

**EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN
MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Autores:

María Esther Dueñas Melián y Victoria Carolina Yanes Fonte

Tutorizado por M.^ª Teresa Miró Barrachina

Curso Académico 2022-23

Resumen

El objetivo de la presente revisión sistemática es conocer el grado de eficacia clínica de la terapia cognitiva basada en la atención plena (*mindfulness*) para tratar síntomas asociados al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), mediante el estudio de ensayos clínicos existentes en la literatura científica. De un total de 6.850 artículos encontrados tras una primera búsqueda, finalmente se han seleccionado 8 estudios cumpliendo con los criterios de selección establecidos. Los resultados obtenidos no indican la superioridad de las intervenciones terapéuticas basadas en la atención plena, en la reducción de síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. No obstante, otros resultados secundarios revelaron que la intervención en atención plena alivia y reduce la severidad de algunos de sus síntomas característicos, como la ansiedad, síntomas depresivos y la necesidad de neutralizar pensamientos obsesivos. Las intervenciones llevadas a cabo en estos estudios, cuentan con un número reducido de participantes, lo que podría ser una limitación importante en el abordaje de esta intervención, de ahí surge la necesidad de encontrar más estudios aleatorizados con grupos de control adecuados para establecer con claridad la eficacia de este tipo de tratamiento en el TOC.

Palabras clave: Mindfulness; TOC; revisión sistemática; MBCT; tratamiento

Abstract

The objective of this systematic review is to determine the degree of clinical efficacy of mindfulness-based cognitive therapy to treat symptoms associated with obsessive-compulsive disorder (OCD), by studying existing clinical trials in the scientific literature. Of a total of 6,850 articles found after a first search, 8 studies have finally been selected, complying with the established selection criteria. The results obtained do not indicate the superiority of therapeutic interventions based on mindfulness, in reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder. However, other secondary results revealed that the mindfulness intervention alleviates and reduces the severity of some of its characteristic symptoms, such as anxiety, depressive symptoms and the need to neutralize obsessive thoughts. The interventions carried out in these have a reduced number of studies of participants, which could be an important limitation in the approach to this intervention, hence the need to find more randomized studies with adequate control groups to establish clearly the efficacy of this type of treatment in OCD.

Keywords: Mindfulness; OCD; systematic review; MBCT; treatment

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico de larga duración, caracterizado por la ocurrencia de pensamientos intrusivos recurrentes (obsesiones) y/o por el impulso de neutralizarlos con acciones encubiertas o manifiestas (compulsiones), de manera repetitiva, que producen un elevado nivel de malestar, y además requiere la inversión de mucho tiempo al día. Las personas con TOC dedican una media de 5,9 horas diarias a las obsesiones y 4,6 a las compulsiones, interfiriendo significativamente en el funcionamiento normal de los individuos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Esta condición clínica es uno de los 5 trastornos psicopatológicos más incapacitantes junto con la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el trastorno por consumo de alcohol (OMS, 2008). Además, se encuentra dentro de las primeras 20 causas de incapacidad general. Tiene una prevalencia vital alrededor del 1% y el 3% de la población general (Leckman et al., 2010), y su edad de inicio suele ser en la adolescencia o en los primeros años de la etapa adulta (American Psychiatric Association, 2000).

El comienzo suele ser gradual, la persona va introduciendo rituales que empiezan de manera no clínica y poco a poco se van extendiendo, alargando, intensificando hasta causar un importante problema en su rutina cotidiana. Pese a que su prevalencia es igual, la edad de inicio y tipo de contenido difiere de un sexo a otro; en el caso de los hombres suele comenzar entre los 6-15 años y el contenido suele ser más de tipo sexual y/o religioso, mientras que en las mujeres suele aparecer entre los 20-24 años y el contenido suele más de contaminación o suciedad y lavado.

Muchas de las personas con TOC presentan creencias disfuncionales o distorsiones cognitivas que contribuyen al mismo; estas distorsiones pueden incluir un excesivo sentido de la responsabilidad o la tendencia a sobreestimar la amenaza. Así, numerosos estudios han encontrado un marcado rasgo de hiperresponsabilidad en pacientes TOC (Shafran et al., 2013). Al igual que también existen rasgos de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, como una sobrevaloración de los pensamientos, donde hay una fina línea entre pensar en hacer algo y llevarlo a cabo. Bajo la condición clínica del TOC, pueden aparecer altibajos; si la persona se encuentra en un momento de su vida donde no tiene mucho estrés, el trastorno puede atenuarse un poco, mientras que en periodos de estrés tiende a intensificarse.

Atendiendo a otras cifras significativas, alrededor del 60% de las personas con TOC presentan más de un tipo de obsesiones y/o compulsiones; al menos un 50% de las personas con TOC manifiestan rituales o compulsiones manifiestas. En relación al *insight* se describe que el nivel pobre o ausente se presenta en un 2-4 %, se asocia con una mayor gravedad de los síntomas, una mayor duración del trastorno y una pobre respuesta al tratamiento. Es decir, cuanto más conocimiento

posea del trastorno, menor gravedad y mayor facilidad tendrá para el tratamiento. Por fortuna, la mayoría de las personas que presentan este trastorno, tienen una introspección buena o aceptable.

Desde el punto de vista de la comorbilidad, este trastorno tiene una elevada coexistencia con otros problemas clínicos, los más frecuentes son: trastorno de ansiedad generalizada (el TOC tiene su base en la ansiedad), depresión, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de conducta alimentaria (TCA), dependencia al alcohol, trastorno de control de impulsos y por uso de sustancias (Torres et al., 2016). Por otro lado, el 21% de la población sufre obsesiones y el 25% compulsiones (Fullana et al., 2009), sin que llegue a ser considerado un trastorno. Se trata de un fenómeno bastante común en la población, debido a que cuando la atención no está dirigida al soporte (como la respiración), es decir, no se encuentra alineado el cuerpo, la mente y el espíritu, ocurren procesos por debajo del umbral de conciencia, como la rumia, las obsesiones y/o compulsiones.

En la actualidad, la Terapia Cognitivo Conductual basada en la Exposición con Prevención de Respuesta (de ahora en adelante EPR), ha demostrado ser la más eficaz para el tratamiento del TOC. Sin embargo, la EPR a largo plazo causa daños crónicos en las cogniciones, las funciones sociales y la calidad de vida, es por ello, que en general, el TOC suele ser un trastorno difícil de tratar, con tendencia a ser crónico y con una baja remisión espontánea.

Teniendo en cuenta lo acotado del campo en el tratamiento para el TOC, el presente trabajo pretende revisar una alternativa terapéutica emergente.

