



TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL TOC: ESTUDIO DE SU EFICACIA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO.

Raquel Suriá Martínez; Ana Meroño Picazo.
Universidad de Alicante.

PALABRAS CLAVE: TOC, Tratamientos, Terapia de aceptación y Compromiso, Focalización atencional, Complementariedad.

RESUMEN:

El TOC es un trastorno neuropsiquiátrico complejo caracterizado por la presencia de pensamientos recurrentes y comportamientos repetitivos y ritualistas. Si bien el TOC no tiene cura actualmente, las investigaciones clínicas han provisto información que ha llevado a tratamientos tanto farmacológicos como terapias cognitivas conductuales que pueden beneficiar a la persona con TOC. En relación a estas últimas (generalmente son procesos conocidos como exposición y prevención a la respuesta), desde diversas investigaciones se sugiere que la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada de forma complementaria al tratamiento Cognitivo-Conductual parece producir mayores beneficios en los pacientes. Esta estrategia se basa en la aplicación de la "Focalización Atencional" y consiste en no bloquear la intrusión reconociendo su presencia y continuando la actividad, demostrando que la rumiación es ineficaz y más aversiva que enfrentarse al problema. Así, el objetivo del estudio consiste en comprobar si la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso durante el tratamiento del TOC reduce los pensamientos intrusos y produce mejorías en los pacientes. La muestra está compuesta por 26 pacientes de TOC distribuidos en dos grupos (grupo 1: con Tratamiento tradicional "Farmacológico y Cognitivo Conductual" y grupo 2: tratamiento tradicional y Focalización Atencional durante el seguimiento) Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,01$), indicando que los pacientes que realizan la Focalización Atencional reducen más eficazmente las intrusiones que los pacientes con tratamiento tradicional. Se sugiere que la terapia de aceptación y compromiso parece ser una estrategia complementaria que potencia los beneficios del tratamiento tradicional del TOC.

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno perteneciente al grupo de los desórdenes de ansiedad (como la agorafobia, la fobia social, etc). Considerado hasta hace algunos años como una enfermedad psiquiátrica rara que no respondía al tratamiento, actualmente es reconocido como un problema común que afecta al 2% de la población, es decir, a más de 100 millones de

personas en el mundo.

Consiste en la aparición de obsesiones o compulsiones reiteradas, de tal manera que producen un intenso malestar y pérdida de tiempo que interfiere en la rutina diaria de la persona que lo sufre, respecto a su trabajo, sus relaciones sociales, etc. Las compulsiones son acciones o pensamientos que se hacen para neutralizar o anular las obsesiones, para sentirse con menos angustia, pero sólo lo alivian de una manera pasajera, (ver tabla 1).

Tipo de obsesiones	Tipo de compulsiones:
<ul style="list-style-type: none">• De contaminación (miedo a la suciedad o a contraer enfermedades)• De agresión• De temores corporales• De simetría, orden• De exactitud <p>Los temores obsesivos caen dentro de dos tipos principales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Temor al daño (a sí mismo o a los demás)• Sensación de intranquilidad (amenaza inminente inespecífica).	<ul style="list-style-type: none">• Compulsión a la limpieza (lavado de las manos reiterados)• De chequeo y control (llaves de gas, desenchufar plancha,• Apagar y encender luces varias veces, cerrar con llave la puerta en forma reiterada, leer el mismo párrafo varias veces, etc)

El DSM-IV caracteriza las obsesiones y las compulsiones y relaciona estas últimas con el alivio del malestar generado por las primeras. Las obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como ajenos, intrusos e inapropiados y que causan ansiedad y malestar. Estos pensamientos, de mayor entidad que las preocupaciones más o menos excesivas de la vida normal, son combatidos por el paciente, quien, aun reconociéndolos como propios, se ve incapaz de controlarlos por lo que realiza una serie de actos con el objetivo de reducir la ansiedad (contar hasta un número específico antes de apagar el gas o la llave de luz, rezar, etc).

El reasegurarse cualquier hecho ocurrido en la realidad a través de preguntas a un familiar o persona de confianza suele ser otra forma de conducta compulsiva.

Las compulsiones vienen definidas como comportamientos o pensamientos de carácter repetitivo, incluso reglado, a los que se ve impelido el paciente en respuesta a la obsesión y, con la finalidad de reducir la ansiedad y el malestar generado por ésta. Aun cuando la compulsión no está ligada de forma realista o proporcionada a combatir la ansiedad o el malestar percibido.

