



Artículo

La Influencia de la Evitación Experiencial y la Fusión Cognitiva en Personas con Diagnóstico de Trastorno de Pánico y Agorafobia y TOC

Sandra Mellado-Pastor¹, Carmen Del-Río-Sánchez² , y Joaquín Pastor-Morales³ 

¹Psicóloga General Sanitaria dedicada a la práctica privada, Sevilla (España)

²Universidad de Sevilla (España)

³Servicio Andaluz de Salud, Sevilla (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 15/01/2023
Aceptado: 24/02/2023

Palabras clave:

Evitación experiencial
Defusión cognitiva
Trastorno de pánico
Trastorno obsesivo-compulsivo
Terapia de aceptación y compromiso

RESUMEN

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) pone de manifiesto la importancia de la evitación experiencial y la fusión cognitiva en un amplio espectro de problemas psicológicos. El propósito de este estudio es conocer cómo influyen la gravedad del trastorno de pánico y agorafobia (TPA) y la gravedad del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en los niveles de evitación experiencial y fusión cognitiva. Se pretende examinar, además, si existen diferencias entre ambos grupos diagnósticos. La muestra estaba constituida por 67 personas diagnosticadas de TPA y TOC. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ), *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ), *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) y *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Los resultados mostraron que los pacientes con TPA presentan mayores niveles de fusión cognitiva frente a los pacientes con TOC, que elevados niveles de ansiedad se asocian a mayor grado de evitación experiencial y que una mayor gravedad del TOC correlacionaba con elevados niveles de evitación experiencial y fusión cognitiva. Se propone una intervención temprana en pacientes con TOC para prevenir la cronicidad del trastorno y se recalca la importancia de los aspectos de aceptación en el transcurso de la terapia de estos pacientes.

The Influence of Experiential Avoidance and Cognitive Fusion in People Diagnosed With Panic Disorder and Agoraphobia and OCD

ABSTRACT

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) highlights the importance of experiential avoidance and cognitive fusion in a wide spectrum of psychological problems. The purpose of this study is to know how the severity of panic disorder and agoraphobia (APT) and the severity of obsessive-compulsive disorder (OCD) influence levels of experiential avoidance and cognitive fusion. It is also intended to examine whether there are differences between the two diagnostic groups. The sample consisted of 67 people diagnosed with APT and OCD. The following assessment instruments were used: *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ), *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ), *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) and *Beck Anxiety Inventory* (BAI). The results showed that patients with APT present higher levels of cognitive fusion compared to patients with OCD, that high levels of anxiety are associated with a higher degree of experiential avoidance, and that greater severity of OCD correlated with high levels of experiential avoidance and fusion cognitive. Early intervention in OCD patients is proposed to prevent the chronicity of the disorder and the importance of the acceptance aspects is emphasized in the course of therapy of these patients.

Keywords:

Experiential avoidance
Cognitive fusion
Panic disorder
Obsessive compulsive disorder
Acceptance and commitment therapy

Introducción

La Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) se ha consolidado como una de las más representativas de las terapias contextuales o de tercera generación (Hayes et al., 1999). Estas surgieron como una reformulación de las terapias cognitivas y conductuales, dando más importancia al contexto y a las funciones de la experiencia psicológica. ACT considera el sufrimiento humano como consecuencia de la irrupción del lenguaje simbólico en áreas vitales donde no es funcionalmente útil y se usa como forma de evitación experiencial (Hayes et al., 1999).

El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) es uno de los conceptos centrales de ACT y ocurre cuando una persona no está dispuesta a contactar con sus eventos internos, de modo que se comportaría pretendiendo modificar tanto la forma o continuidad de estas experiencias como las circunstancias que las producen, generando limitaciones e interferencias en su funcionamiento (Luciano y Hayes, 2001). De este modo, las emociones humanas que son evaluadas como negativas o que surgen de experiencias aversivas tienden a ser evitadas, produciéndose una respuesta paradójica dados los intentos de supresión del sufrimiento. La Evitación Experiencial (EE) constituye un patrón conductual inflexible que pretende la evitación del sufrimiento a través del control de los eventos privados, tales como sentimientos, sensaciones corporales, y cogniciones, así como las circunstancias que los generan (Ruiz et al., 2012).