La Atención Plena (*Mindfulness*) es una práctica milenaria de origen budista que cuenta con más de 2.500 años de tradición (García y Demarzo, 2018). Su objetivo principal consiste en expandir la conciencia plena del momento, estar plenamente presente en el aquí y en el ahora. Conforman el núcleo de la sabiduría perenne, ahondando sus raíces en las grandes tradiciones de sabiduría, tales como en el budismo, hinduismo, taoísmo, cristianismo, islamismo, etc. Es por ello que es sustancial con el ser humano. Esta práctica (AP), surge de prestar atención a la experiencia de manera intencional, desarrollando una actitud no crítica, ni interpretativa, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003). Al practicar *mindfulness*, se aprende a ver la realidad tal y como es y a aceptarla de un modo congruente con la acción eficaz, favoreciendo el contacto con la experiencia directa, vivida en primera persona y sentida en el propio cuerpo. En este sentido, la persona aprende a entender y comprender su imagen de sí. En la práctica, esta experiencia difiere de la imagen actual que comercialmente, desde un punto de vista capitalista, se entiende por Atención Plena. (Miró, 2014).

Algunos autores mantienen que la práctica de *mindfulness* facilita la formación y el fortalecimiento de un círculo virtuoso. Este círculo se sustenta en el funcionamiento integrado de

cuatro mecanismos de acción: la regulación de la atención, la conciencia corpórea, la regulación de la emoción, que incluye la re-evaluación, la exposición, la extinción y la re consolidación, y el cambio de perspectiva sobre el sí mismo. Gracias a los efectos de estos mecanismos, se logra facilitar la regulación consciente de la atención, la corporalidad, la emocionalidad y el sentido de ser uno/a mismo/a. Por lo que se consideran componentes esenciales para romper con los círculos viciosos auto-referentes que dan lugar a numerosas patologías (Miró et al., 2012).

No obstante, hace unos años, Bishop, Lau, Shapiro et al. (2004) consensuaron una definición psicológica de este concepto budista en la que diferenciaban dos componentes, por un lado la autorregulación de la atención, que supone que el practicante centre su atención de manera intencionada sobre la experiencia presente e inmediata, por lo general sobre sensaciones corporales o eventos mentales, observando así la experiencia a medida que ésta sucede. Y por otro lado tener una actitud particular hacia la propia experiencia, refiriéndose a la actitud con la que se centra la atención: de curiosidad, apertura y aceptación, en contraposición con el intento de controlar, suprimir o manipular la experiencia. La combinación de estos dos componentes contribuye a incrementar la capacidad de observar lo que se está pensando, sintiendo o experimentando sin permanecer abstraído en el entorno.

Esta forma de terapia ha estado en crecimiento desde los años 90, debido a la importancia de la disrupción tecnológica que ha cambiado nuestros modos de vida. En un mundo en el que la información es abundante, la atención es escasa, las personas con frecuencia nos distraemos fácilmente porque queremos llegar a conocerlo todo y esto nos genera un sentimiento de dispersión (percepción de no poder llegar a todas las cosas), lo que nos genera estrés. Es por ello, que la práctica de *mindfulness* ayuda al individuo a generar distancia entre él mismo y su contexto (Pérez Álvarez, 2014). El crecimiento y la expansión de la práctica de *mindfulness* surge como consecuencia de esta aceleración del ritmo histórico y de la cantidad de información abrumadora que nos proporciona nuestro entorno. Así lo afirma Cushman (1990): existen indicadores de que la presente configuración del self vinculado y eficaz es el self vacío. Nuestro territorio ha moldeado un self que experimenta una ausencia significativa del sentimiento de comunidad, tradición y significado compartidos. La falta de estimulación social interna se experimenta como una falta de convicción y valía personal, transformándose en un vacío emocional y consumista.

Siguiendo en esta línea, las intervenciones basadas en *Mindfulness* resultan beneficiosas para que la persona aprenda a relacionarse de forma distinta con sí mismo y con su entorno, prestando atención desde un estado de conciencia plena. A lo largo de los años, se han desarrollado propuestas de tratamiento basados en la práctica de *mindfulness* para trastornos específicos, tales como depresión, ansiedad, estrés, angustia, etc. Introduciéndose de este modo, en el ámbito clínico

mediante dos programas principales: *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) y *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT). Este trabajo se ha centrado principalmente, en la eficacia del segundo programa para la mejora de los síntomas de pacientes con TOC, de lo que se hablará a continuación:

La Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale en el año 2002 y está orientada a la prevención de recaídas para la depresión. La convergencia entre las últimas teorías sobre el modo en que actúan las terapias cognitivas y el abordaje de la conciencia plena, llevó a dichos autores a tratar de establecer un nexo entre ambas perspectivas, de esta forma se percataron de que las prácticas de concentración de la meditación basada en la conciencia plena parecía ayudar a un mejor autoconocimiento y autoaceptación en sus pacientes, y donde dichas transformaciones en el conocimiento y comprensión les ayudaba a obtener profundos beneficios, tanto a corto como a largo plazo, de la salud y bienestar. Es por tanto, su experiencia con la meditación junto con la pericia de la terapia cognitiva, lo que les lleva a aplicarlo al problema de la depresión, dando lugar a un nuevo abordaje terapéutico: la terapia cognitiva basada en la conciencia plena o *mindfulness* (TCBCP, MBCT) (Segal et al. 2013). Se trata de un programa manualizado que combina ejercicios mentales con elementos de la terapia cognitiva. La intervención consta de ocho semanas de duración, compuesto por sesiones grupales de dos horas y media, que se imparten una vez a la semana. Debido a la reorientación cognitiva de esta terapia, aprenden lo que son los pensamientos automáticos y su importancia, cómo funcionan, cómo detectarlos, cuál es la relación que tienen con las emociones negativas, qué es el pensamiento ruminador, las distorsiones cognitivas y otros procesos mentales (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Además, es necesario que esta práctica no se limite a las sesiones impartidas durante el programa, sino que se complemente con la práctica individualizada diaria, con el fin de crear el hábito y mejorar la práctica, esto hace que dichas mejoras se mantengan en el tiempo (Kinnunen et al., 2020).

En sus inicios, la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT), se desarrolló originalmente para la prevención de recaídas en la depresión recurrente y combina la meditación de atención plena con elementos de la TCC (Segal et al., 2013). Así, en la misma línea que el trabajo desarrollado por el grupo de Teasdale, Williams y Segal para la prevención de recaídas en depresión, Didonna (2009) ha propuesto también la incorporación de *mindfulness* en el tratamiento del TOC argumentando que, mediante la activación de procesos metacognitivos, la AP podría favorecer la desautomatización de los mecanismos patológicos presentes en el TOC. En definitiva, esta terapia podría mejorar síntomas específicos o pensamientos intrusivos en pacientes con TOC. Sin embargo, a pesar de la existencia de fundamentos teóricos que avalan las intervenciones basadas en *mindfulness*

para el tratamiento del TOC, no es ampliamente conocida la evidencia empírica que la respalde. Por lo que aún está por demostrarse su eficacia en el tratamiento del TOC.

Con todo lo anterior, el objetivo principal ha sido la realización de una revisión sistemática de estudios, para valorar la eficacia de las terapias cognitivas basadas en AP en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). De ahí surge el interés de este trabajo en encontrar respuestas a preguntas como: *¿Es el tratamiento MBCT eficaz para el TOC?, ¿Al comparar la MBCT con la TCC como tratamientos para el TOC, cuál es más útil, qué diferencias se pueden encontrar?, ¿Qué aportan las terapias basadas en la atención plena que no utilizan el método estándar de la MBCT?*

Metodología

La metodología empleada consistió en la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos Pub Med, PsycINFO, Cochrane, EBSCO, Punto Q y en el buscador Google Académico. Esta búsqueda se realizó utilizando principalmente las siguientes palabras claves: “MBCT”, “TOC” “OCD” y “Mindfulness”.