La caracterización del TOC por el DSM-IV se basa en los estudios de campo realizados en los que en el 90% de los casos se daban ambos componentes: obsesivo y compulsivo. Así, cuando se consideran los rituales cognitivos, además de las conductas, como parte de las compulsiones, sólo un 2% de los pacientes dicen tener obsesiones sin compulsiones (1). En consecuencia, el TOC se caracteriza por la presencia de los dos componentes señalados (obsesiones y compulsiones), relacionados funcionalmente, y, en un pequeño porcentaje, la existencia de obsesiones sin ningún tipo de compulsiones, o la falta relaciones funcionales entre obsesiones y compulsiones.

Del mismo modo, es importante tener en cuenta que en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) suelen aparecer comórbidos una amplia variedad de trastornos del Eje I del DSM-IV (2), entre otros: Trastornos de ansiedad (fobia específica y trastorno de pánico), trastornos depresivos, abuso de alcohol y juego patológico, trastornos de la alimentación, trastornos del control de impulsos (síndrome de Tourette, tricotilomanía, cleptomanía), trastorno dismórfico corporal, hipocondría,

esquizofrenia, sintomatología psicótica y trastorno de despersonalización.

De estos, la depresión es la patología comórbida más frecuente en Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), del 28-38% de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) la padecen (3). Otros estudios con pacientes obsesivos detectan que el 85% presentaba un estado depresivo aunque sólo un 27% cumplían criterios diagnósticos de un trastorno depresivo, observándose que en el momento del diagnóstico, la tercera parte de los pacientes presentaba depresión mayor (4). Otros autores estiman que la cifra de pacientes obsesivos que cumplen criterios de Depresión Mayor oscila entre un 13-35 % (5).

En relación a los tratamientos del TOC se evidencia que en los últimos años se han conseguido importantes progresos en el tratamiento de estos pacientes, disminuido notablemente las repercusiones físicas y sociales sobre ellos. Actualmente hay dos tipos de tratamiento: los fármacos y la psicoterapia específica.

Así, entre los fármacos más utilizados son los antidepresivos, que actúan selectivamente sobre los neurotransmisores o sustancias químicas implicadas en el TOC. Entre un 50 y un 80% de los pacientes mejoran con ellos, aunque los efectos suelen tardar en notarse (aproximadamente 6-10 semanas).

Por otro lado, el abordaje terapéutico del TOC ha sido tradicionalmente problemático. En lo referente a la psicoterapia, los abordajes psicoanalistas o psicodinámicos han conseguido mejorías mínimas y poco duraderas (3,6). En cambio, la terapia cognitivo conductual basada en la exposición y prevención de respuesta (EPR), ha demostrado su eficacia (3,6).

Otros tratamientos ensayados incluyen psicoterapia de otros tipos (no conductual), terapia electroconvulsiva (provocación de crisis epilépticas bajo control médico) y otros fármacos (litio, venlafaxina, neurolépticos), utilizados generalmente si no hay respuesta a los anteriores. No obstante, la mayor parte de la literatura sobre el TOC afirma que la combinación del tratamiento farmacológico y el psicoterapéutico puede conseguir los mejores resultados (7). Por ejemplo, Greist y Jefferson, 1995 (8), en cuatro estudios con IRSR y terapia conductual comparadas y combinadas vieron que la tasa de recaídas tras la terapia era considerablemente mas baja que tras el tratamiento farmacológico. Tres de estos cuatro estudios muestran apoyo a la idea que la combinación de psicofarmacología y psicoterapia produce mayor efecto terapéutico.

En referencia a las estrategias cognitivo conductuales podemos decir que se basan en la aplicación de las siguientes técnicas:

- Exposición: Enfrentar al paciente a situaciones de miedo o preocupación relacionadas con sus obsesiones. Se comienza en niveles mínimos de ansiedad, aumentando poco a poco.
- Prevención de respuesta: Evitar el comportamiento compulsivo con apoyo de un terapeuta. Se busca que el paciente evite los comportamientos compensatorios para disminuir la ansiedad.
- Terapia cognitiva: ayuda al paciente a identificar las obsesiones y compulsiones, disminuyendo la ansiedad y la necesidad de realizar los rituales.

El número de sesiones es aproximadamente de 15, con una duración de 1-2 horas por sesión. Un aumento no supone una mejoría significativa (7).

Otra de las técnicas que parece producir mayores beneficios en los pacientes es la Terapia de Aceptación y Compromiso (9,10), aplicada de forma complementaria al tratamiento

Cognitivo-Conductual.