El constructo contrario a la EE es el de Aceptación Psicológica (AP), proceso a través del cual las personas estarían dispuestas a experimentar una extensa gama de fenómenos privados, especialmente aquellos que poseen un carácter negativo, sin tener que suprimirlos, amputarlos o erradicarlos, aceptando su tránsito sin necesidad de escapar de ellos o de evitarlos (Hayes et al., 2004).

La Fusión Cognitiva (FC) constituye otro aspecto central de ACT (Luoma et al., 2012). Muchas personas interactúan con el medio como si estuviesen fusionados con sus eventos privados, esforzándose por controlarlos o eliminarlos a través de estrategias desadaptadas de afrontamiento que procurarían no contactar con el malestar. La FC (Reuman et al., 2016), sería la tendencia del comportamiento a estar excesivamente regulado e influenciado por la cognición, con el consiguiente atrapamiento en el contenido del pensamiento (Eifert et al., 2009).

Desde ACT se pretende que los usuarios aprendan a experimentar la cognición como un proceso que transitar, evitando que ésta regule excesivamente el comportamiento (Twohig et al., 2010), de modo que la Defusión Cognitiva (DC) y la AP se propondrían como medios para esquivar la trampa rumiativa enmarañadora de la cognición, al facilitar el acceso a la experiencia directa.

Bardeen y Fergus (2016) estudiaron la interacción entre FC y EE en distintos trastornos emocionales, la ansiedad entre ellos. Los hallazgos vislumbraban que la relación entre la FC y las puntuaciones obtenidas en el constructo ansiedad son significativamente más elevadas al aumentar la EE.

En una revisión sistemática llevada a cabo por Bluett et al. (2014), se hallaron correlaciones medias significativas entre las puntuaciones del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2000) y los síntomas del trastorno de ansiedad (tanto para el trastorno de pánico como para el trastorno de ansiedad

generalizada, entre otros). En la misma dirección, Mairal (2004) halló correlaciones altas y significativas entre la adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) con medidas de ansiedad, lo cual corroboraría la relación entre la EE y esta sintomatología.

Algunos otros estudios (Twohig et al., 2010 y Vakili et al., 2015) han puesto de manifiesto la efectividad de ACT en el espectro de trastornos obsesivo-compulsivo (TOC en adelante). La aplicación de ACT a pacientes con TOC aumenta la flexibilidad psicológica, fomentando la capacidad de persistir en actividades orientada a valores propios, incluso cuando se encuentran presentes pensamientos intrusos.

Distintos autores corroboran que la FC, la EE y las creencias obsesivas son predictores de la sintomatología obsesivo-compulsiva, dado que la FC se relacionaría con la atribución de significados a experiencias internas en la línea de considerarlas como indeseadas y a identificarse con las mismas. De igual modo, la EE se enfocaría en la resistencia a tales experiencias internas (Reuman et al., 2016). Años más tarde, estos mismos autores hallaron que la EE y la FC se asociaron con la sintomatología propia del TOC (Reuman et al., 2018).

Los objetivos e hipótesis de este trabajo son:

1. Analizar el nivel de EE en los distintos diagnósticos de los participantes (Hipótesis 1. Se presume que los pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad presentarán mayores niveles de EE).
2. Analizar el nivel de FC en los diferentes diagnósticos de los participantes (Hipótesis 2. Se pronostica que los pacientes diagnosticados de TOC presentarán mayores niveles de FC).
3. Esclarecer las relaciones existentes entre el nivel de ansiedad (diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia) y nivel de EE (Hipótesis 3. Se estima que, a mayor nivel de evitación experiencial, mayores niveles de ansiedad).
4. Objetivar la relación entre el nivel de sintomatología y los niveles de FC que presentan las personas diagnosticadas de Trastorno de Pánico y Agorafobia (Hipótesis 4. Se anticipa que, a mayor dificultad para distanciarse del significado literal de sus pensamientos (mayor FC), los participantes presentarán sintomatología más severa).
5. Vislumbrar la relación existente entre la gravedad del TOC y el nivel de EE (Hipótesis 5. Se prevé que, a mayor nivel de EE e inflexibilidad psicológica, mayor gravedad en la sintomatología TOC).
6. Determinar la relación existente entre la gravedad del TOC y el grado de FC (Hipótesis 6. Se estima que, a mayor nivel de Fusión Cognitiva, mayor gravedad de los síntomas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Método