Diseño

Estrategias de búsqueda

La búsqueda de los artículos se llevó a cabo a través de las bases de datos mencionadas inicialmente, aunque la selección definitiva de los artículos a estudiar, se obtuvieron en su totalidad a través de la herramienta Punto Q de la biblioteca de la Universidad de La Laguna. La búsqueda se filtró para encontrar sólo formatos de tipo artículos y con un límite de antigüedad establecido a partir del año 2010. Posteriormente, la búsqueda se limitó desde el 2015 hasta la actualidad. Además, el análisis bibliográfico que se encontrará a lo largo de este trabajo, se complementó con la búsqueda de información manual en la biblioteca de la ULL y varias revisiones extraídas de las referencias de algunos de los estudios utilizados. La selección de los artículos, se llevó a cabo cumpliendo con los siguientes criterios:

Criterios de selección

Los criterios de inclusión son los siguientes: (1) Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness como principal método de intervención; (2) Disponibilidad del texto publicado en español o inglés,

(3) Investigaciones empíricas con pacientes previamente diagnosticados de TOC; (4) Presentar grupo control (activo o pasivo) o grupo de comparación; (5) Edad de los participantes mayor de 18 años.

Como criterios de exclusión, se han tenido en cuenta las siguientes características: (1) Presenten más de tres grupos experimentales; (2) Estudios que comparen diferentes patologías. (3) Ensayos que utilizan complementariamente medicación en todas las condiciones, en el momento de la intervención. (4) Valoración de síntomas sin medidas válidas y fiables.

A la hora de seleccionar los estudios, no se ha tenido en cuenta el sexo de los participantes, la experiencia previa de la práctica de *mindfulness* ni la duración de cada intervención.

Metodología de estudio

De los 8 estudios incluidos en esta revisión, 7 son ensayos controlados aleatorizados (ECA): (Cludius et al., 2020; Key et al., 2017; Külz et al., 2019; Landmann et al., 2020; Rupp et al, 2019; Strauss et al., 2018; y Zhang et al., 2021). Y solo uno de ellos, se trata de un ensayo controlado no aleatorizado (ECNA): Selchen et al., (2018).

Ensayos controlados aleatorizados

La muestra de los ECA está formada por población adulta de edades comprendidas entre 18 y 70 años. A pesar de su composición mixta, en todos los estudios predominaba la participación de mujeres. En cuanto al tipo de intervención, todos los estudios utilizaron como tratamiento la MBCT con pacientes diagnosticados de TOC, excepto dos de ellos (Strauss et al., 2018; Rupp et al, 2019), que han empleado otras terapias basadas en la atención plena o *mindfulness*. En base a las medidas de resultado encontradas en los distintos estudios, se describen las siguientes: autoevaluación de síntomas obsesivos compulsivos, calidad de vida subjetiva, tolerancia a la angustia, nivel de ansiedad y depresión, autocompasión, creencias obsesivas, metacogniciones, habilidades *mindfulness* y nivel de aceptación plena (Ver Tablas 2 y 3).

Ensayo controlado no aleatorizado

El único estudio identificado como ensayo controlado no aleatorizado (Selchen et al., 2018), tenía como objetivo probar la eficacia preliminar de un curso de 8 semanas de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) adaptado para el tratamiento del TOC, como tratamiento complementario para los que no respondieron a la TCC y como tratamiento independiente para los que no habían recibido previamente TCC. La edad de los participantes en este ensayo, comprendía

los 18 y 70 años. Al igual que en los ECA descritos anteriormente, el mayor porcentaje de participantes estaba formado por mujeres. Asimismo, este estudio también incluía a personas con un diagnóstico previo de TOC.

Por otro lado, esta revisión sistemática (RS) integró la información de otras revisiones sistemáticas previas sobre el tema en cuestión:

La primera RS identificada sobre el tema (Restovich, 2017), tenía como objetivo realizar una síntesis de la literatura existente para indagar en los efectos que tiene la práctica mindfulness para el tratamiento del TOC. Incluyó un total de 7 estudios, de los cuales 4 son estudios de caso (un diseño A-B-C, un estudio cualitativo y dos estudios con diseño experimental). Los periodos de publicación comprenden entre el año 2004 hasta el 2013. Las muestras de los estudios están compuestas por hombres y mujeres, de edades entre 18 y 65 años y con diagnóstico clínico de TOC de acuerdo a los criterios del DSM. Las investigaciones fueron desarrolladas en diferentes países: Alemania, Estados Unidos, Holanda, Inglaterra, Irán y Sri Lanka. En cuanto a las intervenciones en atención plena, varían de un estudio a otro, encontrando intervenciones no sistematizadas (Madani et al., 2013; Singh et al., 2004; Wilkinson-Tough et al., 2010; Zoysa, 2011), MBSR (Patel et al., 2007), MBCT (Hertenstein et al., 2012) e intervenciones como complemento de otras (Wahl et al., 2013).

La segunda RS incluida en este estudio (Usero, 2021), contaba con un total de 9 estudios experimentales, en los cuales se compara una terapia basada en Mindfulness con una condición de control, lista de espera u otro tratamiento (Cludius et al., 2015; Cludius et al., 2020; Hanstede et al., 2008; Key, Rowa, Bieling, McCabe y Pawluk, 2017; Külz et al., 2019; Madani, Kananifar, Atashpour y Habil, 2013; Rupp, Jürgens, Doebler, Andor y Buhlmann, 2019; Selchen, Hawley, Regev, Richter y Rector, 2018; Strauss et al., 2018). La media de edades de los estudios es de 32,58 años con predominio del sexo femenino (54,3%). Todos eran estudios experimentales aleatorizados, a excepción de los estudios de Hanstede et al. (2008) y el de Selchen et al. (2018) que eran cuasi-experimentales y los estudios de Didonna et al., (2019); Kumar, Sharma, Narayanaswamy, Kandavel y Reddy, (2019) pertenecientes a estudios pre-experimentales y además carecía de grupo control.

Resultados

A partir de las estrategias de búsqueda, se obtuvo un total de 6.850 referencias en las bases de datos electrónicas consultadas. Con vistas a acotar la revisión, sólo se tuvieron en cuenta las

referencias que incluían tratamientos basados en la Atención Plena y TOC, de las cuales se seleccionaron 25 de ellas en base a los criterios de selección y de la disposición de los resúmenes o abstracts de cada uno de ellos. Igualmente, de éstas, se seleccionaron 12 para un estudio más exhaustivo a lectura completa, resultando finalmente seleccionados 8 artículos de interés para estudio en la presente revisión, siendo todos ensayos clínicos.

