

EFICACIA DE LAS TÉCNICAS CONTEXTUALES EN EL TOC
Trabajo Fin de Grado de Psicología

Alexandra García Hernández
Jodie de Armas Tracy
Ricardo Juan Pérez Rodríguez

Tutorizado por
Manuel Herrero Fernández y Pedro Benito Avero Delgado

Curso Académico 2020-21

Resumen

Los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) pueden llegar a dificultar las diferentes áreas en la vida de una persona: social, laboral, emocional... Sin embargo, existen diferentes terapias que tienen como objetivo mitigar dichos síntomas, de forma que se consiga una mejora de la calidad de vida de las personas con TOC. Esta revisión pretende evaluar cómo las Terapias Contextuales, como el Mindfulness o la Terapia de Aceptación y Compromiso, reducen la sintomatología del TOC. Para ello se realizó una búsqueda sistemática de ensayos aleatorizados en PsycInfo, Medline y Cochrane. Se incluyeron nueve estudios con alto, bajo y poco claro riesgo de sesgo en varias dimensiones. La evidencia encontrada sugiere que las Terapias Contextuales son eficaces. No obstante, la falta de bibliografía que existe respecto a este tipo de terapia, hace que sea de especial interés de cara al futuro una posible revisión en la que se incluya un mayor número de artículos; permitiendo así, la seguridad de que los resultados sean lo más leales a la realidad posible.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, atención plena, terapia de aceptación y compromiso, técnicas contextuales, ECA, revisión sistémica

Abstract

Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) can make different areas in a person's life quite difficult: social, work, emotional... However, there are different therapies that aim to mitigate these symptoms, so that the quality of life of people with OCD is improved. This review aims to evaluate how Contextual Therapies, such as Mindfulness or Acceptance and Commitment Therapy, reduce the symptomatology of OCD. To this end, a systematic search was carried out for randomized trials in PsycInfo, Medline and Cochrane. Nine studies were included with high, low and unclear risk of bias in various dimensions. The evidence found suggests that Contextual Therapies are effective. However, the sparse research that exists on contextual therapies points to the need for more robust research.

Keywords: obsessive compulsive disorder, mindfulness, acceptance and commitment therapy, contextual treatment, RCT, systematic review

Introducción

Según la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) está caracterizado por la presencia de obsesiones, que serían “pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados”, y compulsiones, que serían “conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente”. La prevalencia observada a nivel internacional es del 1.1-1.8% de la población, siendo las mujeres las que se ven ligeramente más afectadas en la adultez que los hombres, y estos en la infancia (APA, 2014). Es bastante característico de este trastorno que no es necesario que exista relación entre la topografía de las compulsiones con el contenido de las obsesiones, pudiendo ser las primeras conductas totalmente arbitrarias, relacionándose con las segundas en todo caso funcionalmente. Además, respecto a esto último es conveniente añadir que algunas personas diagnosticadas con TOC no manifiestan compulsiones, pero sí obsesiones, otras no obsesiones pero sí compulsiones y otras informan de que, según lo perciben, no existe relación entre ambas en su caso. Como última característica a señalar, el TOC puede resultar ser altamente incapacitante, pudiendo provocar deterioros en la salud y en la vida social, familiar y laboral (APA, 2014).

En un análisis más pormenorizado y operativo del TOC, como se comentó antes, podríamos concluir que las obsesiones y las compulsiones normalmente están relacionadas funcionalmente, en tanto que estas últimas se acometen para eliminar la molestia, dolor, incomodidad, etcétera que pueden provocar las primeras. De esta forma, desde el análisis de conducta, como esquema general para entender cómo y por qué se mantiene un caso de TOC, se diría que la obsesión funciona como un estímulo condicionado que provoca una respuesta condicionada de malestar y, a su vez, esta cadena funciona como un estímulo discriminativo

que evoca una respuesta operante por parte de la persona, que sería la compulsión, que se ve reforzada negativamente por la disminución de ese malestar. Todo este evento psicológico, repetido en el tiempo a largo plazo, podría dar lugar a una incubación de la ansiedad, fomentando la persistencia y el agravamiento del problema. No obstante, se insiste en que esto sería tan solo un esquema general y en la práctica real el análisis funcional dependerá de cada caso en particular, puesto que no existen dos experiencias del TOC iguales pese a todas las similitudes que se puedan encontrar.

A este análisis operativo, los psicólogos cognitivos añadirían la relevancia de cómo interpretan y valoran las personas con TOC sus pensamientos intrusivos y obsesivos, observando que estas lo hacen de una forma inadecuada y catastrófica. Aunque, siguiendo la línea teórica de la mayor parte de las técnicas contextuales para el tratamiento del TOC, que son el objeto de esta revisión, habría que señalar que según la filosofía del contextualismo funcional las cogniciones se consideran conductas y como tales están sujetas a las mismas leyes y principios del aprendizaje. Por lo tanto, un terapeuta contextual también tendría en cuenta los matices que aportan los psicólogos cognitivos pero trataría estas cuestiones de diferente manera. Esto es porque en la terapia cognitiva se trabaja desde un criterio de validez de las cogniciones, según el cual estas se pueden valorar como “inadecuadas”, “irracionales”, “exageradas”... Y en la terapia conductual y/o en la mayoría de las terapias contextuales se trabaja desde un criterio pragmático, según el cual las cogniciones de las personas se valoran en base a si son útiles o no para vivir una vida valiosa. Estas diferencias filosófico-teóricas se ven reflejadas en la práctica clínica, de tal forma que los terapeutas cognitivos trabajarán más tratando de discutir y transformar las cogniciones de sus usuarios y los terapeutas conductuales/contextuales lo harán más tratando de que su comportamiento esté orientado hacia aquello que da valor a su vida a pesar de sus cogniciones.

En cuanto al abordaje terapéutico de este trastorno, según el Manual de Tratamientos Psicológicos para Adultos de Eduardo Fonseca Pedrero (2021), este ha experimentado amplias dificultades hasta no hace demasiado. Al principio, con la poca pericia de las terapias de corte psicodinámico como el Psicoanálisis, pasando más adelante por la Terapia de Conducta más clásica, con intervenciones basadas en la detención del pensamiento, el control de contingencias e incluso la desensibilización sistemática y otras técnicas relacionadas con las fobias y la ansiedad, el abordaje del TOC aún no era suficientemente eficaz. Hasta hoy, el tratamiento que se declara como más eficaz es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), que recoge la Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) junto con otras técnicas cognitivas.

