y centrándose en el análisis de la conducta desde los principios del condicionamiento clásico y operante. Su objetivo era desarticular la conducta disfuncional y promover conductas más adaptativas. Sin embargo, esta aproximación excluía la cognición y dejaba de lado los aspectos humanísticos del abordaje psicoterapéutico (Hayes, 2016; Obando Ramírez & Parrado Corredor, 2015).

Hacia finales de la década de 1960, el neoconductismo comenzó a integrar principios cognitivos en respuesta a las limitaciones del conductismo clásico para abordar fenómenos complejos de la conducta humana. Este cambio marcó el surgimiento de las TCC de Segunda Ola, centradas en la identificación y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales que influyen en la conducta. Estas terapias incorporaron herramientas como la reestructuración cognitiva para abordar creencias irracionales y promover cambios tanto en el pensamiento como en el comportamiento. Este enfoque permitió una mayor comprensión de los procesos cognitivos como mediadores esenciales de la conducta, contribuyendo significativamente a la eficacia clínica en el tratamiento de diversas psicopatologías. (Hayes, 2016; Obando Ramírez & Parrado Corredor, 2015).

La Tercera Ola de las TCC se caracteriza por desafiar las suposiciones y modelos previamente establecidos, dando lugar a la aparición de nuevas formulaciones. Además, se ha alineado, en sus orígenes, con un cambio en la filosofía de la ciencia, donde se ha transitado de un enfoque mecanicista a uno más contextual e instrumental (Hayes, 2016). En este sentido, los enfoques de Tercera Ola ponen su atención en la flexibilidad y complejidad del ser humano, buscando cambiar la función del pensamiento más que su contenido (Obando Ramírez & Parrado Corredor, 2015). Hayes & Hoffman (2017) señalan que esta ola ha dado lugar a métodos como la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctica Conductual, la terapia cognitiva basada en mindfulness, entre otros. Explican que, si bien las metodologías tradicionales de TCC siguen siendo relevantes, los métodos de la Tercera Ola han agregado una dimensión adicional al campo, enfocándose en conceptos como la atención plena, la aceptación, las emociones, los valores y la flexibilidad psicológica. Es decir, surgen como perspectivas innovadoras que rompen con enfoques tradicionales al analizar los

problemas psicológicos de manera funcional y utilizar métodos conductuales para abordar emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos, fomentando tanto la aceptación como el cambio psicológico (Hayes, 2016; Obando Ramírez & Parrado Corredor, 2015). Estos cambios y desarrollos marcan un nuevo hito en el campo de la psicoterapia conductual y cognitiva (Hayes, 2016). Además, la Tercera Ola ha emergido no como una alternativa, sino como un complemento prometedor a la EPR en el tratamiento del TOC, centrando su trabajo terapéutico en la aceptación de los pensamientos y sentimientos intrusivos, en el compromiso para vivir una vida valiosa, en dirigir la conciencia al momento presente, en el no juicio de los estados mentales y emocionales y en la compasión dirigida hacia uno mismo (Manjula & Sudhir, 2019).

### **1.1 Definición del problema**

El problema en el tratamiento del TOC estriba en que, por un lado, la EPR es la terapia de primera línea de mayor efectividad (entre el 50% y el 85% de respondedores) en comparación con otros abordajes terapéuticos y, por otro lado, no todos los casos responden de manera efectiva a este tratamiento (entre el 25% y el 30% de no respondedores). Las características de los pacientes que no responden a EPR incluyen: alta ansiedad anticipatoria, comorbilidades psiquiátricas que interfieren en la capacidad del paciente para participar completamente del tratamiento, creencias rígidas o falta de insight y alta de motivación o resistencia al tratamiento (APA, 2007; Manjula & Sudhir, 2019; Olatunji et al., 2013).

En este contexto, surge la necesidad de explorar herramientas complementarias que puedan mejorar los resultados terapéuticos de la EPR en el tratamiento del TOC. Aquí, se observa un creciente interés en la aplicación de enfoques de la Tercera Ola de las TCC, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Mindfulness, como complementos a la EPR. Por ello, las preguntas que guiarán esta investigación serán las siguientes: ¿Cuáles son los estudios que han analizado la efectividad y pertinencia de los tratamientos de la Tercera Ola en el tratamiento del TOC? ¿Cuáles son los estudios que han examinado la aplicación de la Tercera Ola como complemento de la EPR en el tratamiento del TOC? ¿Puede la Tercera Ola ser efectiva como complemento a las intervenciones clínicas a través de la EPR en el tratamiento del TOC?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 *Objetivo General***

Analizar la efectividad de la aplicación complementaria de enfoques de la Tercera Ola (como Terapia de Aceptación y Compromiso -ACT- y Mindfulness) en la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

## **1.3 Fundamentación**

La presente investigación se encuentra fundamentada en la necesidad de buscar herramientas complementarias a la EPR en el tratamiento del TOC para aquellos casos en los que la terapia de elección encuentra sus límites. El TOC es un trastorno crónico, altamente incapacitante, para el cual algunos de los tratamientos existentes pueden producir resultados decepcionantes (Gillan et al., 2017; Reid et al., 2021). La mayoría de quienes lo padecen tienen insight en torno al trastorno. Es decir, entienden que sus comportamientos compulsivos son excesivos y desearían tener mayor control sobre ellos (Stein et al., 2019). Numerosos ensayos controlados indican que la EPR es más eficaz en el mantenimiento de las mejorías que logra -postratamiento y en el seguimiento- que otros tratamientos, tales como el entrenamiento en el manejo de la ansiedad o la medicación (Olatunji et al., 2013).

A pesar de su eficacia y comparación favorable con otros tratamientos, las limitaciones que presenta la EPR motivan el estudio de herramientas que la complementen. En primer lugar, para llevar a cabo esta intervención, los pacientes quedan expuestos a sus pensamientos obsesivos y, en consecuencia, a la ansiedad o asco que les generan, al no realizar las compulsiones, rituales o conductas de evitación. Podría pensarse que por esta condición se explica la resistencia y el rechazo al tratamiento. Estudios indican que entre el 25% y el 30% de los pacientes rechazan este tratamiento, lo abandonan prematuramente o no se adhieren a sus instrucciones (Twohig et al., 2018). Una investigación que compara 22 estudios indica que, en realidad, la tasa media ponderada de abandono de la EPR es del 15,4% (Ong et al., 2016). A esto se suma que cerca de la mitad de los pacientes que reciben EPR adecuadamente (entre 12 y 16 sesiones) continúan experimentando síntomas residuales (Abramowitz et al., 2018). Sin embargo, debe considerarse que, tal como lo señalan Stein et al. (2019), en algunos casos la remisión completa de los síntomas del TOC puede lograrse.

Twohig et al. (2018) afirman que aumentar la aceptabilidad de la EPR, la adherencia de los pacientes y la coherencia de la respuesta es un objetivo importante en la investigación del tratamiento del TOC, precisamente porque esta intervención puede ser muy eficaz. Por tanto, dado que es preciso investigar nuevas opciones de tratamiento que puedan mejorar los resultados, superar las limitaciones actuales y, de esta manera, facilitar la aplicación de la EPR, se vuelve fundamental un trabajo como el presente que permita ordenar y entender el estado actual del corpus académico respecto de este tema.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1 Diseño

El diseño de esta investigación es un estudio de revisión bibliográfica sistemática que tiene como objetivo examinar el estado actual y los resultados de la eficacia de la Tercera Ola y la EPR en el tratamiento del TOC. Se llevó a cabo en el período 2023-2024.

### 2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Fueron objeto de esta investigación los artículos disponibles, tanto empíricos como teóricos, de habla hispana e inglesa cuya fecha de publicación debía estar dentro de los últimos 11 años, lo que asegura que la actualidad de la información. Se incluyeron los artículos que examinaron el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo desde la Exposición y Prevención de Respuesta y la Tercera Ola, comprendiendo dentro de esta última las herramientas Mindfulness y Terapia de Aceptación y Compromiso. Se excluyó todo material que no estuviera circunscripto a las variables y temas pertinentes a este trabajo de investigación. A saber, los artículos que no abordan específicamente el Trastorno Obsesivo Compulsivo, los trabajos que no se aproximan al tratamiento del TOC desde las opciones de tratamiento mencionadas, los que no cumplían con el filtro temporal mencionado y los redactados en idiomas que no son el español o el inglés.

<b>Criterios</b>	<b>Inclusión</b>	<b>Exclusión</b>
<b>Población</b>	Pacientes con diagnóstico de TOC	Pacientes con otras patologías que no sean TOC

<b>Intervención</b>	Exposición y Prevención de Respuesta, Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfulness.	Programas de tratamiento o intervenciones que no incluyan la Exposición y Prevención de Respuesta, la Terapia de Aceptación y Compromiso y Mindfulness.
<b>Fecha de publicación</b>	Últimos 11 años (2013-2024).	Artículos previos al 2013.
<b>Idioma</b>	Inglés y español.	Artículos publicados en idiomas que no sean inglés o español.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

### 2.3 Estrategia y fuentes de búsqueda

La búsqueda de los artículos se replicó en las bases de datos PubMed, APA PsycNet y EBSCO.

Las palabras clave utilizadas fueron: Tercera Ola, Third Wave, Terapia de Aceptación y Compromiso, Acceptance and Commitment Therapy, Atención Plena, Mindfulness, Exposición y Prevención de Respuesta, Exposure and Response Prevention, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Obsesive Compulsive Disorder.

Para la selección de estudios y el posterior análisis de datos se utilizaron los siguientes términos conectados por los operadores booleanos AND y OR: “Tercera Ola” *or* “Third Wave” *or* “Terapia de Aceptación y Compromiso” *or* “TAC” *or* “Acceptance and Commitment Therapy” *or* “ACT” *or* “Mindfulness” *or* “Atención Plena” *and* “Exposición y Prevención de Respuesta” *or* “EPR” *or* “Exposure and Response Prevention” *or* “ERP” *and* “Trastorno Obsesivo Compulsivo” *or* “TOC” *or* “Obsessive Compulsive Disorder” *or* “OCD”.

### 2.4 Selección de estudios y análisis de datos

Una vez arrojados los resultados que siguieron a la búsqueda planteada en la investigación en las bases de datos mencionadas, la selección de estudios se hizo a partir de la lectura de los títulos de los artículos.

Luego de que se descartaran aquellos que por los criterios de exclusión no eran objeto de esta investigación, se realizó una segunda selección después de leer el resumen de los artículos.

Finalmente, se procedió a la lectura exhaustiva de los artículos restantes con la intención de definir el corpus de esta revisión sistemática, dejando solo aquellos que cumplan con los criterios y requerimientos enunciados previamente. Todo lo expuesto se realizó siguiendo la propuesta para las revisiones sistemáticas planteada por la Declaración de PRSIMA 2020 (Page et al., 2021).

## **2.5 Resultados obtenidos**

La búsqueda en las distintas bases de datos fue realizada el 17 de abril de 2024. De la primera selección se obtuvieron 40 artículos. Fueron eliminados 7 documentos por encontrarse duplicados.

En una segunda selección, se descartaron 3 artículos luego de la lectura del título. Después de la lectura de los resúmenes fueron eliminados 2 documentos y, luego, se descartaron 5 por no estar disponibles, habiendo resultado de la búsqueda y posterior selección 23 artículos que fueron leídos y analizados exhaustivamente, encontrándose todos ellos relevantes y pertinentes al tema que hace a este trabajo.



Figura 1. Diagrama de flujo.

### 3. DESARROLLO CONCEPTUAL

El presente trabajo arrojó resultados que muestran una gran diversidad de temas que hacen al interés de esta investigación. Se encontraron fundamentalmente tres aproximaciones. Por un lado, artículos que se ocupan de la Exposición y Prevención de Respuesta con relación al Trastorno Obsesivo Compulsivo y cómo esta terapia de elección tiene resultados más favorables respecto de otras intervenciones. Por otro lado, se encontraron aproximaciones que estudian los abordajes de la Tercera Ola con relación al TOC. Y, por último, artículos que comienzan a investigar cómo estos abordajes de Tercera Ola pueden mejorar los resultados y la adherencia al tratamiento de Exposición y Prevención de Respuesta, tal como se propuso en primer lugar esta investigación.

La revisión, como se dijo, consta de 23 documentos: 12 empíricos y 11 teóricos. La distribución de los tipos de artículos es la siguiente (ver figura 2): 13 estudios cuantitativos, 6 revisiones de literatura, 2 estudios de caso único, 1 revisión sistemática, 1 revisión sistemática y meta-análisis (metodología combinada). En su totalidad, los artículos encontrados son de habla inglesa.