Diseño

Estudio observacional analítico compuesto por dos variables dependientes (Fusión Cognitiva y Evitación Experiencial) cuantitativas, y cuatro variables independientes, dos de ellas, referidas al diagnóstico psicopatológico (Trastorno de Pánico y Agorafobia y TOC), cualitativas y, otras dos, referidas a la gravedad sintomática de los diagnósticos referidos, cuantitativas.

Participantes

La muestra está formada por 67 personas, 36 de ellas con diagnóstico de Trastorno de Pánico con Agorafobia (TPA) y 31 con Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC), según criterios CIE-10, por ser el manual diagnóstico utilizado en el Sistema Nacional de Salud. Este diagnóstico fue inicialmente establecido por el Facultativo referente del paciente y, posteriormente, corroborado por otro Facultativo que administró las pruebas psicométricas, siendo el acuerdo respecto del diagnóstico del 100%. Todos los participantes son usuarios atendidos en una Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Del total de participantes, 33 son mujeres y 34 hombres, con una edad media de 34,25 (rango 17-60).

La muestra fue seleccionada por conveniencia y de manera intencional, conformada por pacientes que, por accesibilidad y de forma voluntaria, se prestaron a formar parte de la investigación. Todos los cuestionarios y escalas administradas presentaron un sistema de codificación para que los pacientes no pudiesen ser identificados.

Instrumentos

Para la medición de las variables dependientes:

- *Acceptance and Action Questionnaire - AAQ* (Hayes et al., 2000; Mairal, 2004)

Cuestionario elaborado para evaluar la Evitación Experiencial y la Aceptación Psicológica. Está compuesto por nueve ítems con respuestas tipo Likert de 1 a 7. Puede ser usado para muestra clínica o población normal. La corrección se realiza sumando las puntuaciones de la escala Likert en cada ítem. Los ítems 1, 4, 5 y 6 suman de forma inversa, esto es, una puntuación de 7 en algunos equivaldría a 1 punto, y una puntuación de 1, equivaldría a 7 puntos. El resto de ítems (2, 3, 7, 8 y 9) puntúan directamente (es decir, una puntuación de 1 equivale a 1 punto, y una puntuación de 7, a 7 puntos). Así, las puntuaciones totales pueden oscilar desde los 9 hasta los 63 puntos, obteniéndose a mayor puntuación, mayor evitación experiencial. No existen puntos de corte. En la muestra española, la media de muestra clínica fue de 44.71 y la no clínica de 34.61. El índice de consistencia interna es elevado (alfa de Cronbach: 0.74) y presenta una fiabilidad aceptable del test-retest ($r_x = .71; p < .001$).

- *Cognitive Fusion Questionnaire - CFQ* (Gillanders et al., 2014)

Cuestionario creado para evaluar la Fusión Cognitiva. Está compuesto por siete ítems con respuestas tipo Likert de 1 (nunca) a 7 (siempre). Es posible su implementación tanto en población clínica como no clínica. La corrección se lleva a cabo sumando las puntuaciones de la escala Likert en cada ítem, los cuales puntúan de forma directa. De este modo, las puntuaciones pueden oscilar entre 7 y 49 puntos. No existen puntos de corte. La consistencia interna del instrumento es elevada (alfa de Cronbach: 0.87).