Como mencionamos en líneas anteriores, la mayor parte de la literatura sobre el TOC confirma una muy frecuente coexistencia de sintomatología obsesivo-compulsiva con otra psicopatología. Así, se ha evidenciado que la depresión es el trastorno asociado más frecuente; del 23% al 38% de los pacientes con TOC presentan algún trastorno depresivo y cerca del 70% lo han padecido en algún momento.

La depresión puede preceder o seguir al comienzo del TOC e incluso aparecer tras la eliminación de los síntomas obsesivo-compulsivos; algunas personas desarrollan síntomas obsesivo-compulsivos o TOC cuando están deprimidos.

Por ejemplo, Brown y cols. (11), hallaron que de 77 pacientes con TOC, el 53%, 39% y 32% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 83%, 45% y 71% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron depresión (26%), fobia social (22%), trastorno de ansiedad generalizada (12%; 16% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo), fobia específica (12%) y distimia (10%).

Del mismo modo, Heyman y cols., (2001)(12), hallaron que el 76% de 25 casos de TOC identificados en una muestra de 10.438 niños británicos de 5 a 15 años presentaban trastornos comórbidos; el 40% presentaban dos o más diagnósticos adicionales. Según criterios de la CIE-10, el 52% de los niños presentaron depresión, el 44% trastornos de ansiedad y el 11%, trastorno de conducta.

Así, la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada de forma complementaria al tratamiento Cognitivo-Conductual enfocada a reducir algunos de los síntomas derivados de los trastornos asociados como la depresión y la ansiedad y que hacen que aumente o se potencien los efectos del TOC posibilita que se reduzca de manera general las intrusiones y rumiaciones que ocasiona la enfermedad.

El objetivo de la terapia de aceptación y compromiso es eliminar la rigidez psicológica para lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (cognitive defusion). Estos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que si se aplica la desactivación del pensamiento, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto, etc. (14).

La aplicación de estos procedimientos se realiza siguiendo una agenda terapéutica, que no es un procedimiento rígido, sino más bien una guía tentativa que se ha de adaptar a cada paciente y a cada problema (9). En un sentido más técnico, Hayes (13), indica que: «aceptar implica tomar contacto con las funciones de estímulo de los eventos de forma directa y automática, sin actuar para reducir o manipular estas funciones y sin actuar en base a sus funciones verbales derivadas».

Como puede verse, frente a los enfoques cognitivo-conductuales clásicos, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante) supone un cambio del foco terapéutico. La intervención no va ya dirigida a eliminar o reducir los síntomas, sino que pretende conseguir un distanciamiento de la persona respecto de ellos o, lo que es lo mismo, una forma distinta de autoconocimiento (15).

La terapia cuenta con resultados a su favor provenientes de estudios comparativos que tuvieron como referente la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión (16). Igualmente existen diversos estudios de caso que muestran la utilidad de ACT en trastornos de ansiedad (17, 18, 19), depresión (20), bulimia (21) y adicciones (22)

De esta manera, la aplicación de la "Focalización Atencional" en los pacientes de TOC consistiría en no bloquear la intrusión reconociendo su presencia y continuando la actividad, demostrando que la rumiación es ineficaz y más aversiva que enfrentarse al problema.

Así, el Entrenamiento Atencional se basa en:

Tomar conciencia de que escapar de los pensamientos y emociones negativas no es buen afrontamiento y centrarse en el ahora, en la aceptación y en la focalización sensorial de los estímulos que interfieren.

Para ello, se le explica al sujeto la función del pensamiento en estados depresivos (comorbilidad con TOC), para que sea capaz de reconocer que se está rumiando.

La base reside en la Detección de rumiación, dirigir Focalización atencional en el entorno (aspectos experienciales) y en actividades (aspectos conductuales.)

De forma que el sujeto seguirá estos pasos:

1. Detección posible rumiación.
2. Si rumiación, utilizar contexto en que se presenta o incrementa para activar otra conducta.
3. Focalización atencional.
4. Ante intrusiones y emociones negativas sin rumiación: reconocer presencia sin valoración y/o intentos de bloquear. Continuar con actividad que se llevaba a cabo.

En este contexto, un programa en el que se incluya la focalización atencional durante el seguimiento de actuación podría resultar de utilidad en la mejora de la eficacia de los actuales abordajes terapéuticos del TOC.

