

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA EL TOC: UN ESTUDIO DE CASO

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY AS A FIRST LINE TREATMENT FOR OCD: A CLINICAL CASE STUDY

Alejandro de la Torre-Luque¹ y Luis Valero-Aguayo²

¹ Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud

Universidad de las Islas Baleares, España

² Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Universidad de Málaga, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De la Torre-Luque, A. y Valero-Aguayo, L. (2017). Terapia de Aceptación y Compromiso como Tratamiento de Elección para el TOC: Un Estudio de Caso. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 181-196.

Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor resistencia a los tratamientos y que mayor sufrimiento causa. Por ello, se recomienda la opción combinada farmacológica y psicoterapéutica, en su abordaje. Sin embargo, estos tratamientos de elección aún mantienen tasas significativas de fracaso terapéutico. En este estudio se pretende analizar el efecto de un tratamiento basado en terapia de aceptación y compromiso (ACT), sobre la sintomatología del TOC y la satisfacción con las direcciones valiosas. Para ello, se presenta un estudio de un caso clínico con TOC. Se aplicó un tratamiento basado en ACT en 18 sesiones de terapia individual. Como resultados, se observaron reducciones en psicopatología propia del trastorno, ansiedad y sintomatología depresiva; se suprimió el tratamiento farmacológico; asimismo, se encontraron niveles mayores de satisfacción con respecto a sus direcciones valiosas. En conclusión, este estudio apunta a la aplicabilidad de la ACT como tratamiento de elección para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Palabras clave: *trastorno obsesivo-compulsivo, terapia de aceptación y compromiso, estudio de caso, evitación experiencial, direcciones valiosas.*

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of most resistant psychiatric disorders and with elevated levels of related suffering. Hence, the combination between pharmacotherapy and psychotherapy is recommended as a clinical approach. Although, this therapeutic option may also show significant rates of therapeutic failure, sometimes related to psychotherapeutic components, the majority of them coming from a cognitive behavioral tradition. This study aims to analyze the effect of a treatment based on acceptance and commitment therapy (ACT) on TOC symptomatology and satisfaction with the valued goals. Thereupon, an OCD clinical case is presented. An ACT based treatment was applied along 18 individual sessions. As a result, a decrease in OCD psychopathology, anxiety, and depressive symptomatology, was observed; moreover, the pharmacological treatment was cut down; furthermore, higher levels of satisfaction about their valued directions were also found. To sum up, this study highlights the feasibility of implementing an ACT based treatment as a first-line intervention for people suffering an obsessive-compulsive disorder.

Keywords: *obsessive-compulsive disorder, acceptance and commitment therapy, clinical case study, experiential avoidance, valued goals.*

Fecha de recepción: 3 enero 2017. Fecha de aceptación: 24 febrero 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: a.delatorre@uib.es

Dirección postal: Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud. Edificio de Servicios Científico-técnicos e Institutos de Investigación. Universidad de las Islas Baleares. Ctra de Valldemossa km. 7,5, 07122 Palma, Islas Baleares. España

© 2017 Revista de Psicoterapia



El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos negativos que aparecen de forma persistente y recurrente (denominados obsesiones); así como por la existencia de conductas (denominadas compulsiones), que tienden a automatizarse, y cuyo objetivo es neutralizar o prevenir las consecuencias que se derivan de dichos pensamientos (American Psychiatric Association [APA], 2013).

La cronificación de su sintomatología, junto con los factores individuales que la agravan, hacen que el TOC se considere como uno de los trastornos más resistentes al tratamiento (Fineberg, Brown, Reghunandan, y Pampaloni, 2012; Neziroglu, Henricksen, y Yaryura-Tobias, 2006). Por ello, se recomienda la aplicación conjunta de farmacología y psicoterapia como principal línea de abordaje (APA, 2007). La inclusión de psicoterapia es especialmente beneficiosa cuando la persona prefiere no seguir la opción farmacológica o no mostrarse efectiva; o cuando quieren para paliar sus efectos adversos (Storch y Merlo, 2006; Walsh y McDougle, 2011).

Sin embargo, incluso usando de forma combinada psicoterapia (generalmente de base cognitivo-conductual) y farmacoterapia, determinados factores individuales (por ej., el mantenimiento de determinadas creencias o tendencia a la autoobservación) o contextuales, las dificultades en la implementación de las técnicas de tratamiento, etc.; pueden llevar a resultados terapéuticos poco alentadores (Atmaca, 2016; Coles y Pietrefesa, 2008; Gillihan, Williams, Malcoun, Yadin, y Foa, 2012; Walsh y McDougle, 2011). Otra de las barreras de los tratamientos para el TOC es la baja adherencia al seguimiento de las pautas terapéuticas (Keeley, Storch, Merlo, y Geffken, 2008; Simpson, Huppert, Petkova, Foa, y Liebowitz, 2006).

Por estos motivos, se hace preciso incorporar estrategias con base empírica robusta e importantes componentes motivacionales. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) se podría considerar como una alternativa idónea a la psicoterapia de base cognitivo-conductual para el TOC, desde un punto de vista teórico y empírico; así como por sus destacables índices de adherencia (Bluett, Homan, Morrison, Levin, y Twohig, 2014y; Hayes, Pistorello, y Levin, 2012; León-Quismondo, Lahera, y López-Ríos, 2014; Smout, Hayes, Atkins, Klausen, y Duguid, 2012).

