

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Máster de Psicología General Sanitaria**  
**Curso Académico 2015-2016**

**LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN  
CASO DE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

**(Estudio de caso)**

**Jennifer Lavandeira Vega**

**Oviedo, enero 2016**

## ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Descripción del problema.....	7
Historia del problema.....	8
Evaluación clínica.....	9
Tratamiento.....	10
Discusión.....	17
Referencias Bibliográficas.....	21
Anexos.....	28
Anexo I. Los seis procesos de ACT.....	28

## **RESUMEN**

La Terapia de Aceptación y Compromiso comienza a ofrecerse como alternativa y no sólo como complemento de la Exposición con Prevención de respuesta (ERP) en el abordaje del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Para poner a prueba su eficacia, se presenta un estudio de caso que ilustra la aplicación de la ACT en una adolescente que presenta obsesiones y compulsiones de 5 años de evolución. La terapia se administró en 11 sesiones de hora y media duración y periodicidad semanal. Los resultados indicaron que la ACT logró reducir las compulsiones que la adolescente presentaba y, en ese sentido, fue un procedimiento exitoso. Más importante, la terapia demostró alterar la función del miedo a los pensamientos de miedo característicos del caso, tal que la evitación de esas experiencias internas dejó de ser su conducta dominante.

Además de ofrecer la conceptualización del caso, el trabajo incluye ejemplos de los procesos psicológicos subyacentes que se trabajan en la terapia.

Palabras clave. Terapia de Aceptación y Compromiso. Fusión Cognitiva. Flexibilidad psicológica. Pensamientos obsesivos. Compulsiones.

## ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy has begun to be offered as an alternative to and not just a complement to Exposure and Ritual Prevention in the treatment of Obsessive-compulsive Disorder. To test its effectiveness, a case study is presented which illustrates the use of ACT with a teenager who has had obsessions and compulsions for five years. The therapy was administered in eleven weekly hour and a half sessions. The results indicated that ACT was able to reduce the teenager's compulsions and, in this sense, was a successful procedure. More importantly, the therapy was seen to alter the fear of frightening thoughts, characteristic in such cases, to such an extent that avoidance of these internal experiences ceased to be the dominant behavior.

In addition to providing the case conceptualization, the study includes examples of the underlying psychological processes that are used in the therapy.

Key words. Acceptance and Commitment Therapy. Cognitive fusion. Psychological flexibility. Obsessive thoughts. Compulsions.

## 1. Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo, con una prevalencia anual estimada en 1'1-1'8% entre culturas (Weissman et al., 1994), es uno de los trastornos de ansiedad más grave e incapacitante, tanto por su complejidad clínica como por la dificultad que conlleva su tratamiento (Vallejo, 2001). Aunque los nuevos criterios DSM 5 (APA, 2013) le atribuyen una entidad diagnóstica diferenciada del resto de trastornos de ansiedad, todo lo que el individuo hace para manejar su ansiedad continúa siendo el problema fundamental que define el cuadro.

Pese a las dificultades de tratamiento existente, la Exposición con Prevención de Respuestas (EPR) ha sido considerado el tratamiento de elección (Vallejo, 2001). Su foco principal implica el establecimiento de una jerarquía en la que los ítems de ansiedad se organizan en una escala graduada que se emplea durante las sesiones de exposición, al tiempo que se evita la realización de rituales (Jacobson, Newman, & Goldfried, 2016). Aunque las tasas de efectividad de la EPR fluctúan entre el 60 y 85% (Abramowitz, 1997), un porcentaje de pacientes (entre 15 y el 40%) no responde al tratamiento, aproximadamente el 25% rechazan la intervención, y entre el 3% y 12% abandonan la terapia una vez iniciada la misma (Foa, Steketee, Grayson, & Doppelt, 1983). Respecto a la eficacia de la Terapia Cognitiva, los estudios informan que no resulta más eficaz que la EPR, ni sola (Abramowitz, 1997) ni en combinación con la EPR (Twohig et al., 2006).

Una de las estrategias de afrontamiento más empleada por los pacientes con TOC para controlar sus obsesiones se concreta en la *supresión de pensamientos* (Wegner, 1989; Wells & Davies, 1994). Algunos estudios muestran que la mayoría de de las personas con TOC intenta suprimir sus pensamientos intrusivos de forma repetida (Freeston & Ladoucer, 1997), y que puede demostrarse una relación entre estas tendencias de supresión y la gravedad del TOC (Rassin & Diepstraten, 2003). Distintos estudios experimentales demuestran que incluso los intentos para suprimir pensamientos neutrales generan una frecuencia más alta de intrusiones tanto mientras se produce la supresión (Clark, Ball & Pape, 1991) como después de la supresión (Clark et al., 1991). Algunos trabajos sugieren que la supresión es, en efecto, un antecedente de la sintomatología obsesivo-compulsiva más que una mera reacción a esos síntomas (Rachman, 1998), y otros han descrito el incremento de los pensamientos

suprimidos no sólo en intensidad, frecuencia y duración, sino en la accesibilidad a los eventos privados no deseados (Gutierrez et al., 2004; Wegner y Erber, 1992).

En definitiva, existe acuerdo en que los intentos de control, eliminación o reducción de los eventos privados, no parecen una estrategia recomendable para cambiar lo que se trata de cambiar, pues a menudo generan su aumento paradójico (Najmi, Riemann & Wegner, 2009; Wegner, 1994) o la aparición de nuevos pensamientos intrusivos durante el mismo periodo de supresión (Wenzlaff & Wegner, 2000).

Una estrategia de supresión de pensamientos frecuentemente empleada por personas con TOC es la realización de conductas estereotipadas (compulsiones), orientadas a la reducción (o supresión) de los pensamientos intrusos, algo que se articula mediante el concepto *fusión pensamiento-acción* (TAF) (Rachman, 1993). TAF se refiere a un caso particular de pensamiento mágico que consiste en la propensión a considerar equivalentes pensamientos y conductas y a establecer asociaciones causales entre los pensamientos que uno tiene y la realidad (Williams, Lau & Grisham, 2013). Son numerosas y robustas las evidencias que sugieren que tanto la TAF como la supresión de pensamientos son variables vinculadas con la sintomatología obsesivo-compulsiva que caracteriza al TOC (Rassin, Merckelbach, Muris & Spaan, 1999; Rassin, Diepstraten, Merckelbach & Muris, 2001).