Objetivos

Conocer la eficacia de la técnica de focalización atencional aplicada en el seguimiento del tratamiento reduce los pensamientos intrusos y produce mejorías en los pacientes diagnosticados de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Hipótesis

La aplicación de la técnica de focalización atencional durante el seguimiento del programa cognitivo-conductual tradicional mejorará la severidad de los síntomas en relación al grupo control o grupo con tratamiento tradicional, según la versión española de la escala Yale-Brown para TOC y la escala de ansiedad

Metodología

Sujetos

La muestra está compuesta por 26 pacientes diagnosticados previamente con TOC según los criterios del DSM-IV. Los sujetos acudieron a consulta de Psicología privada de forma voluntaria para tratar su trastorno. La edad media de los pacientes fue 27,7 años (DT: 5,9; rango: 18-41). Todos ellos cumplían criterios diagnósticos DSM-IV para TOC, con una duración mínima del trastorno de un año. La comorbilidad con otros diagnósticos no se consideró en el estudio siempre

y cuando el TOC constituyera el diagnóstico primario y motivo principal de consulta.

Instrumentos

1. Un cuestionario sobre variables demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) y clínicas (edad de inicio del trastorno, tiempo transcurrido hasta la primera consulta psiquiátrica, tratamientos previos realizados para el TOC e historia psiquiátrica previa personal y familiar).

2. El segundo instrumento es la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Y-BOCS). Esta escala es un instrumento cuantitativo validado y ampliamente difundido. Los elementos medidos incluyen:

Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown
<ul style="list-style-type: none">• Preguntas acerca de las distintas obsesiones (agresivas, de contaminación, sexuales, de acumular, religiosas de simetría exactitud) y compulsiones (de limpieza, lavado, de repetición, enumeración o contado, de ordenar arreglar, coleccionar)• Tiempo ocupado en el pensamiento obsesivo o el comportamiento compulsivo.• Interferencia social y ocupacional de los síntomas.• Malestar causado por los síntomas.• Resistencia a los síntomas.• Control de los síntomas.• Rasgos Generales como: indecisión, insight, evitación, responsabilidad patológica, lentitud, duda patológica.

La escala tiene un rango de 0 a 40 puntos donde 0-7 puntos indica TOC sub-clínico, 8-15 indica leve, 16 -23 indica moderado, 24 - 31 indica severo y 32-40 indica extremo.

3. Para valorar la presencia e intensidad de la clínica depresiva se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión BDI-II. Dicho inventario es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

4. Se empleó la Escala de Hamilton para ansiedad. La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la ansiedad es una escala, heteroaplicada, diseñada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Análisis Estadístico

En relación a los datos descriptivos de las variables utilizadas en el estudio: hallamos las frecuencias y descriptivos de la muestra y de cada una de las variables (porcentajes, medias y desviaciones típicas).

Con el fin de comprobar las posibles diferencias en algunas de las variables aplicamos distintas pruebas estadísticas según la naturaleza de la variable a analizar. Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre los grupos se utilizaron diferentes pruebas. Así, para las diferencias

pre-post se empleó la prueba no paramétrica para K- muestras relacionadas de Friedman (Xr2), así como la Chi-cuadrado X2), para comprobar a existencia de diferencias entre el grupo tradicional y el grupo con focalización atencional.

Plan de trabajo, fases, tiempo.

1. Las sesiones fueron individuales, de forma que todos los pacientes pasaron durante 8 meses por las siguientes fases:

2. Entrevista inicial.

3. Tratamiento farmacológico con antidepresivos.

4. Tratamiento cognitivo conductual. 1-2 veces por semana 24 sesiones.

A su vez, los pacientes asignados al tratamiento se encontraron 1 vez por semana con 2 terapeutas entrenados en sesiones de 1.5 horas y recibieron un programa de

5. Tratamiento con focalización atencional durante 12 sesiones.

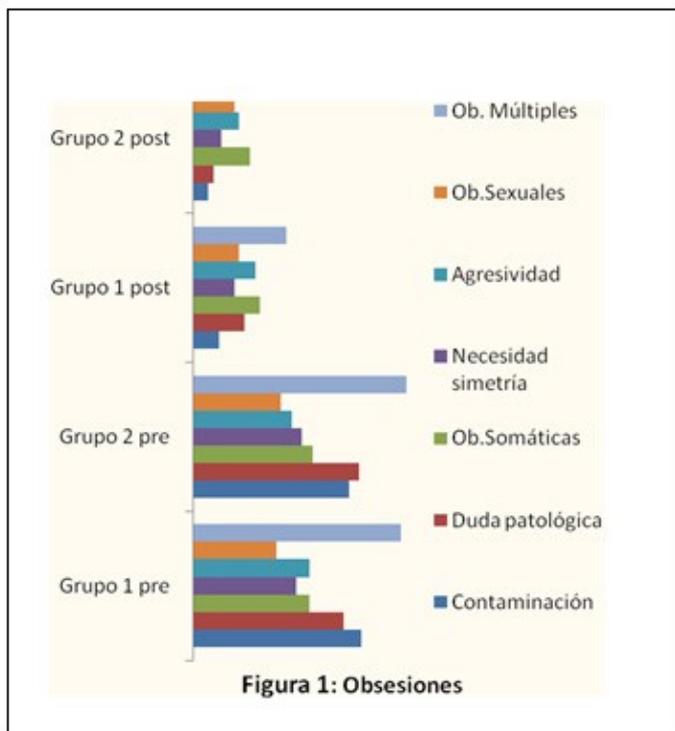
Finalmente se evaluaron los resultados tras los 9 meses en ambos grupos para observar si había cambios en las situaciones alcanzadas en las escalas anteriormente citadas (Yale-Brown, Beck y Hamilton).