En la Tabla 1, se presentan datos demográficos de los estudios y sus participantes, pertenecientes a diferentes países, con una edad media total de 36 años. En cuanto al sexo, en la mayoría de los estudios, el porcentaje más alto estaba formado por mujeres, pero no más del 70%. En estos 8 ensayos, la asignación de los participantes a los grupos ha sido aleatorizada, excepto en el estudio de Selchen et al. (2018), en el que los participantes han sido asignados según condición previa de haber recibido TCC o no.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra de los ensayos

Autor (Año)	N	Edad	Sexo	País
Cludius (2020)	125	18-70 M=38.62	Mujeres 61% Hombres 39%	Alemania
Key (2017)	36	18-70 M=43,29	Mujeres 47.2% Hombres 52.8%	Canadá
Külz (2019)	125	18-70 M=38.62	Mujeres 61.6% Hombres 38.4%	Alemania
Landmann (2020)	38	18-70 M= 36.23	Mujeres 60.53% Hombres 39.47%	Alemania
Rupp (2019)	43	18-70 M=30.67	Mujeres 58.12% Hombres 41.89%	Alemania
Selchen (2018)	37	18-70 M=42	Mujeres 60% Hombres 40%	Canadá
Strauss (2018)	37	18-51 M=30	Mujeres 64.5% Hombres 35.5%	Reino Unido
Zhang (2021)	123	18-54 M=28	Mujeres 69 % Hombres 30.9%	China

En las Tablas 2 y 3, se exponen características de los estudios y de las medidas de resultados. Es de destacar que, la intervención como tratamiento se ha llevado a cabo en todos los estudios con el programa estandarizado MBCT adaptado para el TOC, excepto en Strauss et al. (2018) y Rupp et al. (2019) que utilizan terapias basadas también en la atención plena o *mindfulness*. Igualmente, todos los estudios, tanto los que utilizan como tratamiento MBCT como las otras técnicas, llevan a cabo la principal medida de resultados de los síntomas OC con el cuestionario Y-BOCS. También, es condición general incluir al menos un grupo de comparación de la terapia empleada, como son los casos de los estudios de Selchen et al. (2018) y Strauss et al. (2018). El resto de los estudios utilizan grupos de control activo y pasivo en Key et al. (2017), lo cual permite hacer una comparación de los resultados esperados. En cuanto a la duración de los ensayos, difiere en cierta forma.

En base a todo ello, se exponen seguidamente características y resultados a destacar de los ensayos seleccionados que conforman esta revisión sistemática, encontrándose en primer lugar los estudios que utilizan la terapia MBCT (Cludius et al. 2020; Külz et al. 2019; Landmann et al. 2020; Selchen et al. 2018; Key et al. 2017) aplicada en pacientes que no han respondido a la TCC o que hayan recibido en su momento y se compare con esta última. A continuación, se describirán los resultados del estudio (Zhang et al. 2021) que no incluye directamente la TCC, y por último los ensayos que no utilizan el método estándar de la MBCT, pero sí tratamientos basados en la atención plena (Strauss et al. 2018; Rupp et al. 2019).

En el estudio de Cludius et al. (2020), se analiza la eficacia de la MBCT en comparación con un programa psicoeducativo para el TOC, en pacientes con síntomas residuales después de la TCC. Ambos programas se llevaron a cabo en 8 sesiones semanales y una sesión de refuerzo a los 3 y 6 meses con una duración de 2 horas. El protocolo de la MBCT para el TOC siguió la adaptación de un manual para la prevención de recaídas en pacientes con depresión mayor, incluyendo en la parte cognitiva de psicoeducación sobre factores de mantenimiento o de las perspectivas metacognitivas. Como resultado, se encontró una reducción significativa de los síntomas OC en el transcurso de un año después del tratamiento en ambos programas de grupo en los cuatro momentos de evaluación, siendo más notoria la disminución de la gravedad de los síntomas entre la evaluación de los 6 y 12 meses. Por tanto, se demuestra en este estudio la eficacia en la reducción de los síntomas para ambos programas, pero no se encuentran diferencias significativas a largo plazo entre los dos grupos, por lo que no se obtiene el resultado esperado de que la MBCT llevaría a una mayor reducción de los síntomas, aunque se encuentra que el grupo MBCT tiene un efecto significativamente superior entre los dos grupos en algunos aspectos del TOC en comparación con las pruebas preliminares, de los

ítems 1-3 para los ítems relacionados con las obsesiones del Y-BOCS (tiempo ocupado en pensamientos obsesivos, interferencia debida a pensamientos obsesivos, angustia asociada a pensamientos obsesivos). Asimismo, los pacientes con un episodio previo de trastorno depresivo mayor mostraron una mayor mejoría de las compulsiones en el MBCT en comparación con el grupo TOC-EP.

De igual manera que el estudio anterior, los ensayos de Külz et al. (2019) y Landmann et al. (2020), comparan la eficacia de la MBCT con un grupo de control activo psicoeducativo (PE), a la vez que los participantes también presentan síntomas residuales después de recibir TCC. En el estudio de Külz (2019), se ciñen también al protocolo de 8 sesiones semanales de dos horas de duración. El grupo de MBCT fue impartido por terapeutas MBCT o MBSR certificados y los cursos de PE por psicólogos clínicos con formación en TCC. Los participantes son distribuidos de manera aleatorizada en dos centros, y los resultados no mostraron diferencias significativas entre los centros ni dentro de los mismos con respecto a los dos grupos de tratamiento de los síntomas clínicos OC del Y-BOCS en referencia a la evaluación postratamiento, pero sí hubo una mejoría significativa para el grupo MBCT en la autoevaluación de los síntomas OC del OCI-R, con respecto al grupo EP, al igual que en las pruebas secundarias de las creencias obsesivas, creencias metacognitivas, calidad de vida y de los síntomas depresivos. En cuanto a la mejora de las creencias negativas sobre pensamientos relativos a la incontrolabilidad y el peligro, fue altamente significativa en el grupo MBCT. En la fase de seguimiento los síntomas del TOC habían mejorado aún más para ambos grupos, incluso siendo superior en el EP en las puntuaciones OC, en comparación con el grupo MBCT, aunque éste presentó diferencias significativamente favorables a su favor en las subescalas de habilidades mentales y obsesiones del OCI-R.

