



## Revisión sobre los Efectos del Mindfulness en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo

**Resumen.** En la actualidad el Trastorno Obsesivo Compulsivo -TOC- se presenta como uno de los problemas de ansiedad más frecuentes, pudiendo llegar a ser altamente incapacitante para la persona que lo padece. Teniendo en cuenta limitaciones que presentan los tratamientos recomendados actualmente para dicha patología, se están considerando novedosas prácticas como alternativas terapéuticas. El mindfulness ha demostrado eficacia en el tratamiento de Trastornos de Ansiedad y otras patologías asociadas al TOC, posibilitando un cambio en la forma en que las personas se relacionan con sus experiencias internas, mejorando así su calidad de vida. Este trabajo busca indagar los efectos que tiene el mindfulness en el tratamiento del TOC. En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios empíricos que llevaron a cabo intervenciones basadas en mindfulness en personas diagnosticadas con TOC. Posteriormente se analizaron los posibles mecanismos involucrados en este proceso terapéutico. Los estudios revisados revelaron que el mindfulness tiene efectos positivos en el tratamiento del TOC: alivia y reduce la severidad de algunos de sus síntomas característicos, reduce la ansiedad y la necesidad de neutralizar pensamientos obsesivos y potencia la efectividad de otras terapias como las de exposición. Si bien se plantean diversas hipótesis para intentar explicar los efectos terapéuticos del mindfulness sobre el TOC, no habría evidencia suficiente que las respalde. En pos del desarrollo de estas líneas de trabajo es preciso que futuros estudios analicen rigurosamente el efecto del mindfulness sobre este tipo de trastornos.

**Abstract.** *Review About the Effects of Mindfulness Interventions in the Treatment for Obsessive Compulsive Disorder.* Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is currently considered as one of the most frequent anxiety problems and it could become a very disabling condition for the person who experiences it. In light of the present limitations of the recommended treatments for this pathology, innovative practices as therapeutic alternatives are being considered. Mindfulness interventions have proved efficacy in the treatment of anxiety disorders and other pathologies associated with OCD. Mindfulness practice enables people to change the way they relate with their internal experiences, improving their quality of life. This review intends to inquire into the effects of mindfulness in the treatment for OCD. At first an electronic literature search about empirical studies with mindfulness interventions for OCD was carried out. After that, the possible mechanisms that could be involved in the therapeutic process were analyzed. The studies revealed that mindfulness interventions have positive effects in the treatment for OCD: it relieves and reduces the severity of some typical symptoms, reduces the anxiety and the need to neutralize obsessive thoughts, and improves the effectiveness of other therapies like Exposure and Response Prevention. Although different hypotheses have been contemplated in order to explain the therapeutic effects of mindfulness, no conclusive evidence was found. Pursuing the development of these lines of work, more rigorous studies that analyze the effects of mindfulness in OCD are needed.

### 1. Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo -TOC- es un trastorno caracterizado por pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, intrusivos y estresantes definidos como obsesiones; y que pueden estar acompañadas por conductas o actos mentales repetitivos denominados compulsiones que son realizadas para aliviar o suprimir el estrés y ansiedad causados por dichos pensamientos obsesivos y

Restovich, G.<sup>a</sup>, Barrios, M.V.<sup>a</sup>,  
Bordón, A.D.<sup>a</sup>, y Ferrigno, M.J.<sup>a</sup>

<sup>a</sup>. Cátedra de Neurofisiología y  
Psicofisiología, Facultad de  
Psicología, Universidad Nacional  
de Córdoba, Córdoba, Argentina.

#### Palabras claves

Trastorno Obsesivo Compulsivo;  
Mindfulness; Tratamiento..

#### Keywords

Obsessive Compulsive Disorder;  
Mindfulness; Treatment.

#### Enviar correspondencia a:

Restovich, G.  
E-mail: gabi.restovich@gmail.com

para prevenir cualquier consecuencia percibida como perjudicial (American Psychiatric Association, 2000). Si se observa más detenidamente las características clínicas y fenomenológicas de este trastorno, puede decirse que las personas que lo padecen tienen una relación disfuncional con su experiencia interna -percepciones sensoriales, estados emocionales, sentimientos y pensamientos- (Didonna, 2008).