La técnica de la EPR tiene dos elementos fundamentales: la exposición, que implica la confrontación del usuario de la terapia a las situaciones que le provocan algún tipo de malestar y que están relacionadas con sus obsesiones, empezando desde niveles de ansiedad manejables y progresando en su intensidad con el tiempo; y la prevención de respuesta, que consiste en evitar realizar los comportamientos dirigidos a neutralizar o evitar las obsesiones, es decir, no acometer las compulsiones. Los dos procesos que se proponen tradicionalmente como subyacentes a esta técnica son, por un lado, la extinción del malestar asociado (la respuesta condicionada) y, por otro lado, es el de la habituación a la situación y/o la obsesión. Aparte, otros autores también añaden como procesos subyacentes el del aprendizaje inhibitorio, mediante el cual el usuario, de hecho, aprende que esas situaciones/obsesiones señalan que no va a existir ningún tipo de peligro o ninguno sumamente relevante. Otros a su vez señalan que el cambio en las cogniciones fortalecería y consolidaría más y mejor estos nuevos aprendizajes. La EPR ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del TOC (Öst, Havnen, Hansen y Kvale, 2015), además de mostrarse más eficaz que la Terapia Psicofarmacológica (Foa et al., 2005). La técnica de EPR se puede integrar junto a la TCC, beneficiándose de esta última de la discusión de cogniciones etiquetadas como irracionales o inadecuadas (Huppert y Franklin,

2005). Fonseca et al. (2021) concluyen que el nivel de evidencia que respalda esta combinación de técnicas (EPR con TCC) para el tratamiento del TOC es de alta calidad, con muy poco riesgo de sesgo, y le dotan del mayor grado de recomendación. Aparte, también se puede integrar junto a Psicoeducación y Terapia de Grupo (Fonseca, 2021). En lo que a la Terapia Cognitiva (TC) por sí sola se refiere, los estudios son insuficientes todavía (Fonseca, 2021), pero según la evidencia disponible actualmente parece no existir diferencias entre la TC y la EPR (Olatunji, Davis, Powers y Smits, 2013).

Respecto a las terapias propiamente llamadas de tercera generación, se comenzará con la Terapia Metacognitiva (TMC) de Adrian Wells. La TMC señala, como el resto de las terapias cognitivas, la relevancia de los pensamientos en los problemas psicológicos, aportando como novedad teórica el énfasis en que es más decisivo en cuanto al sufrimiento el cómo se piensa, los procesos cognitivos, que los contenidos del pensamiento en sí (Garay y Keegan, 2016). Además, como novedades prácticas desarrolla una forma original de atención plena (*Mindfulness*) y una técnica de entrenamiento atencional (Garay y Keegan, 2016). En cuanto a su eficacia en el tratamiento del TOC, ocurre algo similar que con la TC pues aún no tiene demasiadas investigaciones que la respalden como método consolidado, sin embargo, con la evidencia actual podemos concluir que funciona mejor que los antidepresivos y sin diferencias con la TCC (Sadeghi, Mokhber, Mahmoudi, Asgharipour y Seyfi., 2015). Fonseca et al. (2021) concluyen que el nivel de evidencia que respalda esta terapia para el tratamiento del TOC es moderado, con riesgo de sesgo muy bajo, y le dotan del tercer (de cuatro) grado de recomendación.

Otra técnica que ha probado y continúa probando su eficacia en el tratamiento del TOC es la Terapia Cognitiva basada en el *Mindfulness* (MBCT) desarrollado por Zindel Segal, John Teasdale y Mark Williams. La MBCT se basa en una combinación de técnicas de meditación tradicionales y de psicoeducación, con el objetivo de tomar consciencia y distancia de los

pensamientos y los sentimientos para no reaccionar frente a ellos y detener el funcionamiento automático de la mente, dando un margen de actuación más adecuado (Garay y Korman, 2012). Sobre la evidencia que la respalda como tratamiento eficaz, se profundizará en la cuestión a lo largo de esta revisión. No obstante, añadir que según Fonseca et al. (2021) su nivel de evidencia es bajo, con riesgo de sesgo alto, y le dotan del cuarto grado de recomendación.

Por último, se comentará la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollada por Steven C. Hayes. Como terapia explícita y fundamentalmente contextual, la ACT se centra en que el comportamiento de la persona se guíe por sus valores, a pesar de y en lugar de centrarse en transformar las cogniciones y los sentimientos aversivos que pueda experimentar. En lo que se refiere a su eficacia se profundizará en mayor medida a lo largo de esta revisión sistemática. Sin embargo, señalar que Fonseca et al. (2021) concluyen que el nivel de evidencia que respalda esta terapia para el tratamiento del TOC es moderado, con riesgo de sesgo muy bajo, y le dotan del tercer grado de recomendación.

Como conclusión, actualmente, la terapia que más evidencia parece presentar y más recomendable es para el tratamiento del TOC es la combinación de la EPR con la TCC. Pero, teniendo en cuenta que la tasa de abandono en los tratamientos del TOC con ERP y TCC aparenta oscilar entre el 15.4% (Ong, Clyde, Bluett, Levin y Twohig, 2016) y aproximadamente el 25% (Abramowitz, Taylor y McKay, 2009), existe la urgente necesidad de realizar más investigaciones basadas en estudios controlados aleatorizados (ECA) acerca de la eficacia de las terapias de tercera ola para brindar más opciones a esa parte de la población que no ha podido beneficiarse de las intervenciones más clásicas.

Objetivos de la revisión

La pregunta general que se intentará responder es: ¿son efectivas las técnicas contextuales o terapias de tercera generación para el tratamiento del TOC?

Para responder a esta pregunta en este trabajo se realiza una revisión sistemática centrada en ECA en los que se evalúan las técnicas contextuales con adultos con un diagnóstico principal en TOC.

Método

Criterios de inclusión y exclusión

Diseño. La inclusión de los estudios se restringe a aquellos con un diseño ECA, lo que significa ensayo controlado aleatorizado, en los cuales la asignación a un grupo de tratamiento o grupo control de la población participante es aleatoria. Se excluyen los estudios cuasiexperimentales, observacionales, revisiones, metaanálisis y editoriales.

Población. Se incluyen aquellos estudios en los que la población es adulta, con una edad de 16 años o más y además, con un diagnóstico clínico en TOC, es decir, trastorno obsesivo compulsivo. Se excluyen estudios con personas menores de 16 años y en los cuales los participantes no son población clínica.

Intervención. Se incluyen estudios en los que al menos uno de los grupos recibe la intervención con técnicas contextuales en el TOC, incluyendo así las terapias de tercera generación, terapia de aceptación y compromiso, psicoterapia analítico funcional, mindfulness, activación conductual y terapia dialéctico conductual. Se excluyen los estudios que no hacen uso de ningún tipo de terapia contextual.