Por otro lado, el estudio de Landmann et al. (2020) surge como complemento al estudio anterior de Külz et al. (2019) para investigar los cambios posteriores a la MBCT en torno a las experiencias subjetivas de la vida diaria de los pacientes con TOC, mediante la herramienta de evaluación momentánea ecológica (EMA) con recogida de datos a tiempo real. La muestra de este subgrupo se compone de 38 participantes pertenecientes al primer centro, con una duración del programa de 6 días consecutivos, antes y después del tratamiento centrándose en los posibles cambios que puedan experimentar. Los elementos cognitivos de la MBCT adaptados al TOC, incluyeron psicoeducación y debate sobre la valoración subjetiva de los pensamientos que actúan sobre el procesamiento de la información, a modo de '*gafas del TOC*'. Como resultado, en cuanto a la mejora de las experiencias de la vida cotidiana en los pacientes de TOC, no confirman un beneficio

significativo de la MBCT en relación al afecto positivo, afecto negativo, la angustia asociada a los síntomas TOC o a la aceptación de las emociones momentáneas, encontrando incluso, una reducción significativa para ambos grupos en el afecto positivo y en la aceptación de las emociones en presencia de los síntomas OC, y también un aumento en el afecto negativo. Sin embargo, sí que se encuentra un beneficio de la MBCT en comparación con el grupo PE para la percepción de la irracionalidad de los síntomas del TOC, en la desvinculación de los síntomas en el momento que ocurren, no así en el postratamiento, donde obtuvo mejores resultados el otro grupo. Por lo tanto, los resultados hallados en este estudio (Landmann et al. 2020), contradicen los resultados del estudio principal (Külz et al., 2019) que había encontrado un mayor beneficio para el grupo MBCT en las medidas de resultado secundarias: síntomas de TOC autoevaluados, síntomas depresivos, calidad de vida y creencias obsesivas, a pesar de que los grupos no difirieron en la reducción de los síntomas de TOC evaluados por el clínico.

El estudio de Selchen et al. (2018), se lleva a cabo con pacientes con TOC que buscaban tratamiento, formando dos grupos de cohortes, según hayan recibido o no TCC en otro momento anterior al estudio, donde los primeros reciben tratamiento complementario de MBCT tras aplicarles TCC, y el segundo grupo recibirá de manera independiente MBCT. El programa de MBCT adaptado para el TOC, correspondía con un curso de ocho sesiones con dos horas de duración semanalmente. Dicho programa incluyó varias modificaciones del protocolo original, como la adaptación del concepto de depresión, donde se tuvo en cuenta los procesos de pensamientos relacionados con el TOC en base a las creencias que presentan sobre dichos pensamientos y las imágenes obsesivas. Teniendo en cuenta cómo los pensamientos se relacionan con experiencias que consiguen de esta forma mantener el ciclo del TOC. Como resultado encuentran que ambos grupos presentan de manera similar, una fuerte y significativa disminución de los síntomas del TOC, según las puntuaciones obtenidas en el Y-BOC-S, sin hallar diferencias significativas entre ambos grupos de cohortes. Es de señalar que, los resultados del análisis del FFMQ (cuestionario de las cinco facetas de atención plena), demostraron que los conceptos relacionados con la atención plena mejoraron antes y después del tratamiento en los dos grupos, con independencia del grupo al que pertenecían.

Por otro lado, en el estudio de Key et al. (2018), al igual que en el anterior, basan el ensayo aplicando de manera complementaria la MBCT adaptada para el TOC, después de que hayan recibido la TCC para pacientes que no responden a ella. La mayoría de los pacientes tomaban medicación psicoactiva (89.3%), y también la mayoría presentaba trastornos comórbidos, el más habitual era la

Tabla 2
Características de los ensayos clínicos

Autor (Año)	Diseño	Diagnóstico clínico	Intervención	Medidas (Seguimiento)	Medidas de resultado
Cludius (2020)	MBCT (n=61) TOC-PE (n=64)	TOC (nivel moderado con síntomas residuales tras TCC)	MBCT TOC-EP	Pre, post, 6 y 12 meses después (FU)	Principal: Y-BOCS Secundarias: OCI-R; DTS; WHOQOL-BREF; BDI-II; BSI; OBQ-44; MCQ-30; KIMS
Key (2017)	MBCT (n=18) WLC (n = 18)	TOC (con realización de TCC grupal con EPR)	MBCT WL	Pre, post	Principal: Y-BOCS Secundarias: FFMQ; SCS; OBQ-20; BDI-II; BAI
Külz (2019)	MBCT (n=61) TOC-EP (n=64) (G.C. activo)	TOC, según criterios DSM-V con síntomas residuales tras TCC	MBCT	Pre, post, 3 y 6 meses (sesión de refuerzo) antes de evaluación de seguimiento	Principal: Y-BOCS Secundarias: OCI-R; BDI-II; WHOQOL-BREF; BSI; DTS; KIMS; SCS; OBQ-44; MCQ-30; MINI (medida diagnóstica)
Landmann (2020)	MBCT (n = 17) TOC-EP (n = 21) (G.C activo)	TOC, y síntomas residuales tras TCC	MBCT TOC-EP	Pre, post, EMA (6 veces/día) durante 6 días consecutivos antes y después del tratamiento	Principal: Y-BOCS Secundarias: BDI-II; AQ; SBQ-R; WST; PANAS; MINI

Nota: MBCT = Terapia cognitiva basada en la atención plena; TOC-EP = Programa educativo de grupo para el trastorno obsesivo-compulsivo; Y-BOCS= Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown; OCI-R= Inventario obsesivo compulsivo revisado; WHOQOL-BREF= Versión Abreviada de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; BSI= Inventario Breve de Síntomas; SCS= Escala de Autocompasión; OBQ-20= Cuestionario de Creencias Obsesivas; OBQ-44= Cuestionario de Creencias Obsesivas; MCQ-30= Forma corta del Cuestionario de Metacogniciones; DTS= Escala de Tolerancia a la Angustia; PANAS = Escala de afecto positivo y negativo; SWEMWBS= Versión corta de la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS); AQ=Cociente del Espectro Autista; SBQ-R= Cuestionario de Conductas Suicidas-Revisado; KIMS= Inventario de Kentucky de Habilidades Mindfulness; FFMQ= Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas; HAMD-24= Escala de Depresión Hamilton-24; HAMA= Escala de Ansiedad Hamilton; SDS= Escala de Discapacidad de Sheehan; WST= Prueba de vocabulario; M.I.N.I.= Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

Tabla 3*Características de los ensayos clínicos*

Autor (Año)	Diseño	Diagnóstico clínico	Intervención	Medidas (Seguimiento)	Medidas de resultado
Rupp (2019)	RC (n=22) DM(n=21) (condiciones activas)	TOC, mediante lista de espera (WLC)	RC DM	Pre, post y 4 semanas después del tratamiento	Principal: Y-BOCS Secundarias: BDI-II
Selchen (2018)	MBCT pre TCC (n=19) MBCT post TCC (n=18)	TOC, según criterios DSM-V	MBCT	Pre y Post	Principal: Y-BOCS Secundarias: BDI-II; FFMQ; OB; SCID-5
Strauss (2018)	MB-ERP (n=19) ERP (n=18)	TOC, según criterios DSM-IV (mediante MINI)	MB-ERP ERP	Pre, Post y seguimiento de 6 meses (FU)	Principal: Y-BOCS Secundarias: SWEMWBS; BDI-II; FFMQ-SF; OBQ-44
Zhang (2021)	ISRS (n=41) MBCT (n=42) PE (n=40)	TOC, mediante MINI para DSM-V (nivel leve y moderado)	ISRS MBCT PE	Pre, Post y seguimiento de 6 meses (FU)	Principal: Y-BOCS Secundarias: BDI-II; SDS; FFMQ-SF; HAMD-24; HAMA