El TOC se podría considerar una entidad diagnóstica sujeta a intervención desde la ACT. Cabe destacar que la exhibición de conductas de evitación de las obsesiones (o pensamientos intrusivos) y de prevención de ellas o sus consecuencias temidas son características en el TOC. Dichas características se encuadrarían dentro del trastorno de evitación experiencial con importantes repercusiones en el funcionamiento cotidiano, en la sintomatología y en la calidad de vida (Abramowitz, Lackey, y Wheaton, 2009; y León-Quismondo et al., 2014).

Pocos estudios han explorado el efecto de un tratamiento de psicoterapia basado en ACT con farmacoterapia para pacientes con TOC (véase Vakili, Gharaee,

y Habibi, 2015). Por ello, este estudio tiene por objetivo analizar los efectos de este tratamiento en la sintomatología psicológica derivada del trastorno, la retirada de la medicación y la orientación a las direcciones valiosas. Asimismo, se pretenden comprobar si los efectos de dicho tratamiento se mantienen hasta doce meses después de finalizar el mismo.

Para poner a prueba estos objetivos, se presenta un estudio de caso de un individuo con trastorno obsesivo-compulsivo, con compulsiones de orden mental, simetría y comprobación.

Presentación del caso

Identificación del paciente

El caso clínico que se presenta es el de BJE, un hombre adulto de 23 años que se encontraba realizando estudios de ingeniería en la Universidad de Málaga, en el momento que solicitó tratamiento psicológico. En dicho momento, BJE estaba soltero aunque mantenía una relación con una chica desde hacía dos años. Durante el año académico BJE residía en Málaga en un piso compartido; aunque originariamente pertenecía a un pueblo de la provincia de Málaga. BJE aceptó recibir este tratamiento psicológico mediante consentimiento informado escrito.

Motivo de consulta y objetivos terapéuticos

BJE asistió al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga exponiendo que presentaba obsesiones y pensamientos recurrentes que le invadían. También indicó que repetía en exceso determinados comportamientos asociados a estos pensamientos.

Además, BJE comentó que estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico para el TOC pero que se encontraba bastante descontento con los efectos que de este se derivaban.

Por ello se plantearon diferentes objetivos terapéuticos de forma consensuada entre el terapeuta (ATL) y BJE. Así, los objetivos para la terapia fueron: eliminar los hábitos que atrapaban a BJE, mayor orientación hacia las direcciones importantes y reducir la medicación psicoactiva que BJE estaba consumiendo, hasta llegar a eliminarla.

Historia del problema

BJE comentaba que desde pequeño había sido un “chico muy manioso” (“*iba soltando unas manías y cogiendo otras*”) y perfeccionista. Con familia estricta, señalaba que le costó asimilar la entrada al colegio. En torno a los 14 años, BJE indicaba que “se obsesionó” con su hermano pequeño: no dejaba que este saliera de casa o que estuviese separado de él por miedo a que le pasara algo y que BJE no pudiese evitarlo.

BJE afirmaba que se encontraba preocupado frecuentemente por contaminar-

se con objetos sucios. Tampoco dejaba que otras personas tocaran sus cosas personales para que no se contaminaran, ni se quería sentar en el asiento de su padre (se sentaba en él con la ropa sucia de trabajo).

Por otro lado, afirmaba sentir mayor necesidad de mantenerlo todo ordenado conforme crecía. Cada vez, estos rituales ocupaban mayor tiempo diario. Afortunadamente, solo se manifestaban en el periodo académico.

Cuando tenía 18 años, BJE comenzó sus estudios universitarios. Este cambio de contexto supuso un nuevo reto. Posteriormente comenzó a tener un trabajo complementario en hostelería. En este momento, los rituales de orden y comprobación se hicieron patentes de forma cotidiana.

A los 20 años, BJE manifestaba que tuvo un intento de agresión sexual, sin repercusión. Con 21 años trabajó en verano en una gasolinera. Él señalaba que este empleo repercutió en sus problemas: los turnos nocturnos con las muchas horas sin clientela, hacían que BJE se encontrase solo, muy ansioso y con constantes asaltos de intrusiones. Para reducir este malestar, BJE ubicaba los productos cuidadosamente, comprobaba que estuviesen “bien” colocados repetidas veces, etc.

Después de esto, BJE explicaba que los rituales eran cada vez más sofisticados, duraderos y generalizados. Por ejemplo, para el manejo del correo electrónico y postal, BJE mantenía un recurrente protocolo de comprobación que le llevó a no abrir los mensajes que no pudiese leer en su totalidad varias veces. No se permitía a sí mismo ejecutar acciones sobre los mensajes, si no se realizaba el protocolo.

Con 22 años, BJE consideraba que su problema le causaba un malestar significativamente alto en su vida. Acudió a un psiquiatra y este le diagnosticó un trastorno obsesivo-compulsivo (APA, 2000) y le prescribió este tratamiento farmacológico: sertralina de 100 mg (un comprimido por la mañana y medio a mediodía), pregabalina de 100 mg (un comprimido por la mañana y otro por la noche) y lorazepam de 1 mg (si presentaba algún periodo puntual de ansiedad acusada o crisis).