En esta misma línea de investigación cabe mencionar el recuperado concepto de *fusión cognitiva*, definido como un proceso verbal según el cual los individuos están unidos (pegados, fusionados) a sus experiencias privadas (por ejemplo pensamientos, recuerdos, sensaciones, etc.) y fallan al discriminar que solo son experiencias que no tienen por qué guiar la conducta (Ruiz, Odriozola-González & Suárez-Falcón, 2014). Cuando los individuos actúan “fusionados” con sus eventos privados, tienden a actuar según el contenido literal de esas experiencias molestas, lo que les anima a realizar conductas de evitación tales como la supresión (Ruiz et al., 2014). Esta evitación y lucha contra lo que no se desea, suelen ser limitantes para el individuo, a la larga no funcionan (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987; Wegner & Zanakos, 1994) y restan tiempo, energía y esfuerzo para realizar lo que realmente importa (Amstadter, 2008; Eifert & Forsyth, 2005; Gross, 1998, 2002; Gross & John, 2003). Como señala Pérez Álvarez (2014), a pesar de que no siempre podemos evidenciar su impacto, la

fusión es ubicua y automática, y se alimenta sobre todo de las razones que el sujeto ofrece de su propia conducta.

A la vez que el conocimiento sobre los procesos que precipitan y mantienen los síntomas obsesivo-compulsivos aumenta, la necesidad de optimizar los tratamientos disponibles se convierte en un objetivo a considerar (Jacobson et al., 2016). En este sentido, una de las intervenciones más prometedoras en el tratamiento de los trastornos de ansiedad se concreta en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2004). La ACT es un nuevo enfoque contextual que cambia la manera de entender las conductas problemáticas que caracterizan a todos los trastornos psicológicos, y que prima la función de las cogniciones y las emociones en lugar de la forma o la frecuencia con las que se estas conductas se presentan.

La ACT contempla la psicopatología como la consecuencia de las relaciones que la persona establece con los fenómenos psicológicos que considera y juzga como estresantes e intolerables, antes que como la consecuencia lógica de esos fenómenos por sí mismos (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Estas relaciones con lo considerado molesto elicitán un proceso de evitación experiencial que disminuye la capacidad del individuo para responder a los eventos a los que se expone, y que produce patrones rígidos de conducta que están al servicio de librarse del sufrimiento antes que en línea con los valores personales (Hayes et al., 2011; Roemer & Orsillo, 2005). Así, el objetivo general de la terapia es facilitar la flexibilidad psicológica; “la habilidad para contactar con el momento presente de forma más plena, y cambiar o persistir en una conducta cuando se realiza al servicio de los valores” (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, p.7).

Concretamente en el trastorno obsesivo compulsivo, las investigaciones encuentran de forma consistente que son los déficits en *flexibilidad psicológica* los que más se relacionan con los síntomas de TOC y con su gravedad (Bluett et al., 2014). Es por ello que la ACT ofrece ayuda para que el cliente establezca una nueva relación con los pensamientos obsesivos y con los sentimientos ansiosos. Una en la que la obsesión pueda ser experimentada como sólo un pensamiento, y la ansiedad como una emoción más de las muchas que aparecen a lo largo de la vida de cualquier sujeto. De esta manera, se le ofrece al individuo algo obvio pero olvidado, a saber, la posibilidad (elección) de centrarse en las cosas significativas de la vida en vez de ocupar su tiempo

en intentar suprimir las obsesiones o en evitar los sentimientos ansiosos (Twohig et al., 2006).

Como se conoce, el desarrollo de esta nueva relación con los pensamientos obsesivos se realiza a través de los seis procesos básicos que componen la terapia, y que se conocen como aceptación, defusión, yo como contexto, conciencia del momento presente, valores y compromiso con la acción (Hayes, 2004).

Hasta la fecha, las intervenciones con base en la ACT han mostrado incrementar de forma significativa la disposición a realizar actividades valiosas mientras se experimentan emociones complicadas (Eifert & Heffner, 2003; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004), lo que se presta para el desafío del cambio en el TOC (Twohig et al., 2006). Particularmente en este trastorno, tanto la aceptación como la defusión o el distanciamiento cognitivo, se han erigido como estrategias útiles que podrían incorporarse a la ERP para mejorar su eficacia (Twohig et al., 2006).

Con el propósito de poner a prueba un protocolo terapéutico para TOC con base en la Terapia de Aceptación y Compromiso, se presenta a continuación el caso de una joven con síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo.

## **2. Descripción del problema**

El sujeto de intervención es una adolescente de 16 años, estudiante de primer curso de bachillerato, a la que llamaremos B. En el momento de consulta, la cliente no presenta ningún diagnóstico psicopatológico pues nunca antes ha solicitado ayuda profesional. B acude a consulta remitida por su hermana mayor, estudiante de psicología que se pone en contacto con la tutora de este TFM refiriendo por un lado, conductas obsesivas y graves rituales en su madre consistentes en rumiaciones relacionadas principalmente con la religión y la escrupulosidad, y los rezos repetidos. Por otro, la estudiante de psicología también se muestra muy preocupada por su hermana (B), quien lleva un tiempo presentando rituales y problemas de ansiedad, que se agravan de día en día y que le hacen pensar en la posibilidad de que su hermana presente los mismos problemas que su madre.



Puesto que la cliente es menor de edad, se solicita en primer lugar un consentimiento firmado por los padres tanto para administrar la terapia como para poder grabar las sesiones con fines formativos. Respecto a estos consentimientos, se realiza una primera entrevista con la madre, que se muestra muy colaboradora y acepta sin problemas la terapia. Sin embargo, la madre no consiente en la grabación de las sesiones, ni en video ni en audio. Su reticencia a las grabaciones se debe principalmente a que no quiere que cuando su hija tenga 18 años pueda “echarles en cara” el haber accedido a grabar la terapia, mostrando cierta anticipación y miedo ante posibles reacciones negativas.