Nota: MBCT = Terapia cognitiva basada en la atención plena; TOC-EP = Programa educativo de grupo para el trastorno obsesivo-compulsivo; Y-BOCS= Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown; OCI-R= Inventario obsesivo compulsivo revisado; WHOQOL-BREF= Versión Abreviada de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; BSI= Inventario Breve de Síntomas; SCS= Escala de Autocompasión; OBQ-20= Cuestionario de Creencias Obsesivas; OBQ-44= Cuestionario de Creencias Obsesivas; MCQ-30= Forma corta del Cuestionario de Metacogniciones; DTS= Escala de Tolerancia a la Angustia; PANAS = Escala de afecto positivo y negativo; SWEMWBS= Versión corta de la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS); AQ=Cociente del Espectro Autista; SBQ-R= Cuestionario de Conductas Suicidas-Revisado; KIMS= Inventario de Kentucky de Habilidades Mindfulness; FFMQ= Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas; HAMD-24= Escala de Depresión Hamilton-24; HAMA= Escala de Ansiedad Hamilton; SDS= Escala de Discapacidad de Sheehan; WST= Prueba de vocabulario; M.I.N.I.= Mimi Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

ansiedad social (50%). Se establece un grupo de control pasivo de pacientes en lista de espera (WLC). La intervención con la MBCT siguió también el protocolo de 8 sesiones con dos horas semanales, donde los participantes reciben diversos ejercicios sobre la atención plena y meditación, y la práctica individual en casa. Donde se enfatizó el desarrollo de una actitud sin prejuicios hacia los pensamientos intrusivos que causan malestar (obsesiones) informando de una disminución de la reactividad hacia ellos, lo que les permitiría darse cuenta de los impulsos a realizar compulsiones, y como consecuencia realizar comportamientos más adaptativos. Es por lo que encuentran en sus resultados beneficios potenciales para la terapia MBCT en pacientes con TOC, en comparación con el grupo que no la recibió, donde se halla una disminución significativa de los síntomas OC, obtenidas en el Y-BOC-SR, y una disminución significativa de los síntomas autoinformados de depresión donde se observó que al aumentar la autocompasión, se asociaba con una mayor disminución de la misma, y también se encontró una reducción significativa de los síntomas fisiológicos de la ansiedad. En cuanto a los cambios en las habilidades de atención plena antes y después de la intervención, el grupo MBCT tuvo un aumento a nivel general, en comparación con el grupo de lista de espera, que se asociaron con una disminución significativa en las creencias obsesivas desadaptativas, en los participantes que recibieron MBCT. En las cinco facetas de mindfulness que se evaluaron a través del (FFMQ), se encontró que la condición MBCT mostró mejoras más significativas en las facetas de No-juicio y No-reactividad.

El estudio Zhang et al. (2021), trata de comparar la eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) para el trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes no medicados con la del tratamiento de primera línea. La asignación a cada condición se hizo aleatoriamente al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), al grupo MBCT o al grupo de psicoeducación (PE), respectivamente. La intervención tuvo una duración de 10 semanas. Los resultados de este estudio, indicaron que hubo diferencias significativas en las respuestas al tratamiento entre el grupo de ISRS, el grupo MBCT y el grupo PE, concretamente, entre el grupo de ISRS y el grupo de MBCT. Sin embargo, en el seguimiento de 6 meses, no hubo diferencias significativas en la respuesta al tratamiento entre los tres grupos. En cuanto a los resultados primarios, evaluados mediante el cuestionario Y-BOCS, los pacientes con TOC no medicados con síntomas de leves a moderados presentaron una mejor respuesta en los grupos MBCT e ISRS frente al grupo PE, aunque no hubo diferencias significativas entre los dos primeros. Así mismo, la condición MBCT tuvo mejoras significativas en otros resultados secundarios como son la depresión, la ansiedad y la calidad de vida, siendo factores predisponentes, activadores y mantenedores del TOC. Cabe destacar, que el nivel de *mindfulness* de los pacientes con TOC en los tres grupos fue aumentando al

mismo ritmo, aunque el grupo MBCT presentó un buen cumplimiento del tratamiento por encima de los otros dos grupos (ISRS y PE).

El estudio de Strauss et al. (2018), se trata de un ensayo piloto interno para un ECA de un solo centro, que contaba con dos grupos paralelos, asignados aleatoriamente a: MB-ERP o ERP sola. En dicho ensayo se esperaba encontrar que la práctica guiada de atención plena permitiera a los participantes atender y aceptar de manera plena las sensaciones físicas de ansiedad que se producen durante la ERP y, por lo tanto, ser plenamente conscientes de las tareas a realizar. La duración de la intervención en los dos grupos fue de 10 sesiones de dos horas. La dinámica del grupo MB-ERP se estructuró de la siguiente forma: mindfulness de la respiración y el cuerpo (sesión 1); mindfulness de la respiración, el cuerpo, los sonidos y los pensamientos intrusivos (sesiones 2-3); mindfulness de los pensamientos intrusivos (sesiones 4-5); y mindfulness del cuerpo, los pensamientos (intrusivos), los impulsos y la acción (sesiones 6-10). La orientación era similar a la de la MBCT y otros enfoques relacionados. En cuanto a las prácticas de atención plena, fueron seguidas de una indagación socrática con una duración de 20 minutos y todas las sesiones de terapia de los dos grupos fueron llevadas a cabo por dos psicólogos clínicos; terapeuta acreditado de terapia cognitivo-conductual (TCC) y profesor acreditado de MBCT. En los resultados de este estudio se encontró que las puntuaciones obtenidas en el Y-BOCS-II fueron similares en el grupo MB-ERP y en ERP, siendo insignificantes las diferencias entre ambos grupos en todos los resultados clínicos al inicio del estudio. Las puntuaciones posteriores a la terapia en el Y-BOCS-II indicaron un cambio significativamente mayor en el grupo ERP, que aumentó desde antes de la terapia hasta los seis meses de seguimiento. En los resultados secundarios tales como bienestar (SWEMWS), depresión (BDI-II) y creencias relacionadas con el TOC (OBQ-44), tampoco se encontraron mejoras significativas en el grupo MB-ERP, ni diferencias significativas entre ambos grupos, ya sea después de la terapia o a los seis meses de seguimiento. Sin embargo, tras el tratamiento, los participantes en la condición MB-ERP mostraron niveles mayores de atención plena en todas las subescalas.

En la misma línea que los resultados del estudio anterior, en el de Rupp et al. (2019), se comparó la eficacia de otras terapias basada en atención plena tales como la Reestructuración Cognitiva (RC) y las Intervenciones Metacognitivas específicas (DM) como tratamientos independientes para el TOC. Como ya se ha comentado anteriormente, se trata de un ensayo controlado aleatorizado. Del total de participantes, 21 habían sido asignados previamente a una condición de lista de espera de dos semanas. La duración fue la misma en ambas condiciones: cuatro sesiones dobles a lo largo de dos semanas. Se hicieron tres evaluaciones: al inicio del tratamiento

(Pre), después (Post) y cuatro semanas después del final del tratamiento (FU). Los resultados revelaron que tanto la condición RC como la DM demostraron obtener diferencias significativas en comparación con la lista de espera. Sin embargo, entre ambas condiciones (RC y DM) no hubo diferencias significativas, demostrando una eficacia similar en la reducción de los síntomas del TOC (Y-BOCS), desde la evaluación pre hasta la post. Además, los resultados secundarios también indicaron una ligera reducción de los síntomas depresivos (BDI-II) antes, después y en el seguimiento, para ambas condiciones.