Comparador. Se incluyen estudios en los que el grupo control recibe la intervención con técnicas cognitivas, farmacológicas, de exposición y prevención de respuesta, distracción o cualquier otro tipo de tratamiento.

Medidas de resultado. La medida de resultado esencial de esta revisión de técnicas contextuales en el TOC en términos de respuesta al tratamiento tiene el fin en evaluar la eficacia de estas, concretamente si alivia o elimina los síntomas y su disminución en

recaídas. Los estudios incluidos son solo aquellos que midieron dicho parámetro por medio de un instrumento normalizado válido con medidas anteriores y posteriores a la intervención.

Fuentes de información y búsqueda

La búsqueda de la revisión sistemática se inició en abril de 2021. Esta se llevó a cabo a través del Punto Q, un recurso para la búsqueda de información científica que proporciona la Universidad de La Laguna a sus estudiantes. Por vía de este se utilizaron dos bases de datos: PsycINFO y MEDLINE. Además, se llevó a cabo una segunda búsqueda por medio de Cochrane, una base de datos de libre acceso.

La estrategia de búsqueda engloba la siguiente combinación de términos de (1) la población: “adulter” OR “adultos” OR “población adulta” OR “adulto”; (2) intervención: "terapia tercera generación" OR "terapias tercera generación" OR "terapia contextual" OR "terapias contextuales" OR "técnica contextual" OR "técnicas contextuales" OR "terapia aceptación compromiso" OR "ACT" OR "psicoterapia analítico funcional" OR "terapia analítico funcional" OR "FAP" OR "PAF" OR "mindfulness" OR "atención plena" OR "atención consciente" OR "activación conductual" OR "terapia dialéctico conductual" OR “TDC” OR “DBT” OR “tratamiento contextual” OR “tratamientos contextuales” OR “tratamiento tercera generación” OR “tratamientos tercera generación”; (3) el trastorno: “trastorno obsesivo compulsivo” OR “TOC” OR “obsesión” OR “obsesiones” OR “compulsión” OR “compulsiones”; (4) el diseño: “randomized controlled trials” OR “rtc” OR “randomised control trials” OR “randomized clinical trial” OR “randomized controlled study” OR “ensayo controlado aleatorizado” OR “ECA” OR “aleatorizado”.

El conjunto de palabras clave fueron buscadas en, título, abstract y texto completo en PsycINFO, Medline y Cochrane. Asimismo, se utilizaron diferentes filtros, que fueron, idioma (english, spanish), año de publicación (2016-2021) y publicaciones académicas. En una segunda búsqueda, debido a la limitación de resultados obtenidos, fue necesario ampliar el

rango de año de publicación (2014-2021). Posteriormente, se le añadió: edad (adulthood) y metodología (clinical trial, treatment outcome). En cuanto a la base de datos de Medline, se hizo uso primeramente de los filtros: año de publicación (2016-2021), idioma (english, spanish) y publicaciones académicas. Por la misma razón, se volvió a modificar el filtro del año (2010-2021), con lo que se obtuvo un número más amplio de resultados. A continuación, se le añadieron, a los ya establecidos, edad (all adult: 19+years) y materia: título principal (Cognitive Behavioral Therapy). Por último, en Cochrane, tan solo se sirvió del filtro “ensayo”. En Anexo 1 se pueden consultar las estrategias de búsqueda para cada base de datos completa.

Selección de los estudios

La selección de los estudios para su posterior análisis se llevó a cabo mediante una lista de criterios de inclusión y exclusión (Anexo 2). Primero cada revisor de manera individual y teniendo dicha lista en cuenta, clasificó los resultados de la búsqueda en aptos o no aptos mediante la revisión de su título y abstract para posteriormente llegar a un consenso. Una vez desechados aquellos no válidos, se procedió a una segunda distinción con el respaldo de los mismos criterios, en este caso con una lectura completa de los textos.

Al ser un total de tres jueces, el conjunto de textos fue distribuido de manera equitativa para la segunda fase. De dichos textos cada juez seleccionó y descartó aquellos en los que no existía ningún tipo de duda al respecto. Posteriormente, para aquellos en los que se contaba con cierta incertidumbre en la toma de decisión individual, se llevó a cabo un debate entre la terna para llegar a un acuerdo y así incluirlos o, por el contrario, descartarlos.

Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgo

Seleccionados los estudios a revisar, se realizó un vaciado de sus datos en una tabla en un documento de Google Docs, al cual todos los autores tenían acceso mediante Google Drive. En esta tabla se resumió la información más relevante para su revisión: autoría (autores, año de publicación, país), población (margen de edad, media de edad y porcentaje de mujeres),

intervención (grupos y comparadores con al menos una técnica de tercera ola), seguimiento, medidas de resultado, instrumentos de medida y conclusiones.

Luego se evaluó la calidad metodológica de los estudios mediante la Herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo (Higgins, Altman y Sterne, 2011), que valora el riesgo de sesgo como “alto”, “bajo” o “poco claro” a través de siete dimensiones: selección de la secuencia, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y personal, cegamiento de evaluadores de resultados, datos de resultado incompletos, notificación selectiva de los resultados y otras posibles fuentes de sesgos. Para finalizar, se realizó una síntesis de carácter cualitativo de los datos.

La selección, el proceso de extracción de datos y evaluación de riesgo de sesgos fueron realizados por tres revisores.

Resultados

Selección de los estudios incluidos

La primera búsqueda dio una suma de 146 resultados que, tras eliminar los duplicados, se redujeron a un total de 125 artículos. De todos ellos se descartaron un conjunto de 101 en primer lugar por su título y abstract teniendo en cuenta los criterios establecidos con anterioridad. Ello supone 24 textos restantes que, tras su lectura completa, se descartaron 16, contando así con una cifra final de nueve. En la Figura 1 queda plasmada la secuencia de selección en forma de diagrama de flujo según la declaración PRISMA (Urrútia & Bonfill, 2010). En el Anexo 3 se pueden examinar los estudios excluidos y sus respectivos motivos de exclusión.