De acuerdo con el DSM IV (APA, 2000), las obsesiones y compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable -ocupan más de 1 hora al día- o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo. Aproximadamente un 15% de las personas que padecen este trastorno muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales (APA, 2000). Además, con frecuencia el TOC presenta comorbilidad con otras psicopatologías: un 76% de los adultos con TOC padecen de trastornos de ansiedad y un 63% padece de trastornos del estado de ánimo (APA, 2013).

Siguiendo a Foa et al. (2005, citados en Patel, Carmody & Simpson, 2007) y Simpson et al. (2004, citados en Patel, Carmody & Simpson, 2007) actualmente existen dos tratamientos para el TOC que cuentan con respaldo empírico: la terapia cognitivo-conductual -TCC- y el tratamiento psicofarmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina -ISRS-. Dentro de la TCC se incluye la terapia de exposición y prevención de respuesta -EPR- la cual se destaca por ser el tratamiento más validado para el TOC (Hanstede, Gidron & Nyklíček, 2008).

A pesar de la evidencia que avala a la TCC -específicamente a la EPR- y al tratamiento farmacológico en el tratamiento del TOC, estos no estarían exentos de limitaciones. En relación a la TCC Foa et al. (1983, citados en Hu et al., 2012) y Abramowitz (1997, citado en Hu et al., 2012) plantean que entre el 20-30% de los pacientes con TOC la rechazan o abandonan más del 40% de quienes completan el tratamiento no muestran mejoría o respuesta significativa, de acuerdo a lo establecido por Stanley & Turner (1995, citados en Hu et al., 2012) y Whittal, Thordarson & McLean (2005; citados en Hu et al., 2012).

En cuanto a las limitaciones de la EPR, en primer lugar cabe destacar que puede resultar inaceptable para los pacientes debido a los altos montos de ansiedad que puede generarles. Los estudios revisados muestran que alrededor del 50% de los pacientes no se compromete o bien abandonan el tratamiento en un estadio temprano (Foa et al., 2005, citado en Wilkinson-Tough et al., 2010), siendo la tasa de deserción de un 25% (Pacuraru, 2016). En segundo lugar, en relación a aquellos pacientes que continúan con el tratamiento, el 30% no presentan mejorías, un 40% presenta recaídas (Pacuraru, 2016), y otros no mantienen los beneficios del tratamiento a largo plazo (Foa & Kozak, 1996, citado en Patel et al., 2007). Asimismo la EPR mostró no tener la misma eficacia en individuos que presentan solo obsesiones y/o ideas sobre-valoradas (Kyrios, 2003, citado en Didonna, 2008).

Además más del 60% de los individuos con TOC no responden adecuadamente a la farmacoterapia (Bjorgvinsson, Hart & Heffelfinger, 2007, citado en Hu et al., 2012), la cual se asocia con una tasa de recaída que oscila entre 80-90% cuando es interrumpida completamente (Pato, Zohar-Kadouch & Zohar, 1998, citado en Didonna, 2008). Mancebo, Pinto y Rasmusen (2008, citado en Rudoy, 2014) hallaron que más del 50% de los pacientes con TOC en tratamiento farmacológico, toman dosis más bajas de las indicadas o que lo interrumpieron.

A la luz de estas limitaciones, el presente artículo se propone revisar una alternativa terapéutica emergente. Algunos autores (v.g., Didonna, 2008; Hale et al., 2012; Hannan & Tolin, 2005; Hanstede et al., 2008; Khoury et al., 2013; Pacuraru, 2016) sugieren que el mindfulness podría ser una intervención efectiva para individuos con TOC, especialmente si es integrado con otros tratamientos validados empíricamente (Didonna, 2008). Dicha intervención ofrecería un enfoque holístico para el tratamiento de pacientes con TOC enfocado en la integridad de la persona más que solo en su sintomatología primaria. En principio, este tipo de abordaje terapéutico ofrecería grandes beneficios a los pacientes, ya que, tal como se mencionó, el TOC afecta a diversas dimensiones de sus vidas. En este sentido, el mindfulness podría ser una ventajosa alternativa para el tratamiento de trastornos asociados al TOC. Un reciente meta-análisis (Khoury et al., 2013) sugiere que las intervenciones basadas en mindfulness tuvieron un efecto significativo en el tratamiento de trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo con la bibliografía consultada, se puede observar que el vocablo mindfulness es un término polisémico. Sin embargo, desde una perspectiva clínica, hay consenso para definir al mindfulness como una forma particular de prestar atención: intencionalmente, en el momento presente y sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990, citado en Singh, Robert G. Wahler, Winton & Adkins, 2004; Madani, Kananifar, Atashpour & Hussain Bin Habil 2013; Patel et al., 2007; Wahl, Huelle, Zurowski & Kordon, 2013; Zoysa, 2011).

