Tratamiento Integrado de ACT y Exposición con Prevención de Respuesta en un Caso de TOC

Integrated ACT and Exposure with Response Prevention Treatment in an OCD Case

Ariela Marzorati
Universidad de Flores, Argentina

Resumen: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes a nivel mundial. Se presenta un estudio de caso de intervención terapéutica de modalidad presencial con una duración de 12 sesiones efectivas, en el que se combinaron intervenciones de psicoterapias basadas en evidencia. Se diseñó un tratamiento único empleando la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Como resultado se obtuvo una reducción de la sintomatología del TOC y, a su vez, el sujeto logró desarrollar flexibilidad psicológica y orientar sus conductas hacia sus valores.
Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, terapia de aceptación y compromiso, exposición con prevención de respuesta, flexibilidad psicológica

Abstract: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most prevalent anxiety disorders worldwide. This case study presents a 12-session, in-person therapeutic intervention in which evidence-based psychotherapy interventions. A unique treatment approach was designed using Exposure with Response Prevention (ERP) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The outcome was a reduction in OCD symptoms, while the patient developed psychological flexibility and aligned his behavior with his values.
Keywords: obsessive-compulsive disorder, acceptance and commitment therapy, exposure with response prevention, therapeutic bond, psychological flexibility

Según un estudio epidemiológico realizado en Argentina (Stagnaro et al., 2018) la prevalencia de los trastornos de ansiedad ha sido del 16,4%, siendo el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) uno de los más predominantes a lo largo de la vida (2,9%). En estudios más recientes a nivel nacional, se ha observado que el 9,4%

Ariela Marzorati 0000-0001-5980-559X es licenciada en Psicología. Terapeuta ACT. Experta en deportes.
La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Ariela Marzorati al email: ariela.marzorati@uflouniversidad.edu.ar

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e8, 1-13
https://doi.org/10.5093/cc2026a8

de la población presenta riesgo de padecer un trastorno mental, mientras que un 14,7% refiere consumo de medicación para disminuir la ansiedad (Etchevers et al., 2023).

A nivel mundial, en el año 2010, se ha estimado que aproximadamente el 4,5% de la población presenta trastornos de ansiedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En esta misma línea, datos más recientes indican que la percepción de la sintomatología de ansiedad en la población ha incrementado con el paso del tiempo, alcanzando el 32% en 2022, 37% en 2023 y 43% en 2024 (American Psychiatric Association [APA], 2024). Dentro de los trastornos de ansiedad, el TOC ha sido caracterizado con una prevalencia entre el 2 y 3% en población general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006; Patrick et al., 2023; Stein et al., 2025).

Históricamente, el TOC ha incluido como síntomas centrales las obsesiones y compulsiones. La mayoría de los casos realizan actos compulsivos y/o repetitivos para mitigar la ansiedad (Hervás, 2025). En la literatura, se han descrito manifestaciones clínicas como pensamientos (p.ej., preocupaciones de daño, sobre enfermedades, verificación, entre otros) de carácter recurrente que se manifiestan en la conciencia y son reconocidos por los sujetos como ajenos, irracionales o infundados generando así angustia y malestar (Yaryura Tobías y Neziroglu, 2001; Williams et al., 2013).

En relación a ello, para aliviar el malestar los sujetos realizan comportamientos repetitivos (p. ej., comprobaciones, lavado de manos) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras) que conllevan a una gran disfuncionalidad en la vida cotidiana sobre todo en los ámbitos sociales y/o laborales dada la cronicidad y persistencia del trastorno (Vallejo-Pareja, 2001; Lozano-Vargas, 2017). A través de los años, los tratamientos con soporte empírico y efectos positivos han sido la terapia cognitivo-conductual, empleando la exposición, junto con el tratamiento farmacológico (SRIs) (Cotrino et al., 2020).

En esta línea, los modelos cognitivos clásicos se han centrado en cómo los sujetos interpretan las experiencias con el fin de modificar los pensamientos distorsionados para disminuir la emocionalidad negativa y modificar así la conducta (Caro-Gabalda, 2020). Dentro de estos modelos, la exposición con prevención de respuesta (EPR) se ha sustentado en exponer a los pacientes a aquellos estímulos que les provocan ansiedad, para extinguir la respuesta conductual asociada (Gavino, 2018). El objetivo del tratamiento ha sido la modificación de la conducta a partir de la comprensión de la importancia dada a los pensamientos y las estrategias de neutralización, buscando disminuir la frecuencia, la duración y el malestar asociado a ellos a partir de la habituación a los pensamientos y el control de las neutralizaciones (Freestone y Ladouceur, 2002).