En consulta, B refiere como problema principal la realización de múltiples “manías” antes de poder conciliar el sueño, lo que le afecta a la hora de dormir. Estas manías, que realiza para estar tranquila, consisten en ir al baño 3 ó 4 veces, colocar el cojín y la almohada en una posición determinada, cerrar perfectamente las persianas, colocar las zapatillas en orden al lado de la cama, comprobar el armario, y besar la imagen de un Santo. Aunque los tipos de rituales se van modificando, mantienen la misma función. B lo refiere así: “Si no lo hago me muero”. Sin embargo, a pesar de la realización de estos rituales B dice seguir en tensión, por lo que aumenta su ansiedad al comprobar que no es capaz de dormirse. Por esta razón duerme con su madre, ya que de esa manera refiere sentirse más relajada y dormir mejor.

El problema, además de presentarse por la noche, se circunscribe principalmente a los días lectivos, ya que las noches de los fines de semana (viernes y sábado), B refiere dormir mejor sin necesidad de realizar todo el repertorio de rituales.

### **3. Historia del problema**

B informa de que su problema comenzó hace aproximadamente cinco años, cuando se produjeron robos en el barrio en el que vive, incluyendo la casa de su vecina. Esto le generó malestar y miedo, hasta el punto de que en ocasiones iba a dormir a casa de su abuela para evitar el miedo que le producía dormir en su casa.

Ella misma refiere saber que aunque no realice las manías no pasará nada, pero que las hace igualmente ya que si no las realiza se agobia.

#### 4. Evaluación clínica

Los instrumentos de evaluación estandarizados utilizados, previa y posteriormente a la administración de la terapia, fueron los siguientes:

*Cuestionario Aceptación y Acción-II* (Acceptance and Action Questionnaire-II, AAQ-II; Bond et al., 2011). Este cuestionario permite medir la evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica mediante una escala autoaplicable de 10 ítems con respuesta tipo Likert de siete opciones que van de “nunca” a “siempre”, según las creencias y experiencias de cada evaluado. En su adaptación española (Ruiz & Luciano, 2009), presenta buenas propiedades de confiabilidad y de consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,85 (Salgado, Luciano & Gutiérrez, 2013).

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo -STAI-* (State Trait Anxiety Inventory, STAI,; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Este instrumento se compone de una subescala para evaluar la ansiedad rasgo entendida como una tendencia a percibir las situaciones como más amenazantes y otra subescala para evaluar la ansiedad estado que hace referencia a un periodo transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011). Cada subescala del cuestionario está compuesta por 20 ítems con respuesta Likert de 0 (nada) a 3 (mucho). En su adaptación española muestra un Alfa de Cronbach de 0,90 para ansiedad rasgo y 0,94 para ansiedad estado (Guillén-Riquelme et al., 2011).

*Índice de Sensibilidad a la Ansiedad* (Anxiety Sensitivity Index, ASI; Peterson & Reiss, 1992). Este instrumento consta de 16 ítems a puntuar en una escala Likert que varía entre “Nada en absoluto” (0) y “Muchísimo” (4) con el objetivo de evaluar el miedo del sujeto a experimentar síntomas de ansiedad. La adaptación española tiene buenas propiedades psicométricas tanto en muestra clínica como en muestra no clínica, una estructura factorial adecuada y validez discriminativa y convergente (Sandín, Chorot & McNally, 2001).

*Valoración de angustia e incapacidad.* Siguiendo las recomendaciones de Eifert & Forsyth (2014), hemos empleado el formulario que permite evaluar el malestar y la discapacidad de la persona en los diferentes dominios de la ansiedad: ansiedad social, estrés postraumático, obsesiones/compulsiones, pánico/agorafobia, ansiedad

generalizada y fobias específicas. La persona puntúa los diferentes dominios de 0 (Nada en absoluto) a 8 (Extremado) según la angustia y la incapacidad que le generen, lo cual permite enfocar el tratamiento hacia el problema principal del cliente.

## **5. Tratamiento**

El principal objetivo de la terapia es que B aprenda una nueva forma más flexible de actuar ante sus miedos, de forma que las manías que realiza para controlarlos desaparezcan. Como objetivo personal, además de dejar de realizar las manías, B busca sentirse más segura e independiente, puesto que el problema la limita a la hora de realizar ciertas conductas típicas de su edad, como por ejemplo dormir en casa de sus amigas.

Para ello se han llevado a cabo 11 sesiones de intervención, de 1 hora y media de duración y periodicidad semanal, totalmente adaptadas a la problemática específica del caso y a sus características personales. El protocolo de intervención ha sido adaptado del presentado por Twohig et al. (2015) y se resume en la Tabla que se muestra en el Anexo I. La autora de este trabajo condujo todas las sesiones de intervención, que posteriormente fueron revisadas y discutidas con la tutora del TFM. La intervención se llevó a cabo en la sala perteneciente a la Unidad Clínica de Conductas Adictivas, ubicada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

### *Sesiones 1 y 2. Evaluación y descripción de la terapia*

En estas primeras sesiones se realizó la evaluación clínica del caso con los instrumentos mencionados, y se recogió información sobre la naturaleza del problema y sobre las conductas que B realiza para controlarlo, que según ella misma refiere son las obsesiones y compulsiones. También en el área de obsesiones/compulsiones es donde B presenta mayor puntuación en el instrumento de *Valoración de Angustia e Incapacidad*. En este sentido, refiere gran sufrimiento provocado por los pensamientos intrusivos (obsesiones) y una gran lucha contra esos pensamientos mediante la realización de múltiples “manías” o rituales (compulsiones). Estos inicios sirvieron asimismo para establecer una relación terapéutica sólida que proporcionase una base para el cambio progresivo de repertorios de conducta inflexibles y limitados, a repertorios alternativos que puedan ser sostenidos por elementos que la cliente valore de un modo significativo

(Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Además se explicó que el principal componente del tratamiento consistía en que B se comprometiera a realizar actividades y ejercicios en casa y en todas partes, entre sesiones (Eifert & Forsyth, 2014), enfatizando así el carácter vivencial y experiencial de la terapia. En este sentido, la paciente se mostró colaboradora y dispuesta a comprometerse y poner en práctica lo visto en terapia con el fin de conseguir lo que era importante para ella, aunque al principio siguió manteniendo la idea de quitar los pensamientos.