Por su parte Brown, Ryan & Creswell (2007; citado en Wahl et al., 2013) plantean que el mindfulness es un constructo multidimensional que ha sido integrado a la psicología clínica occidental con operacionalizaciones y grados de complejidad variantes. El uso terapéutico del mindfulness es un abordaje novedoso y no hay una única manera de instrumentarlo. En función de la bibliografía revisada el mindfulness puede ser utilizado de tres maneras diferentes: como una intervención no sistematizada (Madani et al., 2013; Singh et al., 2004; Wilkinson-Tough et al., 2010; Zoysa, 2011); como un programa sistematizado, entre los cuales se pueden enumerar al Mindfulness Based Stress Reduction -MBSR- (Patel et al., 2007) y al Mindfulness Based Cognitive Therapy -MBCT- (Hertenstein et al., 2012); o como un complemento de otras intervenciones (Wahl et al., 2013).

En relación al tratamiento del TOC, existen distintas hipótesis que intentan explicar las mejorías en los pacientes a partir de la práctica del mindfulness. Singh et al. (2004) plantean que esta

práctica permite a la persona aceptar los comportamientos obsesivos-compulsivos como fortalezas e incorporarlos a su repertorio normal.

Wilkinson-Tough et al. (2010) y algunos autores por ellos citados (Fairfax, 2008; Hannan & Tolin, 2005; Orsillo, Romer, BlockLerner, Le Jerune, & Herbert, 2005), resaltan el valor de las terapias basadas en mindfulness al abordar dos de los procesos claves que subyacerían a la formación y mantenimiento de las obsesiones y compulsiones, procesos llamados fusión de pensamiento-acción y supresión de pensamientos. Fairfax (2008, citado en Wilkinson-Tough et al., 2010) destaca cómo el mindfulness puede proveer a las personas de una forma alternativa de relacionarse con los pensamientos intrusivos, normalizándolos y rompiendo la conexión con las reacciones automáticas, tales como las compulsiones; por definición el mindfulness podría ayudar a las personas con TOC a sentir sus pensamientos y conductas más bajo control y podría aumentar el insight hacia los procesos metacognitivos que mantienen sus dificultades (Fairfax, 2008, citado en Wilkinson-Tough et al., 2010). Shapiro et al. (2006, citados en Wilkinson-Tough et al., 2010) sugieren que el mindfulness podría ayudar a que las personas experimenten la ansiedad provocada por los pensamientos obsesivos-compulsivos sin juzgarlos o intentar evitarlos.

Wahl et al. (2013) consideran que una estrategia terapéutica basada en mindfulness parece particularmente apropiada para el manejo de los pensamientos obsesivos durante la exposición por distintos motivos. En primer lugar, llevar deliberadamente la atención hacia los pensamientos obsesivos puede intensificar el proceso de habituación, prolongar sus efectos y generalizarlos (Grayson, Foa & Steketee 1982, 1986, citado en Wahl et al., 2013). En segundo lugar el observar y describir los pensamientos de una manera consciente puede evitar que las personas sucumban automáticamente a la supresión o neutralización de pensamientos, y de esta manera fomentar los procesos de habituación (Najmi, Riemann & Wegner, 2009, citado en Wahl et al., 2013). En tercer lugar el metafórico “dejar ir experiencias” (Hanstede et al. 2008, citado en Wahl et al., 2013) -tal como imaginar los pensamientos obsesivos pasando como nubes en el cielo- puede cambiar a corto plazo el significado del contenido de los pensamientos obsesivos, como menos amenazadores. Esto podría iniciar una actitud de aceptación. Finalmente a largo plazo los pacientes diagnosticados con TOC pueden desarrollar una nueva relación con sus pensamientos obsesivos, relacionándose con ellos como eventos mentales transitorios y no como hechos. Esto parece particularmente importante en el TOC dado que las teorías cognitivas de las obsesiones clínicas (v.g., Clark & Purdon 1993; Freeston & Ladouceur 1997; Rachman 1997; Salkovskis 1985; todos citados en Wahl et al., 2013) presuponen que las maneras en que los pensamientos intrusivos son interpretados, diferencia las intrusiones normales de las obsesiones.