Sin embargo, no todos los pacientes se han visto beneficiados con estas intervenciones y han rechazado el tratamiento debido a lo aversivo de la exposición (Behobi-Baudou et al., 2013) teniendo una tasa de abandono entre el 3% y 12% (Gutiérrez-Martinez et al., 2012). Estos autores plantean que exponer a los pacientes con TOC a estar en contacto con sus obsesiones estaría en oposición a la regla que dirige sus comportamientos: "tengo que controlar la ansiedad porque es algo con lo que no se puede vivir" (p. 90). En este sentido, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante por sus siglas en inglés), Hayes et al. (2015) explican que cuando las personas se encuentran "fusionadas" con reglas verbales, los pensamientos regulan la conducta restringiendo o eliminando aquellas vivencias que sean consideradas como angustiosas, acotando así el repertorio de respuestas en diferentes ámbitos. En estos casos, se mezclan los procesos verbales-cognitivos con la experiencia directa sin poder diferenciar ambos.

En esta misma línea, algunos autores (Montero-Fernández et al., 2013) explican que los planes deliberados para huir del malestar funcionan como contingencias que refuerzan negativamente la conducta de evitación al obtener como pequeña ganancia la reducción del malestar, aunque ésta sea de manera temporal. Al respecto, resulta interesante destacar lo enunciado por Wilson y Luciano (2014) respecto al trastorno de evitación experiencial:

> Una persona atrapada en este patrón recurrente de evitación experiencial estaría inmersa en un *círculo vicioso* en el que, ante la *presencia de malestar o angustia* o cualquier otra función verbal aversiva, se produce cualquier *necesidad de aplacar* tal función, para lo cual *hará lo que considera correcto* de acuerdo con su historia. Sin embargo (...) este patrón de evitación se torna, así, paradójico, ya que cuantos más intentos por resolver el problema se hagan, más se extiende el problema y más limitaciones se generan en la vida de la persona (p. 74).

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

De acuerdo con lo expuesto, podríamos incluir al TOC dentro de esta dimensión funcional de evitación experiencial (Montero-Fernández et al., 2013). En este sentido, la ACT sería el tratamiento adecuado para aquellas personas que llevan años evitando experimentar sus pensamientos, emociones y/o sensaciones a través de diversos métodos sin obtener otro resultado más que un estancamiento en su vida. Con el fin de promover la flexibilidad psicológica y un funcionamiento adaptativo, se establecen seis procesos: aceptación, defusión, conexión con el momento presente, yo-contexto, valores y acción comprometida (Wilson y Luciano, 2014). El objetivo primordial de la ACT no es confrontar al sujeto con sus cogniciones irracionales o intentar cambiarlas, sino modificar la función de las mismas y las consecuencias conductuales en presencia de ciertos eventos internos (Ayala-Romera y Rodríguez-Naranjo, 2020).

Continuando con lo expuesto por Wilson y Luciano (2014), cuando las personas consideran sus vivencias internas -pensamientos, emociones o sensaciones- como verdades literales que organizan su experiencia y el mundo (fusión), se estrecha su repertorio conductual y pierden la capacidad de cambiar de dirección cuando las estrategias que emplean no son efectivas, perdiendo así el contacto con los resultados de la acción. Por tanto, el objetivo es generar una separación de los contenidos psicológicos a través de la alteración de la coherencia literal del lenguaje (defusión), con el fin de debilitar el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas, buscando desarrollar flexibilidad psicológica y ampliar el repertorio conductual.

Por otra parte, para corregir la evitación experiencial, la ACT invita a explorar los pensamientos y sentimientos sin intentar modificarlos o atenuarlos. Este proceso, conocido como aceptación, se pone en práctica durante la terapia al evocar experiencias internas difíciles o no deseadas, sin intentar evitarlas, eliminarlas o huir de ellas. De acuerdo con Hayes y Twohig (2018), este proceso puede ser similar a lo planteado por las terapias de exposición, a diferencia de que el objetivo no es una atenuación sino un aumento de la receptividad.

A través de los años se han realizado diferentes investigaciones que prueban la eficacia de la ACT en el tratamiento del TOC (Wheeler, 2017; Dehlin et al., 2013; Twohig et al., 2010; Twohig et al., 2006), debido a que su aplicación aumenta la flexibilidad psicológica promoviendo la orientación hacia los propios valores aún en presencia de pensamientos intrusivos (Mellado-Pastor et al., 2023). Por último, cabe destacar que, en el tratamiento, la alianza terapéutica que se establece entre terapeuta y consultante es un factor promotor de cambio y un medio para el desarrollo de la flexibilidad psicológica (Walser y O´Connell, 2022).

Conceptualización del caso

El consultante es un hombre de 44 años, divorciado, con dos hijas (12 y 14 años), de nivel de escolarización terciario, nivel socioeconómico medio-bajo. Refiere que su primer episodio de TOC fue a los 21 años, el segundo a los 30 años que tuvo su inicio luego de la separación con su expareja y donde no podía salir a la calle con los ojos abiertos. El tercer episodio, con curso actual, tuvo su inicio en octubre de 2022, luego de unos eventos estresantes. Cumplía con tratamiento farmacológico desde hace más de 20 años.