Se revisaron con B los patrones y costes de la evitación tanto a corto plazo como a largo plazo, dándose cuenta la paciente de que no le sirven de nada ya que a corto plazo no le ayudan a dormir y a largo plazo está más triste y cansada. Esta información nos condujo a plantear la desesperanza creativa mediante la metáfora del hombre en el hoyo, entendiendo la cliente que al realizar las conductas de evitación se quedaba estancada, hundiéndose más sin ser capaz de solucionar lo que le pasa. Ella misma refiere estar mentalizada de que si no realiza las manías no va a pasar nada, pero como mencionamos anteriormente, siente la necesidad de realizarlas para así estar más tranquila.

Cuando la cliente manifiesta ser consciente de que las conductas de evitación que realiza para controlar su problema no son la solución, sino que la envuelven en un círculo vicioso que la aleja de lo verdaderamente importante y relevante en su vida, se explica el proceso de **aceptación** que da nombre a la terapia. Aceptación significa abrirse y hacer sitio a los sentimientos, sensaciones y emociones dolorosas en vez de pelear contra ellos o resistirlos (Harris, 2009), lo cual es diferente a tolerarlas o a resignarse ante ellas.

Para explicar la lógica de la terapia de modo más vivencial, en estas sesiones se realizan algunos ejercicios de **mindfulness** relacionados con la conciencia del momento presente, ya que el *aquí y ahora* es donde la aceptación y el resto de procesos ACT adquieren mayor relevancia (Hayes et al., 2014). Estar en el momento presente se refiere a estar psicológicamente presente: conectar y participar de forma consciente con lo que esté pasando en ese momento (Harris, 2009). Estas estrategias de mindfulness se centraron al principio en ser consciente de las sensaciones físicas y sensoriales que se generaban en la cliente en ese momento particular, dejando estar los pensamientos que puedan aparecer pero sin fijarse en ellos y volviendo la atención a las sensaciones.

### *Sesiones 3, 4 y 5. Planteamiento de objetivos de la intervención*

Tras abordar la desesperanza creativa y explicar los pormenores de la aceptación y sus diferencias respecto a la tolerancia y la resignación, se plantearon los primeros objetivos terapéuticos centrados en el cambio conductual. Para estos objetivos, la cliente se comprometió a realizar una jerarquía ordenada por dificultad creciente sobre la posibilidad de dejar de realizar sus manías: 1. No poner el cojín en la esquinera. 2. No alisar las sábanas de la cama 3. Dejar el armario como está sin realizar comprobaciones y 4. Darle un beso a una imagen de Jesucristo. Se le planteó el objetivo de dormir sola en su habitación, pero ella señaló que le causaba inseguridad de cara a los exámenes y que prefería aplazarlo, por lo que planteamos otros objetivos que B consideró más fáciles de conseguir: 5. No revisar la caja de los pendientes, 6. Quitar el clínex de la mesita y 7. No levantarse al baño si no tiene ganas. Se convino con B que los objetivos siempre habrían de realizarse al servicio de la aceptación, dejando estar las sensaciones y/o pensamientos negativos que pudieran surgir como consecuencia de no realizar las acciones.

A lo largo de las sesiones, B no refirió ninguna dificultad a la hora de dejar de realizar estas manías. Según ella misma dice, las hace por rutina, asociándolas con haber marcado unas pautas, pero cree que podría seguir sin hacerlas ya que en otras situaciones no las realiza, como por ejemplo cuando duerme en casa de sus amigas.

También se plantea en este momento de la intervención la diferencia entre el **yo como contexto** frente al yo como contenido. El yo como contexto consiste en experimentar que hay un sentido inmutable del yo que siempre está presente y que no puede ser dañado, el cual se mueve a través de los pensamientos, sentimientos y experiencias pasadas, siendo el observador o el contexto donde esas experiencias ocurren (Twohig, 2009). Esta idea se trabaja a través de la metáfora del ajedrez, haciéndole ver a la paciente que la lucha con sus pensamientos obsesivos (fichas blancas) y lo que hace para controlarlos (fichas negras) le ha producido más costes que beneficios y que quizá debe adoptar la postura del tablero en el que están las fichas sin participar en el juego, no importando si la lucha entre sus obsesiones y la forma de controlarlas está progresando o no.

## *Sesiones 6 y 7. Defusión cognitiva y revisión de la terapia*

La **defusión** ayuda a cambiar la manera en que los pensamientos son experimentados para que tengan menos impacto en la conducta (Twohig, 2009), no eliminando el contenido verbal del pensamiento, sino reduciendo su efecto automático sobre la conducta de manera que también puedan actuar otras fuentes de regulación emocional (Hayes et al, 2014). El objetivo, por tanto, es controlar el lenguaje –no mediante la transformación de su forma sino, más bien, cambiando su función y sometiéndolo a un mayor control contextual voluntario (Hayes et al., 2014). Estar defusionado es dejar de entender literalmente los contenidos cognitivos y verlos simplemente como lo que son, pensamientos.

Por tanto, a lo largo de estas sesiones se realizan algunas técnicas de defusión cognitiva cuyo propósito es que B aprenda a ver los pensamientos por lo que son - cadenas de pensamientos- y dejarlos estar ahí sin entrometerse en ellos (Eifert & Forsyth, 2014).