En el año en que BJE había estado bajo el tratamiento farmacológico exclusivamente, no se presentaron cambios en la dosificación. Además, él afirmaba que aunque había notado menores niveles de ansiedad, las obsesiones no desaparecían.

Estrategias de evaluación

La evaluación clínica se desarrolló en tres sesiones de una hora de duración. Se emplearon dos entrevistas clínicas para delimitar la sintomatología que manifestaba BJE, la historia clínica y llevar a cabo el diagnóstico diferencial.

Además, se usó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, y Jacobs, 1983; versión de la Sección de Estudios de Tea Ediciones, 1999) que mide la tendencia a responder de forma ansiogénica, a partir de 40 ítems con una escala de respuesta de cuatro puntos. Las propiedades psicométricas de la versión española del STAI

han sido ratificadas recientemente como adecuadas (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011), con alta fiabilidad (alfa entre .90 y .94 para los factores).

También se empleó el *Interpretation of Intrusions Inventory* (III-31; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 2001; versión de Rodríguez-Albertus, Godoy, y Gavino, 2008), el cual evalúa la presencia de creencias que influyen en los rituales. La versión española del instrumento presenta la misma estructura unifactorial que la original, y presenta adecuada consistencia interna ($\alpha = .94$, para población de estudiantes universitarios).

El Inventario de Depresión de Beck (*Beck's Depression Inventory*, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961; versión de Sanz y Vázquez, 1998) se utilizó para explorar la presencia de sintomatología asociada al trastorno depresivo, mediante 21 ítems. En la versión española se observa una buena consistencia interna ($\alpha = .83$), así como unos adecuados índices de validez convergente con constructos similares a depresión, y divergente con constructos como ansiedad y evitación social.

Se usó, además, el Inventario de Padua (*Padua Inventory*, PI; Sanavio, 1988; versión de Mataix-Cols, Sánchez-Turet, y Vallejo, 2002) y que permite medir el grado de severidad de características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, a partir de 60 ítems. La versión del estudio presenta un modelo de saturaciones factoriales compuesto por cuatro factores que explican el 35.90 % de la varianza total; además, su fiabilidad se mueve en valores adecuados ($.79 < \alpha < .90$ para los factores).

El *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, y Borkovec, 1990; versión de Sandín, Chorot, Valiente, y Lostao, 2009) fue otro de los instrumentos empleados. Con este se puede evaluar la tendencia a la preocupación patológica, entendida como rumiación excesiva, generalizada e incontrolable. El cuestionario se estructura en dos factores moderadamente correlacionados, que dan lugar a un factor de segundo orden. Los índices de fiabilidad de la versión del estudio son adecuados (con $.84 < \alpha < .89$, para los factores).

También se usó el *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuk, y Hakstian, 2004; versión de Nogueira, Godoy, Gavino, y Romero, 2009) que es un instrumento de 55 ítems para evaluar conductas asociadas con TOC. La estructura factorial del VOCI se compone de seis factores que explican el 49.24 % de la varianza total. La fiabilidad de la versión del estudio se muestra adecuada ($.78 < \alpha < .92$ para los factores).

Por último, se introdujo el Formulario de conductas de seguridad y evitación (véase Anexo 1), el cual se trata de un instrumento de heteroinforme en el que se listan las diferentes conductas de evitación y de seguridad (entendidas como evitación activa) que la persona ejecuta con respecto a las intrusiones que le atañen.

Formulación clínica y análisis funcional del caso

En relación al diagnóstico de TOC, se observaron las siguientes evidencias a favor del mismo (APA, 2013): se presentaban pensamientos recurrentes y persistentes considerados por BJE como excesivos e impuestos. Dichos pensamientos estaban relacionados con el orden, el control, la duda obsesiva y, en menor medida, sentirse físicamente contaminado.

BJE repitió en varias ocasiones la afirmación “*me obsesiono con todo*”. Los pensamientos relacionados con olvidos o con consecuencias negativas de que todo no estuviese correcto y ordenado, le asaltaban recurrentemente a lo largo del día y le provocaban niveles de ansiedad significativos. Hablaba de la necesidad de que todo debía estar perfectamente ordenado o planificado (“*todo lo tengo que llevar pensado y lo tengo que decir*”).

Como consecuencia del excesivo malestar que le generaban dichos pensamientos, así como el miedo a que se produjesen las consecuencias de no seguirlos, BJE había desarrollado ciertas conductas de prevención. A partir del Formulario de conductas de seguridad y evitación, se señalaron hasta 13 conductas de prevención. La mayor parte de ellas eran verbalizaciones (decir “*blanco*”, decir “*pamplina*”, o verbalizar todo lo que iba haciendo al seguir un protocolo), procedimientos protocolizados (imaginar líneas en el cielo, imaginar aire, hacer “*efecto escáner*”), y conductas repetitivas de comprobación. Además, indicó la existencia de seis conductas de evitación, las cuales se relacionaban principalmente con la evitación de contaminación física en contextos sociales (“*no tocar algo que no es mío*”, no tocar cosas públicas, no agarrarse a ningún soporte del autobús, etc.).