Para la medición de las variables independientes:

- *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale - Y-BOCS* (Goodman et al., 1989)

Escala semiestructurada diseñada para medir la gravedad del TOC, así como los cambios ocurridos tras el tratamiento

a través de la valoración de cinco variables (tiempo, interferencia, malestar, resistencia y control) que se aplican tanto a obsesiones como compulsiones. También incluye ítems que valoran el grado de conciencia sobre los síntomas (*insight*), las conductas de evitación, indecisión, responsabilidad, enlentecimiento y duda patológica. Se compone de diez ítems con respuestas tipo Likert de 0 a 4. La corrección se lleva a cabo sumando las puntuaciones de la escala Likert en cada uno de los ítems de forma directa. De este modo, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 40 puntos, con subtotaes separados para la gravedad de las obsesiones y las compulsiones. Los puntos de referencia del Y-BOCS, obtenidos empíricamente, para definir la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivo son los siguientes: 0-13 síntomas leves; 14-25 síntomas moderados; 26-34 síntomas moderados-severos; 35-40 síntomas severos (Storch et al., 2015). La escala posee una alta consistencia interna (alfa de Cronbach: 0.60-0.91), una buena validez inter-observador (r : 0.98), así como una variable correlación de cada ítem con la puntuación total de la escala (r : 0.36-0.77).

- *Beck Anxiety Inventory - BAI* (Beck et al., 1988)

Inventario de autoinforme elaborado para medir la gravedad de la sintomatología ansiosa en población clínica. Está compuesto por 21 ítems con respuestas tipo Likert que van de 0 (en absoluto) a 3 (severamente) en función del grado en que la persona se ha visto afectada durante la última semana por distintos síntomas de ansiedad. La corrección se lleva a cabo mediante la suma de las respuestas en cada uno de los 21 ítems, de modo que las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 63 puntos, indicando esta última puntuación una mayor sintomatología. Este instrumento mide una dimensión general de ansiedad compuesta a su vez por dos dimensiones, una somática y otra cognitiva-afectiva. No existen puntos de corte. El coeficiente de alfa de Cronbach es de 0.90 por lo que presenta una elevada consistencia interna.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó en una Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, tras la administración de los instrumentos de evaluación referidos que, como paso previo a la inclusión en sendos grupos terapéuticos de TPA y TOC, los pacientes cumplimentaron como parte del protocolo de valoración previa para la inclusión en los mismos. A todos ellos se les informó del carácter voluntario de su participación en el estudio, garantizando que los datos obtenidos se utilizarían con fines investigadores, además de evaluativos, pues se requirieron también para conocer la evolución de su proceso en el transcurso de la psicoterapia. Se preservó además el carácter confidencial, asegurando que sus datos personales fueran codificados mediante siglas. Asimismo, se les informó que con la aceptación a participar estaban otorgando el debido consentimiento informado, que se administró de forma escrita. Posteriormente se codificó la información recopilada y se realizaron los análisis estadísticos.

Análisis Estadístico

Inicialmente, se realizaron análisis preliminares de supuestos previos, como la homocedasticidad de los datos (prueba de Levene

de igualdad de varianzas), la distribución normal de las puntuaciones en los distintos grupos (prueba de Kolmogorov-Smirnov), así como la determinación de la distribución de variables demográficas (edad y sexo) en los distintos grupos conformados, con objeto de garantizar la homogeneidad de dichas variables en los grupos establecidos. Para conocer si existían diferencias en los grupos diagnósticos en función de la variable Edad se utilizó la prueba *t*; para determinar la homogeneidad del sexo en los grupos diagnósticos referidos se utilizó la prueba Chi cuadrado. También se halló, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, la relación existente entre edad y gravedad sintomática, pretendiendo una comprensión más amplia de los datos obtenidos, dada la variabilidad observada en variable edad obtenida en el grupo de TOC.