Madani et al. (2013) argumentan que mediante el ser conscientes del presente, el mindfulness ayudaría a los individuos a desviar la atención de sus pensamientos obsesivos y conductas compulsivas; y que además la práctica del mindfulness permitiría a las personas con TOC que

perciban los eventos menos displacenteros de lo que realmente son en el preciso momento en que ocurren. Para estos autores la mayoría de los problemas psicológicos asociados con el TOC normalmente ocurren debido a eventos pasados o como resultado de estar ansioso o temeroso de los eventos futuros, por ende, mientras las personas están en el presente, su atención no se desviará hacia el pasado o el futuro.

Si bien existen fundamentos teóricos que respaldan las intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento del TOC, no es ampliamente conocida la evidencia empírica que las avala. Teniendo en cuenta lo planteado y la escasez de información científica en idioma español sobre el uso del mindfulness en el tratamiento del TOC, se considera pertinente conocer el estado actual del tema a fines de facilitar el desarrollo de nuevas investigaciones empíricas locales.

### 1.1. *Objetivo*

Este trabajo tiene por objetivo realizar una revisión bibliográfica sobre los efectos que tiene el mindfulness en el tratamiento del TOC.

## 2. **Metodología**

La metodología empleada consistió en una revisión bibliográfica basada en la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos Pub Med, EBSCO, Science Direct; y en el buscador Google Académico. Dicha búsqueda fue realizada utilizando principalmente las palabras claves “Trastorno Obsesivo compulsivo” -TOC- o su semejante en el idioma inglés “Obsessive Compulsive Disorder” -OCD-, “mindfulness” o “mindfulness intervention” o “mindfulness therapy”, entre otras combinaciones.

Fueron revisados sólo aquellos artículos que se encontraban redactados en el idioma inglés y/o español. Se incluyeron en la revisión aquellas investigaciones empíricas en las que se haya realizado una intervención mindfulness en individuos diagnosticados con TOC. Dicha intervención debía ser guiada por un instructor -terapeuta o persona con entrenamiento en mindfulness-, contar con al menos algún encuentro presencial y estar dirigida a la persona en su integridad. Fueron descartadas aquellas investigaciones en las cuales se realizaron intervenciones mindfulness sobre síntomas específicos del TOC; y aquellas en las cuales los participantes eran personas no diagnosticadas clínicamente.

Entre los criterios de inclusión-exclusión no se tuvo en cuenta el año de publicación de los artículos ni el lugar donde fueron realizadas las investigaciones dado que la bibliografía sobre el mindfulness en relación al TOC es relativamente escasa. En función de estos criterios 7 artículos fueron seleccionados.

### 3. Resultados

Los 7 artículos revisados incluyen: 4 estudios de caso, uno de ellos con diseño A-B-C, un estudio cualitativo y dos estudios con diseño experimental. Los años de publicación van desde el 2004 hasta el 2013. Las muestras de los estudios se componen de hombres y mujeres, de 18 a 65 años de edad 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-. Las intervenciones mindfulness varían de un estudio a otro -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 un complemento de otras terapéuticas (Wahl et al., 2013; ver Tabla 1).