Como ejemplo concreto de conducta de comprobación destacar lo que BJE denominaba como “*efecto escáner*”: hacía un barrido con su brazo derecho por su habitación para no dejar ninguna zona sin comprobar y así evitar no llevarse algo en el viaje. Por otro lado, BJE afirmaba que cuando se estaba duchando tardaba mucho. Ello se debía a que cuando lo hacía, intentaba recordar todos los pasos que ejecutaba varias veces verbalizando el procedimiento para asegurarse de “*estar bien duchado*”.

Con respecto al correo electrónico y los mensajes de texto del teléfono móvil, las conductas comprobatorias también se evidenciaban: tenía que revisar varias veces un mensaje antes de hacer algo al respecto (eliminarlo, responder, etc.); a veces, comprobaba también los históricos.

También hay que señalar la repercusión que estos patrones obsesivo-compulsivos producían en la vida de BJE hasta el punto de suponer un deterioro significativo en la misma. Afirmaba sentirse atrapado por sus pensamientos y sus hábitos, los cuales le hacían perder mucho tiempo a lo largo del día invadiendo el tiempo de ocio o de sueño. Además, se descartó la influencia de enfermedades orgánicas o psiquiátricas en el origen y el mantenimiento del trastorno.

Como otras conductas problema descubiertas, hay que señalar la presencia de un estado de ánimo deprimido leve y de niveles elevados de ansiedad. BJE indicaba

haber perdido el interés por la mayoría de las cosas. Hablaba de que se encontraba triste y un poco agotado por sentirse preso de sus pensamientos. También manifestaba tener ciertos problemas de concentración y sueño poco reparador. Asimismo, se manifestaron niveles clínicamente significativos de rumiación patológica, asociada principalmente a los pensamientos intrusivos.

Como principales factores que estaban manteniendo las conductas problema cabe destacar la función de las compulsiones, las cuales reducían el malestar a corto plazo, aunque provocaban la perpetuación de las intrusiones a largo plazo. La importancia que se estaba dando al problema fue otro factor destacado. El carácter irracional, así como excesivo, que BJE atribuía a estas conductas le causaba un profundo malestar, ya que para él eran consideradas como indicios de que “*estoy perdiendo la cabeza*”. También la culpabilización asociada a presentar estas conductas suponía una importante fuente de malestar. Por último, BJE consideraba imprescindible mantener su mente bajo control con un margen de error rondando cero. Cualquier mínimo error atribuido en dicho control llevaba a un aumento en el seguimiento estricto de sus procedimientos de control.

Tratamiento

Selección del tratamiento.

Se postula la intervención basada en ACT para el manejo flexible de los eventos privados, dado el malestar que BJE experimentaba se veía alimentado por el esfuerzo invertido en la evitación y prevención de las obsesiones. Esto llevaba a BJE a experimentar con mayor frecuencia los pensamientos intrusivos, cosa que le producía niveles elevados de culpa. La culpabilización lleva a la fijación de los pensamientos obsesivos (Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2009; Tolin, Worhunsky, Brady, y Maltby, 2007).

Estas estrategias de control del problema inexorablemente conducen a un trastorno de evitación experiencial con el consiguiente abandono de las direcciones personales valiosas (Abramowitz et al., 2009; Hayes et al., 2012; Wilson y Luciano, 2002).

Por otro lado, cabe destacar la importancia de la exposición, concretamente de la exposición con prevención de respuesta, en el abordaje del TOC (APA, 2007; Twohig et al., 2015y). La lógica de este componente se basa en la desactivación de las relaciones existentes entre la exposición a las situaciones que evocan al estímulo temido sin la ejecución de la conducta evitativa o compulsiva, para que se aprecie la ausencia de relación causal entre la conducta y la prevención del evento temido.

Aplicación del tratamiento.

El tratamiento psicológico se desarrolló a lo largo de 18 sesiones de una hora de duración cada una. El programa incluía los bloques de contenido que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.*Elementos terapéuticos del tratamiento.*

Módulo	Contenidos
Psicoeducación	Análisis funcional Qué es la ansiedad Obsesiones y compulsiones Mecanismo obsesivo-compulsivo
Desesperanza creativa	Ejercicio ¿Cómo veo mi problema? Fracaso en las estrategias de control del problema Aceptación como solución
Clarificación de direcciones valiosas	Direcciones valiosas Obstáculos a los valores Acciones concretas hacia los valores
Exposición	Exposición con prevención de respuesta
Desliteralización de funciones y flexibilización de contextos	Desactivación de la obsesión Desactivación de la culpa
Prevención de recaídas	

En primer lugar, se desarrolló un módulo de Psicoeducación. En este, se aportaba información sobre las conductas problema; la ansiedad, sus funciones adaptativas y desadaptativas, y la cadena obsesivo-compulsiva. Fueron cruciales la ausencia de uso de etiquetas diagnósticas y la normalización de la problemática que en BJE se manifestaba.

En siguiente lugar, se prosiguió con el componente de Desesperanza creativa. En este, se hacía hincapié en el fracaso de las estrategias de manejo de control de los eventos privados; en este caso, de los pensamientos intrusivos. A continuación, se propuso la necesidad de dar un giro al afrontamiento del problema, dada la magnitud de sus consecuencias iatrogénicas, y se planteó la aceptación como solución. Cabe destacar el uso de las metáforas del Hombre en el hoyo (Wilson y Luciano, 2002) y el cuento Pagando tres veces por lo mismo (Coelho, 2013), para poner de manifiesto el fracaso de la evitación como estrategias de control del problema y la aceptación como estrategia plausible.