Tras considerar estos aspectos, se procedió a analizar los resultados obtenidos por los participantes. En primer lugar, se llevó a cabo la comparación de los grupos diagnósticos, a través de la prueba *t* para muestras independientes, para esclarecer si existían diferencias en los niveles de EE y FC; en segundo lugar, se procedió a realizar análisis de correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson: por un lado, entre la gravedad de los síntomas, determinados con BAI e Y-BOCS y los niveles de EE, determinado con el AAQ y, por otro lado, entre la gravedad sintomática, determinada con las pruebas antedichas, y los niveles de FC, determinado con el CFQ.

En todos los casos fue exigida una significación estadística del 1%. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS, en su versión 21.0.

Resultados

Datos Preliminares

Sexo y Grupo Diagnóstico

El sexo de los participantes se distribuyó homogéneamente en ambos grupos diagnósticos ($\chi^2_{(1,1)} = .015$; $p = .903$).

Edad y Grupo Diagnóstico

La edad de los participantes fue mayor en el grupo diagnóstico TOC con respecto al de TPA ($t = -2.524$; $p = .014$).

Edad y Gravedad Sintomática

Dado el hallazgo preliminar del punto anterior, comprobamos si la edad correlacionaba con: (1) la gravedad sintomática determinada en Y-BOCS en personas con TOC y (2) la gravedad de las puntuaciones en BAI para pacientes con TPA. Se obtuvieron relaciones entre la edad de los participantes y las puntuaciones obtenidas en Y-BOCS: a mayor edad, mayor gravedad sintomática de los participantes ($r = .523$; $p = .032$), no siendo significativa la relación entre edad y las puntuaciones en BAI ($r = -.041$; $p = .814$).

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Se calculó para las distribuciones de los datos obtenidos en FC y EE e inflexibilidad en cada uno de los grupos diagnósticos, obteniéndose en todos los casos que las puntuaciones se distribuían normalmente: (1) AAQ para pacientes con TPA ($p = .055$); (2) AAQ para pacientes con TOC ($p = .200$); (3) FC para pacientes con TPA ($p = .124$); y (4) FC para pacientes con TOC ($p = .169$).

Prueba de Homocedasticidad de Levene

Las varianzas de las puntuaciones obtenidas en la variable FC respecto del diagnóstico eran diferentes ($F = 50.841$; $p = .000$), así como también fueron diferentes las obtenidas en EE respecto del grupo diagnóstico ($F = 9.816$; $p = .003$).

Resultados en Función de las Hipótesis Formuladas

H1. Diagnóstico y EE

Los participantes no se diferenciaron en los niveles de EE en función de su diagnóstico clínico ($t = 1.573$; $p = .123$) (Tabla 1).

H2. Diagnóstico y FC

Se obtuvieron diferencias en el nivel de FC de los participantes en función del diagnóstico. Concretamente, fueron los pacientes con diagnóstico de TPA los que puntuaban más alto en esta variable ($t = 3.406$; $p = .002$) (Tabla 1).

Tabla 1.
Diferencia de Medias en los Constructos de Evitación Experiencial y Fusión Cognitiva en Función del Diagnóstico.

Constructo	TOC		TPA		t	p	d Cohen
	M	SD	M	SD			
Evitación Experiencial	44.13	7.35	46.39	3.4	1.573	.123	.39
Fusión Cognitiva	36.71	7.06	41.19	2.14	3.406	.002**	1

Nota. M: Media; SD: Desviación típica; TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo; TPA: Trastorno de Pánico y Agorafobia; ** $p < .01$

H3. Relación Entre los Niveles de Ansiedad y EE en Pacientes con Trastorno de Pánico y Agorafobia

A partir de la determinación del coeficiente de correlación de Pearson, se hallaron valores significativos para la relación entre ansiedad cognitiva y EE ($r = .508$; $p = .002$), no así para la ansiedad somática ($r = .203$; $p = .234$) (Tabla 2).

H4. Relación Entre los Niveles de Ansiedad y FC en Pacientes con Trastorno de Pánico y Agorafobia

Tras hallarse el coeficiente de correlación de Pearson, se obtuvieron valores no significativos, ni entre los niveles de ansiedad cognitiva y los de FC ($r = .094$; $p = .587$), ni entre la severidad de la sintomatología somática y los niveles de FC ($r = .294$; $p = .081$) (Tabla 2).