Por otra parte, la distribución de los trabajos por países donde fueron publicados es la siguiente (ver figura 3): 10 en Estados Unidos, 4 en India, 3 en Canadá, 2 en Alemania, 2 en Inglaterra, 1 en Australia y 1 en Irán. En cuanto a los años en que fueron publicados los artículos, la distribución es la siguiente (ver figura 4): 1 en 2013, 1 en 2014, 3 en 2015, 1 en 2016, 2 en 2017, 3 en 2018, 2 en 2019, 1 en 2020, 3 en 2021, 1 en 2022, 4 en 2023, 1 en 2024.

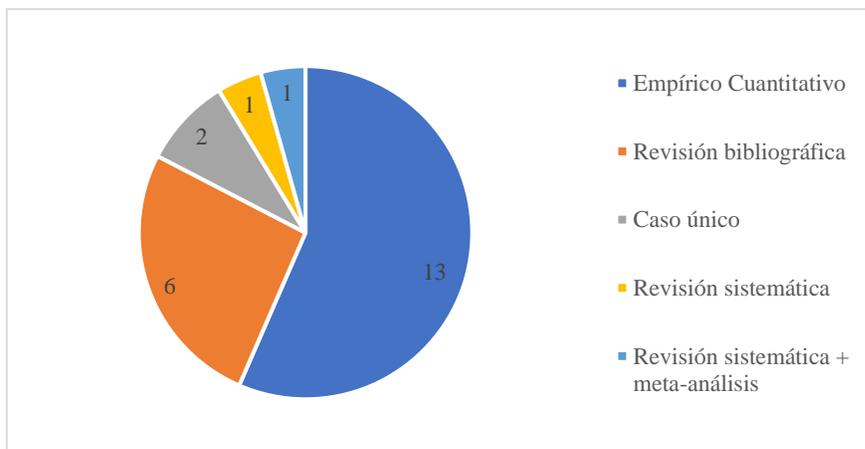


Figura 2. Distribución de artículos por tipos de estudio.

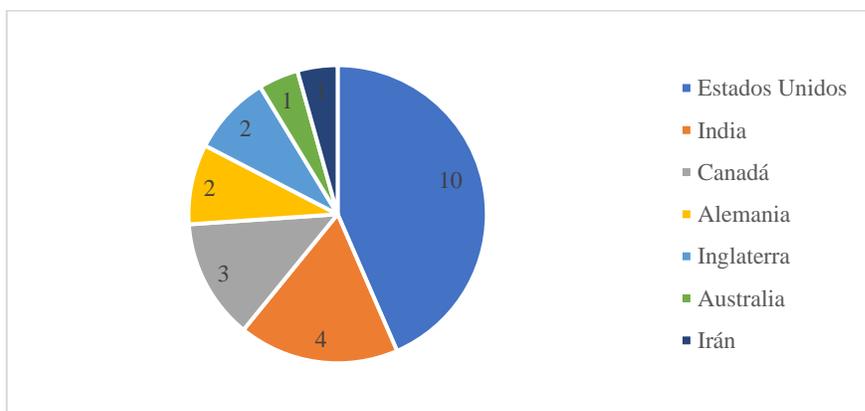


Figura 3. Distribución de los artículos por país.

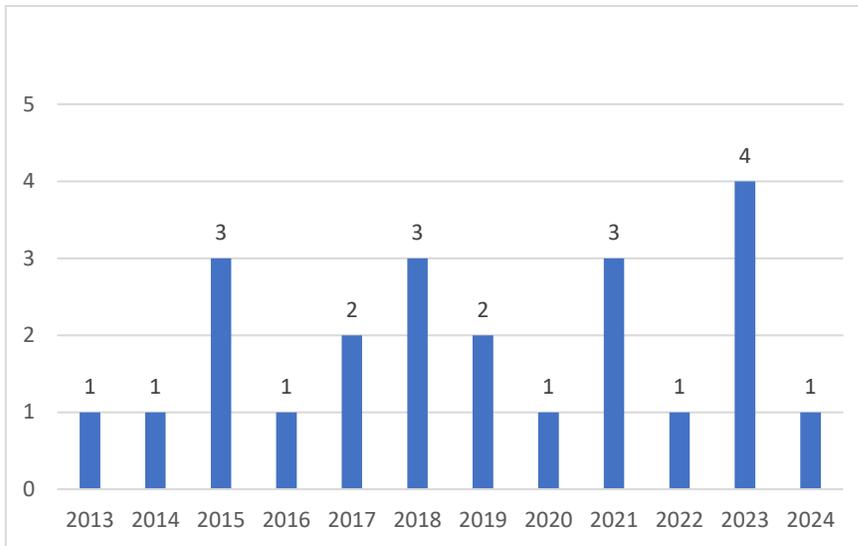


Figura 4. Distribución de artículos por años.

### **Exposición y Prevención de Respuesta**

Si se hiciera un recorrido histórico por las terapias cognitivo-conductuales (TCC), se observaría que han tenido cambios periódicos que podrían conceptualizarse en tres grandes olas o momentos. Estos momentos también han repercutido, como es obvio, en las respuestas terapéuticas que las TCC han ofrecido para el tratamiento del TOC. Así, se puede hacer referencia a la primera ola bajo el título “terapias conductuales”, entendiendo por este término a aquellas terapias basadas en las teorías del condicionamiento operante, que se derivaron de las investigaciones de laboratorio (Manjula & Sudhir, 2019).

La Primera Ola de las TCC conceptualiza el TOC dentro de los trastornos de ansiedad en general, otorgándoles como especificidad que las compulsiones se mantienen a través de un proceso de refuerzo negativo. Desde esta perspectiva, un estímulo originalmente neutro puede convertirse en un estímulo condicionado al asociarse con una experiencia aversiva, como la ansiedad o el asco, generando una respuesta condicionada de malestar (ansiedad y obsesiones) cuando la persona se expone nuevamente al estímulo condicionado. Este proceso se enmarca en el aprendizaje por condicionamiento clásico. Sin embargo, para que esta asociación entre el estímulo y la respuesta se mantenga en el tiempo, es necesario que sea reforzada. Las compulsiones, en este contexto, actúan como un mecanismo que alivia temporalmente la ansiedad y el asco asociados a las obsesiones, funcionando como refuerzos

negativos. Este alivio transitorio refuerza la conexión entre las obsesiones, la ansiedad y las compulsiones, perpetuando el círculo vicioso característico del TOC e impidiendo que la ansiedad disminuya de forma natural. La Primera Ola erige a la Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) como el tratamiento conductual para el TOC, que incluye las exposiciones repetidas a las ideas intrusivas evitando los comportamientos neutralizantes a partir del mecanismo de aprendizaje de habituación y extinción de la ansiedad. A pesar de que la EPR fue desarrollada en los años sesenta, sigue siendo el tratamiento psicoterapéutico para el TOC que cuenta con la evidencia más robusta en cuanto a la efectividad (Arumugham & Reddy, 2014; Manjula & Sudhir, 2019; Strauss et al., 2015).

Twohig et al. (2018) explican que la exposición implica una confrontación sistemática con estímulos mentales y desencadenantes situacionales que son objetivamente seguros (no representan ninguna amenaza real), pero que provocan una ansiedad obsesiva. La prevención de respuesta consiste en abstenerse de realizar los rituales compulsivos cuando se practica la exposición a los pensamientos obsesivos. Los ensayos de exposición generalmente comienzan con la guía del terapeuta durante las sesiones, pero la mayor parte de la práctica ocurre entre sesiones de forma independiente, donde se le prescribe al paciente la exposición diaria a los pensamientos intrusivos (por ej.: tocar el piso percibido como “contaminado”) junto con la abstinencia de rituales en diferentes contextos de su vida, con diversos estímulos que le provocan ansiedad (por ej.: abstenerse de lavarse las manos). Así, el objetivo de la EPR es romper el círculo vicioso del TOC: cuando el paciente no realiza las compulsiones (prevención de respuesta) aprende que la ansiedad puede bajar en forma natural y que los pensamientos obsesivos no son veraces (Ojalehto et al., 2020; Strauss et al., 2015).

Inmersos en el océano de opciones de tratamientos disponibles para el TOC, si bien la EPR ocupa un lugar de privilegio, los tratamientos efectivos para el TOC incluyen también la farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Patel et al., 2017). Un estudio comparativo entre la EPR y la farmacoterapia con ISRS mostró que el 62% de los pacientes que inician tratamiento con EPR presentan mejoría, en comparación con el 53% de los pacientes que empiezan con ISRS (Arumugham & Reddy, 2014). La EPR es el tratamiento de primera línea entre los tratamientos no farmacológicos con validación empírica para el TOC (Manjula & Sudhir, 2019). Se encontró más efectiva que tratamientos

comparables (por ejemplo, entrenamiento de manejo del estrés y medicación) tanto en el postratamiento como en el seguimiento (Twohig et al., 2018). Además, demostró ser una intervención efectiva para entre el 50% y el 85% de los adultos con TOC (Reid et al., 2017). Patel et al. (2017) estudiaron las preferencias y la aceptabilidad de los pacientes hacia distintos tratamientos para el TOC y encontraron que la EPR fue más preferida en comparación con los ISRS.

La TCC y la EPR se encuentran íntimamente relacionadas debido a que, en la práctica, pueden utilizarse juntas. De hecho, es preciso aclarar que muchas veces la literatura hace referencia a la TCC comprendiendo dentro de ella el empleo de EPR. Todos los programas de TCC para TOC implican EPR o la modificación de creencias basada en EPR (Kumar et al., 2016), aunque en ocasiones la literatura las señale como terapias distintas. Las guías de tratamiento indican la aplicación de EPR con o sin terapia cognitiva (Strauss et al., 2018). Arumugham & Reddy (2014) explican que las intervenciones cognitivo-conductuales (intervenciones de reestructuración cognitiva) son utilizadas con frecuencia para facilitar la EPR y que es una estrategia que debe ser utilizada en aquellos pacientes que no cooperan o responden a la EPR. Los estudios revisados muestran información dispersa acerca de la capacidad de la TCC de ayudar a reducir la tasa de abandono de la EPR. En parte se debe a que no queda claro a qué herramientas de la TCC son utilizadas en el tratamiento.

Según los artículos revisados, las terapias basadas en Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) integran dos teorías complementarias: la Teoría del Procesamiento Emocional (TPE) y la Teoría del Aprendizaje Inhibitorio (TAI). Ambas contribuyen a explicar los mecanismos de cambio subyacentes en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), y su integración permite un abordaje más completo en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos (Strauss et al., 2018).

La TPE, una de las bases tradicionales de la EPR, subraya la importancia de la habituación como método clave en el proceso de recuperación. Este enfoque se centra en que los pacientes se enfrenten a sus obsesiones sin realizar compulsiones, permitiendo que la ansiedad disminuya de forma natural al permanecer en la situación temida. De esta manera, el objetivo es reemplazar las asociaciones entre el estímulo temido y el miedo por información correctiva (por ejemplo: "tocar un objeto percibido como contaminado no

provoca enfermedad"). Así, la ansiedad que surge inicialmente disminuye con el tiempo al exponerse repetidamente al estímulo, reduciendo la intensidad de la respuesta emocional y rompiendo el círculo vicioso del TOC.

Por su parte, la TAI amplía este marco al cuestionar la habituación como el único medio terapéutico para el éxito de la EPR. Este modelo propone que el aprendizaje inhibitorio es central en la extinción del miedo, enfatizando que el objetivo principal es la violación de las expectativas negativas de los pacientes frente a las obsesiones. En lugar de sustituir las asociaciones previas, el aprendizaje inhibitorio busca añadir nuevas asociaciones, permitiendo que las personas toleren la incertidumbre y afronten situaciones diversas. Además, la TAI destaca la importancia de generalizar estos aprendizajes a múltiples contextos relevantes para el paciente para maximizar la efectividad del tratamiento a largo plazo (Berman, 2019; Ong et al., 2024; Strauss et al., 2018).