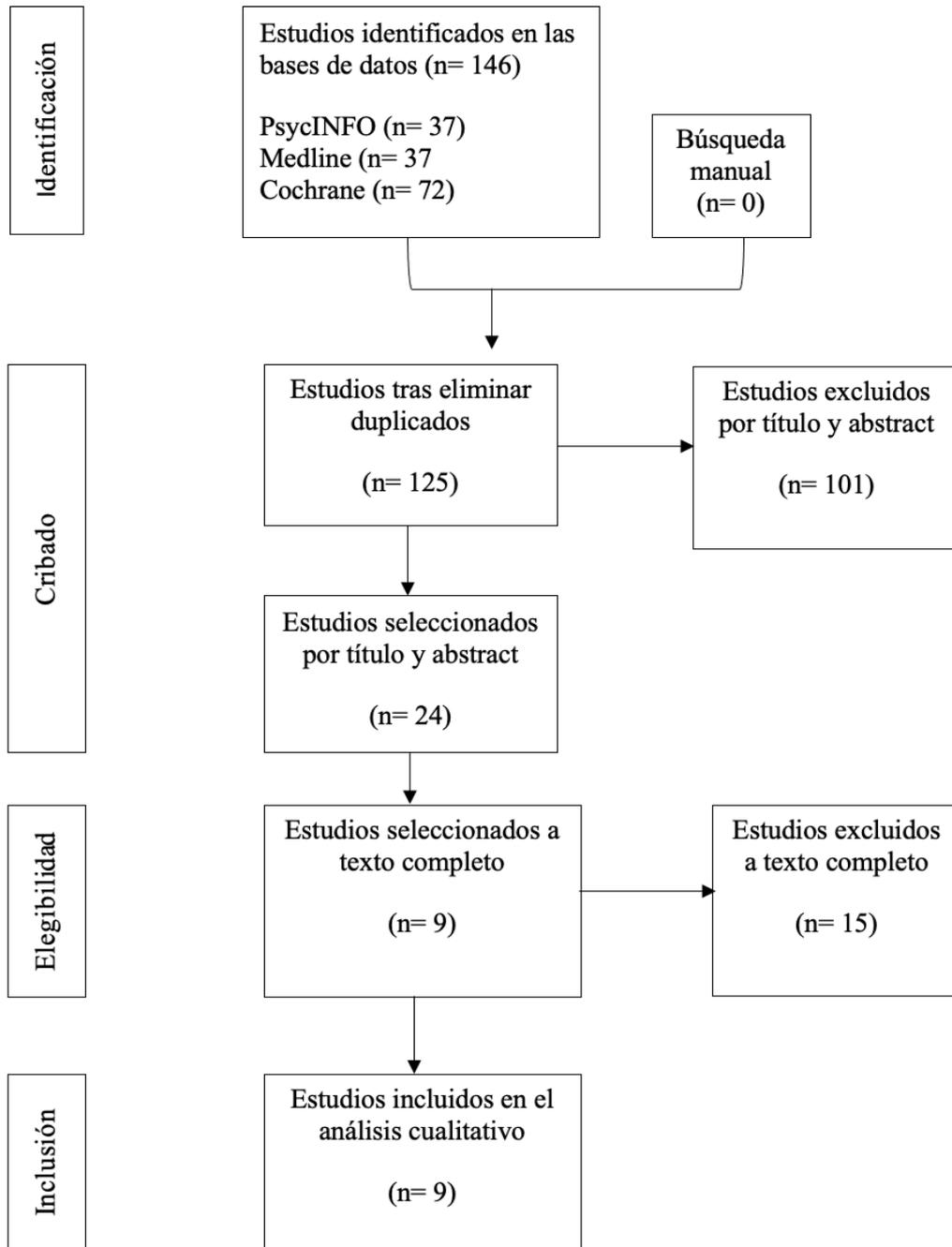


Figura 1. Diagrama de flujo.

Características de los estudios

Toda la información con respecto a las características de los estudios incluidos está recogida en la Tabla 1. Del total de los estudios, tres se realizaron en Alemania, tres en Estados Unidos, uno en India, uno en Irán y uno en Reino Unido. Además, todos ellos fueron realizados

por población diagnosticada de TOC por DSM-IV o DSM-V (Cludius et al., 2020; Hayes, Plumb, Pruitt, Collins y Hazlett-Stevens, 2010; Külz et al., 2018; Mathur, Sharma, Balachander, Kandavel y Reddy, 2020; Rohani et al., 2017; Rupp, Jürgens, Doeblner, Andor y Buhlmann, 2019; Strauss et al., 2018; Twohig et al., 2018; Wahl, Huelle, Zurowski y Kordom, 2013). La mayoría de los estudios cuenta con un gran porcentaje de mujeres, siendo algunos de este género su totalidad o más de la mitad.

En cuanto a la intervención, el estudio Wahl et al. (2013) compara el tratamiento basado en Atención Plena (*Mindfulness*) con un grupo control con distracciones. Strauss et al. (2018) sigue esta línea comparando esta vez *Mindfulness* con Prevención de Exposición de Respuesta (ERP). En la investigación de Rupp et al. (2019) se plantean las posibles diferencias de la intervención basada en Conciencia Plena Desapegada (DM, por *Detached mindfulness*) frente a Reestructuración Cognitiva (CR).

En el ensayo de Marhut et al. (2020) se plantea la mejora de los síntomas del TOC a raíz de ver las diferencias entre MBCT (Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*) con entrenamiento en el manejo del estrés (SMT). En esta misma línea, tanto Külz et al. (2018) como Cludius et al. (2020) plantean la comparación entre MBCT con OCD+EP (Psicoeducación).

Rohani et al. (2017) investiga en una población en la que todos consumen Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) la eficacia de la combinación con Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Twohig et al. (2018) compara ACT con ERP; otra investigación que hace uso de ACT sería la de Hayes et al. (2010), comparándola esta vez con Entrenamiento en Relajación Progresiva (PRT).

Tabla 1.

Características y principales conclusiones de los estudios incluidos

Autor/es, año, país.	Rango de edad, media, y % de mujeres	Población	Intervención y comparadores	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Cludius et al. 2020	18-70 años	Diagnóstico TOC	(1) MBCT	12 meses	Reducción de los síntomas del TOC	Y-BOCS, OCI-R, WHOQOL-II, BREF, BDI-II, BSI, OBQ-44, MCQ-30, DTS, KIMS	<p>Ambos grupos mostraron reducciones significativas de los síntomas del TOC tras la intervención, 6 meses después y 12 meses después.</p> <p>Tras 12 meses después del tratamiento la terapia MBCT no demostró ser significativamente mejor que ni diferente de la terapia de psicoeducación.</p>
Alemania	38,62 años 61%	N= 125 61 MBCT 64 OCD+EP	(2) OCD+EP				
Hayes et al. 2010	> 18 años	Diagnosticados de TOC por DSM-IV	(1) ACT	3 meses	Reducción de los síntomas del TOC	SCID, Y-BOCS, BDI-II, QOLS, AAQ-16, TCQ	<p>Las mejoras del grupo ACT frente al grupo TRP fueron más significativas en las medidas postratamiento y de seguimiento para la reducción de los síntomas del TOC.</p>
USA	37 años 61%	N= no especificado	(2) PRT				<p>Las diferencias en la mejora de la calidad de vida fueron un tanto más significativas para el grupo de ACT frente al grupo de TRP.</p>