De las diferentes técnicas de distanciamiento, la cliente pone a prueba la de *cantar a los pensamientos* para que pierdan su significado amenazante y el imaginar que los pensamientos son como nubes que flotan en el cielo. B informa que no nota ninguna diferencia al utilizar las técnicas, y que no son útiles para que sus pensamientos dejen de tener impacto en su conducta. Se convino con ella la posibilidad de utilizar estas estrategias en situaciones concretas, como por ejemplo cuando su mente se sintiera crítica, cuando considerara que era una persona “vaga”, o cuando considerase que los ejercicios de la terapia no estaban siendo útiles. Se le explica asimismo que la práctica de los ejercicios de defusión cognitiva es igual a la de cualquier otra actividad, ha de ser continua y diaria.

En estas sesiones también se revisa la lógica de la terapia, para comprobar qué ha comprendido y qué es lo que ha experimentado, respecto a lo cual refiere haber observado en sí misma que los pensamientos negativos y/o ansiosos están en nuestra mente pero que no tenemos por qué dejarnos llevar por ellos, aunque todavía le cuesta no intentar controlarlos cuando aparecen.

## *Sesiones 8 y 9. Exposición dirigida a valores*

Los **valores** son direcciones vitales elegidas, cualidades de aquello que hacemos, y por tanto no podemos poseerlos como si fueran objetos (Hayes, 2011). El énfasis en valores es lo que, en concreto, distingue a la ACT de una amplia variedad de terapias psicológicas (Hayes et al., 2014). Su utilidad se ha demostrado clínicamente (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004) y como proceso nuclear en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Slagle & Gray, 2007).

En estas sesiones se insistió en lo que la paciente considera importante para su vida y que ha sido descrito a través de la Brújula Vital (Eifert & Forsyth, 2014). Puesto que una parte importante de su vida son los estudios y ella informaba estar insatisfecha con su forma de estudiar (memorizar y no razonar), se abordaron en sesión los componentes principales de las técnicas de estudio. Además, por petición de la propia cliente y de su madre, se le entregan directrices sobre higiene del sueño de cara a disminuir sus dificultades para dormir.

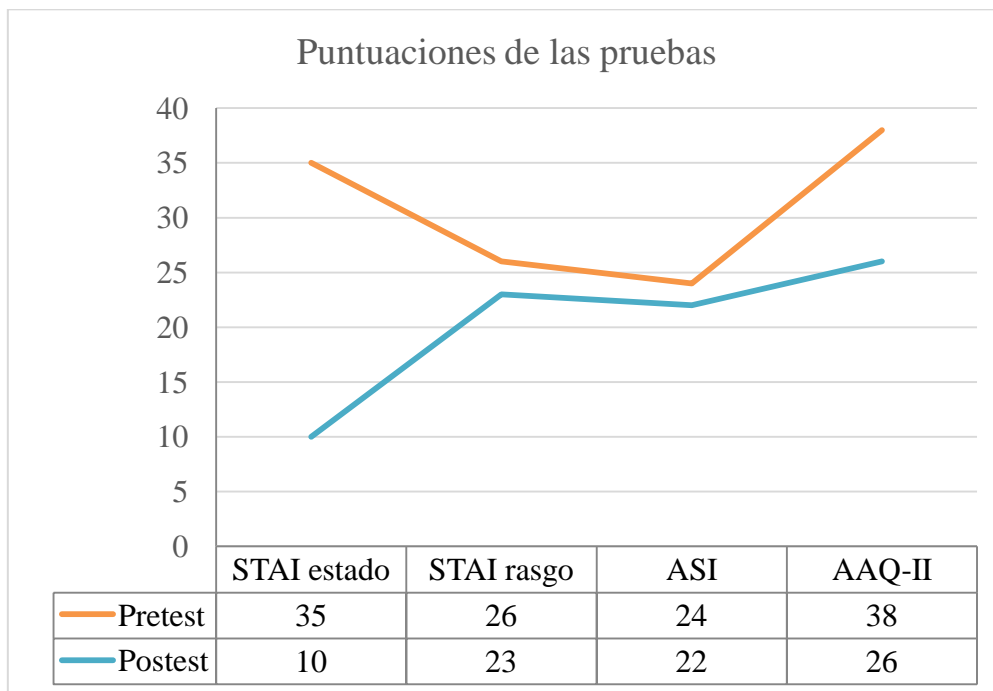
Puesto que a lo largo de las sesiones se van cumpliendo el resto de objetivos planteados, se indaga sobre la reticencia que B muestra respecto al último objetivo, el de dormir sola en su habitación. La cliente presenta muchas reticencias a dormir en su habitación porque, según argumenta, cuando está en esa habitación por la noche siente que le falta el aire y que se agobia, algo que no sucede durante el día cuando no tiene problema en hacer vida allí.

De cara a la consecución de este último objetivo de intervención, se plantea en la sesión la práctica de un Ejercicio FEEL (Feeling Experiences Enriches Living) (Eifert & Forsyth, 2014), cuyo propósito es ayudar a la paciente a enfrentarse a las barreras de la ansiedad para que después pueda aplicarlo en situaciones de la vida real. En este caso, puesto que la paciente refiere la sensación de quedarse sin oxígeno se plantea un ejercicio FEEL de *hiperventilación* para que lo practique y observe la posibilidad de enfrentarse a los síntomas de ansiedad de una manera diferente a las estrategias de evitación que ha venido empleando hasta ahora. Aunque al principio no entiende la lógica ni la utilidad de estos ejercicios se compromete a realizar el ejercicio en la sesión. De esta manera se da a sí misma la oportunidad de vivenciar el sentido de estos ejercicios, es decir, la posibilidad de estar en el momento presente con las sensaciones negativas que le genera la hiperventilación.