Resultados

La muestra incluyó 26 participantes, de ellos 13 fueron tratados con la terapia tradicional compuesta por farmacología y t cogni conduc y los otros pacientes.

En referencia a las variables sociodemográficas se observa que la edad promedio es de 27,69 años con un rango de los 18 hasta los 41 años. De ellos, el 46,2 son varones y el 53,8 mujeres. En cuanto a su situación laboral vemos que el 42,3% estudia, el 30,8% trabaja y el 26,9% se encuentra parado y que el estado civil de la mayoría (65,4%) son solteros.

En relación a las variables clínicas se observa en la Figura 1 que todos los pacientes ghan sido diagnosticados con una anterioridad de 6 meses a un año, que antes de acudir a consulta no han sido tratados farmacológicamente y que de ellos el 61,5% padecen algún trastorno asociado al TOC.

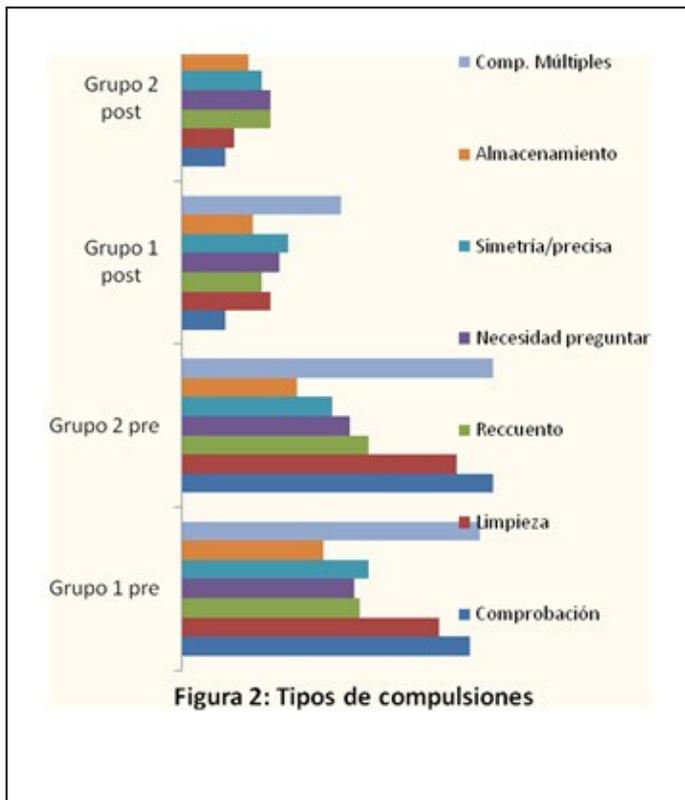


Al analizar los síntomas de los pacientes, se observa que las obsesiones más comunes son las obsesiones múltiples y las relacionadas con la contaminación y la duda patológica en ambos grupos antes el tratamiento, mientras que las obsesiones más inusuales son las obsesiones sexuales, la agresividad y las de necesidad de simetría.

Al examinar las obsesiones en los grupos tras el tratamiento encontramos una disminución en las diferentes obsesiones en ambos grupos ($\chi^2 = 11,37$; $p \leq .01$).