Seguidamente, se llevó a cabo el componente de Clarificación de las direcciones valiosas, con el cual se pretendían esclarecer los objetivos de BJE en las principales áreas o dimensiones de su vida, analizar los obstáculos que dificultaban su consecución y dirigir su conducta hacia ella. Para llevar a cabo este módulo de tratamiento, se utilizó el Formulario narrativo de direcciones valiosas (Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002). En el caso de BJE, se destacaron las conductas de control del problema (evitación y compulsiones) como obstáculos hacia las direcciones valiosas en diferentes áreas vitales (relaciones sociales, trabajo, ocio, salud y bienestar).

A continuación, se introdujo el módulo de Exposición. Concretamente, se aplicó la exposición con prevención de respuesta (Abramowitz y Larsen, 2006; APA, 2007; y Twohig et al., 2015). Así, primeramente se elaboró la jerarquía de exposición; posteriormente, se empezó a trabajar con la prevención de respuestas que causaban una menor ansiedad subjetiva para ir escalando hacia aquellas que causaban una mayor. Las conductas a exponer se trabajaron primero en consulta y posteriormente se planteaban como tareas de generalización para casa.

En siguiente lugar, se trabajó el módulo de Desactivación de funciones, considerándose importantes el abordaje de la fusión pensamiento-acción, el perfeccionismo y la culpa.

El último módulo de terapia que se desarrolló fue la Prevención de recaídas. En él, se revisaron todos los aspectos que se incluyeron en la terapia y se simulaban posibles conductas problemáticas futuras con el objetivo de plantear soluciones hacia las mismas.

Método

Se trata de un estudio de caso único con diseño A-B-A en el que se presenta como variable independiente la Aplicación de un tratamiento basado en ACT. Como variables dependientes se midieron la presencia de sintomatología asociada al trastorno obsesivo-compulsivo (medida a través del PI y el VOICI), la preocupación patológica (medida a partir del PSWQ); los niveles de sintomatología depresiva, y la ansiedad estado y rasgo (medidos por el BDI y el STAI, respectivamente). Además, el consumo de medicación para el TOC y la satisfacción con respecto a las direcciones valiosas se registraron como variables dependientes.

Se tomaron medidas pre-postests de las diferentes variables dependientes. Además, se realizaron registros intratratamiento de la sintomatología depresiva y los niveles de ansiedad, así como del consumo de la medicación psicoactiva. Por último, se realizaron seguimientos tras el tratamiento al mes, a los tres, seis y 12 meses, respectivamente.

Análisis de datos

Se calcularon las puntuaciones globales y estadísticos de los diferentes factores de primer y segundo orden de los cuestionarios, y del Formulario de direcciones valiosas. Asimismo, se realizaron medidas cuantitativas del consumo de fármacos conforme iba avanzando el proceso terapéutico.

Resultados

Conforme iba avanzando la terapia se observaron reducciones de sintomatología psicopatológica. Así, en la Tabla 2 se presentan las puntuaciones en los diferentes factores del VOICI y en el III-31.

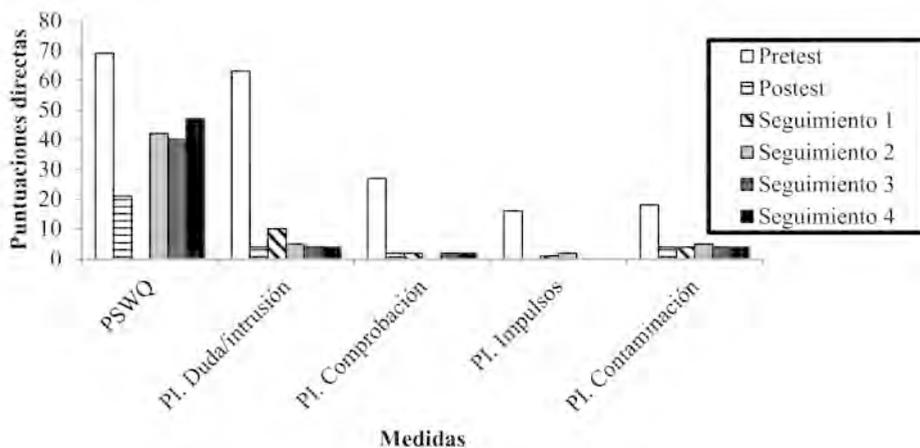
Tabla 2.

Puntuaciones en VOCl e III-31 antes y después del tratamiento.

	Pretest	Postest
VOCl. Contaminación	35	3
VOCl. Comprobación	9	0
VOCl. Obsesiones	13	0
VOCl. Acumulación	11	0
VOCl. <i>Just right</i>	31	4
VOCl. Indecisión	6	0
III-31	176	20

Nota. Se presentan los factores del VOCl y la puntuación total del III-31.