Tabla 2.
Correlación de BAI con AAQ y FC.

Variable	n	BAI	BAI-c	BAI-s	AAQ
1. BAI	36	--			
2. BAI-c	36	0.582**	--		
3. BAI-s	36	0.730**	-0.116	--	
4. AAQ	67	0.495**	0.508**	0.203	--
5. FC	67	0.312	0.094	0.294	0.647**

Nota. BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BAI-c: Subescala cognitiva de BAI; BAI-s: Subescala somática de BAI; AAQ: Acceptance and Action Questionnaire; FC: Fusión Cognitiva; ** $p < .01$

H5. Relación Entre la Gravedad Sintomática en Pacientes con TOC y Niveles de EE

El coeficiente de correlación de Pearson mostró valores significativos entre la gravedad del TOC y el nivel de EE ($r = .646$; $p = .000$). Así, la mayor gravedad en la sintomatología obsesivo-compulsiva se relacionó con un mayor nivel de EE (Tabla 3).

H6. Relación Entre la Gravedad Sintomática en Pacientes con TOC y Niveles de Fusión Cognitiva

La gravedad sintomática en los participantes con diagnóstico de TOC estuvo asociada al nivel de FC ($r = .737$; $p = .000$), de modo que a mayor severidad sintomática en dicho cuadro conllevaba niveles más elevados en FC (Tabla 3).

Tabla 3.
Correlación de Y-BOCS con AAQ y FC.

Variable	n	Y-BOCS	AAQ
1. Y-BOCS	31	--	
2. AAQ	67	0.646**	--
3. FC	67	0.737**	0.647**

Nota. Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; AAQ: Acceptance and Action Questionnaire; FC: Fusión Cognitiva; ** $p < .01$

Discusión

Los hallazgos de nuestro trabajo parecen señalar que una evolución hacia la cronicidad en pacientes con diagnóstico de TOC daría lugar a una intensificación en la sintomatología. A su vez, una mayor evolución de este trastorno implicaría niveles más elevados en FC y en EE, de modo que la evolución hacia la cronicidad en usuarios con TOC conllevaría mayor inflexibilidad psicológica, con un mayor enmarañamiento a los síntomas cognitivos y estrategias dirigidas hacia el escape y el control de dichos síntomas. Esta pretensión llevaría a los usuarios a la experimentación de una mayor perturbación sintomática derivada de una estrategia de control/evitación de tales experiencias internas, hecho que lejos de facilitar la resolución sintomática, dificultaría el proceso. Es por esto que proponemos evaluaciones precoces de detección y abordajes metacognitivos y de aceptación en estos pacientes.

Si en el grupo diagnóstico de TOC se produce esta correlación entre edad y gravedad, en el grupo de TPA no se objetiva dicha asociación, lo cual podría atribuirse a las edades de los grupos diagnósticos, puesto que había una mayor dispersión en la edad de los participantes con diagnóstico de TOC, hallándose tanto pacientes con una larga evolución del trastorno como personas con pocos meses de evolución. Es posible hipotetizar con que la evolución hacia la cronicidad de pacientes con diagnóstico de TPA también implique una mayor inflexibilidad, pero al conformarse una muestra de este grupo diagnóstico más homogénea en cuanto a la variable edad, nuestros hallazgos no nos permiten concluir acerca de esto que postulamos.

Nuestra primera hipótesis de investigación predecía que las personas con diagnóstico de TPA presentarían mayores niveles de EE que las diagnosticadas de TOC. Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre ambos grupos diagnósticos. Si bien no

hay estudios previos que sugieran la influencia de este constructo en función de diagnósticos precisos, en la muestra española reclutada por Mairal (2004), la sintomatología ansiosa mostraba correlaciones elevadas con las puntuaciones desprendidas del cuestionario AAQ en mayor medida que las halladas en pacientes con TOC, donde la significación era moderada. De modo que, en nuestro trabajo, ambos grupos mostraban niveles de EE a considerar. Esto nos refuerza en el planteamiento de considerar a las variables transdiagnósticas en el proceso de evaluación y formulación clínica de los casos, más allá de las etiquetas diagnósticas.