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es, año, país.	Rango de edad, media, y % de mujeres	Población	Intervención y comparadores	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Külz et al., 2018 Alemania	18-70 años 38,62 años 77%	Diagnóstico TOC por DSM-V N= 125 61 MBCT 64 OCD-EP	(1) MBCT (2) OCD-EP	6 meses	Mejora en la sintomatología del TOC	Y-BOCS, OCI-R, BDI-II, BSI, WHOQOL-BREF, KIMS-D, OBQ-44, MCQ-30, SCS, DTS	Los pacientes con MBCT mejoran significativamente más que el grupo OCD-EP según la escala de autoevaluación aplicada
Mathur et al. 2020 India	18-50 años MBCT: 27,57 años SMT: 28, 93 años % no especificado	Diagnóstico TOC por DSM-IV N= 60 30 MBCT 30 SMT	(1) MBCT (2) SMT	No se especifica	Reducción de la gravedad de los síntomas del TOC	Y-BOCS, CGI-S, OBQ, SRI	Se observó una reducción de significatividad en la gravedad del TOC en el grupo de MBCT en comparación con el SMT

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es, año, país.	Rango de edad, media, y % de mujeres	Población	Intervención y comparadores	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Rohani et al. 2017 Irán	> 17 años ACT+ISRS: 28,13 años ISRS: 26,7 años 100%	Diagnóstico TOC por DSM-V en dosis óptimas de fluoxetina, fluvoxamina, citalopram o sertralina. N= 46 23 ACT+ISRS y 23 ISRS	(1) ACT+ISRS (2) ISRS	2 meses	Mejora síntomas del TOC	Y-BOCS, BDI-II, RRRS, AAQ-II	El uso acompañado de ACT con antidepresivo es más efectivo que antidepresivos por sí solos
Rupp et al. 2019 USA	Edad no especificada DM 30,81 (9,48) 71,43% CR 31,23 (10,96) 45,45%	Diagnóstico de TOC por DSM-V N= 43 21 DM 22 CR	(1) DM (2) CR	4 semanas después	Reducción síntomas de TOC	Y-BOCS, BDI-II	Ambas condiciones supusieron mejoras en la sintomatología de TOC

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es, año, país.	Rango de edad, media, y % de mujeres	Población	Intervención y comparadores	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Strauss et al. 2018	> 18 años	Diagnosticados de TOC por DSM-IV	(1) MB+ERP (2) ERP	6 meses	Mejoras clínicamente importantes en la gravedad de síntomas del TOC	Y-BOCS, SWEMWB, BDI-II, FFMQ-SF, OBQ-44	Agregar intervenciones basadas en Mindfulness puede no conducir a mejoras significativas en los síntomas de TOC en comparación con ERP sola.
UK	MB+ERP: 33 años 79% ERP: 27 años 50%	N= 37 19 MB+ERP 18 ERP					
Twohig et al. 2018	Edad no especificada	Diagnóstico TOC por DSM-IV	(1) ERP+ACT (2) ERP	6 meses	Disminución de los síntomas del TOC	Y-BOCS, DOCS, BDI-II, AAQ-II, OBQ	Similitud en los resultados inmediatos y a largo plazo. ERP resulta beneficioso tanto por el enfoque de habituación o de ACT.
USA	ERP 27,29 años 32% SMT: 27, 21 años 32%	N= 58 28 ERP 30 ACT+ERP					

Tabla 1. (Continuación)

Autor/es, año, país.	Rango de edad, media, y % de mujeres	Población	Intervención y comparadores	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Wahl et al., 2013	18-65 años	Diagnóstico TOC por DSM-IV	(1) Mindfulness	No se especifica	Eficacia del mindfulness en exposición breve a pensamientos obsesivos	DSM - IV, Y-BOCS, OCI-R, BDI-II, BAI, STAI, VAS, adaptación del módulo	Los participantes del grupo mindfulness experimentaron una mayor disminución de la ansiedad e impulsos de neutralizar.
Alemania.	Mindfulness: 30,67 años 60%	N= 30	(2) Distracciones			‘Thoughts are not facts’ usado en MBCT (Segal et al. 2002) para las instrucciones	
	Distracciones : 39.73 años 40%	15 exp. 15 control					

Nota: MBCT = Terapia Cognitiva basada en el *Mindfulness*; OCD+EP= Psicoeducación; SMT = Entrenamiento en Manejo del Estrés; ACT = Terapia de Aceptación y Compromiso; ISRS = Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ERP = Exposición y Prevención de Respuesta; PRT = Entrenamiento en Relajación Progresiva; DM = Conciencia Plena Desapegada; CR = Reestructuración Cognitiva; MB = Basado en *Mindfulness*.

Riesgos de sesgo

En la Tabla 2 se exponen los resultados de la evaluación de riesgos a partir de la Herramienta de Colaboración Cochrane (Higgins et al., 2011). En lo que refiere al sesgo de selección, concretamente sobre el proceso de generación de la secuencia, cuatro estudios se valoran con un “riesgo poco claro”, debido a que no se especifica el método empleado para aleatorizar (Cludius et al., 2020; Hayes et al., 2010; Strauss et al., 2018; Twohig et al., 2018) y los cinco estudios restantes se valoran con un “riesgo bajo”, pues se especifica el método (Külz et al., 2018; Mathur et al., 2020; Rohani et al., 2017; Rupp et al., 2019; Wahl et al., 2013). En Külz et al. (2018) se aleatorizó por lugares por un generador de números aleatorios computarizado, Mathur et al. (2020) y Rohani et al. (2017) emplearon una tabla de números aleatorios, en Rupp et al. (2017) se aleatorizó por minimización a través de un software y en Wahl et al. (2013) se empleó la aleatorización por muestreo sin reemplazo. Todavía en la evaluación del sesgo de selección, en lo que respecta en concreto al ocultamiento de la asignación, seis estudios se valoran con un “riesgo poco claro” por no especificar si existió o no ocultamiento (Cludius et al., 2020; Rohani et al., 2017; Rupp et al., 2019; Strauss et al., 2018; Twohig et al., 2018; Wahl et al., 2013) y los tres estudios restantes se valoran con un “riesgo bajo”, pues existió ocultamiento (Hayes et al., 2010; Külz et al., 2018; Mathur et al., 2020). Hayes et al. (2010) y Mathur et al. (2020) realizaron el ocultamiento mediante sobres cerrados, en el caso de Hayes abiertos por otra persona distinta de los evaluadores, y en Külz et al. (2018) la asignación la realizó una persona independiente al estudio.