Discusión

Este trabajo tenía por objetivo encontrar la utilidad de terapias psicológicas basadas en la AP para el tratamiento del TOC. La medida de resultado primaria ha sido la puntuación en el Y-BOCS, una entrevista semiestructurada que se considera el patrón oro para la evaluación de la gravedad del TOC en los síntomas OC. Y en base a los resultados obtenidos en la presente revisión sistemática y a la literatura contemplada, encontramos que los estudios que comparaban la eficacia de MBCT, en pacientes que han recibido TCC, con la PE, hallaban una reducción significativa en los síntomas clínicos OC para ambos grupos, sin haber diferencias significativas entre ellos (Cludius et al. 2020; Külz et al. 2019; Landmann et al. 2020; Selchen et al. 2018). Es de destacar que, este resultado inesperado para los autores, de similar eficacia en la reducción de los síntomas clínicos OC entre la MBCT y la EP, ha sido motivo de justificación en el estudio de Cludius et al. (2020) donde advierten, entre otras razones, que el programa EP incluye componentes cognitivos comunes a la MBCT, como son la psicoeducación sobre factores de mantenimiento o perspectivas metacognitivas. Y además en el estudio de Külz et al. (2019), suponen que la ligera superioridad de la MBCT más bien no se deba a las técnicas de mindfulness sino a las tareas psicoeducativas que la MBCT pueda tener. Por otro lado, sin embargo, sí se han encontrado diferencias significativas en algunos de los resultados secundarios en beneficio de MBCT, como son las creencias obsesivas, síntomas depresivos, creencias metacognitivas, percepción de la irracionalidad de los síntomas (*insight*), pensamientos relacionados con la incontrolabilidad y el peligro. Considerándose un resultado especialmente relevante sobre todo en el incremento del *insight*, ya que una baja percepción de la irracionalidad de los síntomas se encuentra asociado a un resultado atenuado del tratamiento en el TOC.

Por otro lado, cuando se compara la MBCT en pacientes que anteriormente han recibido TCC con un grupo de control pasivo (Key et al. 2017), si existen diferencias significativas entre ambos grupos a favor de la condición MBCT, concretamente una mejoría en los síntomas clínicos OC y una

reducción significativa en los síntomas autoinformados de depresión y en los síntomas fisiológicos de la ansiedad. Al comparar la MBCT (sin aplicar de manera directa la TCC) con grupos de control activo ISRS y PE, respectivamente (Zhang et al. 2020), se encuentra una mejor respuesta o reducción de los síntomas OC para el grupo MBCT y el ISRS de manera similar entre ellos, por lo que se considera que ambas intervenciones tienen igual eficacia para el tratamiento del TOC en pacientes con síntomas de leves a moderados. Sin embargo, si se halla una reducción significativa en las pruebas secundarias a favor de la MBCT en comparación con los otros dos grupos en los síntomas depresivos, ansiedad y calidad de vida. En el caso de la *ansiedad*, resulta un dato bastante importante ya que ésta y junto con el miedo, se consideran la base o motor del padecimiento del TOC. Además, entre el 60 y el 70% de las personas que padecen TOC presentan comorbilidad al menos con otros trastornos, donde los más frecuentes son trastornos de ansiedad y depresión (Fullana et al. 2009). Es por lo que nos resulta bastante interesante los resultados hallados sobre la disminución de la ansiedad en el tratamiento con la MBCT, ya que la reducción de los puntuaciones obtenidas en cuanto a esta variable pueden influir, consecuentemente, en una reducción de los síntomas OC, elemento importante ya que gran parte de la incapacitación de este trastorno, se debe al tiempo que dedican diariamente a las obsesiones (media de 5.9 horas) y rituales o compulsiones (media de 4.6 horas), ayudando a proporcionar una mejor calidad de vida. Por otro lado, el nivel de ansiedad que tenga la persona va a influir en el grado de *insight* o introspección, por lo que un nivel bajo de ansiedad influye en un mejor *insight* sobre su trastorno, estando más dispuesto a aceptar que las obsesiones y compulsiones sean poco realistas.

Por último, tan solo 2 estudios de los recogidos en esta revisión han utilizado terapias basadas en la atención plena sin emplear el método estándar de la MBCT, como es IBM combinada con una EPR (Strauss et al., 2018) u otras terapias basadas en atención plena (RC y DM) como tratamiento independiente para el TOC (Rupp et al., 2019). En el primer estudio hubo un cambio significativamente mayor en los síntomas OC en el grupo ERP que en el grupo MB-ERP, siendo este último el grupo que utiliza técnicas basada en la AP y además, no se encontraron diferencias significativas en las pruebas secundarias (depresión, bienestar y creencias relacionadas con el TOC) entre ambos grupos, pero sí mejores niveles de atención plena en el grupo MB-ERP, por lo que se puede confirmar que añadir mindfulness a la EPR no mejora la gravedad de los síntomas en comparación con la EPR sola. Sin embargo, cuando las condiciones a las que se someten los grupos son Reestructuración Cognitiva (RC) y terapias Metacognitivas (DM) (Rupp et al. 2019), se encontró una reducción de los síntomas clínicos OC y en las pruebas secundarias (síntomas depresivos) de manera similar entre ambas condiciones pero sin haber diferencias entre las dos condiciones activas.

Conclusiones

De manera general y a la luz de los estudios analizados, los resultados obtenidos plantean que el *mindfulness* es un tipo de terapia eficaz para el TOC. La MBCT obtiene resultados eficaces aunque a la par que la terapia PE e incluso igualado con grupos tratados con ISRS, considerándose igualmente efectivos en la reducción de los síntomas clínicos del TOC. Pero es de destacar que, en las pruebas secundarias se encuentra por lo general una mayor eficacia para la MBCT, en variables tan relevantes en el tratamiento del TOC, como son la ansiedad y la percepción de la irracionalidad de los síntomas (*insight*). Por otro lado, cuando las terapias de tratamiento son basadas en la atención plena, pero que no utilizan el método estándar de la MBCT, los resultados son contradictorios, ya que por un lado se encuentran mejores resultados en el grupo que no hace uso de la atención plena y en el otro estudio aunque sí sigue la línea de ser igual efectivo en la sintomatología del TOC, no tuvieron beneficios en las pruebas secundarias, hecho relevante que sí se obtuvo en los tratamientos basados en la MBCT. Sin embargo, aunque los datos obtenidos en estos dos últimos estudios no siguen la línea de los anteriores no hay razones suficientes para extraer conclusiones claras de la efectividad del tratamiento basado en la AP.