El TOC es un trastorno heterogéneo (Berman, 2019). Las obsesiones y compulsiones pueden presentar características disímiles entre un individuo y otro. Es así como la EPR se ajusta de manera distinta a las características que posean según cada caso. Asimismo, la EPR se adapta en forma diferente según el subtipo de TOC. Por ejemplo, para las obsesiones de contaminación se practica la exposición a los estímulos que el individuo teme por “contaminantes” y se busca la eliminación de conductas de lavado o limpieza. Para las obsesiones de simetría y orden se expone a los pacientes a asimetrías suprimiendo los rituales de orden. Para las obsesiones relacionadas con el sentimiento de dañar y pensamientos inaceptables (obsesiones sexuales, de violencia y religiosas) el proceso de exposición puede implicar un desafío mayor debido a que, en algunos casos, los estímulos a los que los individuos deben enfrentarse son internos como, por ejemplo, exponerse al temor intrusivo de tener comportamientos sexuales inapropiados sin poder controlarlo (Ojalehto et al., 2020).

Un factor que no debe soslayar quien pretenda entender, estudiar, guiar o practicar la EPR es la adherencia al tratamiento como predictor prometedor del resultado. Se ha descubierto que una mejor adherencia es un predictor robusto de la reducción global de la severidad del TOC (Twohig et al., 2018). En este sentido, la tarea de exposición y prevención de respuesta que se prescribe a los pacientes debe ser una práctica repetida y de calidad para optimizar las mejoras que puede proveer la EPR. Así, un adecuado tratamiento debe, por un

lado, evaluar la adherencia a las tareas de exposición y prevención de respuesta entre las sesiones para asegurar el pronóstico esperado y, por otro lado, garantizar que las tareas son explicadas con claridad, demostradas durante las sesiones y entendidas por los pacientes. Para tal fin, se sugiere la utilización de la escala PEAS (Patient ERP Adherence Scale) que evalúa la exposición a partir de tres parámetros: la cantidad de exposiciones asignadas que fueron intentadas, la calidad de las exposiciones intentadas (¿hasta qué punto el paciente siguió las instrucciones que el terapeuta dio?) y el grado de éxito en la prevención de la respuesta, evaluable en cuántos comportamientos compulsivos pudieron resistirse con éxito (Ojalehto et al., 2020).

Existe una gran dispersión en los estudios acerca de en qué frecuencia debe aplicarse la EPR para obtener los resultados que pregona. En una revisión de la literatura actual, Arumugham & Reddy (2014) han estudiado que la intensidad del tratamiento (medida en horas) predice su eficacia. También señalan que la mayoría de los estudios de meta-análisis que consideraron en su estudio realizaban entre 10 y 15 sesiones de EPR por paciente. Además, explican que la eficacia del tratamiento es decreciente cuando la intervención terapéutica es menor a 10 horas. Con lo cual, esto podría entenderse como evidencia para afirmar que la EPR precisa de al menos 10 horas para ser eficaz, siendo esta la frecuencia mínima aplicable. Sin embargo, explican que podría asumirse, a partir de ensayos aleatorios controlados, que un paciente con TOC necesita entre 15 y 20 sesiones de EPR en un período de 8 a 12 semanas.

A pesar de su indiscutible lugar en el tratamiento para el TOC, la EPR no resulta efectiva para todos. Reid et al. (2017) citan una investigación que estimó que el 24% de los pacientes no alcanzan una reducción del 35% en los síntomas después de terminado el tratamiento; dato que anunciaría una mala noticia teniendo en cuenta que dicho porcentaje de reducción de síntomas es postulado como un indicador confiable de respuesta al tratamiento. Ahora bien: ¿por qué una persona no completaría o no respondería a la EPR? La intervención de EPR requiere la interrupción del círculo vicioso del TOC, con la instrucción de abstenerse de la compulsión que neutraliza la ansiedad o el asco. Este punto podría explicar el hecho de que entre el 25% y el 30% de los pacientes se niegan al tratamiento, lo abandonan prematuramente o no se adhieren al tratamiento (Twohig et al., 2018). Bürkle et

al. (2021) precisan que las tareas de la EPR repetidas sistemáticamente son especialmente desafiantes para los pacientes con TOC porque, por definición, se encuentran inmersos en interpretaciones catastróficas de los pensamientos intrusivos y porque existe en ellos múltiples distorsiones cognitivas. Entonces, expuestos al pensamiento obsesivo abstenerse de realizar el comportamiento compulsivo (que alivia aquel pensamiento) se convierte en una tarea titánica.

La EPR es un tratamiento basado en habilidades que involucra ensayos de exposición y prevención de respuestas guiados por el terapeuta durante la sesión. Sin embargo, la mayoría de las prácticas de EPR ocurre entre sesiones en forma de exposiciones diarias prescritas y abstinencia de rituales que el paciente realiza, de manera independiente, con diversos estímulos temidos en diferentes contextos. Así como la adherencia puede ser un factor que explique el éxito de la EPR, también la falta de adherencia representa uno de los mayores desafíos para el buen pronóstico. Por eso, debido a las dificultades que implica enfrentar los propios miedos, muchos pacientes tienen dificultades con la adherencia a las tareas de EPR entre sesiones (Ojalehto et al., 2020). De esta manera, dados los resultados prometedores que puede tener la EPR en el tratamiento del TOC, estudiar cómo podría mejorarse su aceptabilidad en los pacientes no-respondedores se vuelve importante para ampliar aún más los horizontes de la EPR (Strauss et al., 2018).

### **Tercera Ola**

La Tercera Ola de las TCC surge como un movimiento que busca ampliar y complementar los paradigmas de la Primera y Segunda Ola de las TCC, enfocándose en aspectos que las aproximaciones anteriores no lograban abordar completamente, como la aceptación de experiencias internas y el desarrollo de la flexibilidad psicológica. Tanto la Primera Ola, centrada en los principios de condicionamiento clásico y aprendizaje operante, como la Segunda Ola, enfocada en la modificación de cogniciones disfuncionales, demostraron ser efectivas en ciertos contextos, pero presentaron limitaciones importantes.

En el tema que atañe a este trabajo, el tratamiento de primera línea del TOC (EPR) presenta desafíos específicos que ya fueron abordados. Además, se observaron dificultades particulares en pacientes con obsesiones puras (es decir, sin compulsiones manifiestas) y en

aquellos con baja motivación o dificultad de adherencia al tratamiento (Manjula & Sudhir, 2019).

Este nuevo movimiento de TCC introduce un paradigma distinto centrado en la relación que tienen las personas con sus pensamientos, emociones y experiencias internas, en lugar de intentar modificar el contenido de dichas experiencias. Este modelo reconoce que el dolor y el malestar psicológico son inevitables en la vida y que los esfuerzos por controlarlos o evitarlos generan un alivio temporal en detrimento del problema real, porque acaban perpetuándolo a través de refuerzos negativos. Este abordaje incluye conceptos como mindfulness, aceptación, emociones, relaciones interpersonales, valores, metas, metacognición, entre otros, y busca desarrollar en los pacientes una postura de aceptación y apertura hacia el malestar, promoviendo un cambio en cómo enfrentan estas experiencias internas (Manjula & Sudhir, 2019).

Los programas basados en mindfulness y aceptación (también nombrados como MABPs, por sus siglas en inglés) han sido desarrollados sobre una base conceptual coherente y común y suelen estudiarse conjuntamente en revisiones sistemáticas y meta-análisis, debido a las similitudes que presentan en su fundamentación teórica y los mecanismos de acción (Bürkle et al., 2021). Estas terapias enseñan a los pacientes a observar sus pensamientos y emociones desde una postura de curiosidad y sin juicio, reduciendo el impulso de reaccionar automáticamente a las experiencias internas mediante estrategias como la supresión o neutralización de pensamientos intrusivos (Bürkle et al., 2021; Manjula & Sudhir, 2019).

Un aspecto central de estas terapias es el abordaje de la evitación experiencial, definida como el intento de ignorar, suprimir o neutralizar pensamiento y emociones perturbadoras. Este tipo de estrategias, cuyo empleo es muy frecuente en las personas con TOC, se asocia con una mayor severidad de los síntomas a largo plazo y con la cronicidad del círculo vicioso del trastorno (pensamiento obsesivo, ansiedad, comportamiento compulsivo y alivio). Las terapias basadas en mindfulness y aceptación buscan facilitar la interrupción de este ciclo, fomentando una relación más saludable con las experiencias internas y disminuyendo la necesidad de recurrir a estrategias de evitación (Hawley et al., 2021). Además, algunos expertos insisten con señalar que estas metodologías se pueden

integrar con enfoques tradicionales de TCC ampliando su efectividad y alcance (Manjula & Sudhir, 2019).

Aunque los enfoques de la Tercera Ola varían en sus técnicas y objetivos específicos, comparten mecanismos de acción subyacentes, como la búsqueda de reducción de la fusión cognitiva y el aumento de la flexibilidad psicológica (conceptos que serán abordados con mayor extensión más adelante). Estos enfoques novedosos amplían las posibilidades de tratamiento para pacientes que no responden a las terapias tradicionales y ofrecen un modelo más integral centrado en la persona. (Bürkle et al., 2021; Hawley et al., 2021; Manjula & Sudhir, 2019).

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), como parte del movimiento de la Tercera Ola, responde al paradigma que representa: un enfoque centrado en la relación que las personas tienen con sus experiencias internas en lugar de buscar modificar su contenido. Debe su base teórica al contextualismo funcional y a la teoría del marco relacional, que le proporcionan un marco científico para abordar los problemas desde una perspectiva funcional, en lugar de centrarse únicamente en su eliminación (Lee et al., 2018; Manjula & Sudhir, 2019). Desde el punto de vista de ACT, la fuente principal de los problemas psicológicos radica en la inflexibilidad psicológica, que se manifiesta como estrategias de evitación experiencial (EA, por sus siglas en inglés), tales como la supresión, el escape o los intentos de reducir pensamientos y emociones negativas (Manjula & Sudhir, 2019; Vakili et al., 2015). En lo que respecta al TOC, la EA se ha asociado directamente con el desarrollo y el mantenimiento del trastorno, dado que los pacientes realizan compulsiones para reducir el malestar asociado a pensamientos obsesivos, reproduciendo el ciclo del trastorno (Ojalehto et al., 2020; Vakili et al., 2015).

El objetivo principal de ACT no es la reducción de síntomas en sí misma, sino la búsqueda de aumentar la flexibilidad psicológica para que los pacientes puedan experimentar los pensamientos y las emociones que les provocan malestar sin que ello implique un impedimento para perseguir una vida guiada por valores personales (Lee et al., 2018; Vakili et al., 2015). La flexibilidad psicológica comprende seis habilidades fundamentales: aceptación, defusión, consciencia del momento presente, “yo como contexto”, clarificación

de valores y acción comprometida (Lee et al., 2018). La aceptación implica adoptar una postura abierta frente a las experiencias internas, mientras que la defusión ayuda a los pacientes a observar sus pensamientos como eventos mentales pasajeros, sin otorgarles peso de verdades absolutas (Fabricant et al., 2013; Lee et al., 2018; Vakili et al., 2015). La consciencia del momento presente fomenta una conexión activa con el aquí y ahora, en lugar de continuar funcionando en un circuito de rumiación o preocupación, mientras el “yo como contexto” permite a los pacientes verse a sí mismos como separados de sus pensamientos y emociones problemáticas (Lee et al., 2018). Estas habilidades no solo reducen la ansiedad y el impulso de realizar compulsiones, sino que también promueven un comportamiento alineado con valores significativos, lo que mejora la calidad de vida general de los pacientes (Ojalehto et al., 2020; Vakili et al., 2015).

En el tratamiento del TOC, ACT utiliza estrategias específicas para abordar las obsesiones y compulsiones. Estas incluyen analizar la utilidad de las estrategias previas de regulación emocional, aceptar las obsesiones como parte de la experiencia humana y entrenar en mindfulness para permanecer presente con las experiencias internas sin intentar regularlas (Manjula & Sudhir, 2019). Por otra parte, ACT enseña a los pacientes a desidentificarse de sus pensamientos obsesivos y emocionales, considerándolos simplemente como eventos mentales y no como realidades objetivas, lo que reduce su importancia percibida y disminuye la urgencia de realizar conductas compulsivas (Bürkle et al., 2021; Vakili et al., 2015). Este enfoque práctico y orientado a valores asegura que el progreso terapéutico se evalúe en función de la capacidad del paciente para comprometerse con actividades significativas, incluso frente al malestar psicológico (Lee et al., 2018).

A pesar de que es un modelo que no se propone estrictamente la reducción de síntomas, existe evidencia empírica que respalda la eficacia de ACT en esta empresa. Los estudios han demostrado que esta terapia puede producir mejoras significativas tanto en adultos como en adolescentes. El estudio de Vakili et al. (2015) mostró una reducción del 22,2% de los síntomas obsesivo-compulsivos, alcanzando puntuaciones en Y-BOCS que indicaban remisión completa (puntuación  $\leq 8$ ). Los 32 participantes de la investigación eran pacientes ambulatorios que cumplían con los criterios del DSM-IV-TR para el TOC. Los pacientes tenían entre 18 y 50 años, con una duración de los síntomas de al menos un año.