Por otro lado, en contraposición a lo planteado, las personas con diagnóstico de TPA presentaron mayores niveles de FC. Esto podría apoyar la importancia del abordaje metacognitivo y de la perturbación asociada al síntoma, en tanto que los pacientes atribuyen a sus creencias propiedades negativas y perjudiciales para quienes los presentan. La literalidad con el contenido cognitivo ayudaría a experimentar dichos fenómenos de manera aversiva, proponiéndose el distanciamiento para con los contenidos cognitivos y la observación de dichas creencias o pensamientos como fenómenos que ocurren y transitan, pero en ningún caso como verdades absolutas.

Nuestros resultados corroboran el planteamiento inicial respecto de que mayores niveles de ansiedad se asociarían a una mayor EE, hallazgo en la línea de lo obtenido en otros estudios (Bluett et al., 2014; Mairal, 2004) y que nos reforzaría en la idea de intervenir desde enfoques basados en la validación de emociones, enmarcándolas en un contexto pertinente que ayudaría a resignificarla y, por tanto, revalorando la conveniencia de erradicarla, dado que cuantos más intentos por suprimirlas y evitarlas, más significativa y generadora de perturbación se hace, generando una mayor perturbación en la persona.

Hemos hallado que una mayor sintomatología ansiosa no se asocia a mayores niveles de FC. No existen estudios previos que relacionen la gravedad del TPA y el nivel de FC, ya que es un constructo más asociado en la literatura al TOC (Reuman et al., 2016; Reuman et al., 2018). Si bien es cierto que ciertos enfoques centrados en la metacognición (Wells, 2000), estiman que los trastornos de ansiedad se manifiestan a raíz de que los pacientes se comportan como si los pensamientos y eventos privados que presentan fuesen reales, Bardeen y Fergus (2016) relacionan la FC y las puntuaciones de los síntomas de ansiedad a través de la EE, mostrando los efectos de la interacción entre las tres variables.

Sí confirmamos en nuestro trabajo que a mayor gravedad en la sintomatología TOC, mayores niveles de EE, hallazgos que resultan concordantes con los de Ong et al. (2020), donde la mayor aceptación psicológica se asocia a una menor gravedad sintomática. En la misma línea, otro estudio (Twohig et al., 2015) mostró que la EE predecía una mayor gravedad de la sintomatología TOC. En tanto que las obsesiones son consideradas como eventos internos que la persona con diagnóstico de TOC vivencia con malestar, podemos considerar las compulsiones como estrategias de neutralización de los mismos y que fomentarían la EE. Además, los intentos fallidos de aislar estos pensamientos darían lugar a sentimientos de autocondena y fracaso (Pastor, 2008), de modo que nuevamente señalamos como relevantes a aquellas intervenciones centradas en la modificación cognitiva actitudinal o valorativa de tales eventos privados, por ejemplo, haciendo uso de aspectos que fomenten la aceptación psicológica.

Se ha podido confirmar que una mayor gravedad sintomática en paciente con diagnóstico de TOC se asociaría a niveles más altos de FC, resultados acordes a los obtenidos por Reuman et al. (2016) y Reuman et al. (2018), quienes postulan que es la actitud de lucha para evitar experimentar las intrusiones la que se vuelve problemática y perturbadora, dando lugar a mayores niveles de FC. En este marco, proponemos fomentar elementos de defusión en el trascurso de la terapia, cuestionando la relación, a modo de lucha, con los pensamientos y procurando otra contextualización valorativa más funcional para el usuario, al tiempo que alentar a realizar actividades opuestas a las dictadas por dichas intrusiones, con objeto de favorecer la comprobación in situ de que la realización de comportamientos alternativos es inofensiva, lo cual sería beneficioso para propiciar el distanciamiento respecto de las ideas obsesivas.