En líneas generales, es poco frecuente el sesgo de realización dado que la mayoría de los artículos seleccionados (Wahl et al., 2013; Mathur et al., 2020; Hayes et al., 2010; Rupp et al., 2019) afirman que se informa a los participantes del propósito del estudio y firman el consentimiento informado, pero no se les comunica los detalles de la naturaleza de las diferentes condiciones. A diferencia de estos cuatro artículos, se encuentran tres (Külz et al.,

2018; Rohani et al., 2017; Twohig et al., 2018) en los que esta condición no se cumple; haciendo así que se conviertan en alto riesgo de sesgo de realización. En primer lugar, en el estudio de Külz et al. (2018) se explica a la muestra no solo el propósito del estudio, sino que, además, el diseño que llevará a cabo. En este sentido, Rohani et al. (2017) en su investigación ofrece a los participantes información sobre las dos condiciones que se presentan en dicho estudio. Por otra parte, en el estudio de Twohig et al. (2018), los participantes fueron informados de su condición. En cuanto a los estudios restantes (Strauss et al., 2018; Cludius et al., 2020) no se especifica si fueron informados sobre la condición a la que estarían sometidos.

En lo que se refiere a la evaluación del riesgo de detección, tres estudios se valoran con un “riesgo poco claro”, porque no se especifica si los evaluadores estaban cegados o no (Cludius et al., 2020; Rohani et al., 2017; Wahl et al., 2013), y cinco estudios se valoran con un “riesgo bajo”, pues informan de que los evaluadores estaban cegados (Hayes et al., 2010; Külz et al., 2018; Mathur et al., 2020; Strauss et al., 2018; Twohig et al., 2018). En el caso concreto de Rupp et al. (2019), se valoró como “riesgo alto” porque, a pesar de que los evaluadores no tenían conciencia del tratamiento al que fueron expuestos los participantes, sí tenían en lo que se refiere a cuáles estaban previamente en una lista de espera y cuáles no.

Con respecto al sesgo de desgaste en todos los artículos sin excepción es bajo, ya que especifican número y motivos de exclusión, siendo en la mayoría de los casos por no cumplir alguno o varios de los criterios establecidos o bien porque deciden no participar.

Refiriéndonos al sesgo de notificación todos los artículos explican el protocolo empleado, siendo en todos ellos alguno de los siguientes: Anova, Ancova, T-Test, Prueba de Chi-Cuadrado o Modelo Multinivel (MDM). Además, muestran los resultados obtenidos, incluyendo los no significativos.

Finalmente, haciendo referencia a otros posibles sesgos se encuentra en cuatro de ellos (Wahl et al., 2013; Külz et al., 2018; Mathur et al., 2020; Twohig et al., 2018) un bajo riesgo

de encontrarlos dado que en todos se afirma no haber conflictos de intereses. Sin embargo, en los cinco restantes (Rohani et al., 2017; Strauss et al., 2018; Cludius et al., 2020; Hayes et al., 2010; Rupp et al., 2019) no se hace referencia a la presentación de otros posibles problemas.

Tabla 2

Resumen del riesgo de sesgos de los estudios incluidos

	Cludius et al., 2020	Hayes et al., 2010	Külz et al., 2018	Mathur et al., 2020	Rohani et al., 2017	Rupp et al., 2019	Strauss et al., 2018	Twohig et al., 2018	Wahl et al., 2013
Sesgo de selección	Generación de la secuencia	?	?	-	-	-	?	?	-
	Ocultamiento de la asignación	?	-	-	-	?	?	?	?
Sesgo de realización	Cegamiento de participantes y del personal	?	-	+	-	-	?	+	-
Sesgo de detección	Cegamiento de personas evaluadoras del resultado	?	-	-	-	?	-	-	?
Sesgo de desgaste	Datos de resultado incompletos	-	-	-	-	-	-	-	-
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de los resultados	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros sesgos	Otras fuentes de sesgo	?	?	-	-	?	?	-	-

Nota: +: alto riesgo; -: bajo riesgo; ?: riesgo poco claro.

Discusión

Resumen y comentario de la evidencia

Esta revisión incluye nueve ensayos controlados aleatorizados con una muestra de personas diagnosticadas de TOC por DSM-IV o DSM-V abarcando Alemania, India, Irán, Estados Unidos y Reino Unido. En la evidencia científica revisada se encuentran resultados significativos lo suficientemente sólidos como para poder afirmar la eficacia de las técnicas contextuales en el Tratamiento del TOC, más concretamente del *Mindfulness* y de la Terapia de Aceptación y Compromiso por sí solas o en conjunto con otros tratamientos, como técnicas cognitivas, cognitivo-conductuales o psicofarmacología (ver Tabla 3).

En el estudio de Wahl et al. (2013) se obtuvo una disminución de ansiedad e impulsos a neutralizar a través de *Mindfulness*. Estos resultados positivos se encuentran también en investigaciones más recientes, como es el caso de Rupp et al. (2019), en el que a través de *Mindfulness* se encuentran mejoras en la sintomatología de TOC. No obstante, en Strauss et al. (2018) se halló que combinar la ERP con *Mindfulness* no traía beneficios mayores que intervenir mediante ERP solamente.

Como apunte a señalar, en lo que se refiere al *Mindfulness* en general, ya sea complementando o siendo complementado por otras técnicas, se ha observado que parece no existir un protocolo formal universal que precise su aplicación, sino que depende mucho de la terapia a la que acompañe, de las diversas tecnologías que se tengan como recurso aparte y/o incluso de la perspectiva teórica del profesional que lo emplea. Por esta razón, se considera la posibilidad de que en diferentes estudios se realicen intervenciones distintas aunque ambos lo denominen *Mindfulness*.

En lo que respecta a exploraciones centradas en MBCT, se encuentra en primer lugar según la escala de autoevaluación aplicada por Külz et al. (2018) una mejora significativa de la sintomatología evaluada. De esta manera, dos años más tarde Mathur et al. (2020) hallan una

reducción significativa de la gravedad de TOC en el grupo al que aplica MBCT en comparación con el grupo al que aplica SMT. Asimismo, Cludius et al. (2020) demuestran una reducción de los síntomas del TOC gracias a la terapia MBCT tanto después de la intervención como a lo largo del seguimiento; sin embargo, no prueba que esta terapia sea significativamente mejor que la Terapia de Psicoeducación con la cual se comparó. Además, otro estudio no incluido en esta revisión indica que la intervención con MBCT es más eficaz que un grupo control en lista de espera (Key et al., 2017).