Profesor de biología y Educación Sexual Integral (ESI), trabajaba en escolaridad media hasta que, en el mes de marzo de 2023, debido a los síntomas inhabilitantes, le otorgaron licencia laboral. En relación a sus vínculos interpersonales refiere una relación familiar distante con sus hermanos y su madre. Por otra parte, su expareja, la madre de sus hijas realizó una denuncia por agresión verbal por vía telefónica hacia sus hijas y como consecuencia de ello no podían mantener encuentros presenciales, aunque se comunicaba con ellas vía mensajes de texto y videollamadas. Vivía solo en la casa de su familia de origen, la cual debía deshabitar en el transcurso del año 2023, debido a la posible venta de la propiedad.

Desde el mes de marzo de 2022, el consultante se encontraba en tratamiento psicológico y farmacológico en una institución privada especializada en servicios de asistencia en salud mental, debido a la restricción para ver a sus hijas. Durante ese año, comenzó su tercer episodio de TOC. Durante el mes de abril de 2023, se lo deriva de manera intrainstitucional a terapia con orientación cognitivo-conductual-contextual. En ese momento, el paciente no trabajaba ni realizaba ninguna actividad excepto ocuparse de sus rituales que ocupaban gran parte del día. Evitaba salir de su domicilio, asearse con frecuencia, hacer compras en el mercado o usar ropa diferente, entre otros, debido a la extensión de los rituales que debía hacer por cada acción que realizaba.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e8, 1-13
https://doi.org/10.5093/cc2026a8

En conjunto, la historia del consultante da cuenta de un curso episódico del trastorno obsesivo-compulsivo, con períodos de remisión parcial y recaídas asociadas a situaciones de estrés vital significativo. El episodio actual se presenta en un contexto de elevada vulnerabilidad, caracterizado por conflictos vinculares, demandas laborales y exigencias asociadas a cambios en su situación habitacional, configurando un cuadro de alta interferencia en el funcionamiento cotidiano.

Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio de caso de intervención terapéutica (Roussos, 2007). El tratamiento se realizó de manera presencial con una frecuencia semanal, la duración de las sesiones era de 30 minutos. El tratamiento se llevó a cabo en una institución que brindaba atención psicológica a diversos prestadores de salud, ubicada en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. La terapeuta era una psicóloga con formación en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapias Basadas en Evidencia con menos de cinco años de experiencia clínica. Por último, se solicitó el consentimiento informado al consultante, informando sobre la posibilidad de publicación del presente artículo destacando la preservación de su identidad y los criterios de confidencialidad correspondientes. El sujeto aceptó y firmó el consentimiento según las recomendaciones del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina.

Objetivo de la Intervención

El objetivo central del tratamiento consistió en aumentar el bienestar, la mejora de su calidad de vida y desarrollar flexibilidad psicológica. Se trabajó a través de los siguientes objetivos específicos:

- Disminuir la sintomatología presente de TOC.
- Desarrollar habilidades del modelo ACT como la defusión y la aceptación.
- Clarificar valores y fomentar una acción comprometida hacia los mismos.

Evaluación de los síntomas

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada donde se identificaron las características de la problemática actual. De acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2010) en este tipo de entrevistas se indagan ciertas áreas con la libertad de introducir nuevas preguntas, durante el desarrollo, para obtener mayor información o precisar ciertos conceptos. Durante la primera entrevista, se observaron las manifestaciones clínicas sintomatológicas correspondientes a los criterios diagnósticos, según el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (F42). No se observaron indicadores de que la sintomatología se debiera a efectos de sustancias, a una condición médica o que se explicara mejor por otros trastornos mentales.

Sus síntomas más predominantes eran las obsesiones y compulsiones, refiriendo pensamientos recurrentes y persistentes sobre dudas relacionadas con la seguridad del hogar o sobre sí mismo. Por ejemplo, si había olvidado cerrar la ventana al salir y, como consecuencia, ingresara agua a su domicilio; haber dejado comida fuera de la heladera y que se descomponga; perder u olvidar algo, entre otros. Como intento de mitigar o suprimir estos pensamientos, realizaba listas de verificación por cada acción que llevara a cabo, p.ej: entrar o salir de su casa, vestirse/desvestirse, cocinar, asearse, etc. Las obsesiones y compulsiones causaban malestar clínicamente significativo, la duración de las comprobaciones era entre 1 y 2 horas por cada acción realizada, siendo el promedio de 20 ítems por lista de chequeo. Debido a ello intentaba realizar la menor cantidad de acciones posibles, tal como no salir de su casa, evitar cocinar, no utilizar ropa diferente ya que toda tarea le llevaba demasiado tiempo de verificación.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, las estrategias empleadas para generar alivio traían, como

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

consecuencia, una vida centrada en el aislamiento, manteniéndolo alejado de aspectos valiosos para su vida. Esto podía observarse en las siguientes áreas:

- Familia: el vínculo con sus hijas era escaso. Debido al TOC, inventaba excusas para cortar las videollamadas a los pocos minutos porque le generaba ansiedad o no quería que lo vieran con sus síntomas. A su vez, evitaba comunicarse a través de mensajes de texto, ya que revisaba su escritura varias veces hasta desistir y borrarlos por completo.
- Trabajo: al momento del tratamiento se encontraba con licencia por la imposibilidad de asistir a su trabajo. Mencionaba el malestar que le generaba asistir a dar clases por la ritualización, así como también presentaba dificultad para planificar sus clases y temía que sus alumnos se rieran de él debido a su condición.
- Relaciones sociales/pareja: mantenía vínculo con un amigo quien, en ocasiones, lo ayudaba económicamente. No participaba de salidas grupales, ni se relacionaba con otras personas por las características de su situación actual. En una oportunidad mencionó que antes del episodio de TOC tenía un vínculo amoroso, pero al inicio de sus síntomas decidió finalizarlo debido a su comportamiento obsesivo-compulsivo.
- Ocio: no tenía actividades recreativas. En una oportunidad, mencionó que disfrutaba de la jardinería del hogar, aunque había abandonado la tarea por el malestar que le generaban las listas de verificación.
- Salud/cuidado personal: debido a sus obsesiones y compulsiones no se cortaba el pelo, ni se rasuraba e incluso se aseaba una vez a la semana. Por otra parte, su alimentación era deficiente ya que intentaba utilizar la menor cantidad de alimentos y utensilios al cocinar.

Selección de la intervención

Se realizó una conceptualización de caso (Scherb y Durao, 2017) a partir de la entrevista clínica inicial, el diagnóstico según DSM-5 (APA, 2014), la historia personal y el contexto en el cual se generó la demanda. En función de dicha conceptualización, se combinaron dos modelos de intervención con el objetivo de disminuir la sintomatología incapacitante de TOC y orientar el tratamiento hacia el aumento del bienestar, la mejora de su calidad de vida y desarrollar flexibilidad psicológica y valores según la ACT.

Entrenamiento con Prevención de Respuesta (Freestone y Ladouceur, 2002). El modelo consiste en brindar una explicación sobre los pensamientos intrusivos y establecer una valoración de los mismos con el objetivo de comprender la función de las neutralizaciones para así reducir los comportamientos obsesivos. El entrenamiento tiene una serie de pasos (7) a ser llevados a cabo, tales como: a) identificar rituales, su duración, frecuencia y estímulos evocadores; b) psicoeducación respecto al problema; c) jerarquizar rituales; d) solicitar control de la ejecución de ritualización; e) exposición gradual a situaciones temidas; f) estimular actividades placenteras que hayan sido abandonadas y g) trabajar con el medio habitual (social/familiar) en caso de que sea necesario.

Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2015). Con el fin de promover la flexibilidad psicológica, se trabaja sobre seis procesos: aceptación, defusión, conexión con el momento presente, yo-contexto, valores y acción comprometida.

Respecto a los procesos centrales de la ACT, la *aceptación* hace referencia al proceso activo de implicarse con los contenidos mentales y experiencias emocionales sin intentar controlarlos o huir de ellos. Por otro lado, la *defusión* se centra en los aspectos verbales, buscando debilitar el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas. De este modo, los/as consultantes aprenden a dar un paso atrás y ser conscientes de sus pensamientos cuando estos se hacen presentes.

Continuando con los procesos, el *yo-como-contexto* permite una perspectiva de observador de los propios pensamientos y sentimientos. Por otro lado, el contacto *con el momento presente* sucede cuando los consultantes pueden experimentar sus pensamientos, emociones y sensaciones como procesos que están sucediendo en el ahora y no como hechos referidos al futuro o ligados al pasado.

Por último, cuando hacemos referencia a *valores* éstos pueden funcionar como una brújula vital, aún frente

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e8, 1-13
https://doi.org/10.5093/cc2026a8

a las adversidades. Los valores tienen un matiz apetitivo y de no-evitación en el presente estimulando a los sistemas conductuales a desarrollarse en esa dirección. Esto mismo se relaciona con una exposición gradual conductual a través de la *acción comprometida* reforzando así, nuevos patrones de comportamiento basados en los valores.

Aplicación de la intervención

El tratamiento tuvo su curso desde abril de 2023 hasta mediados del año 2024. El período seleccionado para el presente artículo se basó en 12 sesiones efectivas, en un período comprendido entre los meses de abril y julio del año 2023. Las intervenciones realizadas se basaron en la integración de técnicas propias de la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR) y de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), aplicadas en función de la conceptualización del caso. La aplicación de la EPR se realizó de manera progresiva, centrada en la exposición a pensamientos y situaciones evitadas, junto con la reducción de conductas de neutralización. En este sentido, las técnicas fueron implementadas de manera flexible a lo largo de las sesiones, priorizando la comprensión funcional de la conducta, la disminución de las conductas de evitación y ritualización, y el desarrollo de repertorios conductuales orientados a valores. La descripción de las sesiones que se presenta a continuación integra tanto las intervenciones del terapeuta como las verbalizaciones del consultante, en tanto indicadores del proceso de cambio clínico.