Por otro lado, el trabajo de revisión de Manjula & Sudhir (2019), observó que un programa de ACT de 8 sesiones aplicado en adultos con TOC mostró una mejora del 68% en obsesiones y compulsiones, además de un 81% en ansiedad, depresión y evitación experiencial, con mantenimiento de los resultados durante el seguimiento de 3 meses. Asimismo, un componente que debe resaltarse es que ACT ha demostrado ser más aceptada por los pacientes en comparación con terapias más invasivas o centradas exclusivamente en la EPR, lo que podría explicar su utilidad en aquellos que encuentran las terapias tradicionales demasiado angustiantes (Crino, 2015; Patel et al., 2017). En algunos casos, la combinación de ACT con farmacoterapia ha mostrado resultados superiores (en comparación con ACT sola) en la reducción de síntomas del TOC, aunque no siempre mejora la eficacia de ACT cuando se utiliza de forma autónoma (Vakili et al., 2015).

Un concepto central de ACT es la disposición a experimentar pensamientos y emociones incómodas, (“willingness”, en inglés). Fabricant et al. (2013) definen esta disposición como la apertura a experimentar y tolerar los pensamientos intrusivos y las emociones difíciles sin evitarlos ni controlarlos, transformando la relación de las experiencias internas. Estudios que analizan esta apertura sugieren que los participantes entrenados en aceptación logran tolerar el malestar durante más tiempo y reportan un menor nivel de angustia asociado (Reid et al., 2017). Este énfasis en la aceptación y el compromiso con los valores personales facilita el desarrollo de una relación más saludable con las experiencias internas, permitiendo a los pacientes avanzar hacia una vida más plena, a pesar de sus síntomas (Lee et al., 2018; Manjula & Sudhir, 2019).

Aunque los resultados de ACT son prometedores, sería preciso revisar más estudios con muestras amplias y grupos de control activos para consolidar su eficacia como intervención única en el tratamiento del TOC (Manjula & Sudhir, 2019). En última instancia, ACT representa un modelo terapéutico integral que no solo aborda los síntomas (en el caso del TOC, obsesivo-compulsivos), sino que también ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades duraderas para enfrentar el malestar psicológico, fomentando una vida guiada por valores significativos y objetivos personales (Manjula & Sudhir, 2019; Lee et al., 2018; Vakili et al., 2015).

## **Integración de la Terapia de Aceptación y Compromiso y Exposición y Prevención de Respuesta**

La integración de la ACT con la EPR representa un enfoque prometedor para abordar el TOC, especialmente en pacientes con baja flexibilidad psicológica o resistencia inicial a la EPR. Desde el punto de vista de ACT, la EPR se concibe no solo como una herramienta que posibilita la reducción de la ansiedad mediante habituación o aprendizaje inhibitorio, sino como un vehículo para fomentar la disposición a experimentar pensamientos y emociones desagradables, con el propósito de avanzar hacia una vida guiada por valores personales (Lee et al., 2018; Twohig et al., 2018). Este enfoque le otorga un aire nuevo a la EPR, entendiéndola como un ejercicio orientado a la flexibilidad psicológica, a partir del cual los pacientes aprenden a interactuar con estímulos temidos mediante habilidades como la aceptación, la defusión psicológica, la consciencia del momento presente y el desarrollo de un sentido de “yo como contexto”. Estas habilidades expanden su repertorio conductual, promoviendo comportamientos que puedan alinearse con metas u objetivos valiosos fuera del contexto terapéutico (Lee et al., 2018; Reid et al., 2017).

El trabajo realizado por Lee et al. (2018) describió la manera en que ACT fue aplicada a un caso de TOC ficcional (caso de Terry), representativo -según los autores- de múltiples experiencias con pacientes reales. El caso que se expone presenta un paciente cuya especificidad es la escrupulosidad, un subtipo caracterizado por obsesiones intensas relacionadas con cuestiones religiosas y/o morales. Estas obsesiones pueden incluir un miedo intenso a pecar, ofender a Dios, cometer actos inmorales, tener prácticas religiosas imperfectas o tener pensamientos o imágenes mentales “impuras”. Existe evidencia que sugiere que ACT es especialmente efectivo para este subtipo de TOC. A través de un protocolo de veinte sesiones, los autores integraron progresivamente técnicas de EPR en las etapas finales del tratamiento (últimas diez sesiones), mientras que en las primeras sesiones (primeras diez) se enfocaron en desarrollar procesos centrales de ACT, como la aceptación y la defusión psicológica, para promover flexibilidad psicológica.

Los resultados, que representarían experiencias reales con pacientes con TOC, mostraron una disminución significativa en la severidad del TOC y avances importantes en la capacidad del paciente para manejar pensamientos y emociones intrusivas. El eje central

de esta intervención psicoterapéutica estaría puesto en darle suficiente tiempo al paciente para que practique la flexibilidad psicológica como paso previo a las sesiones que incluyan las tareas de EPR. En este sentido, este caso parece especialmente elocuente, debido a que previo al tratamiento -como comúnmente sucede con este subtipo de TOC- este paciente tendría una gran resistencia no solo a practicar exposiciones, sino también a cuestionar sus ideas intrusivas.

Con todo, los resultados presentados por este trabajo carecen de valor como prueba empírica de la eficacia del tratamiento combinado de ACT y EPR para el TOC. Aunque el caso de Terry se presenta -según los autores- como representativo de experiencias clínicas reales, no puede ser considerado evidencia científica válida para evaluar la efectividad de este modelo terapéutico, siendo necesario recurrir a estudios controlados con datos empíricos para fundamentar cualquier afirmación sobre su eficacia.

Una investigación cuyos resultados sí pueden considerarse como evidencia científica válida para la evaluación del modelo terapéutico combinado que se está estudiando es el presentado por Twohig et al. (2018). Los autores de este estudio llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado con 58 adultos para comparar la eficacia de la EPR tradicional con un tratamiento que combinaba ACT y EPR. Los participantes eran en su mayoría mujeres (68%) y con una edad promedio de 27 años. Presentaban síntomas moderados a severos de TOC, junto con comorbilidades como trastornos de ansiedad (19-32%) y depresivos (24-39%). Todos estaban estabilizados con medicación psicotrópica o no la utilizaban. Se excluyó a quienes presentaban ideación suicida activa, depresión severa, psicosis o trastornos de personalidad, así como a aquellos con experiencia previa en EPR o ACT, garantizando la validez del diseño. La intervención de EPR tradicional (aplicada sobre el primer grupo de 28 participantes) se centró en la habituación a la ansiedad y la modificación de creencias obsesivas; el enfoque ACT y EPR (aplicado sobre el segundo grupo de 30 participantes) utilizó la EPR con el objetivo de fomentar la flexibilidad psicológica y avanzar hacia metas significativas para sus vidas (ACT).

Los resultados mostraron que ambos enfoques -el tradicional y el combinado- fueron igualmente efectivos en la reducción de síntomas del TOC y la depresión comórbida, con mejoras sostenidas a lo largo de seis meses. Del mismo modo, no se observaron diferencias

significativas en la adherencia, la aceptación o las tasas de abandono, lo que indicó que ambas modalidades son opciones viables y bien aceptadas. Esta investigación se encontró alineada con otros trabajos que fueron revisados por los autores. Es así como sugieren que, mientras se proporcione una justificación empírica, el marco utilizado no impacta de manera diferencial en la credibilidad y las calificaciones de expectativa de la EPR. Debe destacarse que, aunque ACT + EPR no mostraron ventajas significativas sobre EPR tradicional, representa una alternativa eficaz para pacientes con características específicas, como aquellos que tienen dificultades en la disposición para enfrentar obsesiones.

Otro trabajo realizado por Fabricant et al. (2013) comparó los efectos de intervenciones breves basadas en ACT, exposición imaginaria y escritura expresiva en 56 participantes con TOC (22 mujeres y 34 hombres) con una edad promedio de 20 años y 8 meses (rango de 18 a 26 años, excepto un caso de 53 años). Los participantes fueron seleccionados por puntuar alto en la subescala de obsesiones del OCIR-O y reportar pensamientos intrusivos no deseados que causaban al menos un nivel moderado de malestar. La muestra fue mayoritariamente blanca (87%), con representación mínima de otras etnias. Se excluyó a quienes mostraban ideación suicida activa o características psicóticas evidentes. En cuanto a las intervenciones, la exposición imaginaria implicó que los participantes confrontaran sus pensamientos obsesivos imaginándolos detalladamente y de forma repetida, para reducir su impacto emocional. Por su parte, la escritura expresiva -grupo control- consistió en que los participantes escribieran sobre sus experiencias emocionales personales sin enfocarse específicamente en sus pensamientos obsesivos.

Los resultados mostraron reducciones significativas en los síntomas y creencias disfuncionales en los tres grupos, sin diferencias en las condiciones. Sin embargo, ACT y la exposición imaginaria favorecieron una mayor disposición para enfrentar pensamientos intrusivos, aunque esta no predijo cambios sintomáticos. Los autores concluyen que ACT y la exposición imaginaria son alternativas viables que comparten mecanismos de acción en la reducción de síntomas obsesivos. En este sentido, los resultados de este estudio, aunque puedan encontrarse similitudes entre la exposición imaginaria y algunos componentes de la EPR, no pueden interpretarse como resultados de un tratamiento combinado entre ACT y EPR, puesto que este último tratamiento no es utilizado.

En otro orden, la disposición o “willingness” para experimentar pensamientos intrusivos y sensaciones físicas aversivas (conceptos basales de ACT) es un factor central en la eficacia de un modelo integrativo. Estudios sugieren que una mayor disposición antes, durante y después de las sesiones de EPR se asocia con una mayor adherencia al tratamiento, menos rituales y una reducción más rápida de los síntomas obsesivo-compulsivos (Bürkle et al., 2021; Reid et al., 2017). Este enfoque contrasta con la EPR tradicional, dado que considera que la disposición fomenta una tolerancia activa hacia el malestar interno, reduciendo la dependencia de estrategias de evitación que, aunque buscan aliviar el malestar, prolongan el ciclo del TOC (Reid et al., 2017). En esta línea, ACT complementa a la EPR al proporcionarle un marco conceptual que prioriza el aprendizaje inhibitorio y la aceptación del miedo, en lugar de depender exclusivamente de la habituación como indicador de progreso terapéutico (Twohig et al., 2018).

Al analizar los trabajos de Lee et al. (2018), Twohig et al. (2018) y Fabricant et al. (2013), se puede observar una diferencia sustancial en la validez de sus aportes para evaluar la efectividad de un modelo integrativo de ACT y EPR. Por un lado, el caso ficcional presentado por Lee et al. (2018) y el estudio de Fabricant et al. (2013), aunque ilustrativos, carecen de la rigurosidad metodológica necesaria para ser considerados evidencia empírica sobre la eficacia de la integración de estas terapias. Lee et al. (2018) se limitan a un ejemplo teórico basado en experiencias clínicas, mientras que Fabricant et al. (2013) no exploran el modelo combinado, sino que analizan intervenciones separadas que, aunque comparten algunos mecanismos, no evalúan la eficacia del tratamiento integrado.

Por otro lado, el estudio de Twohig et al. (2018) aporta evidencia relevante mediante un ensayo clínico aleatorizado que comparó directamente EPR tradicional con un enfoque combinado de ACT y EPR. Los resultados mostraron que ambas intervenciones fueron igualmente efectivas para reducir los síntomas del TOC y la depresión comórbida, con mejoras sostenidas a lo largo del tiempo. Aunque ACT + EPR no demostró superioridad frente a la EPR tradicional, pero se destacó como una alternativa válida. Este estudio refuerza la relevancia del modelo integrativo al aportar datos empíricos que validan su viabilidad y utilidad en contextos específicos, consolidándose como una opción terapéutica valiosa en el tratamiento del TOC.