### Sesiones 10 y 11. Revisión de la terapia

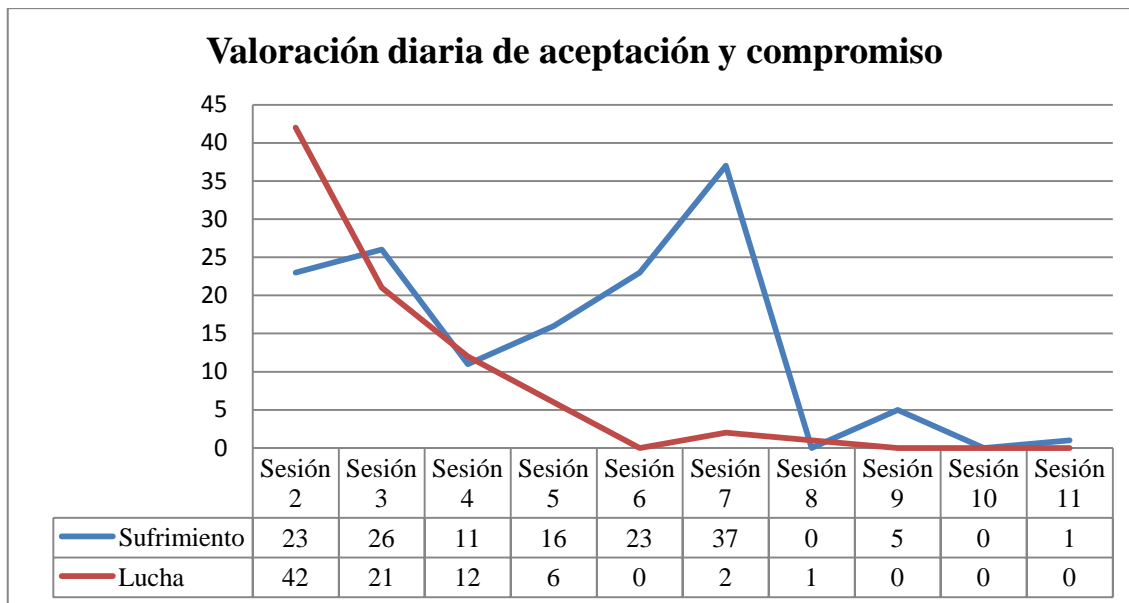
De cara a la finalización del tratamiento, se revisan conceptos claves de la terapia tales como las técnicas de defusión, los ejercicios FEEL, el significado de la aceptación y sus diferencias respecto a la resignación, y lo que son los valores, diferenciándolos de las metas.

A lo largo de las sesiones de intervención, B refiere, a nivel subjetivo, haber avanzado y conseguido metas relevantes para ella: quitar las manías, aprender a dormir sola, controlar su carácter fuerte y ser más independiente. A un nivel más objetivo, se realizan las mismas pruebas realizadas al inicio del tratamiento, observando una disminución de las puntuaciones en todas ellas.



Asimismo, con base en las puntuaciones del formulario Valoración diaria de Aceptación y Compromiso, se observa una disminución en la lucha de la cliente contra la ansiedad y el sufrimiento que ésta le provoca.





### *Seguimientos*

Los seguimientos se realizaron cada mes mediante una llamada telefónica, aunque en caso de necesitarlo B podría llamar a la terapeuta en cualquier momento. En los dos primeros meses de seguimiento B informa que todo va muy bien por el momento, y dice que se siente con más confianza y con más independencia. En el mes de octubre puesto que informa que le cuesta más dormir (tarda mucho en dormirse y duerme mal), se repasan los conceptos claves de la terapia tales como la aceptación, defusión y valores para que los ponga en práctica en esas ocasiones en las que entra en un círculo vicioso. Este círculo vicioso consiste en pensamientos como “no puedo dormir”, “no voy a conseguir dormir”, “necesito dormir ya para madrugar”, etc., que lo único que consiguen es que intente controlarlos (por ejemplo mediante la supresión), ocupando así su tiempo en ese control y no utilizándolo para dormir. En los siguientes meses vuelve a dormir en ocasiones con su madre, aunque según explica es por la comodidad de la cama y de la habitación y no por la presencia de su madre, ya que en realidad está dormida cuando su madre se acuesta. Además, el dormir con su madre también lo relaciona con estar en época de exámenes porque se agobia y no es capaz de poner en práctica ningún proceso de la terapia, volviendo así a las estrategias anteriores. Por ello, se vuelven a trabajar brevemente los conceptos clave anteriores y se enfatiza la importancia de ponerlos en práctica en su vida, empezando por practicar en momentos que no tenga exámenes para así después utilizar las nuevas estrategias de forma

automática incluso en situaciones difíciles. En todos estos seguimientos, la cliente refiere no haber vuelto a hacer ninguna de las otras manías que realizaba antes de irse a dormir.

## **6. Discusión**

El objetivo de esta parte del estudio fue poner a prueba un protocolo ACT para un caso de TOC y analizar su eficacia en términos de aceptación, defusión y orientación a valores personales.

En primer lugar, hemos considerado que la cliente presenta un problema de ansiedad de tipo obsesivo-compulsivo, pues ella misma refiere tener pensamientos que considera intrusivos y producto de su mente, algo distinto a las “simples” preocupaciones normales, lo que le causa un malestar significativo. Para que estos pensamientos desaparezcan, la cliente realiza conductas de carácter repetitivo que a su juicio consiguen que momentáneamente que se reduzca la ansiedad que dichos pensamientos le producen. Aunque parece que la mayoría de esos rituales sólo los realiza por las noches, suponen una pérdida de tiempo importante (más de una hora) e interfieren notablemente con sus horas de sueño. Pero más allá de cumplir los criterios diagnósticos para TOC, la cliente informa que su principal problema es la realización de algunas conductas como consecuencia de los pensamientos que le vienen a la cabeza, y de hecho en el *Formulario de valoración de angustia e incapacidad* es en la variable en que puntúa más alto. Por tanto, la función que cumplen todas las conductas que presenta es la de neutralizar los pensamientos que le generan ahogo y ansiedad, conductas que, por otra parte, se contemplan como síntomas nucleares del trastorno (APA, 2013).