**Tabla 1.**

Estudio	Diseño de investigación	Muestra	Intervención	Escalas de medición	Diferencia pre-post test	Mantenimiento de resultado en el seguimiento
Singh, Robert, Wahler, Winton & Adkins (2004).	Estudio de caso	N=1	Mindfulness (16 semanas)	Y-BOCS <sup>1</sup> SUDS <sup>2</sup> BDI <sup>3</sup> SBA <sup>4</sup> POL <sup>5</sup>	si	si
Patel, Carmody, & Simpson (2007).	Estudio de caso	N=1	MBSR para TOC (8 semanas)	Y-BOCS <sup>1</sup> TMS <sup>6</sup>	si	Si
Wilkinson-Tough, Bocci, Thorne, & Herlihy (2010).	Estudio de caso	N=3	Mindfulness (6 semanas)	Y-BOCS <sup>1</sup> OBQ <sup>7</sup> TAF <sup>8</sup> KIMS <sup>9</sup> PTQ <sup>10</sup>	si	No
Zoysa (2011).	Estudio de caso	N=1	Mindfulness (aprox. 14 semanas)	Informe cualitativo	si	Si
Hertenstein, et al (2012).	Estudio cualitativo	N=12	MBCT para TOC (8 semanas)	Y-BOCS <sup>1</sup>	si	no
Wahl, Huelle, Zurowski, & Kordon (2013).	Diseño experimental	N=30	Estrategia de afrontamiento mindfulness basada en el MBCT (no especifica)	Y-BOCS <sup>1</sup> OCI-R <sup>11</sup>	si	no
Madani, Kananifar, Atashpour Hussain Bin Habil (2013).	Diseño experimental	N=24	Mindfulness (4 semanas)	Y-BOCS <sup>1</sup>	si	si

**1-** Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman et al., 1989). **2-** Subjective Units of Distress Scale (Wolpe, 1969). **3-** Beck Depression Inventory (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). **4-** Strengths-Based Assessment (Singh, 1999). **5-** Plan of Life (Singh, 2000). **6-** The Toronto Mindfulness Scale (Bishop et al., 2006). **7-** The Obsessive Beliefs Questionnaire (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997; 2001; 2003; 2005). **8-** Thought–Action Fusion. **9-** The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS: Baer, Smith, & Allen, 2004). **10-** Post-Therapy Questionnaire. **11-** Obsessive–compulsive inventory, revised (OCI-R; Foa et al. 2002; Gonner et al. 2008).

En el primer estudio de caso seleccionado, Singh et al. (2004) indagaron la efectividad de una intervención basada en mindfulness para el tratamiento de una mujer de 25 años con un TOC severo -había sido internada cuatro veces en el último año y estaba bajo tratamiento farmacológico-. La paciente presentaba síntomas intensos relacionados con la limpieza y el miedo a los gérmenes y un diagnóstico secundario de depresión. La intervención basada en mindfulness se llevó a cabo a lo largo de 16 semanas en las que se le enseñó a la paciente distintas técnicas y se le ayudó a adoptar una postura de aceptación hacia sus pensamientos intrusivos. En el pos-test -semana 16- se observó una disminución de los síntomas, tanto obsesivos-compulsivos como depresivos; además disminuyó el grado su malestar subjetivo. En el seguimiento -2 años después- se sostuvieron las mejorías y la participante reportó no temerle a los gérmenes, haber aprendido a observar a sus pensamientos sin negarlos, intentar controlarlos o implicarse en ellos, y no haber requerido ningún tratamiento adicional hasta ese momento. Mediante la aceptación de los síntomas relacionados a la limpieza y su conceptualización en tanto fortaleza, la paciente pudo capitalizarlos e incorporarlos a su vida laboral, experimentando una mejora en su calidad de vida. Las limitaciones de este estudio son propias de un estudio de caso, y se basan en la imposibilidad de generalización de los datos ya que la muestra es muy pequeña y la intervención fue adaptada específicamente a la participante.