## **Mindfulness**

El mindfulness se define como una práctica que permite desarrollar la capacidad de prestar atención al momento presente de forma intencional, consciente y sin emitir juicios. Esta definición, derivada de tradiciones contemplativas budistas, ha sido adoptada al ámbito psicológico con el propósito de fomentar una postura de aceptación y curiosidad hacia las experiencias internas, particularmente aquellas relacionadas con los pensamientos, las emociones y las sensaciones físicas (Bürkle et al., 2021; Hawley et al., 2021; Manjula & Sudhir, 2019; Tolin, 2023; Strauss et al., 2018). En el caso del TOC, la relevancia que el mindfulness ha adquirido radica en su capacidad de facilitar la posibilidad de manejar las obsesiones y compulsiones de forma menos reactiva, contribuyendo a una disminución del malestar percibido y a la modificación de patrones cognitivos desadaptativos (Arumugham & Reddy, 2014; Castle et al., 2023; Hawley et al., 2021; Strauss et al., 2018).

El mindfulness introduce un cambio en la forma en que las personas se relacionan con sus pensamientos, promoviendo la observación descentrada. Desde esta perspectiva, las obsesiones se conciben como eventos mentales transitorios y no como entidades absolutas con carácter real, lo que posibilita una reducción en la importancia que se le otorgan. El proceso consiste en etiquetar los pensamientos intrusivos y permitir que sigan su curso natural, sin involucrarse activamente en ellos ni en intentar suprimirlos o controlarlos. Por ejemplo, a un paciente que piensa “podría lastimar a alguien si no controlo mis acciones” y que desarrolla comportamientos compulsivos para neutralizar tal pensamiento, el mindfulness lo invita a etiquetar ese pensamiento como “solo un pensamiento”, observándolo pasar sin reaccionar emocionalmente ni intentar refutarlo en forma activa. (Hawley et al., 2021; Manjula & Sudhir, 2019; Strauss et al., 2018). Esta práctica reduce la ansiedad asociada y limita la necesidad de recurrir a compulsiones como estrategia de regulación emocional.

Un aspecto esencial del mindfulness es su enfoque en la “modalidad de ser”, frente a la “modalidad de hacer”. Mientras que la segunda se centra en la resolución de problemas, frecuentemente a través de compulsiones, la primera fomenta la aceptación de las experiencias internas, ayudando a tolerar la incertidumbre y disminuyendo la activación psicofisiológica generada por las obsesiones (Manjula & Sudhir, 2019).

Las intervenciones basadas en mindfulness (también denominadas MBIs, por sus siglas en inglés) se integran con frecuencia en enfoques terapéuticos como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, siglas en inglés) o el Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR, siglas en inglés). Estas intervenciones diseñadas en formatos estructurados de ocho semanas, combinan ejercicios de atención plena con elementos de la TCC. El MBCT, incluye componentes específicos para el TOC, como la exposición controlada a los estímulos disparadores y el uso del mindfulness para enfrentar las obsesiones sin recurrir a compulsiones (Aardema et al., 2022; Castle et al., 2023; Manjula & Sudhir, 2019; Strauss et al., 2018). El MBSR, aunque no es específico para el TOC, pone su foco en la promoción de conciencia plena y no reactiva, y puede ayudar a los pacientes a flexibilizar su pensamiento y disminuir la rigidez cognitiva, elementos característicos de los pacientes con TOC (Aardema et al., 2022, Castle et al., 2023).

La literatura indica que las intervenciones basadas en mindfulness, como el MBSR, son útiles como tratamientos complementarios para el TOC, aunque no han demostrado resultados superiores a la EPR. Por ejemplo, estudios controlados han demostrado que la TCC basada en mindfulness es eficaz en la reducción de síntomas residuales después de un tratamiento de TCC y EPR aplicados de manera conjunta, mejorando además las habilidades de mindfulness y promoviendo cambios positivos en la funcionalidad del paciente (Adamis et al., 2023; Castle et al., 2023). Sin embargo, los beneficios a largo plazo son menos consistentes y requieren mayor investigación (Aardema et al., 2022; Adamis et al., 2023).

Una investigación llevada a cabo por Kumar et al. (2016) evaluó la eficacia de la TCC integrada con mindfulness en pacientes con predominancia de obsesiones, un subtipo del TOC caracterizado por pensamientos intrusivos repetitivos sin la presencia marcada de comportamientos compulsivos visibles (también denominados compulsiones mentales). En estos casos, la naturaleza abstracta de las compulsiones, manifestadas comúnmente en rituales mentales (por ejemplo, la repetición mental de frases o números), dificulta la aplicación de intervenciones tradicionales como la EPR, enfatizando la importancia de explorar enfoques alternativos. Los autores de esta investigación estudiaron a 27 pacientes con TOC con predominancia de obsesiones. Los participantes presentaban obsesiones sexuales, agresivas, religiosas, dudas patológicas y miedos supersticiosos, con un 87% bajo

tratamiento con ISRS en dosis estables. El 37% no tenía comorbilidades psiquiátricas, mientras que otros presentaban ansiedad o depresión. Se excluyeron pacientes con compulsiones motoras prominentes, psicosis, trastorno bipolar, abuso de sustancias o que hubieran recibido TCC en el último año. En cuanto a la intervención, les proporcionaron entre 12 y 16 sesiones de TCC integrada con mindfulness.

Los autores observaron una reducción de síntomas obsesivos en el 67% de los pacientes a los 3 meses de seguimiento, mejoras significativas en la severidad del TOC, síntomas de ansiedad y depresión, calidad de vida y funcionamiento socio-ocupacional. También, encontraron que la práctica de mindfulness ayudó a los pacientes a desarrollar una actitud de dejar ir los pensamientos intrusivos, reduciendo el impacto emocional que estos les generaban. Sin embargo, los resultados no son concluyentes por múltiples razones: la muestra fue pequeña, no hubo comparación con un grupo control y tampoco se evaluaron los efectos en el largo plazo.

Entre las ventajas que ofrece el mindfulness debe destacarse su alta aceptabilidad, especialmente en pacientes que experimentan las terapias basadas en exposición (EPR) como demasiado angustiantes. Esto lo convierte en una opción viable para quienes no toleran terapias más invasivas o provocadoras de ansiedad (Adamis et al., 2023). Además, el enfoque en la aceptación y la reducción de la reactividad emocional ofrece herramientas efectivas para abordar fenómenos como la fusión pensamiento-acción y la supresión de pensamientos, ambos comunes en el TOC (Arumugham & Reddy, 2014; Manjula & Sudhir, 2019; Tolin, 2023).

No obstante, los artículos revisados muestran limitaciones significativas. En primer lugar, en la literatura sobre el tema hay una falta de ensayos clínicos controlados rigurosos que evalúen su eficacia, lo que dificulta que puedan establecerse conclusiones sólidas y definitivas sobre sus beneficios terapéuticos en comparación con otras intervenciones (Arumugham & Reddy, 2014). Asimismo, los beneficios que pueden obtenerse a partir del mindfulness en el corto plazo para reducir los síntomas obsesivo-compulsivos no siempre permanecen en el largo plazo, con lo cual aparece un manto de duda respecto de su estabilidad terapéutica (Adamis et al., 2023). Por otro lado, como ya se dijo, la mayoría de las intervenciones basadas en mindfulness contienen elementos de otras terapias, lo que dificulta

el estudio de los efectos específicos del mindfulness aislados de las otras intervenciones (Arumugham & Reddy, 2014). En adición, resulta necesario investigar cuáles son los mecanismos específicos sobre los que trabaja el mindfulness para entender si los efectos terapéuticos del mindfulness se apoyan en mecanismos terapéuticos proveídos por otros enfoques (Adamis et al., 2023; Tolin, 2023). Para resumir, la falta de ensayos clínicos rigurosos, los beneficios inconsistentes a largo plazo y la integración de elementos de otras terapias dificultan la tarea de evaluar la eficacia específica del mindfulness en el TOC.

Un área que se encuentra en emergencia es la incorporación de tecnologías para potenciar las prácticas de mindfulness. Hawley et al. (2021) evaluaron la eficacia de un programa de mindfulness apoyado por un dispositivo de biofeedback (llamado “Muse”) basado en electroencefalografía (EEG). El dispositivo “Muse” es una banda de EEG que se ubica en la cabeza y se contacta de forma inalámbrica al celular. Proporciona -durante la práctica de mindfulness- un registro de actividad EEG y una retroalimentación auditiva en tiempo real: si el paciente está concentrado, emite sonidos suaves; si está distraído emite sonidos intensos. Los sonidos están relacionados con la naturaleza (viento, agua fluyendo, tormentas, etc.). Esta retroalimentación auditiva facilita al usuario a mantener la atención en el momento presente.

El estudio incluyó a 71 pacientes diagnosticados con TOC como condición primaria según el DSM 5, con una edad promedio de 26 años. La mayoría eran caucásicos (77%) y solteros (63%), y presentaban altas tasas de comorbilidades, como depresión mayor (56%), trastorno de ansiedad generalizada (38%) y trastorno de pánico (26%). Se excluyeron participantes con trastornos psicóticos, bipolares, PTSD, abuso de sustancias, intentos de suicidio recientes o condiciones médicas orgánicas. Los pacientes fueron asignados al grupo experimental, que recibió un programa de mindfulness con retroalimentación basada en EEG, o al grupo control, que permaneció en lista de espera.

Hawley et al. (2021) encontraron que los participantes del grupo experimental mostraron un aumento en la capacidad de “no reactividad” hacia pensamientos intrusivos, una dimensión central del mindfulness, medida a través de la escala FFMQ. Además, registraron -a partir del registro EEG- un aumento en las bandas alfa y beta de la actividad cerebral, indicadores que pueden ser interpretados como un aumento del enfoque mental y

una disminución de la distracción. Finalmente, descubrieron que los participantes que practicaron mindfulness facilitado por el dispositivo “Muse” obtuvieron mejoras significativas en la escala Y-BOCS autoadministrada, asociadas a reducciones significativas de los síntomas del TOC.

A pesar de los resultados alentadores que presenta esta investigación, deben mencionarse algunas limitaciones que presenta este estudio. Por un lado, el tamaño de la muestra es pequeño (N=71) y el del grupo experimental más aún (N=36), lo que impide la generalización de estos resultados. Por otro lado, el grupo experimental (que utilizó el dispositivo “Muse”) es comparado con el grupo control que no recibió ningún tipo de intervención. En este sentido, sería importante comparar el grupo experimental que participa de un programa de mindfulness asistido con el dispositivo “Muse” con un grupo de control que reciba un programa de mindfulness tradicional, escenario que posibilitaría la observación de los efectos concretos de la utilización de esta tecnología en el mindfulness.

### **Integración de Mindfulness y Exposición y Prevención de Respuesta**

La combinación de mindfulness con la EPR ha surgido como un enfoque terapéutico integrador que busca potenciar los beneficios terapéuticos de la EPR tradicional, intervención ampliamente reconocida para el tratamiento del TOC. Este enfoque, conocido frecuentemente como MB-EPR (por sus siglas en inglés: Mindfulness-Based Exposure and Response Prevention), propone incorporar elementos de mindfulness para abordar los desafíos que presenta la EPR en términos de adherencia y efectividad, especialmente en pacientes con síntomas complejos (por ejemplo, predominancia de obsesiones) o resistencia a las estrategias convencionales de la EPR (Manjula & Sudhir, 2019; Strauss et al., 2015; Strauss et al., 2018).

El mindfulness, en este contexto, se establece como una práctica que fomenta la observación descentrada de los pensamientos y emociones. Este cambio en la relación con las obsesiones facilita la aceptación de las sensaciones de ansiedad sin recurrir a estrategias de supresión o neutralización, lo cual es fundamental para el proceso de habituación en la EPR (Bürkle et al., 2021; Strauss et al., 2018). En pacientes con TOC, esta integración permite reducir la evitación experiencial, un fenómeno que contribuye significativamente al mantenimiento del trastorno y promueve la capacidad de enfrentarse a los estímulos

obsesivos con mayor flexibilidad cognitiva y emocional (Kumar et al., 2016; Manjula & Sudhir, 2019).

Uno de los beneficios que más se destaca de la integración de estos dos enfoques terapéuticos es su capacidad para mejorar el compromiso del paciente con las tareas terapéuticas. La EPR tradicional enfrenta limitaciones relacionadas con la alta intensidad emocional que generan las exposiciones, lo que puede llevar a tasas de abandono o baja adherencia. El mindfulness, al incluir las prácticas guiadas en las sesiones y herramientas como grabaciones de audio para que los pacientes puedan usar para practicar entre sesiones, les permite aceptar y tolerar mejor los niveles elevados de ansiedad asociados a las tareas de exposición (Bürkle et al., 2021; Strauss et al., 2018).