El resto de instrumentos de evaluación de los procesos que le interesan a la ACT informaron de una elevada sensibilidad a la ansiedad, específicamente en ansiedad estado, así como puntuaciones también elevadas en evitación experiencial medida con el AAQ-II. Toda esta información, junto con las primeras entrevistas, nos ha permitido caracterizar el problema y enfocar el tratamiento hacia lo que B considera su mayor preocupación, la cual ella refiere de forma repetida como “manías”. Es por ello que el foco terapéutico se centró en las clases funcionales de evitación que presenta la cliente.

Respecto a la naturaleza y la historia del problema, el TOC se desarrolló de la misma forma que se desarrollan otros problemas psicológicos. La cliente describió en varias ocasiones una madre con tendencia a anticipar situaciones negativas y a reaccionar ante ellas con conductas de evitación, algo que se corresponde con lo observado en la literatura. Existen, de hecho, evidencias robustas entre el desarrollo de TOC y la crianza en contextos que apoyan el control emocional y de pensamientos, como los ambientes familiares que no fomentan la autonomía (Dumas, LaFreniere & Serketich, 1995; Krohne & Hock, 1991; Siqueland, Kendall & Steinberg, 1996), que enseñan la evitación ante situaciones difíciles (Dadds, Barrett, Rapee & Ryan, 1996) y que modelan estrategias de evitación y timidez (Henin & Kendall, 1997). Amén de esto, vivimos en un mundo que nos enseña activamente que algunos estados internos son “peligrosos” y no deberíamos experimentarlos. Todos hemos aprendido que la ansiedad es “mala” y hemos sido reforzados por eliminarla. Las experiencias de B con lo ocurrido en su barrio y la presencia de una madre que incentiva las conductas de evitación de lo temido, constituyen el contenido cognitivo de sus miedos y sus luchas. Pero en lugar de eso, nuestro análisis ha tratado de enfatizar el contexto cognitivo de sus pensamientos y emociones por encima del contenido de los mismos. B experimenta sus preocupaciones y miedos como si fuesen reales, y trabaja duro para liberarse de los mismos. Este es su objetivo principal cuando llega a la consulta, y también ha sido el foco principal de la terapia que hemos administrado.

Las sesiones de intervención siguieron el mismo patrón semanal: tareas para casa, discusión de las circunstancias ocurridas, revisión del material de la semana anterior y presentación del material de la semana en curso. Cada semana se pactaban los ejercicios de compromiso conductual, que siempre consistían en la implicación en actividades vinculadas a direcciones valiosas importantes y difíciles para B.

Los datos obtenidos a partir del formulario de Valoración diaria de aceptación y compromiso realizado semanalmente, sí indicaron una reducción del sufrimiento padecido y de la lucha contra sus pensamientos obsesivos, a pesar de no ser este último el objetivo de la terapia. Estos datos, junto con el descenso en evitación experiencial medida por el AAQ-II, parecen indicar que incluso con algunas dificultades que mencionamos a continuación, la cliente sí ha logrado sustituir las estrategias de control emocional por las de aceptación.

Debe señalarse asimismo que la mayor dificultad observada a lo largo de las sesiones fue lograr que B cambiase sus estrategias de control de pensamientos y emociones por estrategias de aceptación. Esta resistencia nos ha parecido una consecuencia lógica de su propia historia de aprendizaje. La propia B nos informa de que ha aprendido (le han instigado y reforzado) a controlar sus miedos y pensamientos negativos desde que era pequeña. Estos hábitos arraigados han sido y aún son reforzados tanto negativamente (alivio inmediato) como positivamente (ambiente familiar y social que dicta esta contingencia). Empleando metáforas y ejercicios, hemos tratado de reducir en B las conductas gobernadas por reglas de cumplimiento (*pliance*), mediante el cambio del control hacia otro tipo de reglas motivaciones (*augmenting*). Sin embargo, ese objetivo no se ha conseguido plenamente. Aunque B reconoció que lo que hacía para controlar su ansiedad no era útil, lograr la defusión cognitiva y conseguir que empleara estrategias de aceptación resultaron objetivos complicados con ese reducido número de sesiones. A pesar de tratarse de una persona joven, nos han sorprendido su nivel de fusión y sus arraigados hábitos de control emocional.

Otra de los problemas observados se refiere a la concreción de los valores. Con B hemos tenido dificultades para enseñar la idea de que los valores son cualidades de vida que nunca pueden ser alcanzadas, a diferencia de las metas que sí pueden ir cumpliéndose mientras se camina por una senda valiosa (Hayes, 2011). Es posible que a su edad (17 años) sea difícil plantearse con honestidad lo que uno quiere a la larga para su vida y entender que en la vida puede haber direcciones y no solo resultados. Por esa razón los valores que la cliente establece han sido, a nuestro entender, bastante simples, no pudiendo B diferenciar, en algunas ocasiones, la diferencia entre metas y valores. Incluso las razones que en ocasiones da para no dormir en su habitación o para no hacer las tareas para casa aparentan ser superficiales y sin base firme, como el indicar que siempre ha sido cómoda y vaga. Todo esto es apoyado por la madre, a quien le interesa que B acuda a las sesiones, pero cuyo comportamiento en casa ha sido reforzar, durante toda la terapia, las conductas de evitación que realiza la hija.

Al margen de estas dificultades, consideramos que el estudio demuestra que un protocolo de 11 sesiones ACT ha sido capaz de alterar la flexibilidad psicológica en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo, y efectivamente, de reducir las compulsiones que acompañaban al cuadro. Aunque las sesiones formales de exposición

en sesión también son un ingrediente esencial de la EPR, en esta investigación no se ha probado si la ACT era efectiva sin el añadido de este método de conocido impacto. Al fin y al cabo, ya desde sus primeras formulaciones como tratamiento de los trastornos de ansiedad (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), la ACT es una terapia que se fundamenta en la exposición, en el sentido de que “ofrece una oportunidad para experimentar ansiedad sin luchar contra la ansiedad” (Hayes, 1987; p. 365).