Hayes et al. (2010) encuentran una mejora significativa gracias a la aplicación de ACT frente a PRT, de esta manera, existe una reducción de los síntomas del TOC además de una mejora de la calidad de vida. En esta línea, Rohani et al. (2017) hallan que el uso de ACT mientras se consumen fármacos ISRS es más efectivo que solamente consumir estos antidepresivos. Por último, como ligero contraste de lo comentado previamente, Twohig et al. (2018) concluyen que no existen diferencias significativas entre la intervención solamente con EPR frente a la combinación de esta con ACT, pese a que señalan que la primera podría beneficiarse del enfoque de la segunda en ciertos aspectos. Otro estudio no incluido en esta revisión, sin embargo, concluye que ACT es eficaz sin necesidad de complementarse con EPR (Bluett et al. 2014). Sería interesante realizar nuevos estudios que comparen ambos tratamientos aplicados cada uno sin complementarse con otros.

En general, la poca cantidad de estudios controlados aleatorizados que han podido ser seleccionados en esta revisión es coherente con las conclusiones de Fonseca (2021) que también indican una poca cantidad de ECAs para la investigación de la eficacia en MBCT y en ACT. Además, partiendo de los criterios de inclusión para esta revisión no se encontraron estudios que seleccionar para otros tratamientos de tercera generación como son la Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), la TMC o la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), por lo que urgen ECAs que den cuenta de su eficacia para el TOC.

Tabla 3

Resumen de la eficacia de las intervenciones incluidas en la revisión

	Mindfulness	MBCT	MB+ERP	ACT	ACT+ISRS	ERP+ACT
Cludius et al., 2020	-	Sí	-	-	-	-
Hayes et al., 2010	-	-	-	Sí	-	-
Külz et al., 2018	-	Sí	-	-	-	-
Mathur et al., 2020	-	Sí	-	-	-	-
Rohani et al., 2017	-	-	-	-	Sí	-
Rupp et al., 2019	Sí	-	-	-	-	-
Strauss et al., 2018	-	-	?	-	-	-
Twohig et al., 2018	-	-	-	-	-	?
Wahl et al., 2013	Sí	-	-	-	-	-

Nota: Sí = la intervención fue eficaz reduciendo síntomas de trastorno obsesivo compulsivo;

No = la intervención no fue eficaz reduciendo síntomas de trastorno obsesivo compulsivo; ?

= no es posible afirmar si es eficaz por sí misma; - = el estudio no trabajó esta técnica; MBCT

= Terapia Cognitiva basada en el *Mindfulness*; ACT = Terapia de Aceptación y Compromiso;

ISRS = Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina;

ERP = Exposición

y Prevención de Respuesta; MB = Basado en *Mindfulness*.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de esta revisión ha sido la escasez de ensayos controlados aleatorizados encontrados, además de estos solo estudian ACT o *Mindfulness* dejando fuera otras técnicas contextuales y solo se encontraron ensayos en inglés. Aparte, debido a la falta de experiencia de los revisores es posible que se hayan cometido errores en alguna fase de la revisión.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en los nueve artículos seleccionados permiten obtener una conclusión, en un principio, clara. Las Técnicas Contextuales, en concreto *Mindfulness* y ACT, en el Tratamiento del TOC son eficaces a la hora de producir mejoras en la sintomatología de este trastorno, de forma que existe una reducción por una parte de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados; y, por otra parte, de conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Aunque es importante señalar que sería positivo una revisión que incluya una mayor cantidad de estudios para afirmar lo anterior con mayor rigor y seguridad.

Resumiendo, a lo largo de esta revisión se ha podido observar que algunas Técnicas Contextuales, como lo son el *Mindfulness* o la Terapia de Aceptación y Compromiso, son significativamente eficaces no solo disminuyendo las características del TOC, sino que además, mejoran la calidad de vida de las personas. Futuros ensayos podrían ir orientados a trabajar la terapia de forma conjunta con la familia o red de apoyo del paciente, de forma que se aborde tanto de manera clínica como social; y en general urge una mayor cantidad de ensayos que prueben la eficacia de las terapias de tercera generación, de todas ellas o de aquellas que puedan resultar interesantes para el TOC.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet (London, England)*, *374*(9688), 491–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of anxiety disorders*, *28*(6), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Cludius, B., Landmann, S., Roseb, N., Heidenreich, T., Hottenrotta, B., Schödera, J., Jelineka, L., Voderholzer, U., Külzb, A.C., & Moritz, S. (2020). Long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder and residual symptoms after cognitive behavioral therapy: Twelve-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*. *291* (7), 113119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113119>
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, *162*(1), 151–161. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.151>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F.,

- González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., Peris Baquero, O., ... Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188–197.
- Fonseca Pedrero, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos*, 1ª Ed. Madrid, España: Pirámide.
- Garay, C., & Keegan, E.G. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*, 25, 125-134.
- Garay, C. J. y Korman, G. P. (2012). *El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness)* (Vol. XXI). Buenos Aires, Argentina: Revista Argentina de Clínica Psicológica.
- Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., & Hazlett, H. (2010). A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Versus Progressive Relaxation Training for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 78 (5), 705-716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Sterne, J. A. C. (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. En J. P. T. Higgins, & S. Green (Eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011.
- Huppert, J. D., & Franklin, M. E. (2005). Cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: an update. *Current psychiatry reports*, 7(4), 268–273. <https://doi.org/10.1007/s11920-005-0080-x>
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive–compulsive disorder*. Hamilton, Canada: Clin Psychol Psychother.

- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philippen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 223–233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- Mathur, S., Sharma, M.P., Balachander, S., Kandavel, T., & Reddy, J. (2020). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 282 (2), 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.082>
- 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>
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical psychology review*, 40, 156–169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Rohani, F., Rasouli-Azad, M., Twohig, M.P., Ghoreishi, F.S., Lee, E.B., & Akbari, H. (2017). Preliminary test of group acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder for patients on optimal dose of selective serotonin reuptake

- inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 16 (1), 8-13.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.002>
- Rupp, C., Jürgens, C., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). A randomized waitlist-controlled trial comparing detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive compulsive disorder. *Plos One*. 14 (3)
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213895>
- Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., Asgharipour, N., & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(9), 901–909. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.170632>
- 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 (6), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.007>
- 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>
- Wahl, K., Huelle, J., Zurowski, B., & Kordon, A. (2013). Managing obsessive thoughts during brief exposure: an experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive-compulsive disorder. *Springer Science+Business Media*. 37 (4), 752-761. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9503-2>