Además, la integración de mindfulness proporciona a los pacientes herramientas concretas para manejar las compulsiones automáticas, permitiéndoles tomar decisiones conscientes en lugar de ceder impulsivamente. Por ejemplo, durante las tareas de exposición, las prácticas de mindfulness ayudan a dirigir la atención del paciente hacia elecciones disponibles en el momento presente, facilitando la resistencia a los comportamientos compulsivos (Strauss et al., 2018). De esta manera, la MB-EPR no solo fortalece el aprendizaje inhibitorio, sino que también promueve la capacidad del paciente para generalizar estas habilidades a situaciones de la vida diaria (Manjula & Sudhir, 2019).

En una investigación titulada “Evaluation of Inference-Based Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial with Three Treatment Modalities”, Aardema et al. (2022) compararon la efectividad de tres enfoques terapéuticos para el TOC: la TCC basada en inferencias (I-CBT, siglas en inglés), la terapia cognitivo conductual basada en aceptación (A-CBT, siglas en inglés) y la reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR, siglas en inglés). El estudio incluyó a 111 participantes con TOC, distribuidos equitativamente en las tres modalidades. Los participantes tenían un diagnóstico de TOC severo (promedio de 25.5 en Y-BOCS), con edades entre 18 y 65 años (media de 39). El 46% eran mujeres, el 42% tenía título universitario, y el 41% presentaba comorbilidades como ansiedad o depresión. El 47% recibía tratamiento con antidepresivos estabilizados. Se excluyeron personas con ideación suicida, esquizofrenia, trastorno bipolar o uso de sustancias. En cuanto a las modalidades, la

I-CBT se centró en corregir las inferencias disfuncionales detrás de las obsesiones; la A-CBT combinó EPR con reestructuración cognitiva y elementos de aceptación para abordar creencias disfuncionales y ansiedad; la MBSR promovió la aceptación plena y la conciencia en el momento presente.

Los resultados mostraron que todas las modalidades redujeron significativamente los síntomas del TOC (Y-BOCS): el I-CBT redujo los síntomas en un 46%, el A-CBT en un 47% y el MBSR en un 41% (porcentajes aproximados). La I-CBT se destacó por su rapidez en la remisión y su efectividad en creencias sobrevaloradas. La A-CBT se destacó por su capacidad de reducir la ansiedad a través de un enfoque más activo y estructurado, en tanto que la MBSR, aunque fue efectiva en la mejora del bienestar general y la reducción del estrés, fue menos específica en la disminución directa de obsesiones y compulsiones.

En 2018 se publicó un artículo realizado por Strauss et al. (2018) que explora la integración del mindfulness con EPR en el tratamiento del TOC. Este estudio piloto aleatorizado evaluó la eficacia del enfoque combinado en comparación con la EPR tradicional, analizando tanto la severidad de los síntomas del TOC como la adherencia a las tareas terapéuticas. 37 participantes diagnosticados con TOC según el DSM IV fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno recibió el enfoque combinado y otro EPR tradicional. La edad promedio fue de 33 años en el grupo MB-EPR y 27 años en el grupo EPR, con una mayoría de mujeres en MB-EPR (79%) y un equilibrio de género en EPR (50%). La mayoría eran británicos blancos (95% en MB-EPR y 100% en EPR), y un porcentaje significativo estaba empleado (63% en MB-EPR y 56% en EPR). Además, el 26% de MB-EPR y el 50% de EPR tenían estudios universitarios completos. Se excluyeron aquellos con causas orgánicas del TOC, discapacidades intelectuales, psicosis, PTSD, anorexia nerviosa o abuso de sustancias. Ambos grupos recibieron 10 sesiones de terapia.

Los resultados mostraron que ambos grupos redujeron la severidad de los síntomas del TOC (entre el 36% y el 38% de mejoría), pero no se observaron diferencias clínicamente significativas entre los grupos (síntomas medidos con la escala YBOCS-II). El grupo que recibió MB-EPR presentó mejoras moderadas en los niveles de mindfulness con respecto a la EPR estándar, con incrementos observados en las subescalas de “no juzgar” y “no reaccionar”, del cuestionario FFMQ-SF. Aunque la escala FFMQ-SF no mide síntomas de

TOC, los incrementos en las subescalas mencionadas sugieren que MB-EPR puede promover habilidades específicas de mindfulness útiles para manejar pensamientos intrusivos. Por otro lado, el estudio indica que el mindfulness podría facilitar que los pacientes participen plenamente en las tareas de EPR y resistan las compulsiones automáticas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a participación en la intervención terapéutica, es decir, en la asistencia a las sesiones y en la finalización de las tareas.

El estudio presenta limitaciones como un tamaño reducido de muestra (37 participantes), baja retención en el seguimiento (65%) y una muestra predominantemente compuesta por británicos blancos, lo que restringe la generalización de los resultados. En esta línea, se destaca la necesidad de estudios más amplios y controlados (Strauss et al., 2018).

### **Estudio de caso único: integración de mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso y Exposición y Prevención de Respuesta**

Berman (2019) aborda un caso clínico que ilustra con elocuencia la integración de mindfulness, ACT y EPR para el tratamiento del TOC. Este enfoque lo considera especialmente útil para el trabajo con obsesiones de contenido tabú o prohibido, como pensamientos intrusivos sexuales, religiosos o agresivos, y compulsiones mentales, que suelen generar una intensa angustia emocional y resistencia al tratamiento con estrategias convencionales (por ejemplo, EPR tradicional).

El caso que se analiza es el de June, una mujer de 32 años que presentaba obsesiones de contenido sexual y religioso, como imágenes perturbadoras de carácter sexual relacionadas con figuras sagradas. Por ejemplo, tenía imágenes intrusivas de Jesús y la Virgen María desnudos. Estas obsesiones generaban en ella una profunda culpa y ansiedad, llevándola a realizar rituales mentales de neutralización, como repeticiones internas de frases positivas o intentos constantes de suprimir dichos pensamientos. Estas estrategias no solo resultaban ineficaces, sino que además reforzaban el ciclo de evitación e incrementaban el malestar asociado al TOC. En esta línea, June evidenciaba una baja tolerancia al malestar emocional y una tendencia a invalidar sus experiencias internas, factores que complejizaban aún más su cuadro clínico.

El tratamiento se diseñó de manera tal que puedan integrarse habilidades de mindfulness y ACT, facilitando un cambio en la relación de June con sus pensamientos e imágenes intrusivas y sus emociones. El protocolo de Berman (2019) consistió en 18 sesiones divididas en cuatro fases. La primera fase (sesiones 1-3) incluyó psicoeducación y preparación del paciente. En la segunda (sesiones 4-7) se desarrollaron habilidades de mindfulness y regulación emocional. En la tercera (sesiones 8-15), se realizaron intervenciones de EPR basadas en aprendizaje inhibitorio (exposiciones graduales imaginarias y en vivo), integrando mindfulness para manejar el malestar sin ritualizar. Estas intervenciones de EPR ayudaron a June a desafiar las creencias catastróficas, como la idea de que sus pensamientos podrían tener implicancias reales. Finalmente, la cuarta fase (sesiones 16-18) buscó consolidar los logros y prevenir recaídas. Este enfoque abordó obsesiones y compulsiones, promoviendo flexibilidad psicológica, tolerancia al malestar y defusión psicológica, buscando también alinear las tareas a los valores personales del paciente. A saber, June identificó su compromiso con la fe y las relaciones familiares como sus valores centrales, y estas prioridades fueron utilizadas como motivadores para enfrentar sus miedos en lugar de evitarlos. Al igual que las obsesiones que experimentaba el caso ficcional de Terry (Lee et al., 2018), las obsesiones de June podrían considerarse dentro del subtipo de escrupulosidad. Y, por otra parte, este caso estaría incluido en lo que Kumar et al. (2016) definen como TOC con predominancia en obsesiones.

Los resultados al final del tratamiento fueron alentadores. Se observó una disminución significativa en la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos (Y-BOCS): disminución aproximada del 64% en el postratamiento. Además, observaron mejoras notables en sus habilidades de mindfulness y regulación emocional (CAMS-R y DERS). Además, reportó mayor capacidad para tolerar pensamientos intrusivos sin recurrir a estrategias de evitación.

Al ser un estudio de caso único, es evidente que los resultados no pueden generalizarse. Sin embargo, se advierte -a partir de los resultados del caso de June- que este enfoque integrador (mindfulness, ACT y EPR) puede ser una alternativa más que válida para abordar algunos casos de TOC. Berman (2019) es persuasivo respecto de la necesidad de formular intervenciones personalizadas cuando los cuadros clínicos presentan una diversidad

sintomatológica que podría ser desfavorable en intervenciones convencionales como EPR sola.

## **4. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES**

### **4.1 Síntesis**

La presente investigación confirma que la EPR se mantiene como el tratamiento de primera línea para el TOC, con una efectividad demostrada que oscila entre el 50% y el 85% de los casos. Este enfoque es el estándar terapéutico más sólido debido a su efectividad para interrumpir el ciclo del TOC mediante la habituación y el aprendizaje inhibitorio. La EPR permite a los pacientes enfrentarse a sus obsesiones, tolerar el malestar que estas generan y evitar las compulsiones que refuerzan el trastorno, promoviendo cambios significativos en la intensidad de los síntomas. Sin embargo, enfrenta limitaciones asociadas con la adherencia al tratamiento, el rechazo inicial por parte de algunos pacientes y la alta carga emocional que implica. Estas barreras han motivado la exploración de enfoques complementarios que amplíen la aceptabilidad y la eficacia del tratamiento.

En este marco, se evaluó la integración de herramientas de la Tercera Ola, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Mindfulness, con la EPR. Los resultados muestran que, aunque estas combinaciones no superan la efectividad de la EPR aplicada de manera independiente en la reducción de síntomas obsesivo-compulsivos, tampoco presentan resultados inferiores. Este hallazgo refuerza su utilidad como una alternativa válida en contextos específicos, especialmente en pacientes con características particulares, como alta evitación experiencial, TOC con predominancia en obsesiones o resistencia inicial a las tareas de EPR. Además, su capacidad para abordar la tolerancia emocional y la flexibilidad psicológica ofrece un enfoque complementario que podría enriquecer el tratamiento estándar.

ACT, al centrarse en el desarrollo de la flexibilidad psicológica y en la aceptación de pensamientos intrusivos, brinda herramientas útiles para reducir la fusión cognitiva y la evitación experiencial. Esto facilita que los pacientes enfrenten estímulos temidos y persistan en las tareas de exposición, a pesar del malestar inicial que estas provocan. Por su parte, el Mindfulness, con su énfasis en la atención plena y la observación descentrada, fomenta una relación menos reactiva y más aceptante hacia las obsesiones, promoviendo un manejo emocional más adaptativo. Estas características resultan especialmente valiosas para

pacientes que experimentan elevados niveles de ansiedad o que perciben la EPR tradicional como demasiado desafiante.

Si bien estas herramientas no logran modificar los resultados sintomáticos de la EPR, su integración aporta valor al enriquecer el proceso terapéutico y al ampliar el rango de opciones disponibles para ciertos casos específicos. Esto podría permitir un aumento en la posibilidad de éxito en casos que, de otro modo, podrían abandonar o no adherirse al tratamiento estándar.

En síntesis, la EPR continúa siendo el tratamiento de elección en el abordaje del TOC, respaldada por un robusto cuerpo de evidencia y su capacidad para producir mejoras sostenidas en la mayoría de los pacientes. La incorporación de enfoques de la Tercera Ola, aunque no demuestra superioridad en términos de eficacia clínica, representa una opción complementaria que puede ser efectiva en casos específicos. Su integración refuerza el compromiso terapéutico, promueve la personalización de las intervenciones y ofrece herramientas que pueden enriquecer la experiencia terapéutica de algunos pacientes sin comprometer los fundamentos del tratamiento de primera línea.

## **4.2 Conclusiones**

Las conclusiones de esta revisión sistemática permiten responder de manera amplia y fundamentada a las preguntas de investigación planteadas, estableciendo conexiones relevantes entre los enfoques de la Tercera Ola y la EPR en el tratamiento del TOC.

Si se analiza la efectividad y pertinencia de los tratamientos de la Tercera Ola en el manejo del TOC, se puede observar que estos enfoques, como ACT y el Mindfulness, han demostrado ser herramientas valiosas en la promoción de la flexibilidad psicológica, la reducción de la evitación experiencial y el fortalecimiento de la tolerancia al malestar emocional. Estas intervenciones no se presentan como una alternativa a la EPR, sino como un complemento que permite abordar aspectos que van más allá de la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos. De hecho, los estudios no muestran que estos enfoques sean superiores a la EPR en términos de eficacia sintomática.