En base a todo lo expuesto, podemos afirmar que nuestros resultados siguen la misma dirección que la conclusión obtenida en la reciente revisión sistemática sobre terapias basadas en la AP para el tratamiento del TOC llevada a cabo por Usero, S. R., y Cruzado, J. A. (2021): Los resultados obtenidos no indican la superioridad de IBM en la reducción de los síntomas del TOC en población clínica. Sin embargo, las múltiples razones tanto teóricas como metodológicas y la escasez bibliográfica existente hasta el momento que cuente con ensayos clínicos controlados, hacen que estos hallazgos deban tomarse con cautela.

Concluyendo finalmente, tras los resultados obtenidos y en respuesta a las preguntas propuestas como objetivo del presente estudio, podemos decir que las terapias basadas en la *atención plena* podrían resultar eficaces en la reducción de los síntomas del TOC, y en mayor medida y, de manera más amplia en el método estándar de la MBCT, aunque es necesario más investigación de estas terapias en el tratamiento del TOC. Por último, basándonos en los resultados hallados, proponemos que en futuros estudios sobre la eficacia de las intervenciones basadas en *mindfulness* para el TOC, se centren en analizar qué facetas en el entrenamiento en la AP mejora el *insight* en el TOC, ya que junto con la variable ansiedad resulta ser considerado un hecho relevante para reducir la incapacidad que produce este trastorno en los pacientes con dicho diagnóstico.

Limitaciones

Esta revisión cuenta con una serie de limitaciones que se expondrán a continuación.

Por un lado, se incluyen estudios con distinto tipo de diseño experimental, además el que exista un predominio del sexo femenino, puede dificultar la generalización de los resultados. Así, la imposibilidad de acceder a muchos de los protocolos de tratamiento de los estudios, podría ser un obstáculo para la obtención de conclusiones sobre las terapias más precisas o sobre los mecanismos concretos que pudiesen estar contribuyendo a la mejora o empeoramiento de la sintomatología clínica. Otra de las limitaciones se encuentra en la escasez de artículos revisados, siendo un total de 8 (número relativamente pequeño), teniendo en cuenta los criterios de inclusión utilizados, acotados a población clínica y a la falta de estudios publicados sobre el tema, pudiendo ser la causa directa de que los estudios difieran bastante unos de otros, tanto en cuanto a la variabilidad de los programas, las características de los procedimientos terapéuticos, en las medidas utilizadas para síntomas clínicos y como en la aplicación de la técnica de AP. Así mismo, la limitación más importante reside en la variabilidad existente en el rigor metodológico de los estudios, ya que muchos de ellos carecen de una evaluación científica totalmente rigurosa, ausencia de un grupo control adecuado, reducido tamaño de la muestra e inadecuada evaluación de la totalidad del tratamiento.

Referencias

- Americana, A. P. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd.). Washington, DC, É. U.: Auteur.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., y Devins, G. (2004). Mindfulness: Una definición operacional propuesta. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 11(3), 230.
- Didonna, F. (2009). Mindfulness y trastorno obsesivo-compulsivo: Desarrollar una forma de confiar y validar la propia experiencia interna. *Manual clínico de atención plena*, 189-219.
- García Campayo, J., y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del Mindfulness?* Barcelona: Editorial Kairós.
- Cludius, B., Landmann, S., Rose, N., Heidenreich, T., Hottenrott, B., Schröder, J., ... & 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, 113119.
- Cushman, P. (1990). Por qué el yo está vacío: Hacia una psicología históricamente situada. *Psicólogo estadounidense*, 45(5), 599.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329-336.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

- 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. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120.
- Kinnunen, S. M., Puolakanaho, A., Mäkikangas, A., Tolvanen, A. y Lappalainen, R. (2020). ¿Una intervención basada en la atención plena, la aceptación y el valor para el agotamiento tiene efectos a largo plazo en diferentes niveles de bienestar subjetivo? *Revista Internacional de Gestión del Estrés*, 27(1), 82.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., ... y Moritz, S. (2019). Terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y síntomas residuales después de la terapia cognitivo-conductual (TCC): un ensayo controlado aleatorio. *Archivos europeos de psiquiatría y neurociencia clínica*, 269, 223-233.
- Landmann, S., Cludius, B., Tuschen-Caffier, B., Moritz, S., & Kuelz, A. K. (2020). Changes in the daily life experience of patients with obsessive-compulsive disorder following mindfulness-based cognitive therapy: Looking beyond symptom reduction using ecological momentary assessment. *Psychiatry Research*, 286, 112842.
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., ... y Stein, D. J. (2010). Trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión de los criterios diagnósticos y posibles subtipos y especificadores dimensionales para DSM-V. *Depresión y ansiedad*, 27(6), 507-527.
- Miró, M.T., y Pastor, J. (2012). Mindfulness en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En Miró, M.T. y Simón, V. (Eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (169-208). España: Desclée de Brouwer.
- Miró, M. T. (2014). Dal Sé scisso all' attenzione piena. *La psicoterapia dei processi di significato personale dei disturbi psicopatologici*, 391-406.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). CIE-10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Ginebra: OMS.

- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Restovich, G., Barrios, M. V., Bordón, A. D., & Ferrigno, M. J. (2017). Revisión sobre los Efectos del Mindfulness en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 307-317.
- Rupp, C., Jürgens, C., Doebler, P., Andor, F. y Buhlmann, U. (2019). Un ensayo aleatorizado controlado por lista de espera que compara la atención plena desapegada y la reestructuración cognitiva en el trastorno obsesivo-compulsivo. *PLoS One*, 14(3), e0213895.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2013). *Terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión: A New Approach For Preventing Relapse (Terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión: un nuevo enfoque para prevenir las recaídas)*, 2.a edición. Guilford Press, Nueva York.
- Selchen, S., Hawley, L. L., Regev, R., Richter, P., & Rector, N. A. (2018). Terapia cognitiva basada en la atención plena para el TOC: enfoques de aumento independientes y posteriores a la TCC. *Revista Internacional de Terapia Cognitiva*, 11, 58-79.
- Shafran, R., Radomsky, A. S., Coughtrey, A. E., & Rachman, S. (2013). Advances in the cognitive behavioural treatment of obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 265-274.
- Siegel, D. J. (2007). Entrenamiento de atención plena e integración neuronal: diferenciación de distintas corrientes de conciencia y el cultivo del bienestar. *Neurociencia cognitiva y afectiva social*, 2(4), 259-263.
- Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerik, T., Jones, A. M. y Rosten, C. (2018). Exposición basada en la atención plena y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo compulsivo: hallazgos de un ensayo controlado aleatorio piloto. *Revista de trastornos de ansiedad*, 57, 39-47.

Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Do Rosário, M. C., Storch, E. A., & Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive–compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of affective disorders, 190*, 508-516.

Usero, S. R., & Cruzado, J. A. (2021). *Valoración de la eficacia de la Terapia Basada en Mindfulness para el trastorno obsesivo compulsivo. Una revisión sistemática* (Doctoral dissertation, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS.-Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (copmadrid)).

Zhang, T., Lu, L., Didonna, F., Wang, Z., Zhang, H., & Fan, Q. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Unmedicated Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial With 6-Month Follow-Up. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 661807.