Asimismo, cabe destacar que la tendencia que se observó durante la terapia se mantuvo en los seguimientos. En la Figura 1 se muestran las puntuaciones con respecto a los instrumentos PI y PSWQ. Se puede observar que todas las puntuaciones en el postest y hasta un año después del tratamiento, fueron mucho menores que las que se manifestaron en el pretest. Los niveles en sintomatología obsesivo-compulsiva se mantuvieron lejanos a los clínicos, y la disposición a la preocupación excesiva y patológica, tampoco alcanzó gravedad destacable.

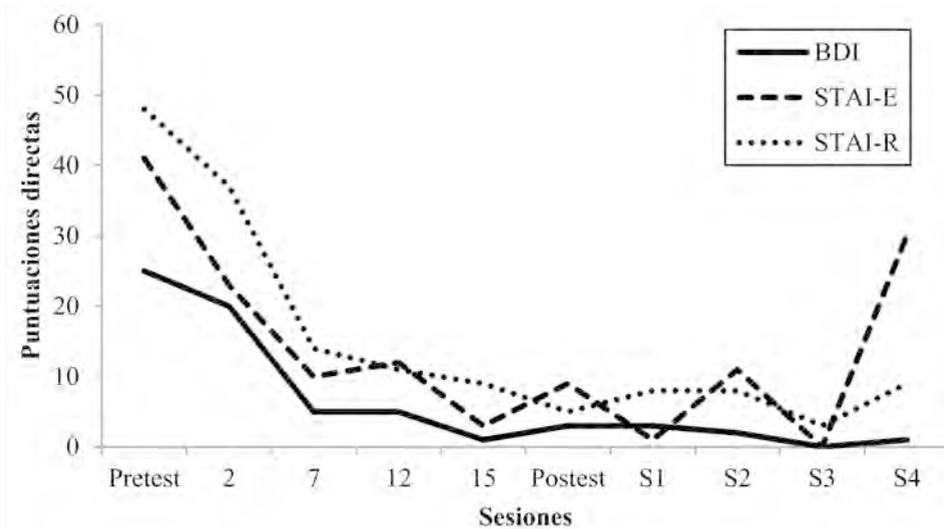
Figura 1. Puntuaciones en PSWQ y PI, antes y después del tratamiento.

Nota. Los seguimientos se referencian, en orden temporal; esto es, (1) al mes, (2) a los tres meses, (3) a los seis meses, y (4) a los 12 meses. Para el PSWQ se ha tomado la puntuación total. Las puntuaciones del PI se presentan en función de los factores del mismo.

Con respecto a la evolución de la sintomatología depresiva y ansiógena, se observaron reducciones desde las primeras sesiones del tratamiento, mostrándose niveles no clínicos a partir de la séptima sesión. En la Figura 2 se puede observar

esta evolución. Hay que comentar que los cambios se mantenían también en las sesiones de seguimiento.

Figura 2. Seguimiento del BDI y STAI, antes, durante y después del tratamiento.



Nota. Los seguimientos se incluyen, en orden temporal; esto es, (S1) al mes, (S2) a los tres meses, (S3) a los seis meses, y (S4) a los 12 meses. Para el BDI se ha tomado la puntuación total; para el STAI, sus dos subescalas: estado (STAI-E) y rasgo (STAI-R).

En relación al consumo de medicación, el tratamiento psicológico supuso una reducción progresiva de los comprimidos que BJE debía tomar para controlar la sintomatología. En este sentido, se siguieron las indicaciones del psiquiatra de BJE y a partir de la sesión 9 se produjeron los primeros reajustes de la medicación hacia la progresiva retirada de la misma: se redujo la dosificación de la pregabalina de 100 a 75 mg. Además, a partir de esta sesión, el psiquiatra introdujo la trazodona de 100 mg para paliar el posible efecto de la reducción de pregabalina. En la sesión 13 se redujo el consumo de trazodona a un cuarto de comprimido por la noche. En la sesión 16 se produjo otra reducción, sustituyéndose la dosificación de sertralina de 100 mg a 50; además, se prescribió la ingesta de medio comprimido por la noche de este fármaco y de pregabalina. En la sesión de seguimiento a los tres meses prácticamente toda la medicación había sido retirada, a excepción de la pregabalina que se mantuvo hasta poco antes de la revisión de los seis meses.

Por otro lado, cabe destacar que se mantuvo la prescripción del lorazepam durante todo el tratamiento. Desde el inicio de la terapia BJE no consumió ningún comprimido del fármaco, indicando haber tomado en una o dos ocasiones antes de haberlo comenzado.

Por último, en relación a las direcciones valiosas, se presenta la Tabla 3. En ella se incluyen las puntuaciones en las diferentes dimensiones del Formulario de direcciones valiosas. Cabe destacar que se encontró una satisfacción promedio de 6,12 puntos ($DT = 1,76$) en las dimensiones del instrumento, cuando se registró al comienzo del módulo de Clarificación de direcciones valiosas. En cambio, cuando se revisó este instrumento en el seguimiento al mes, se observó una satisfacción promedio de 8,50 puntos ($DT = 0,71$). En todas las dimensiones se vieron incrementos en la satisfacción, pero en mayor medida se reflejaron en las de espiritualidad/ciudadanía y ocio.

Tabla 3.

Grado de satisfacción con respecto a las direcciones valiosas.