Respecto de la aplicación de la Tercera Ola como complemento de la EPR, los resultados revisados sugieren que esta integración resulta especialmente relevante para

aquellos pacientes que encuentran dificultades significativas en la disposición inicial al tratamiento. Las herramientas que aportan ACT y Mindfulness (como aceptación de experiencias internas y el desarrollo de habilidades de regulación emocional), pueden aparecer como estrategias que permitan que los pacientes se enfrenten al proceso terapéutico con una mayor disposición. Asimismo, los hallazgos indican que si bien la integración de estas terapias no demostró ser superior a la EPR tradicional en términos de reducción sintomática, sí aporta beneficios sustanciales en áreas como la adherencia al tratamiento y la disposición del paciente a tolerar la ansiedad generada por las tareas de EPR.

Para concluir, los enfoques de la Tercera Ola representan un aporte prometedor en el tratamiento del TOC cuando se integran con la EPR. Aunque no reemplazan la eficacia probada de esta última como tratamiento de primera línea, pueden complementar y enriquecer el proceso terapéutico en aquellos casos donde la adherencia y la disposición inicial son problemáticas. No obstante, aún queda un camino por recorrer en términos de investigación: estudios más robustos y controlados podrían proporcionar una comprensión más profunda de los mecanismos específicos de estas intervenciones y de su potencial para optimizar los resultados clínicos a largo plazo. De este modo, se abre una vía para pensar en un abordaje terapéutico que no solo se centre en la eliminación de los síntomas, sino también en el desarrollo de habilidades psicológicas que permitan a los pacientes sostener un bienestar más integral.

#### **4.3 Limitaciones y aplicaciones para la práctica**

Los hallazgos de esta investigación aportan claridad y orientación en un área clínica de creciente importancia. Sin embargo, es preciso considerar algunas limitaciones inherentes al diseño de este estudio, que no solo delimitan su alcance, sino que también iluminan caminos posibles a futuras investigaciones.

En primera instancia, la heterogeneidad metodológica que caracteriza a los artículos revisados. Los criterios para evaluar la efectividad de las intervenciones varían ampliamente, lo cual, aunque enriquece el análisis con perspectivas diversas, dificulta el establecimiento de comparaciones directas y conclusiones uniformes.

Por otra parte, es importante subrayar que, aunque los resultados destacan algunos beneficios en la integración de enfoques de la Tercera Ola (como ACT y mindfulness) con

la EPR, la evidencia longitudinal sigue siendo escasa. Esto deja abierta la pregunta sobre la sostenibilidad de estos beneficios a largo plazo y su aplicabilidad en contextos clínicos cotidianos.

Desde el punto de vista de las aplicaciones prácticas, los resultados ofrecen un panorama prominente para el ámbito clínico. Los profesionales de la salud mental pueden beneficiarse de estas herramientas complementarias, particularmente en casos con síntomas complejos (por ejemplo, predominancia de obsesiones) o en contextos donde la EPR tradicional enfrenta resistencias significativas. La aceptación y el trabajo en valores personales se consolidan como pilares esenciales para abordar el sufrimiento humano desde una perspectiva que pretenda trascender la mera reducción de síntomas, ofreciendo a los pacientes un marco más amplio y adaptado a sus necesidades.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aardema, F., Bouchard, S., Koszycki, D., Lavoie, M. E., Audet, J. S., & O'Connor, K. (2022). Evaluation of Inference-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial with Three Treatment Modalities. *Psychotherapy and psychosomatics*, *91*(5), 348–359. <https://doi.org/10.1159/000524425>
- Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behavior therapy*, *49*(3), 311–322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.002>
- Adamis, A. M., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2023). Strengths and shortcomings of a mindful approach to the treatment of obsessive-compulsive and related disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(3), 244–247. <https://doi.org/10.1037/cps0000160>
- American Psychiatric Association. (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric

- Association. Recuperado de [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/prac\\_guide.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm)
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arumugham, S. S., & Reddy, Y. C. (2014). Commonly asked questions in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, *14*(2), 151–163. <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.874287>
- Berman N. C. (2019). Treating Taboo or Forbidden Thoughts: Integrating Mindfulness, Acceptance, and Emotion Regulation Into an Exposure-Based Intervention. *Journal of cognitive psychotherapy*, *33*(3), 196–212. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.3.196>
- Borda, T., & Mazás, S. (2018). El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es sustancialmente un trastorno emocional. En *Enciclopedia Argentina de Salud Mental* (1ra ed.). Recuperado de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?idt=8&idtt=20>
- Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, *11*(6), e050329. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050329>
- Castle, D., Feusner, J., Lapos, J. M., Richter, P. M. A., Hossain, R., Lusich, A., & Drummond, L. M. (2023). Psychotherapies and digital interventions for OCD in adults: What do we know, what do we need still to explore?. *Comprehensive psychiatry*, *120*, 152357. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152357>
- Crino R. D. (2015). Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: an update. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *23*(4), 347–349. <https://doi.org/10.1177/1039856215590030>

- Del Casale, A., Sorice, S., Padovano, A., Simmaco, M., Ferracuti, S., Lamis, D. A., Rapinesi, C., Sani, G., Girardi, P., Kotzalidis, G. D., & Pompili, M. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Current neuropharmacology*, *17*(8), 710–736. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017>
- Fabricant, L. E., Abramowitz, J. S., Dehlin, J. P., & Twohig, M. P. (2013). A Comparison of Two Brief Interventions for Obsessional Thoughts: Exposure and Acceptance. *Journal of cognitive psychotherapy*, *27*(3), 195–209. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.3.195>
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195335286.001.0001>
- Goodman, W. K., Storch, E. A., & Sheth, S. A. (2021). Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American journal of psychiatry*, *178*(1), 17–29. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111601>
- Hauser T. U. (2021). On the Development of OCD. *Current topics in behavioral neurosciences*, *49*, 17–30. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2020\\_195](https://doi.org/10.1007/7854_2020_195)
- Hawley, L. L., Rector, N. A., DaSilva, A., Laposa, J. M., & Richter, M. A. (2021). Technology supported mindfulness for obsessive compulsive disorder: Self-reported mindfulness and EEG correlates of mind wandering. *Behaviour research and therapy*, *136*, 103757. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103757>
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *16*(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>

- Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian journal of psychiatry*, *61*(1), S85–S92. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_516\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18)
- Kolar, D. R., Meule, A., Zisler, E. M., Schwartz, C., & Voderholzer, U. (2023). Effects of acceptance-based strategies on psychological responses to disorder-relevant stimuli in inpatients with obsessive-compulsive disorder: An experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *81*, 101890. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101890>
- Kumar, A., Sharma, M. P., Narayanaswamy, J. C., Kandavel, T., & Janardhan Reddy, Y. C. (2016). Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian journal of psychiatry*, *58*(4), 366–371. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196723>
- Law, C., & Boisseau, C. L. (2019). Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Current Perspectives. *Psychol Res Behav Manag*, *12*, 1167-1174. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S211117>
- 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*(4), 407–423. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.407>
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez-Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, A. I., Gómez-Conesa, A., & Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Assessment*, *22*(5), 619–628. <https://doi.org/10.1177/1073191114551954>
- Manjula, M., & Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian journal of psychiatry*, *61*(1), S104–S113. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_531\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_531_18)
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-

- compulsive disorder. *Psychiatry research*, 225(3), 236–246.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment clinical guideline.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/resources/obsessivecompulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder-treatment-pdf-975381519301>
- Obando Ramirez, L., & Parrado Corredor, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de psicología*, 8(1), 51–61. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.8105>
- Ojalehto, H. J., Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Buchholz, J. L., & Twohig, M. P. (2020). Adherence to exposure and response prevention as a predictor of improvement in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of anxiety disorders*, 72, 102210. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102210>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33–41.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016). Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say?. *Journal of anxiety disorders*, 40, 8–17.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.006>
- Ong, C. W., Sheehan, K. G., Xu, J., Falkenstein, M. J., & Kuckertz, J. M. (2024). A network analysis of mechanisms of change during exposures over the course of intensive OCD treatment. *Journal of affective disorders*, 354, 385–396.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.089>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson,

- E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patel, S. R., Galfavy, H., Kimeldorf, M. B., Dixon, L. B., & Simpson, H. B. (2017). Patient Preferences and Acceptability of Evidence-Based and Novel Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(3), 250–257. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600092>
- Reddy, Y. C. J., Arumugham, S. S., & Balachander, S. (2021). Cognitive-behavioral and related therapies for obsessive-compulsive and related disorders. *Current opinion in psychiatry*, 34(5), 467–476. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000731>
- Reid, A. M., Garner, L. E., Van Kirk, N., Gironde, C., Krompinger, J. W., Brennan, B. P., Mathes, B. M., Monaghan, S. C., Tiffit, E. D., André, M. C., Cattie, J., Crosby, J. M., & Elias, J. A. (2017). How willing are you? Willingness as a predictor of change during treatment of adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 34(11), 1057–1064. <https://doi.org/10.1002/da.22672>
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), p. 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerik, T., Jones, A. M., & Rosten, C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 57, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.007>
- Strauss, C., Rosten, C., Hayward, M., et al. (2015). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Study protocol for a pilot

- randomized controlled trial. *Trials*, 16, 167. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0664-7>
- Tolin, D. F. (2023). Mindfulness and acceptance for OCD: New direction or more of the same? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 248–250. <https://doi.org/10.1037/cps0000142>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., & 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, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>
- 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. <https://doi.org/10.17795/ijpbs845>
- Vellosillo, P. S., & Vicario, A. F.-C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008–5014. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.010>
- Walitza, S., Van Ameringen, M., & Geller, D. (2020). Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(2), 99–101. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30376-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30376-1)
- World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>

## 6. ANEXO

**Tabla 2**

*Descripción de los estudios que exploran la aplicación de abordajes de Tercera Ola y la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. (N=23)*

Año	Estudio	Tipo de Estudio	Contexto / Muestra	Método Recolección de Datos / Instrumentos	Variables Estudiadas	Principales Resultados
2013	Fabricant, L. E., Abramowitz, J. S., Dehlin, J. P., & Twohig, M. P. (2013). A Comparison of Two Brief Interventions for Obsessional Thoughts: Exposure and Acceptance. <i>Journal of cognitive psychotherapy</i> , 27(3), 195–209.	Empírico Cuantitativo	Estados Unidos, pacientes con TOC, n=56	Entrevistas, Cuestionarios (BAT, PRR, TEI-SF, III), Tratamiento psicoterapéutico (EPR y ACT)	Pensamientos obsesivos, evitación experiencial, ansiedad, aceptación	La terapia de exposición y la terapia de aceptación y compromiso fueron igualmente efectivas en la reducción de pensamientos obsesivos y ansiedad. La terapia de aceptación y compromiso fue más efectiva en la reducción de la evitación experiencial.
2014	Arumugham, S. S., & Reddy, Y. C. (2014). Commonly asked questions in the treatment of obsessive-compulsive disorder.	Revisión Narrativa	-	Revisión de literatura	Tratamientos para TOC, preguntas frecuentes	Se revisan preguntas comunes sobre el tratamiento del TOC, incluyendo el uso de medicamentos, terapia cognitivo-conductual, la exposición y prevención de respuesta, la terapia

	<i>Expert review of neurotherapeutics, 14(2), 151–163.</i>					de aceptación y compromiso, y otros enfoques terapéuticos.
<b>2015</b>	Crino R. D. (2015). Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: an update. <i>Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 23(4), 347–349.</i>	Revisión Narrativa	-	Revisión de literatura	Tratamientos para TOC	Se revisa el estado actual de los tratamientos psicológicos para el TOC, incluyendo la terapia cognitivo-conductual (con exposición y prevención de respuesta) y la terapia de aceptación y compromiso.
<b>2015</b>	Strauss, C., Rosten, C., Hayward, M., et al. (2015). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Study protocol for a pilot randomized controlled trial. <i>Trials, 16, 167.</i>	Empírico Cuantitativo	Inglaterra, pacientes con TOC, n=40	Entrevistas semiestructuradas con participantes	Gravedad de los síntomas de TOC, mindfulness, exposición y prevención de respuesta, compromiso con la terapia	
<b>2015</b>	Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and Commitment Therapy,	Empírico Cuantitativo	Irán, pacientes con TOC, n=45	Entrevistas, Cuestionarios (Y-BOCS, AAQ-II)	Síntomas obsesivo-compulsivos,	La terapia de aceptación y compromiso, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y su combinación