Probablemente, una de las principales limitaciones al estudio de caso presentado se refiere a la formación de la psicóloga que ejerció como terapeuta ACT, en el sentido de poder reclamársele una formación más sólida en la terapia. A este respecto, en un estudio sobre terapeutas que se estaban iniciando en la ACT, Lappalainen et al. (2007) encontraron que los que sólo contaban con doce horas de entrenamiento, o menos, se mostraban significativamente más inseguros realizando terapia que llevando a cabo una terapia tradicional de corte cognitivo-conductual. Por otra parte, a pesar de que, con el tiempo, la preocupación de los terapeutas inexpertos disminuyó menos en los que practicaban ACT que en los que practicaban TCC, los pacientes tratados mediante ACT obtuvieron mejores resultados. Sin embargo, y como señalan Hayes et al. (2014), la motivación por intentar mejorar es suficiente para mantener la terapia ACT en marcha. Sentirse incómodo practicando ACT no significa, necesariamente, que se sea ineficaz; es más, eso podría humanizar o, incluso, potenciar el trabajo que requiere la terapia (Hayes et al., 2014).

En este caso parece haber sido así, pues la cliente consiguió abandonar sus rituales y, en buena medida, defusionarse de sus pensamientos y sentimientos ansiosos. Más importante, también consiguió avanzar en alguno de los valores que enumeró en su Brújula Vital, como el ser más independiente con vistas a poder irse a estudiar fuera de Asturias y el ser capaz de mantenerse como espectadora de algunos de los contenidos cognitivos que interferían con ese propósito. Como acertadamente señaló DiGiuseppe (2006), comprender los procesos por los que una terapia funciona es más importante que saber que funciona, porque este entendimiento permite mejorar y perfeccionar las intervenciones, así como adaptarlas adecuadamente al cliente individual.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.44
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: Author. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Amstatter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 211-221. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.004
- 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.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*, 676-688.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy, 29* (3), 253-257. doi: 10.1016/0005-7967(91)90115-J
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 715-735
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risks for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A Preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-802.
- DiGiuseppe, R. (2006). The mission continues: The past, present, and future of behavior therapy. *The Behavior Therapist, 29*, 154–155.

- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketich, W. J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *104*, 104-113.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2014). *La Terapia de Aceptación y Compromiso para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Mensajero.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and value-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 293-312.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., & Doppelt, H. G. (1983). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? En E. B. Foa, & P. M. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp.10-34). New York: Wiley.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 335-348. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00094-0
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*, 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*, 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 348-362.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el Stait Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, *23* (3), 510-515.

- Gutiérrez Martínez, O., Luciano Soriano, C., Rodríguez Valverde, M., & Fink, B. C. (2004). *Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain*. *Behaviour Therapy*, 35, 767-783.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple. An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Henin, A., & Kendall, P. C. (1997). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 75-131.
- Jacobson, N. C., Newman, M. G., & Goldfried, M. R. (2016). Clinical feedback about empirically supported treatments for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 47, 75-90. doi: 10.1016/j.beth.2015.09.003
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.



- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, *31*, 488-511.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, *35*, 747-766.
- Luoma, J. B., Hayes, L. A., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, California: New Harbinger Publications INC.
- Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 494-503. doi: 10.1016/j.brat.2009.09.015
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Peterson, R.A. y Reiss, R.J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd edition). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 149-154. doi: 10.1016/0005-7967(93)90066-4
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 385-401.
- Rassin, E., & Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 97-103.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 757-764.

- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a casual factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 231-237.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2005). *An acceptance-based behavior therapy for generalised anxiety disorder*. New York: Springer.
- Ruiz, F.J., & Luciano, C. (2009). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la mejora del rendimiento ajedrecístico de jóvenes promesas [Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the improvement of promising young chess players]. *Psicothema*, *21*, 347-352.
- Ruiz, F. J., Odriozola-González, P., & Suárez-Falcón, J. C. (2014). The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. *Psicothema*, *26* (3), 308-313.
- Salgado Pascual, C. F., Luciano Soriano, C., & Gutiérrez Martínez, O. (2013). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con trastorno mental crónico. Un ensayo aleatorizado. *Informaciones Psiquiátricas*, *214* (4), 385-401.
- Sandín, B., Chorot, P., & McNally, R. J. (2001). Anxiety sensitivity index: Normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 213-219.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environment and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*, 225-237.
- Slagle, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*, 329-337.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Twohig, M. P. (2009). The application of Acceptance and Commitment Therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 18-28.

- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*, 3-13.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., & Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 6*, 167-173.
- Vallejo Pareja, M. A. (2001). Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema, 13*, 419-427.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking/Penguin.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*, 34-52.
- Wegner, D. M., & Erber, R. (1992). The hiperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 63* (6), 903-912.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5-13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought supression. *Journal of Personality, 62*, 615-640.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 5-10.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 871-878.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91.

Williams, A. D., Lau, G., & Grisham, J. R. (2013). Thought-action fusion as a mediator of religiosity and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*, 207-212.

Wilson, K. G., & Luciano Soriano, M. C. (2013). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

## ANEXO I. Los seis procesos ACT

<b>Proceso</b>	<b>Descripción</b>
Aceptación	Abrazar los eventos internos no deseados sin la intención de cambiarlos. Aceptación es lo contrario a la evitación experiencial, que es la tendencia a evitar esos eventos aunque hacerlo interfiera en los valores de la persona.
Defusión cognitiva	Cambiar cómo la persona interactúa con los eventos internos permitiéndole experimentar esos eventos como lo que son, antes que
Conciencia del momento presente	La habilidad para atender sin juzgar a lo que está ocurriendo ahora, antes que perderse en los pensamientos sobre el pasado o el futuro.
El yo como contexto	Adoptar una perspectiva como el lugar donde se producen las experiencias internas en lugar de ser definido por ellas.
Valores	Declaraciones acerca áreas de la vida que son significativas para el individuo. Los valores son direcciones de vida que ayudan a guiar acciones en lugar de metas inalcanzables.
Compromiso con la acción	Realización de acciones específicas para producir movimiento hacia los valores.