	Pretest		Seguimiento al mes	
	Importancia	Satisfacción	Importancia	Satisfacción
Relaciones íntimas/pareja	9	7	10	9
Relaciones familiares	8	8	9	9
Relaciones sociales	6	7	8	9
Trabajo	7	7	8	8
Educación y formación	5	5	7	7
Ocio	7	4	8	8
Espiritualidad/ciudadanía	3	3	7	9
Salud y bienestar físico	9	8	9	9

Nota. Puntuaciones promedio en las diferentes dimensiones vitales pretest y registradas en el seguimiento al mes.

Las puntuaciones en las escalas de Importancia y Satisfacción con la dimensión, van desde 0 hasta 10, de manera que mayor puntuación implica mayor grado de la misma.

Discusión

Los tratamientos psicológicos se han posicionado como una aproximación de primera elección para el trastorno obsesivo-compulsivo, ya que se muestran eficaces y repercuten en la mejora de la calidad de vida (APA, 2007; Bluett et al., 2015).

El objetivo del presente estudio consistía en examinar los efectos de un tratamiento basado en terapia de aceptación y compromiso para la reducción de sintomatología obsesivo-compulsiva, la retirada de la medicación psicoactiva y, por ende, la progresiva mejora de calidad de vida. Asimismo, se esperaba que los progresos obtenidos se mantuviesen tras el tratamiento.

En este sentido, cabe destacar que el tratamiento basado en ACT produjo una reducción significativa de la sintomatología del TOC. Estos resultados se encuentran en consonancia con otros estudios (Dehlin, Morrison, y Twohig, 2013; Gutiérrez-Martínez, Luciano, y Visdómine, 2012; Twohig et al., 2010; Vakili et al., 2015). Asimismo, hay que reseñar la reducción de otros componentes psicopatológicos significativos y comórbidos en BJE, tal y como son el estado de

ánimo y sintomatología depresivos, y los niveles de estado y rasgo ansiogénicos, y preocupación patológica. En la literatura científica se ha demostrado el efecto de la rumiación sobre el mantenimiento de psicopatología (Cova, Rincón, y Melipillán, 2009; Pimentel y Cova, 2011).

La incorporación del tratamiento psicológico fue el verdadero punto de inflexión en la superación del problema. BJE mantenía desde un año antes de comenzar la terapia la prescripción de tratamiento farmacológico. Además, BJE hablaba más de lo aversivos que eran los efectos secundarios de estos fármacos que sus efectos salutogénicos. Por ello, conforme fue avanzando la terapia, la prescripción farmacológica fue reduciéndose hasta la retirada total en el seguimiento a los seis meses.

Además, la flexibilización en el manejo de los pensamientos, junto con la actuación conductual hacia las direcciones valiosas, fue decisiva para la recuperación. Así, en el primer seguimiento, se observaron niveles mayores de satisfacción con las áreas valiosas, que en el pretest. Otros resultados también destacan estos efectos beneficiosos en diferentes contextos (Díaz de Neira, Vidal, González Y Gutiérrez, 2016; Hayes et al., 2012; Novoa y Guzmán, 2008; Thekiso et al., 2015).

Por último, hay que reseñar la influencia del tratamiento psicológico en el mantenimiento de los logros terapéuticos. La ACT posibilita la incorporación de patrones conductuales relativamente estables, manteniendo los logros significativamente en el tiempo (Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park, y Yuen, 2012; Lundgren, Dahl, Yardi, y Melin, 2008). En este sentido, hay que señalar que los resultados fueron satisfactorios hasta un año después de finalizar el tratamiento psicológico. Este aspecto está relacionado con el potencial de la terapia psicológica.

Como conclusiones del estudio, es importante reseñar la aplicabilidad del tratamiento basado en ACT para la mejora de la calidad de vida y el bienestar en pacientes con sintomatología resistente al tratamiento como se puede considerar el caso del trastorno obsesivo-compulsivo. Sus componentes terapéuticos constituyen elementos de significativo valor y permiten afrontar los obstáculos que se presentan en el tratamiento del TOC.

Como limitación del estudio hay que decir que se trata de un estudio de caso. Sería necesaria la incorporación de ensayos clínicos aleatorizados controlados para poder extraer conclusiones más robustas. Además, es importante contemplar la posibilidad de la comorbilidad en otros casos, dado que el TOC es un trastorno que frecuentemente se caracteriza por presentarse en confluencia con otras entidades nosológicas psicopatológicas.

La terapia de aceptación y compromiso puede ser una aproximación útil, eficaz y sin efectos adversos psicósomáticos, implementable tanto en contextos de asistencia sanitaria como en consulta privada, para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo grave, dado que posibilita la reducción de la sintomatología propia del trastorno, mantiene la adherencia terapéutica y actúa mejorando la calidad de vida de la persona.

Anexo 1

Formulario de conductas de seguridad y evitación

Indique qué cosas haces con respecto a los pensamientos que te asaltan.