Por su parte, Patel et al. (2007) presentan el caso de un paciente con TOC el cual fue motivado para explorar un programa de tratamiento basado en mindfulness. Se utilizó el programa de 8 semanas del MBSR (Kabat-Zinn et al., 1992 citado en Patel et al., 2007). Los resultados muestran una reducción significativa de los síntomas típicos del TOC -reducción de 9 puntos en la escala YBOCS-, y a su vez el paciente reportó un cambio positivo en la experiencia de sus pensamientos intrusivos; cambios que fueron explicados desde la aceptación que posibilita el mindfulness. La práctica de mindfulness y los efectos registrados se mantuvieron en el tiempo -evaluados en la entrevista de seguimiento tres meses posteriores de finalizado el programa-. Si bien este estudio utilizó un programa de mindfulness sistematizado -MBSR-, no respetó la modalidad grupal propia de esta intervención comprometiendo su replicación. Además posee las limitaciones de un estudio de caso.

Wilkinson-Tough et al. (2010) utilizaron un diseño A-B-C para evaluar si la terapia basada en mindfulness podría beneficiar a aquellas personas que experimentan pensamientos obsesivos. La muestra estuvo compuesta de tres participantes -dos hombres y una mujer- con experiencia previa en TCC para TOC. La intervención se dividió en tres etapas: 2 semanas de monitoreo sin intervención, 2 a 3 semanas de relajación y luego 6 sesiones individuales de una intervención basada en mindfulness junto con psicoeducación sobre la supresión de pensamientos y la fusión de pensamiento-acción. La práctica del mindfulness incluyó técnicas de focalización en las sensaciones corporales -body scan- y ejercicios de observación de los pensamientos (Linehan, 1993 citado en Wilkinson-Tough et al., 2010). Los participantes reportaron una disminución en los síntomas registrados por la Y-BOCS y dos de ellos mantuvieron los resultados en el seguimiento -2 meses después de la intervención-. Los

efectos positivos de este estudio fueron explicados a través de la interrupción de los procesos -fusión de pensamiento-acción y supresión de pensamientos- subyacentes a la formación y mantenimiento de las obsesiones y las compulsiones. Entre las limitaciones se destacan: el tamaño de la muestra, el breve período de seguimiento y la utilización de intervenciones psicoeducativas que no permiten atribuir los cambios únicamente a la práctica del mindfulness.

Zoysa (2011) presenta un estudio de caso -un joven de 21 años diagnosticado con TOC- con el objetivo de introducir en Sri Lanka el uso del mindfulness como terapéutica. Se realizó una intervención de 7 semanas de duración en la que se entrenó al paciente en diferentes técnicas de meditación mindfulness budista -body scan, prácticas informales de mindfulness y técnica de etiquetado-. Para la semana 6 de la intervención, el paciente reportó una mejora en su condición -disminuyó su tendencia a la rumiación y su ritual mental- la que posibilitó que aproveche mejor las actividades académicas. En el seguimiento -7 semanas después de la intervención- el paciente reportó que no había continuado con la práctica del mindfulness y que algunos de sus síntomas habían resurgido. A partir de esto, retomó la práctica y en el curso de unos pocos días los síntomas disminuyeron. Vale destacar que en este estudio no hubo tests psicológicos adaptados culturalmente que evalúen los progresos de la terapia de forma objetiva. Además al basarse la intervención en el mindfulness budista, es posible que no puedan realizarse comparaciones con otros estudios semejantes.

Con el objetivo de investigar los cambios en la experiencia subjetiva y en el comportamiento de sujetos diagnosticados con TOC luego de participar del programa MBCT, Hertenstein et al. (2012) realizaron un estudio cualitativo. La muestra consistió en 12 participantes -3 mujeres y 9 hombres- que en promedio habían padecido el trastorno por 19 años. La intervención utilizada fue una adaptación -para el TOC- del programa de 8 semanas MBCT desarrollado por Segal, Williams & Teasdale (2002, citado en Hertenstein et al., 2012). Ocho de los participantes reportaron cambios que incluyen una declinación de los síntomas obsesivos compulsivos, vivir de forma más activa en el momento presente, un incremento de la habilidad para permitir emociones displacenteras, una actitud más tranquila todos los días hacia el TOC así como un mejor estado de ánimo y de sueño. Cuatro de los participantes reportaron que ellos no observaron ninguna mejora en los síntomas de TOC luego de la intervención. Una de las mayores limitaciones de la investigación es la metodología cualitativa que refleja solo la experiencia de los sujetos estudiados y es propensa al sesgo del investigador. La posibilidad de generalizar los resultados reportados está limitada por falta de grupo control, el tamaño de la muestra y la relación de género desproporcionada.