Sesión Nº1: Entrevista semi estructurada. Alianza terapéutica

Al ingresar al consultorio, realizaba conductas compulsivas, revisaba su billetera y verificaba algo, menciona "perdón es que si no lo hago me pongo muy mal". Al preguntarle su motivo de consulta, su discurso se centraba en preocupaciones que repetía una y otra vez, casi sin detenerse. Solicita un papel donde figure su próximo turno para asegurarse de que los encuentros continuarían semanalmente, dado que su terapeuta anterior había dejado su puesto y temía "comenzar todo de nuevo". Al recibirlo, lo guarda en su mochila, abre el cierre, lo saca e introduce nuevamente. Repitió esta acción unas 4 o 5 veces, preocupado, padeciendo esta conducta. Verbalizaba dudas sobre si había guardado el papel en su mochila o no. Su aspecto era desaliñado, al hablar su voz era temblorosa y con cierta tristeza en su mirada. Durante este primer encuentro, la intervención se centró en la observación clínica de la sintomatología, la indagación del motivo de consulta y el establecimiento de una alianza terapéutica basada en la contención y la escucha activa.

Sesión Nº2: Identificación de rituales y estímulos evocadores (EPR)

Al comenzar la sesión menciona "estoy muy mal, esto es insoportable para mí". Se indaga sobre su experiencia, utilizando como técnica la entrevista semi-dirigida. Relata sobre las listas de verificación, no podía realizar o finalizar ninguna acción (salir de su casa, bañarse, cocinar, ir al baño, etc) sin que las listas estuvieran completamente chequeadas. Para salir de su casa debía prepararse una hora y media antes. Tardaba 20 minutos en desvestirse (p. ej. se sacaba el suéter y lo tachaba de la lista), repitiendo este procedimiento con cada prenda que llevaba puesta. Evitaba salir de su casa para no enfrentar las listas de verificación, la única salida que realizaba era los viernes para asistir a terapia. En esta instancia, la intervención se orientó a la identificación y registro de rituales, su frecuencia, duración y estímulos evocadores, en el marco del abordaje de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR).

En estos primeros encuentros, un punto central fue la creación de una alianza terapéutica sólida adoptando una actitud empática y de aceptación incondicional (Beck et al., 2012).

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Sesión Nº3: Psicoeducación del TOC y conceptualización del problema (EPR)

Se introdujo al consultante en el modelo de TOC, cuyo objetivo fue la psicoeducación sobre los componentes del trastorno. El paciente se mostraba verborrágico, repetía sus preocupaciones sin cesar. Se destacó la importancia de los tiempos de espera y su compromiso con el tratamiento. Se mostraba reticente dado que él "ya conocía el TOC" y no deseaba perder tiempo con el modelo psicoeducativo. Se creó una "lista de problemas" (Scherb y Durao, 2017) sobre aquellas situaciones que consideraba que quería y/o debía solucionar, tales como la mudanza, el retorno a su ámbito laboral, ocuparse de la situación legal con sus hijas, entre otros. Se le brindó información acerca del procedimiento, destacando que para lograr ocuparse y resolver las situaciones que le preocupaban, primero el foco de las intervenciones estaría orientado a disminuir la sintomatología de TOC presente, la cual resultaba un factor inhabilitante para poder realizar cualquier tipo de tarea en su vida cotidiana. Se estableció así un orden de prioridades sobre los aspectos a trabajar. En esta instancia, la intervención se orientó a la psicoeducación del modelo cognitivo-conductual del TOC y a la identificación de la función de las compulsiones dentro del ciclo obsesión–neutralización, en el marco de la EPR.

Se solicitó compromiso para la tarea, se realizó el ejercicio del "efecto camello", con el objetivo de trabajar sobre los pensamientos intrusivos y la dificultad para controlar voluntariamente su aparición. En conjunto con la psicoeducación del modelo cognitivo-conductual del TOC, se trabajó sobre la importancia dada a los pensamientos y las estrategias de neutralización empleadas para disminuir el malestar asociado a ellos, favoreciendo que el paciente pudiera reconocer la relación entre sus pensamientos intrusivos y las compulsiones empleadas para disminuir el malestar asociado a los mismos. Por último, mencionó haber comprendido que para evitar los pensamientos que le generaban malestar, realizaba acciones para disminuir el malestar, aunque el efecto era el contrario. Al finalizar el encuentro, refirió: "no quiero salir del TOC porque eso implica enfrentarme a esta vida de mierda, no quiero".

Sesión Nº4: Ausente con aviso

Refiere malestar, sintomatología estomacal/intestinal que le imposibilita salir de su casa para asistir a sesión. Se registra la ausencia como indicador del impacto funcional de la sintomatología y de las conductas de evitación asociadas al TOC.