	<p>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in the Improvement of Obsessive-Compulsive Symptoms and Experiential Avoidance in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. <i>Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences</i>, 9(2), e845.</p>				<p>evitación experiencial</p>	<p>fueron efectivos en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos y la evitación experiencial en pacientes con TOC.</p>
<p><b>2016</b></p>	<p>Kumar, A., Sharma, M. P., Narayanaswamy, J. C., Kandavel, T., &amp; Janardhan Reddy, Y. C. (2016). Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. <i>Indian journal of psychiatry</i>, 58(4), 366–371.</p>	<p>Empírico Cuantitativo</p>	<p>India, pacientes con TOC, n=27</p>	<p>Entrevistas (MINI International Neuropsychiatry Interview, Structured Clinical Interview), Cuestionarios (Y-BOCS) y Escalas (CGI, MADRS, State Trait Anxiety Inventory, SDS, WHOQOL-BREF, TMS, Homework Compliance Scale)</p>	<p>Síntomas obsesivo-compulsivos</p>	<p>La terapia cognitivo-conductual (con exposición incluida) integrada con mindfulness fue efectiva en la reducción de los síntomas obsesivos y el aumento de la calidad del funcionamiento socio-ocupacional en pacientes con TOC con obsesiones predominantes (sin compulsiones).</p>
<p><b>2017</b></p>	<p>Patel, S. R., Galfavy, H., Kimeldorf, M. B., Dixon, L. B., &amp; Simpson, H. B. (2017). Patient Preferences and</p>	<p>Empírico Cuantitativo</p>	<p>Estados Unidos, pacientes con TOC, n=216</p>	<p>Encuesta y Cuestionario (OCI-R)</p>	<p>Preferencias de pacientes, aceptabilidad</p>	<p>Los pacientes con TOC prefieren tratamientos que combinen terapia cognitivo-conductual y terapia de aceptación y compromiso.</p>

	Acceptability of Evidence-Based and Novel Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 68(3), 250–257.				de tratamientos	
<b>2017</b>	Reid, A. M., Garner, L. E., Van Kirk, N., Gironde, C., Krompinger, J. W., Brennan, B. P., Mathes, B. M., Monaghan, S. C., Tiffet, E. D., André, M. C., Cattie, J., Crosby, J. M., & Elias, J. A. (2017). How willing are you? Willingness as a predictor of change during treatment of adults with obsessive-compulsive disorder. <i>Depression and anxiety</i> , 34(11), 1057–1064.	Empírico Cuantitativo	Estados Unidos, pacientes con TOC, n=288	Entrevistas (SCID-IV, NetSCID), Cuestionarios (Y-BOCS, Formulario de <i>feedback</i> de EPR), Escalas (Escala de Depresión de Hamilton)	Disposición a experiencias displacenteras, síntomas obsesivo-compulsivos	La disposición a experimentar sensaciones o pensamientos displacenteros se relacionó con la reducción de síntomas obsesivo-compulsivos durante el tratamiento de pacientes con TOC.
<b>2018</b>	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.	Empírico Cuantitativo	Estados Unidos, paciente con TOC, n=1	Entrevistas (SCID-5, Cuestionarios (AAQ-II, AAQ-OC, Y-BOCS), Escalas (PIOS, QOLS) y tratamiento psicoterapéutico (10	Síntomas obsesivo-compulsivos, evitación experiencial,	La terapia de aceptación y compromiso complementada con exposición y prevención de respuesta fue efectiva en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos y la evitación experiencial en un paciente con

	<i>Bulletin of the Menninger Clinic</i> , 82(4), 407–423.			sesiones de ACT y 10 sesiones de EPR)	disposición a la experiencia	TOC relacionado con la escurpulosidad.
<b>2018</b>	Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerik, T., Jones, A. M., & Rosten, C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. <i>Journal of anxiety disorders</i> , 57, 39–47.	Empírico Cuantitativo	Reino Unido, pacientes con TOC, n=37	Tratamiento psicoterapéutico (EPR y MB-EPR) Entrevistas (MINI) Cuestionarios (Y-BOCS-II, FFMQ-SF, OBQ-44), Escalas (Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale, BDI-II)	Síntomas obsesivo-compulsivos, bienestar, preocupación, evitación experiencial	La terapia de exposición y prevención de respuesta basada en mindfulness, comparada con la exposición y prevención de respuesta sola, fue menos efectiva en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos y mejora del bienestar en pacientes con TOC. El mindfulness no ayuda a mejorar la reducción de síntomas obsesivos-compulsivos ni mejora el bienestar de pacientes con TOC. Tampoco aumenta la participación o adherencia a la exposición.
<b>2018</b>	Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled	Empírico Cuantitativo	Estados Unidos, pacientes con TOC, n=58	Tratamiento psicoterapéutico (EPR y ACT), Cuestionarios (AAQ-II, OBQ, TCEQ) y Escalas (Y-BOCS, DOCS, BDI-II, PEAS, TEI-SF)	Síntomas obsesivo-compulsivos, evitación experiencial	La adición de la terapia de aceptación y compromiso a la terapia de exposición y prevención de respuesta fue efectiva en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos y la evitación experiencial en pacientes con TOC.

---

trial. *Behaviour research and therapy*, 108, 1–9.

---

<b>2019</b>	Berman N. C. (2019). Treating Taboo or Forbidden Thoughts: Integrating Mindfulness, Acceptance, and Emotion Regulation Into an Exposure-Based Intervention. <i>Journal of cognitive psychotherapy</i> , 33(3), 196–212.	Empírico Cualitativo	Estados Unidos, paciente con TOC, n=1	Cuestionarios (AAQ-II), Escalas (Y-BOCS, DOCS, DASS-21, CAMS-R, DERS), Tratamiento Psicoterapéutico (exposición y prevención de respuesta integrado con habilidades basadas en mindfulness y aceptación, regulación emocional y aprendizaje inhibitorio	Pensamientos tabú, mindfulness, aceptación, regulación emocional	Integrar mindfulness, aceptación y regulación emocional en la terapia de exposición puede ayudar a los pacientes con TOC a enfrentar pensamientos tabú de manera efectiva.
<b>2019</b>	Manjula, M., & Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. <i>Indian journal of psychiatry</i> , 61(Suppl 1), S104–S113.	Revisión Sistemática	Estudios de Caso Único, Ensayos Abiertos, Estudios Comparativos de Dos Grupos y Estudios Controlados Aleatorios, n=40	Búsquedas en bases de datos (EBSCO, Karger, PsychINFO, Medline) y Buscadores (Google search y Google Scholar)	Terapias conductuales de Tercera Ola	Las terapias conductuales de nueva ola, como la terapia de aceptación y compromiso y las intervenciones basadas en mindfulness pueden mejorar los síntomas, integradas con la terapia cognitivo-conductual tradicional, pueden mejorar los resultados del tratamiento para el TOC.

---

2020	Ojalehto, H. J., Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Buchholz, J. L., & Twohig, M. P. (2020). Adherence to exposure and response prevention as a predictor of improvement in obsessive-compulsive symptom dimensions. <i>Journal of anxiety disorders, 72</i> , 102210.	Empírico Cuantitativo	Estados Unidos, pacientes con TOC, n=50	Escala (Y-BOCS, DOCS, BDI-II, PEAS), Cuestionarios (OBQ, AAQ-II)	Terapia de exposición y prevención de respuesta, tareas de exposición y adherencia al tratamiento	Una mayor adherencia a las tareas de la terapia de exposición y prevención de respuestas predice una mayor mejoría en dimensiones específicas de los síntomas de TOC.
2021	Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. <i>BMJ open, 11</i> (6), e050329.	Revisión Sistemática	-	Búsqueda en bases de datos (MEDLINE, Embase, PsycINFO, PSYINDEX, Web of Science, CENTRAL)	Intervenciones basadas en mindfulness y aceptación, TOC	Protocolo para una revisión sistemática y metanálisis sobre la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación para el tratamiento del TOC.
2021	Hawley, L. L., Rector, N. A., DaSilva, A., Laposa, J. M., & Richter, M. A. (2021). Technology supported mindfulness	Empírico Cuantitativo	Canadá, pacientes con TOC, n=71	Entrevistas, Escalas (YBOCS-SR), Cuestionarios (OCI-R, FFMQ), EEG recording	Mindfulness, mente errante, TOC	Un programa de mindfulness asistido por tecnología mostró aumentar los niveles autoinformados de mindfulness y reducir la actividad cerebral

	for obsessive compulsive disorder: Self-reported mindfulness and EEG correlates of mind wandering. <i>Behaviour research and therapy</i> , 136, 103757.					relacionada con la mente errante en pacientes con TOC.
2021	Reddy, Y. C. J., Arumugham, S. S., & Balachander, S. (2021). Cognitive-behavioral and related therapies for obsessive-compulsive and related disorders. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 34(5), 467–476.	Revisión Narrativa	-	Revisión de literatura	Terapias cognitivo-conductuales, TOC	Se revisan las terapias cognitivo-conductuales y relacionadas para el TOC, incluyendo la terapia de exposición y prevención de respuesta, la terapia de aceptación y compromiso y las intervenciones basadas en mindfulness.
2022	Aardema, F., Bouchard, S., Koszycki, D., Lavoie, M. E., Audet, J. S., & O'Connor, K. (2022). Evaluation of Inference-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial with Three Treatment Modalities. <i>Psychotherapy and</i>	Empírico Cuantitativo	Canadá, pacientes con TOC, n=111	Entrevistas, Escalas (Y-BOCS, VOI, OVIS, BAI, BDI)	Terapia cognitivo-conductual basada en inferencias, síntomas obsesivo-compulsivos	La terapia cognitivo-conductual basada en inferencias fue más efectiva que la terapia de exposición y prevención de respuesta y la terapia de aceptación y compromiso en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos.

	<i>psychosomatics</i> , 91(5), 348–359.					
<b>2023</b>	Adamis, A. M., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2023). Strengths and shortcomings of a mindful approach to the treatment of obsessive-compulsive and related disorders. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> , 30(3), 244–247.	Revisión Narrativa	-	Revisión de literatura	Mindfulness, TOC, fortalezas y limitaciones	Se discuten las fortalezas y limitaciones de un enfoque basado en mindfulness para el tratamiento del TOC y trastornos relacionados.
<b>2023</b>	Castle, D., Feusner, J., Laposa, J. M., Richter, P. M. A., Hossain, R., Lusicic, A., & Drummond, L. M. (2023). Psychotherapies and digital interventions for OCD in adults: What do we know, what do we need still to explore?. <i>Comprehensive psychiatry</i> , 120, 152357.	Revisión Narrativa	-	Revisión de literatura	Psicoterapias, intervenciones digitales, TOC	Se revisa el estado actual de las psicoterapias y las intervenciones digitales para el tratamiento del TOC en adultos, identificando áreas que aún necesitan ser exploradas.
<b>2023</b>	Kolar, D. R., Meule, A., Zisler, E. M., Schwartz, C., & Voderholzer, U. (2023). Effects of acceptance-	Empírico Cuantitativo	Alemania, pacientes con TOC	Entrevistas (SCID-I), Cuestionarios (Y-BOCS,	Estrategias basadas en aceptación, respuestas	Las estrategias basadas en aceptación redujeron las respuestas psicológicas negativas de los pacientes con TOC

	based strategies on psychological responses to disorder-relevant stimuli in inpatients with obsessive-compulsive disorder: An experimental study. <i>Journal of behavior therapy and experimental psychiatry</i> , 81, 101890.		hospitalizados, n=53	OCI-R, AAQ-II), Tareas experimentales	psicológicas a estímulos relevantes para el TOC	hospitalizados ante estímulos relevantes para el trastorno.
<b>2023</b>	Tolin, D. F. (2023). Mindfulness and acceptance for OCD: New direction or more of the same? <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> , 30(3), 248–250.	Revisión Narrativa	-	Revisión de literatura	Mindfulness, aceptación, TOC	Se discute si las intervenciones basadas en mindfulness y aceptación representan una nueva dirección en el tratamiento del TOC o son más de lo mismo.
<b>2024</b>	Ong, C. W., Sheehan, K. G., Xu, J., Falkenstein, M. J., & Kuckertz, J. M. (2024). A network analysis of mechanisms of change during exposures over the course of intensive OCD treatment. <i>Journal of affective disorders</i> , 354, 385–396.	Empírico Cuantitativo	Estados Unidos, pacientes con TOC, n=182	Entrevistas, Cuestionarios, Análisis de redes	Mecanismos de cambio, terapia de exposición, TOC	Se realizó un análisis de redes para examinar los mecanismos de cambio durante la terapia de exposición intensiva para el TOC.