Entre los estudios con diseño experimental, se encuentran los llevados a cabo por Wahl et al. (2013) y Madani et al. (2013). Wahl et al. (2013) desarrollaron un estudio experimental con el objetivo de investigar la eficacia de una estrategia basada en mindfulness en comparación con una estrategia de distracción durante una breve exposición a pensamientos obsesivos en pacientes



diagnosticados con TOC. Para ello delimitaron una muestra de 30 participantes, de los cuales aleatoriamente 15 fueron asignados a un grupo control -estrategia de distracción- y 15 asignados a un grupo experimental -estrategia mindfulness-. La instrucción del mindfulness fue adaptada del módulo “los pensamientos no son hechos” del programa del MBCT (Segal et al., 2002 citado en Wahl et al., 2013). El estudio no pretendió capturar la complejidad del proceso involucrado en las intervenciones terapéuticas del mindfulness. Los resultados de esta investigación ofrecen evidencia inicial que avala que una estrategia basada en mindfulness durante la exposición breve a pensamientos obsesivos, podría ser ventajosa en comparación con una estrategia de distracción. Asimismo, los participantes que utilizaron la estrategia basada en mindfulness experimentaron una mayor disminución de la ansiedad y del impulso a neutralizar sus pensamientos. Wahl et al. (2013) consideran que una estrategia basada en mindfulness resulta apropiada para el manejo de los pensamientos obsesivos durante la exposición por varios motivos, siendo uno de los principales que permite intensificar el proceso de habituación, prolongar sus efectos y generalizarlos -al llevar deliberadamente la atención hacia los pensamientos obsesivos-(Grayson et al. 1982, citado en Wahl et al., 2013). Entre las limitaciones del estudio se encuentran: el tamaño de la muestra y la ausencia del seguimiento de los resultados.

Madani et al. (2013) estudiaron los efectos del entrenamiento grupal en mindfulness en la tasa de síntomas del TOC. La muestra estuvo compuesta por 24 mujeres iraníes diagnosticadas con dicho trastorno. La intervención mindfulness se llevó a cabo en 4 semanas. Los resultados indican una correlación significativa entre el entrenamiento en mindfulness y la disminución de síntomas del TOC -específicamente hábitos obsesivos de verificación y duda- en el post test y en el seguimiento 2 meses después. Las mejoras observadas se explican principalmente porque el mindfulness posibilitaría a las personas desviar la atención de sus pensamientos obsesivos y conductas compulsivas. Las limitaciones de este estudio en cuanto a la muestra reducida y la poca especificidad de la intervención mindfulness, dificultan la generalización de los resultados.

#### **4. Discusión**

A partir de los siete artículos revisados puede concluirse que las intervenciones basadas en mindfulness evidenciaron tener efectos positivos en las personas con TOC. Estos efectos positivos son: disminución de los síntomas obsesivos-compulsivos (Hertenstein et al., 2012; Madani et al., 2013; Patel et al., 2007; Singh et al., 2004; Wahl et al., 2013; Wilkinson-Tough et al., 2010; Zoysa, 2011); reducción de síntomas depresivos (Singh et al., 2004); disminución del malestar subjetivo (Singh et al., 2004); mejoría en las actividades laborales y académicas (Singh et al., 2004; Zoysa, 2011); aumento de las habilidades mindfulness (Hertenstein et al., 2012; Patel et al., 2007; Singh et al., 2004; Wilkinson-Tough et al., 2010; Zoysa, 2011); mejorías en el estado de ánimo y en el sueño (Hertenstein et al., 2012) y facilitación de los procesos implicados en la EPR (Wahl et al., 2013). Se

observó también un mantenimiento de los efectos en el seguimiento (Madani et al., 2013; Patel et al., 2007; Singh et al., 2004; Zoysa, 2011).