Sesión Nº5: Análisis de pensamientos intrusivos y función de las neutralizaciones (EPR)

Se trabajó con pensamientos intrusivos y la interpretación catastrófica asignada, la tarea consistía en anotarlos en una hoja. El objetivo era comprender la valoración atribuida a sus pensamientos intrusivos e identificar las neutralizaciones que realizaba cuando sentía malestar. En esta instancia, la intervención se orientó a analizar la relación entre obsesiones y conductas de neutralización, identificando su función dentro del ciclo del TOC, en el marco del abordaje de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR). Los pensamientos se vinculaban a errores cotidianos con consecuencias catastróficas (p. ej., dejar la comida fuera de la heladera o no cerrar una ventana y que ello implique daños en el hogar). La interpretación sobre estos pensamientos es que, en caso de que sucedieran, traían como consecuencia más acciones, p.ej., si entraba agua a su casa, tendría que secar, acomodar, chequear que nada se hubiera estropeado por el agua, etc. Debiendo realizar listas de verificación para resolver cada una de esas situaciones, lo cual consideraba una tortura.

Al final de ese encuentro, mencionó que se había quedado pensando en el "efecto camello" y que eso lo hacía sentirse mejor. Este registro permitió consolidar la comprensión del vínculo entre pensamientos intrusivos y respuestas conductuales, favoreciendo el inicio de la modificación del patrón de evitación.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e8, 1-13
https://doi.org/10.5093/cc2026a8

Sesión Nº6: Defusión y Aceptación y trabajo con evitación experiencial (ACT + EPR)

Al comenzar el encuentro mencionó que el tratamiento de TOC le parecía importante pero también quería hablar de sus hijas, por lo que se comenzó la sesión con ese relato, indagando su situación actual y los acontecimientos recientes. Luego hizo referencia a sus miedos con respecto a las situaciones que debía afrontar (p.ej., contratar a un abogado, mudarse, vivir solo, volver a dar clases) y refirió "los pensamientos intrusivos son para tapar todo esto. No es que no pueda, no quiero vivir con todo esto. Es como si hubiera un monstruo debajo de la cama y me voy a tapar porque no quiero verlo". Por otro lado, mencionó que los rituales disminuyeron dentro de su casa, se sentía mejor: "los chequeos son más fáciles, puedo comer, ir al baño, estar adentro de mi casa es más fácil, estar afuera no tanto". Asimismo, se continuó trabajando sobre la exposición a pensamientos intrusivos y el malestar asociado a los mismos. En esta instancia, la intervención se orientó a favorecer procesos de aceptación y defusión cognitiva, promoviendo el contacto con pensamientos y emociones sin necesidad de evitarlos o neutralizarlos. El trabajo terapéutico se centró en identificar la función evitativa de los pensamientos intrusivos y las conductas de neutralización asociadas.

Hacia el final de la sesión menciona: "no quiero afrontar ningún problema, quiero vivir, pero no quiero pasar por todo esto, me lo quiero saltear. Te voy a contar algo: ¿sabes por qué no me arreglo? Porque arreglarme significa acercarme a eso, al problema real". En esta instancia, la intervención se orientó a identificar procesos de evitación experiencial y a favorecer una toma de perspectiva respecto a los eventos internos, en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Sesión Nº 7-9: Conexión con el momento presente, valores y acción comprometida (ACT)

La sesión Nº7 tiene su curso 15 días después del último encuentro debido a un feriado no laborable en Argentina. El sujeto se presenta aseado, arreglado, con pelo y barba recortados, ropa colorida y sonriente. Comenta que el martes de esa semana fue su primera salida "cuando no tenía que salir", fue a visitar a dos amigos suyos, con quienes pasó la tarde conversando. Destacó que se sintió conectado a ellos y que podía escucharlos, también se comunicó con sus hijas por teléfono y hablaron durante dos horas. Refirió que las experiencias resultaron significativas, ya que previamente le era difícil sostener ese tipo de intercambio. Deseaba poder compartir con sus hijas el día de su cumpleaños y el día del padre, dudaba en pedirle permiso a la madre, le generaba miedo. En esta instancia, , en el marco de la ACT, la intervención se orientó a promover el contacto con el momento presente y a identificar valores personales, favoreciendo la acción comprometida en dicha dirección. Se trabajó sobre acción comprometida vinculada a valores.

La sesión Nº8 inició verbalizando que "había notado un cambio grande", sentía que estaba disfrutando de la vida, conectado con otros, las situaciones futuras (p. ej., mudanza) ya no le resultaban amenazantes y podía resolverlo después. Los rituales habían disminuido significativamente, se podía ocupar de disfrutar. Había vuelto a escuchar música, señalando que "antes necesitaba el silencio para ritualizar". Las listas de verificación se habían reducido de 20 ítems a 8, requiriendo menor tiempo de ejecución. Refirió también que salió una vez de su casa, a comprar, sin ninguna lista de verificación. Estos cambios conductuales se interpretan como resultado del proceso de exposición gradual a situaciones previamente evitadas, en articulación con la acción comprometida. Por otra parte, la madre de sus hijas accedió a su pedido de verlas luego de cinco meses. También organizó una reunión con amigos a quienes no veía desde el año anterior. Manifestaba incertidumbre respecto a asistir a reuniones sociales, trabajándose la aceptación de la incertidumbre y la orientación conductual hacia valores.