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

PsycInfo: TX ((“adulthood” OR “adults” OR “adult population” OR “adult”) AND ("third generation therapy" OR "third generation therapies" OR "contextual therapy" OR "contextual therapies" OR "acceptance commitment therapy" OR "ACT" OR "functional analytic psychotherapy" OR "functional analytic therapy" OR "FAP" OR "PAF" OR "mindfulness" OR "behavior activation" OR "dialectical behavior therapy" OR "DBT" OR “contextual treatment” OR “third generation treatment” OR “contextual treatments” OR “third generation treatments” OR “acceptance commitment treatment” OR “functional analytic treatment”) AND (“obsessive compulsive disorder” OR “OCD” OR “TOC” OR “obsession” OR “obsessions” OR “compulsion” OR “compulsions”)) AND (“randomized controlled trials” OR “rtc” OR “randomised control trials” OR “randomized clinical trial” OR “randomized controlled study”)

Medline: TX ((“adulthood” OR “adults” OR “adult population” OR “adult”) AND ("third generation therapy" OR "third generation therapies" OR "contextual therapy" OR "contextual therapies" OR "acceptance commitment therapy" OR "ACT" OR "functional analytic psychotherapy" OR "functional analytic therapy" OR "FAP" OR "PAF" OR "mindfulness" OR "behavior activation" OR "dialectical behavior therapy" OR "DBT" OR “contextual treatment” OR “third generation treatment” OR “contextual treatments” OR “third generation treatments” OR “acceptance commitment treatment” OR “functional analytic treatment”) AND (“obsessive compulsive disorder” OR “OCD” OR “TOC” OR “obsession” OR “obsessions” OR “compulsion” OR “compulsions”)) AND (“randomized controlled trials” OR “rtc” OR “randomised control trials” OR “randomized clinical trial” OR “randomized controlled study”)

Cochrane: (“adulthood” OR “adults” OR “adult population” OR “adult”) AND (“third generation therapy” OR “third generation therapies” OR “contextual therapy” OR “contextual therapies” OR “functional analytic therapy” OR “acceptance commitment therapy” OR “ACT” OR “functional analytic psychotherapy” OR “FAP” OR “PAF” OR “mindfulness” OR “behavior activation” OR “dialectical behavior therapy” OR “DBT” OR “contextual treatment” OR “third generation treatment” OR “contextual treatments” OR “third generation treatments” OR “acceptance commitment treatment” OR “functional analytic treatment”) AND (“obsessive compulsive disorder” OR “OCD” OR “TOC” OR “obsession” OR “obsessions” OR “compulsion” OR “compulsions”) AND (“randomized controlled trials” OR “rtc” OR “randomised control trials” OR “randomized clinical trial” OR “randomized controlled study”)

Anexo 2. Criterios de selección

Población: adultos con TOC diagnosticado por DSM-IV o DSM V.

Intervención:

- Mindfulness
- MBCT
- MB+ERP
- ACT
- ACT+ISRS
- ERP+ACT

Comparador:

- Distracciones
- OCD-EP
- SMT
- ISRS
- ERP

- PRT
- CR

Medidas de resultado: reducción de la sintomatología del TOC.

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión

Tabla 4

Estudios excluidos y motivos de su exclusión

Referencia del estudio	Motivo exclusión
Cludius, B., Hottenrott, B., Alsleben, H., Peter, U., Schröder, J., & Moritz, S. (2015). Mindfulness for OCD? No evidence for a direct effect of a self-help treatment approach. <i>Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders</i> . 6 (9), 59-65. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.05.003	Diseño e intervención
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. <i>Behaviour Research and Therapy</i> . 139 (1), 103757. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103757	Diseño
Külz, A.K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., Hertenstein, E., Voderholzer, U. & Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. <i>BMC Psychiatry</i> . 14 (1) https://doi.org/10.1186/s12888-014-0314-8	No realizado
Kumar, A., Sharma, M., Narayanaswamy, J., Kandavel, T. & Janardhan, Y. (2016). Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. <i>Indian journal of psychiatry</i> . 58 (4), 366-371. https://doi.org/10.4103/0019-5545.196723	Diseño
Magee, J.C, Dreyer-Oren, S.E., Sarfan, L.D., Teachman, B.A., & Clerkin, E.M. (2017). Don't tell me what to think: comparing self- and other-generated distraction methods for controlling intrusive thinking. <i>Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders</i> . 23 (3), 100368. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.12.003	Diseño e intervención
Ong, C.W., Blakey, S.M., Smith, B.M., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Abramowitz, J.S., & Twohig, M.P. (2020). Moderators and	Tema

<p>processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. <i>Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders</i>. 24 (4), 100499. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499</p>	
<p>Rupp, C., Gühne, D., Falke, C., Doebler, P., Andor, F., & Buhlmann, U. (2019). Comparing effects of detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive-compulsive disorder using ecological momentary assessment. <i>Clinical psychology & psychotherapy</i>. 27 (2), 193-202. https://doi.org/10.1002/cpp.2418</p>	<p>Diseño</p>
<p>Serra, M., Alonso, P., Miquel, N., Mar, L., Carol, A., Alemany, M., Menchon, J., Palao, D., Cardoner, N., Lopez, C. (2020). P.558 A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation strategy for obsessive-compulsive disorder: preliminary findings. <i>European neuropsychopharmacology</i>. 29 (1), S392-S393 https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.09.561</p>	<p>No terminado</p>
<p>Shannahoff-Khalsa, D., Fernandes, R., Pereira, C., March, J., Leckman, J., Golshan, S., Vieira, S., Polanczyk, G., Miguel, E., & Shavitt, R. Kundalini Yoga Meditation Versus the Relaxation Response Meditation for Treating Adults With Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. <i>Frontiers In Psychiatry</i>. 10, 793. https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00793</p>	<p>Diseño e intervención</p>
<p>Shihabuddeen, E., Jithesh, M., & Gayal, R. (2014). Randomized controlled trial on the efficacy of panchagavya ghrita in the management of obsessive compulsive disorder. <i>International journal of research in ayurveda and pharmacy</i>. 5 (2), 140-144. https://doi.org/10.7897/2277-4343.05228</p>	<p>Intervención</p>
<p>Shannahoff-Khalsa, D., Ray, L., Levine, S., Gallen, C., Schwartz, B., & Sidorowich, J. (1999). Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive-compulsive disorder. <i>CNS spectrums</i>. 4 (12), 37-47. https://doi.org/10.1017/S1092852900006805</p>	<p>Población y diseño</p>
<p>Villatte, J., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb, J., Atkis, D., & Hayes, S. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: differential impact on treatment processes and outcomes. <i>Behaviour research and therapy</i>. 77, 52-61. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001</p>	<p>Tema</p>