Más allá de los efectos reportados, los estudios revisados no están exentos de limitaciones. En primer lugar, hay pocas investigaciones empíricas sobre el tema y las más recientes datan de 2013 (Madani et al., 2013; Wahl et al., 2013). En segundo lugar, la mayoría son estudios de caso y los estudios experimentales cuentan con muestras pequeñas. En tercer lugar, las intervenciones basadas en mindfulness que utilizaron son diversas y por ende se dificulta su comparación. Y por último en la mayoría de las investigaciones los seguimientos fueron realizados en un corto periodo de tiempo. Asimismo, los estudios revisados no evidencian que las intervenciones basadas en mindfulness superen las limitaciones que actualmente presentan los tratamientos validados empíricamente -en especial las de la EPR y el tratamiento farmacológico-.

Futuras investigaciones deberían tener en cuenta estas limitaciones a fines de realizar estudios más rigurosos que permitan la generalización de los resultados. Además sería pertinente que indaguen sobre los mecanismos subyacentes a los efectos del mindfulness sobre el TOC, ya que si bien hay diversas hipótesis al respecto, no hay suficiente evidencia empírica que las respalde.

Las intervenciones basadas en mindfulness permiten un enfoque holístico para el tratamiento de pacientes con TOC y no buscan la disminución de los síntomas sino que apuntan a modificar la forma en que las personas se relacionan con su experiencia interna. Por ello sería deseable que las investigaciones orientadas a medir la efectividad del mindfulness incluyan instrumentos de medición que evalúen variables diferentes a la sintomatología primaria, tales como calidad de vida y bienestar general.

## 5. Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4° ed. Rev.). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5° ed.). Madrid, España: Editorial médica Panamericana.
- Didonna, F. (2008). Mindfulness and Obsessive-Compulsive Disorder: Developing a Way to Trust and Validate One's Internal Experience. En F. Didonna. (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 189-221). New York, United States of America: Springer.
- Hale, L., Strauss, C., & Taylor, B. L. (2012). The Effectiveness and Acceptability of Mindfulness-Based Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Review of the Literature. *Mindfulness*, 4(4), 375-382.
- Hannan, S. E. & Tolin, D. F. (2005). Mindfulness-and acceptance-based behavior therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. En S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance-and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety* (pp. 271-299). New York, United States of America: Springer.
- Hanstede, M., Gidron, Y. & Nyklíček, I. (2008). The Effects of a Mindfulness Intervention on Obsessive-Compulsive Symptoms in a Non-Clinical Student Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 776-779.
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N. & Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry* 12, 185.
- Hu, X., Wen, Y., Ma, J., Han, D., Li, Y. & Wang, S. (2012). A promising randomized trial of a new therapy for obsessive-compulsive disorder. *Brain and Behavior*, 2, (4), 443-454.

- Khoury, B., Bouchard, V., Lecomte, T., Chapleau M. P., Fortin, G., Masse, M., Paquin, K., Therien, P. & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763–771.
- Madani, N. A. M., Kananifar, N., Atashpour, S. H. & Hussain Bin Habil, M. (2013). The Effects of Mindfulness Group Training on the Rate of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms on the Women in Isfahan City (Iran). *International Medical Journal*, 20, (1), 13-17.
- Pacuraru, C. (2016). *Revisión de Modelos y Mecanismos de Acción basados en Mindfulness para el TOC*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Valencia. España.
- Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting Mindfulness-based Stress Reduction for the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 375–380.
- Rudoy, S. (2014). Developing a model for understanding mindfulness as a potential intervention for obsessive-compulsive disorder (Tesis doctoral). Doctor of Psychology. Pepperdine University, Malibu, United States of America.
- Singh, N. N. Robert G. Wahler, R. G., Winton, W. A., & Adkins, A. D. (2004). A Mindfulness-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 3, (4), 275-287.
- Wahl, K., Huelle, J. O., Zurowski, B. & Kordon, A. (2013). Managing Obsessive Thoughts During Brief Exposure: An Experimental Study Comparing Mindfulness-Based Strategies and Distraction in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 752–761.
- Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K. & Herlihy, J. (2010). Is Mindfulness- Based Therapy an Effective Intervention for Obsessive-Intrusive Thoughts: A Case Series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 250–268.
- Zoysa, P. (2011). The Use of Mindfulness Practice in the Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder in Sri Lanka. *Journal of Religion and Health*, 52, 299–306.