Al ingresar al consultorio para la sesión Nº9, expresó "gracias licenciada, me siento sano mentalmente". Mencionó que durante la semana no había realizado listas de verificación. Se indagó acerca del período prodrómico al inicio del episodio de TOC actual, luego de relatar algunos sucesos expresa: "Esto es exponencial, tiene vida propia. En cuanto aparece la ansiedad, paso a la acción porque no lo soporto; trato de controlarlos y es imposible". El consultante logra expresarse con fluidez en presencia de pensamientos y emociones que anteriormente le generaban malestar. En esta etapa, se observa un aumento en la flexibilidad psicológica y en la capacidad de estar en contacto con experiencias internas sin recurrir a conductas de evitación. Refirió

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

comenzar a guardar objetos de su casa en cajas sin que ello le genere ansiedad. Se establece una acción comprometida respecto a continuar guardando objetos para la mudanza.

Sesión Nº10-13: Aceptación y Flexibilidad Psicológica (ACT)

Durante la sesión Nº10 refiere sentirse "con vitalidad", enérgico, relata que pasó el día del padre con sus hijas. Menciona que no ha realizado listas de verificación, ni tuvo pensamientos intrusivos. A su vez, expresa ganas de mudarse por su bienestar, aunque el inmueble no se venda. Desea retomar actividades laborales. Por último, verbaliza: "¿Viste que te dije que no quería enfrentar la vida? Ahora sí lo quiero, lo necesito". En esta etapa, la intervención se orientó a consolidar procesos de aceptación y a promover conductas alineadas con valores personales.

En la sesión Nº11, se aborda el tema de la posible venta del inmueble y su mudanza a otro sitio. Este hecho era significativo para él ya que, a sus 45 años, sería la primera vez que viviría solo, valiéndose económicamente por sus propios medios. A lo largo de su vida había contado con el sostén y/o ayuda económica de otras personas (p. ej., sus padres, su expareja, sus hermanos, sus amigos). Este escenario le generaba incertidumbre y vergüenza trayendo consigo pensamientos de duda. Se validaron sus emociones y se promovió la aceptación de las mismas como parte de la experiencia, favoreciendo una respuesta conductual flexible frente a estas situaciones.

La sesión Nº12 menciona haber aceptado un trabajo temporal en un *petshop*, refiere que ante de salir de su casa realizó una lista de verificación para "no olvidarse nada" compuesta por 7 ítems (p.ej., billetera, documentos, etc.) y refirió que la misma no tuvo la misma función que otras veces. Sobre este suceso expresa sentirse feliz a gusto de volver a generar dinero. Este evento permitió observar una modificación en la función de las conductas de verificación, evidenciando mayor flexibilidad en su uso y menor impacto en el funcionamiento.

Al comenzar la sesión Nº13 expresó: "estuve pensando mucho en la felicidad estos días y me di cuenta de que quiero hacer cosas, no quiero que se me pase el tiempo y no haber hecho lo que me hacía bien". Mencionó haberse anotado en un voluntariado de casas sustentables en la provincia de San Luis, "no se si me van a llamar, pero quiero vivir esa experiencia, quiero vivir la vida". Estas conductas se interpretan como acciones comprometidas orientadas a valores, en ausencia de evitación experiencial significativa.

A la semana siguiente, al llegar al consultorio me informan que el consultante dio aviso de ausentismo por tres semanas. ¿El motivo? había sido aceptado en el voluntariado de casas sustentables y viajó a vivir esa experiencia. Este evento se considera consistente con la consolidación de cambios conductuales orientados a valores y aumento de la flexibilidad psicológica.

Resultados

El período de tratamiento aquí detallado comprende 12 sesiones efectivas aplicadas a un caso de TOC donde se observó una disminución de la sintomatología pre-post intervenciones coincidente con la experiencia subjetiva del consultante. El seguimiento terapéutico se basó en la observación clínica en función de la conceptualización del caso, debido a que no se administraron pruebas estandarizadas, siendo la evolución del mismo evaluada a partir de indicadores clínicos tales como la frecuencia y duración de las compulsiones, el nivel de malestar asociado y el impacto en el funcionamiento cotidiano.

De acuerdo con lo expresado por el consultante, al cabo de cuatro sesiones efectivas, la sintomatología de conductas compulsivas había disminuido (listas de verificación más breves) y, luego de ocho sesiones la sintomatología de TOC había remitido por completo, expresando sobre ello "me siento sano mentalmente". Posteriormente, viajó a las provincias de Córdoba y San Luis, Argentina, donde realizó tareas voluntarias en casas sustentables.

Respecto a las intervenciones, al comenzar el tratamiento, el consultante era verborrágico respecto a sus "problemas a resolver". Se creó la denominada "lista de problemas" cuyo fin era que lograse comprender

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912
Revista Clínica Contemporánea (2026), 17, e8, 1-13
https://doi.org/10.5093/cc2026a8

cuáles eran los aspectos prioritarios a abordar durante el tratamiento y, así, generar adherencia al mismo. Por otro lado, es importante señalar que varias de las situaciones a resolver, le generaban temor de que sus síntomas regresaran y se incrementaran al trabajar sobre estos aspectos, por ejemplo, mencionaba "cada vez que retome la docencia, volvió el TOC".