Ya hemos señalado algunas de las contribuciones de este trabajo:

1. La puesta en valor de ACT, ya que la intervención centrada en constructos centrales de la misma, como son la EE y la DC podrían disminuir la gravedad de la sintomatología TPA y TOC.
2. Situar el foco de trabajo en la relación que la persona mantiene con los síntomas, es decir, centramos en los aspectos valorativos o metacognitivos del síntoma, desde la perspectiva de que es más probable que la persona deje de experimentar malestar cuando estos dejen de ser considerados aversivos.
3. Incidir en la importancia de la detección temprana del TOC, en tanto una larga evolución del trastorno daría lugar a una gravedad sintomática.

El presente estudio no está exento de limitaciones. Una de ellas es que en la muestra de personas con diagnóstico de TOC existía una importante variabilidad respecto de la gravedad del trastorno, a su vez estaba relacionada con la edad de los pacientes y, muy probablemente, también relacionada con los años de evolución del trastorno. Hubiese sido pertinente controlar la variable “años de evolución del trastorno”, con el fin de que procurar una evolución más próxima en todos los participantes. Por otro lado, un tamaño muestral mayor podría haber arrojado resultados más precisos. Además, si bien las terapias contextuales o de tercera generación se han consolidado como alternativas terapéuticas en las últimas décadas, aún son pocos los estudios que comparen la influencia de la misma en distintos trastornos psicopatológicos, hecho que probablemente tiene relación con el enfoque transdiagnóstico que caracteriza a esta modalidad terapéutica y que trasciende a las clasificaciones categoriales, enfoque compartido por otras psicoterapias y que está recibiendo un interés creciente en los últimos años (Sandín et al., 2012). Finalmente, hubiese sido pertinente realizar un estudio pre-post tras la intervención terapéutica y comparar ambas medidas, con el que valorar el efecto de la intervención ACT tanto en la gravedad de la sintomatología de los participantes como en los niveles de EE y FC.

Contribuciones de los Autores

Sandra Mellado Pastor: autora principal; como especialista en terapias contextuales, ha elaborado y desarrollado el proyecto de investigación.

Carmen del Río Sánchez: ha dirigido y supervisado el trabajo de la autora principal.

Joaquín Pastor Morales: ha facilitado el acceso a la muestra y realizado los análisis estadísticos que se presentan en este trabajo.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Bardeen, J.R., & Fergus, T.A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., & Twohig, M.P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Gillanders, D.T., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hayes, S.C., Bissett, R.T., Strosahl, K.D., Wilson, K., Pistorello, J., Dykstra, T.A., & Mccurry, S.M. (2000). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Unpublished manuscript*.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: Understanding and Treating Human Suffering*. Guilford.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & Mccurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Luciano, C., & Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43-53. <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Mairal, J.B. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Ong, C.W., Blakey, S.M., Smith, B.M., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Abramowitz, J.S., & Twohig, M.P. (2020). Moderators and processes of change in traditional Exposure and Response Prevention (ERP) versus

- acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499>
- Pastor, J. (2008). La ansiedad secundaria en un paciente con trastorno de pánico. *Apuntes de Psicología*, 26(1), 103-116.
- Reuman, L., Buchholz, J., & Abramowitz, J.S. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.001>
- Reuman, L., Jacoby, R.J., & Abramowitz, J.S. (2016). Cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive beliefs as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(4), 313-326. https://doi.org/10.1521/ijct_2016_09_13
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Storch, E.A., De Nadai, A.S., Do Rosário, M.C., Shavitt, R.G., Torres, A.R., Ferrão, Y.A., Miguel, E.C., Lewin, A.B., & Fontenelle, L.F. (2015). Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 63, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.007>
- Twohig, M.P., Hayes, S.C., Plumb, J.C., Pruitt, L.D., Collins, A.B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M.R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0020508>
- Twohig, M.P., Vilardaga, J.C.P., Levin, M.E., & Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001>
- Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the improvement of obsessive-compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.17795/ijpbs845>
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Wiley.