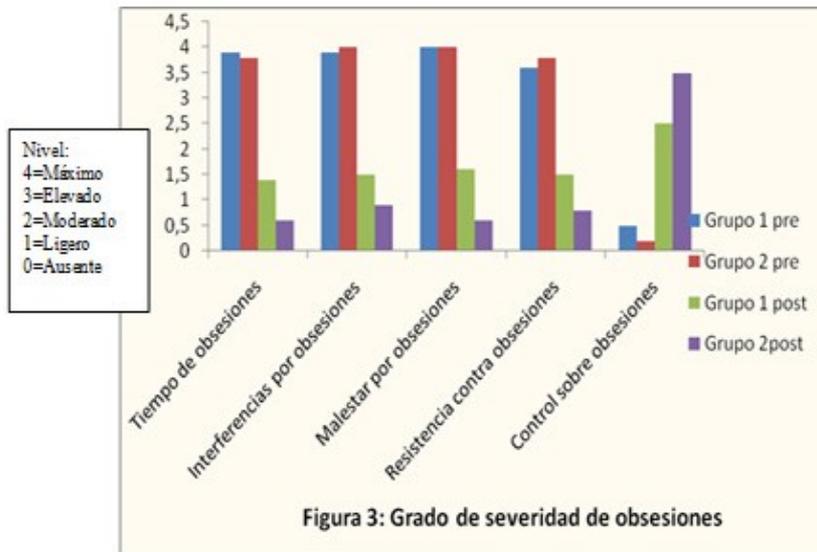
Del mismo modo, se observa que en algunos tipos de obsesiones (duda patológica, agresividad y obsesiones múltiples) se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con tratamiento tradicional (farmacología y terapia cognitivo conductual) y el grupo con tratamiento tradicional más focalización atencional en el seguimiento ($\chi^2 = 5,51$; $p \leq .01$).

Al examinar los diferentes tipos de compulsiones (Figura 2), se observa que la mayoría de pacientes presenta más compulsiones de tipo múltiple seguidas de las compulsiones de comprobación y las de limpieza.

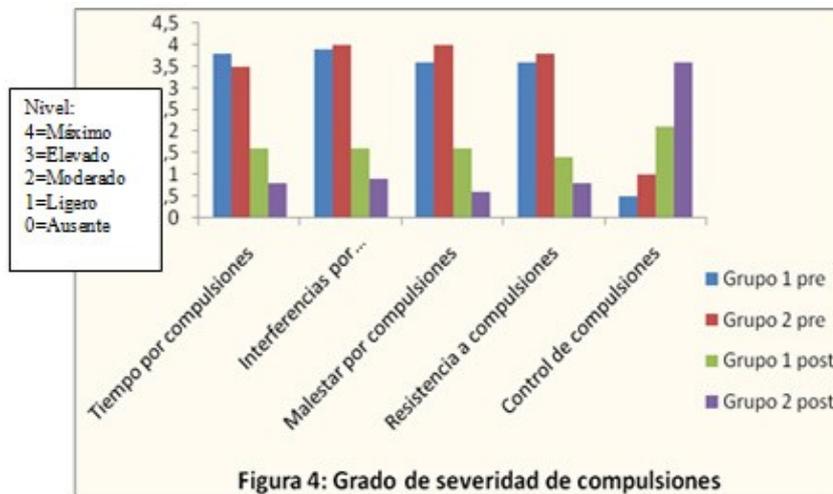


Así mismo, tras el tratamiento se observa que destacan más en ambos grupos las compulsiones múltiples aunque en un menor porcentaje. Por otra parte es interesante observar como en ambos grupos disminuye la frecuencia de todos los tipos de compulsiones, de forma que vemos que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos después del tratamiento ($\chi^2 = 15,26$; $p < .01$). A su vez, al examinar la disminución de compulsiones después del tratamiento se observan diferencias significativas en el tipo de compulsiones de limpieza, de simetría y de compulsiones múltiples entre el grupo tradicional (farmacología y terapia cognitivo conductual) y el grupo con tratamiento tradicional más focalización atencional en el seguimiento ($\chi^2 = 8,74$; $p < .01$).