Conductas de seguridad	Conductas de evitación
Son todas aquellas cosas que hacemos para que no aparezca el pensamiento o para neutralizarlo	Son todas aquellas cosas que dejamos de hacer para que no aparezca el pensamiento o para neutralizarlo

Referencias bibliográficas

- Abramowitz, J.S., Lackey, G.R., y Wheaton, M.G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 160-166. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.003
- Abramowitz, J.S., y Larsen, K.E. (2006). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. En D. Richard y D. Lauterbach (eds), *Handbook of exposure therapies* (pp. 185-208). Burlington: Academic Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington: Autor.
- APA. (2007). *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder*. Arlington: Autor.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: Autor.
- Atmaca, M. (2016). Treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 70, 127-133. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.12.004
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: Which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89. doi: 10.1007/s10608-007-9141-2
- Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., y Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 612-624. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008
- Coelho, P. (2013). Cuento. Pagando tres veces por lo mismo. *Guerrero de la luz*. Extraído de http://www.warriorofthelight.com/esp/edi01_conto.shtml
- Coles, M.E. y Pietrefesa, A.S. (2008). Symmetry, ordering, and arranging. En: Abramowitz, J.S., McKay, D., y Taylor, S. (eds). *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions* (pp. 36-52). Amsterdam: Elsevier.
- Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27, 155-160. doi: 10.4067/S0718-48082009000200001
- Dehlin, J.P., Morrison, K.L., y Twohig, M.P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification*, 37, 409-430. doi: 10.1177/0145445512475134

- Díaz de Neira, M., Vidal, C., González, S., Gutiérrez, P. (2016). Aportaciones de la terapia de aceptación y compromiso al trabajo con madres y padres de niñas y niños atendidos en salud mental: experiencias de la intervención grupal. *Revista de Psicoterapia*, 27, 149-165. <http://revistadepsicoterapia.com/rp104-10.html>
- Fineberg, N.A., Brown, A., Reghunandanan, S., y Pampaloni, I. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15, 1173-1191. doi: 10.1017/S1461145711001829
- Forman, E.M., Shaw, J.A., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Park, J.A., y Yuen, E.K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811. doi: 10.1016/j.beth.2012.04.004
- Gillihan, S.J., Williams, M.T., Malcoun, E., Yadin, E., y Foa, E.B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 251-257. doi: 10.1016/j.jocrd.2012.05.002
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510-515.
- Gutiérrez-Martínez, O., Luciano, M.C., y Visdómine, C. (2012). ACT y TOC: integrando las técnicas basadas en la aceptación y en la exposición con el estudio de un caso. En: Páez, M. y Gutiérrez-Martínez, O. (eds). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (pp. 89-112). Madrid: Pirámide.
- Hayes, S.C., Pistorello, J., y Levin, M.E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40, 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J. y Geffken, G.R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118-130. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.003
- León-Quismondo, L., Lahera, G., y López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34, 725-740. doi: 10.4321/S0211-57352014000400006
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., y Kies, B. (2008). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa — A pilot study. *Epilepsia*, 47, 2173-2179. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00892.x
- Mataix-Cols, D., Sánchez-Turet, y Vallejo, J. (2002). A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 25-36.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Neziröglu, F., Henricksen, J., y Yaryura-Tobias, J.A. (2006). Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: Established facts and advances, 1995-2005. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 585-604. doi: 10.1016/j.psc.2006.02.004
- Nogueira, R., Godoy, A., Gavino, A., y Romero, P. (2009). Propiedades psicométricas del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) en dos muestras no clínicas de población española. *Psicothema*, 21, 646-651.
- Novoa, M.M., y Guzmán, D. (2008). Aplicación clínica de modelos terapéuticos no mediacionales en un caso de trastorno mixto del afecto. *Terapia Psicológica*, 2, 263-275. doi: 10.4067/S0718-48082008000200012
- OCCWG. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Pimentel, M., y Cova, F. (2011). Efectos de la rumiación y la preocupación en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 29, 43-52. doi: 10.4067/S0718-48082011000100005
- Rodríguez-Albertus, M. del M., Godoy, A., y Gavino, A. (2008). Psychometric properties of the Spanish version of the Interpretation of Intrusions Inventory (III). *Ansiedad y Estrés*, 14, 187-198.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122. doi: 10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Sección de Estudios de Tea Ediciones. (1994). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: Tea Ediciones.

- Simpson, H.B., Huppert, J.D., Petkova, E., Foa, E.B., y Liebowitz, M.R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 269-276.
- Smout, M.F., Hayes, L., Atkins, P.W.B., Klausen, J., y Duguid, J.E. (2012). The empirically supported status of Acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, *16*, 97-109. doi: 10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)* («self-evaluation questionnaire»). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Storch, E.A. y Merlo, L.J. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Strategies for using CBT and pharmacotherapy. *Journal of Family Practice*, *55*, 329-333.
- Thekiso, T.B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C.K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, *46*, 717-728. doi: 10.1016/j.beth.2015.05.005
- Thordarson, D.S., Radosky, A.S., Rachman, S., Shafraan, R., Sawchuk, C.N., y Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1289-1314.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., Brady, R.E., y Maltby, N. (2007). The relationship between obsessive beliefs and thought-control strategies in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 307-318. doi: 10.1007/s10608-006-9072-3
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., ... Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *6*, 167-173. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.12.007
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., ... Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 705-716. doi: 10.1037/a0020508
- Vakili, Y., Gharaee, B., y 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*, e845. doi: 10.17795/ijpbs845
- Walsh, K.H. y McDougle, C.J. (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*, 485-494. doi: 10.2147/NDT.S13205
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.