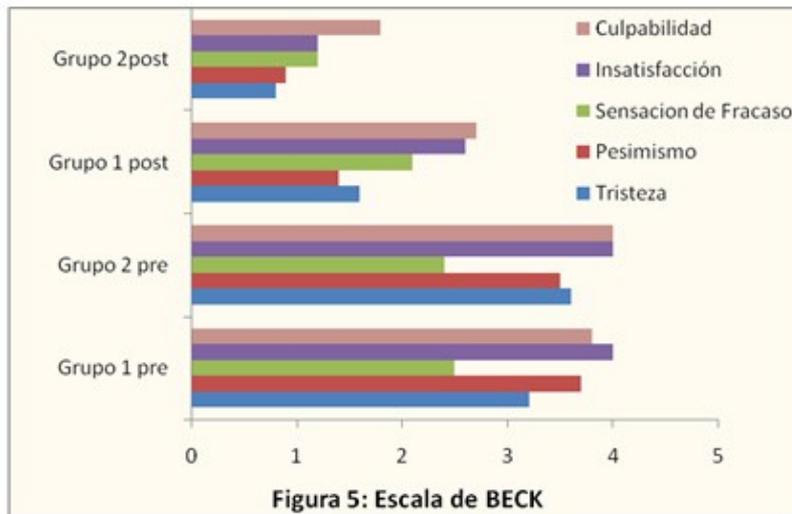
En cuanto a el grado de severidad o intensidad de los síntomas, se observa una disminución de la intensidad de las obsesiones (Figura 3), en ambos grupos en la prueba postest (tradicional (farmacología y terapia cognitivo conductual) y el grupo con tratamiento tradicional más focalización atencional en el seguimiento ($\chi^2 = 4,68$; $p < .01$). Así, vemos que hay una reducción significativa en cuanto al tiempo dedicado a las obsesiones, a las interferencias casadas por éstas así como al malestar que sienten los pacientes por tenerlas. Por otra parte, se observa un aumento significativo en cuanto al control de las obsesiones después del tratamiento y entre el grupo tradicional (farmacología y terapia cognitivo conductual) y el grupo con tratamiento tradicional más focalización atencional en el seguimiento ($\chi^2 = 2,84$; $p < .01$).



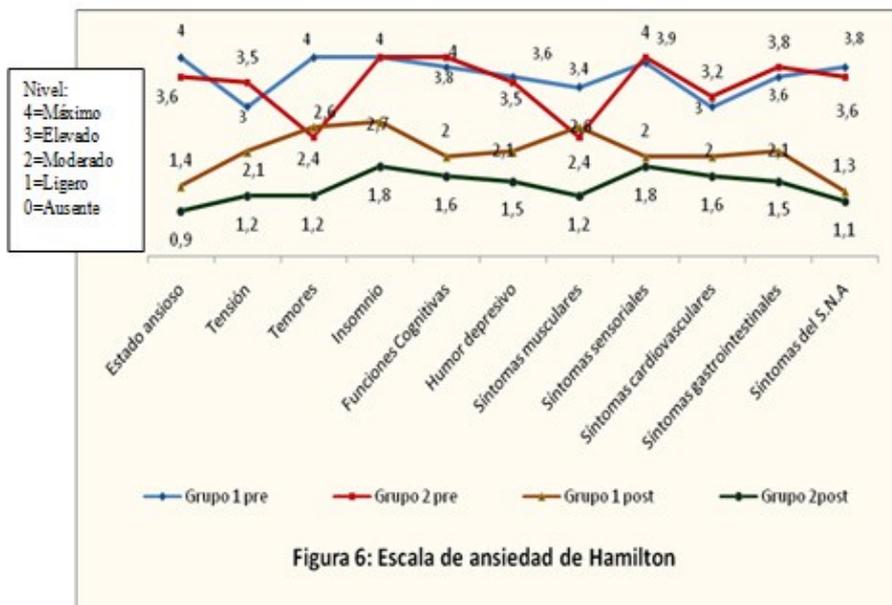
En relación al grado de severidad o intensidad de las compulsiones (Figura 4), encontramos resultados similares. Así, se observa una disminución de la intensidad de las compulsiones en la prueba postest entre el grupo tradicional (farmacología y terapia cognitivo conductual) y el grupo con tratamiento tradicional con seguimiento de focalización atencional ($X^2 = 5,12$; $p \leq .01$). Así, vemos que hay una reducción significativa en cuanto al tiempo dedicado a las obsesiones, a las interferencias casadas por éstas así como al malestar que sienten los pacientes por tenerlas. Por otra parte, se observa un aumento significativo en cuanto al control de las obsesiones después del tratamiento y entre el grupo tradicional (farmacología y terapia cognitivo conductual) y el grupo con tratamiento tradicional más focalización atencional en el seguimiento ($X^2 = 2,79$; $p \leq .01$).



En el análisis de los síntomas específicos relacionados con la depresión de los sujetos, el gráfico se ilustran los resultados de ambos grupos (Figura 5). Así, vemos que hay una reducción significativa en la evaluación postest en ambos grupos a la vez que entre los grupos 1= tradicional y grupo 2= tradicional con seguimiento.



Finalmente, al examinar la ansiedad (Figura 6), se observa una reducción en todas las dimensiones al comparar ambos grupos antes y después del tratamiento. Así mismo, al examinar a los grupos en la prueba postest vemos como el grupo que mas redujo los síntomas de ansiedad fue el grupo con tratamiento más focalización atencional en el seguimiento encontrándose diferencias estadísticamente significativas al compararlo con las otras tres condiciones ($X^2 = 5,06$; $p \leq .01$).



Discusión

Ningún paciente empeoró su sintomatología después de la intervención. Al comparar a los grupos después del tratamiento, observamos que todos los pacientes presentaron una disminución notoria en los niveles de ansiedad y depresión que antes del tratamiento así como en algunos de los rasgos obsesivos y compulsiones.

Aunque se necesitan ensayos adicionales para confirmar estos hallazgos, parece que el tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual puede obtener mejores resultados cuando se

combina con focalización atencional para reducir síntomas asociados del trastorno. Así, este tratamiento cognitivo modifica creencias relacionadas que llevan a la mala interpretación de pensamientos obsesivos, trata de que el paciente entienda que sus creencias y esfuerzos relacionados a evitar daños son innecesarios y que les genera los problemas que ellos padecen así como que la detección de las rumiaciones y su aceptación, es decir, la admisión o tolerancia de esos eventos privados y la propia situación del paciente, son los que le llevan a mejorar los síntomas de su enfermedad.

No obstante, debemos señalar que los resultados obtenidos no pueden atribuirse sin más a la implantación de esta técnica durante el seguimiento puesto que los efectos conseguidos se deben atribuir al contexto interactivo de ambos tratamientos. Así mismo, se debe señalar que la colaboración del paciente es trascendental, ya que es él, el que deberá enfrentarse a situaciones que le causan ansiedad, como parte esencial del tratamiento.

Algunas limitaciones de este estudio incluyen el tamaño reducido de la muestra por lo que se necesitan estudios con más pacientes, con períodos de seguimiento más prolongados, para investigar de forma más exhaustiva el seguimiento de los beneficios de esta técnica cognitivo-conductual. Del mismo modo, los ensayos futuros deben examinar las variables predictivas de la respuesta a cada tratamiento, y también realizar evaluaciones de coste-efectividad.

Bibliografía

1. Foa, E.B., Steketee, G.S. y Grayson, J.B. Imaginal and in vivo exposure: A comparison with obsessive-compulsive checkers. *Behavior Therapy* 1985; (16): 292-302.
2. Bellack, A. S. Hersen, M. y Salkovskis, P. M. *Comprehensive Clinical Psychology* 1998; Vol. 6: 329-336, 368-391. Oxford: Pergamon.
3. Leahy, R. L. y Holland, S. J. *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* 2000; 242-280. New York: The Guilford Press.
4. Vallejo M. A. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema* 2001; 13 (3): 419-427.
5. Alonso, M.P. y Pinfarré, J. Manía y trastorno obsesivo-compulsivo. *Monografías de Psiquiatría* 2002; 4.
6. Lewin, A. B, Storch, E.A, Adkins, J, Murphy, T.K. y Geffken, G.R. Current directions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Pediatr. Ann.* 2005; 34(2):128-34.
7. McCellan, J. y Werry, J. Evidence-based treatment in child and adolescents psychiatry: An inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:1388-1400.
8. Greist, J.H. y Jefferson, J.W: Obsessive-compulsive disorder, in *Treatments of Psychiatric Disorders*, 2nd ed. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press; 1995: 1477-1498.
9. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press; 1999.
10. Wilson, K. J. y Luciano, M. C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Editorial Pirámide; Madrid; 2002.
11. Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancill, R.B. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 2001; (110): 585-599.
12. Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Melzer, H. y Goodman, R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British*

Journal of Psychiatry 1995; (179): 324-329.

13. Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. Behavior Therapy 2004; (35): 35-54.

14. Hayes, S.C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy 2004; (35): 639-665.

15. Freixa, E. El conocimiento de sí mismo desde la óptica conductista. Psicothema 2003; (15): 1, 1-5.

16. Zettle, R. D., y Rains, J. C. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. Journal of Clinical Psychology 1989; (45): 438-445.

17. Carrascoso, F.J. (1999) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. Psicothema 1999; (11): 1-12.

18. Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y precauciones. Análisis y modificación de conducta 1999; (25): 497-584.

Luciano, M.C. y Cabello, F. Trastorno de duelo y ACT. Análisis y Modificación de Conducta 2001; (27): 313-324.

19. Zaldivar, F. y Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso: aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. Análisis y Modificación de Conducta 2001; (27): 425-454.

20. Dougher, M.J. y Hackbert, L. (1994). A behavior analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. The Behavior Analyst 1994; (17): 321-334.

21. Nash, H.M. y Farmer, R. Modification of bulimia-related behavior in the context of Acceptance and Commitment Therapy. Comunicación presentada en Association for Behavior Analysis. Chicago, IL. 1999.

22. Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (ACT). Análisis y Modificación de Conducta 2001 (27): 333-371.