Una vez remitidos los síntomas, el consultante expresó que este orden le ayudó y que lo había tranquilizado comprendiendo que iban a tratarse todos los asuntos a medida que transcurriera el tiempo entre sesiones. El seguimiento de la lista se realizaba de manera verbal en sesión y, entre sesiones, se asignaban tareas (acción comprometida) vinculadas a sus valores, p. ej., hablar con sus hijas, asistir a reuniones sociales.

Poco a poco el sujeto logró estar en presencia de aquellos estímulos que consideraba aversivos, desarrollando así una mayor flexibilidad psicológica, logrando una mayor aproximación hacia los estímulos temidos, por ejemplo, comenzar a guardar sus objetos personales en cajas frente a la posible venta de la vivienda familiar sin experimentar ansiedad. Cuando el consultante comenzó a experimentar una disminución de la sintomatología, retomó actividades diarias placenteras tales como reunirse con sus amigos, conversar con sus hijas durante horas por videollamada, trabajar dentro de un *petshop* en atención al público para generar dinero, escuchar música, asearse, reír e incluso trabajar como voluntario en otras provincias, sin contar con una planificación y/o estructura sobre cómo iban a ser los días allí. Luego del viaje se presentó a sesión sonriente, se lo percibía entusiasmado y mencionaba "sentirse vivo y conectado con la vida".

El tratamiento siguió su curso, la sintomatología de TOC había remitido por completo y el sujeto se encontraba realizando sus actividades cotidianas con normalidad. En conjunto con la psiquiatra tratante, se decidió finalizar la licencia laboral a comienzos del año 2024. El consultante retornó a su actividad laboral como docente sin experimentar dificultades. A su vez, se mudó del inmueble donde vivía y adoptó responsabilidades consigo mismo que anteriormente le generaban temor, tal como vivir solo, entre otros. Por otra parte, mantuvo comunicación de manera frecuente con sus hijas y amigos, involucrándose en actividades que le resultaban placenteras. Al finalizar los encuentros, hacia mediados del año 2024, se hallaba buscando asesoramiento para ocuparse de la situación legal que le impedía tener encuentros presenciales con sus hijas con regularidad.

Discusión

En el presente trabajo se ha presentado un recorte de los primeros tres meses de tratamiento con un consultante que presentaba un Trastorno Obsesivo Compulsivo severo, el cual era inhabilitante impidiendo que el sujeto pudiera desarrollar actividades de la vida cotidiana con total libertad. A partir de la conceptualización del caso, se diseñó un tratamiento único seleccionando estrategias terapéuticas basadas en evidencia (Etchemendy et al., 2024) a partir del cual se logró disminuir la sintomatología de obsesiones y compulsiones y el malestar asociado a las mismas.

Respecto de los resultados obtenidos, las intervenciones realizadas desde la EPR habrían resultado efectivas para el consultante facilitando una correcta comprensión de la sintomatología que experimentaba permitiendo que se habitúe a los pensamientos obsesivos disminuyendo así la duración de los pensamientos, su frecuencia y el malestar (Freestone y Ladouceur, 2002). Si bien el cambio clínico se manifestó de manera significativa en un período breve, el mismo se comprende como el resultado de intervenciones, en el que la disminución de las conductas de neutralización y el aumento de la tolerancia al malestar favorecieron un punto de inflexión en la evolución del consultante.

Por otro lado, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) plantea que, a través de la aceptación, los consultantes abandonan la lucha que sostienen para evitar conectarse con sus experiencias difíciles, comprendiendo sus pensamientos y/o sentimientos tal cual son, sin buscar atenuarlos (Hayes y Twohig, 2018). Según Hayes et al. (2015) uno de los grandes desafíos de los seres humanos consiste en "aprender cuando seguir lo que dice la mente y cuando ser solo consciente de la propia mente mientras se está atendiendo al aquí y ahora" (p. 365).

Respecto al trastorno de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2014), el consultante mencionaba: "no quiero salir del TOC porque eso implica enfrentarme a esta vida". En este sentido, podría pensarse que, cuando el paciente logró disminuir la sintomatología, las listas de verificación (rituales) cesaron y así, logró conectarse

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

con aquellos aspectos valiosos para él, así como también con aquellos que le resultaban difíciles, por ejemplo, hablar de la situación actual con sus hijas y del episodio por el cual fue denunciado. De acuerdo con Hayes y Twohig (2018) cuando las personas experimentan un mayor nivel de aceptación se muestran con mayor predisposición a hablar de temas que le resultan difíciles, adoptan comportamientos nuevos, mencionan hacer cosas nuevas, piden hablar sobre sus emociones, entre otras. Este proceso se pone en práctica durante la terapia al evocar experiencias internas difíciles. Asimismo, puede ser similar a lo planteado por las terapias de exposición, con la diferencia de que el objetivo no es una atenuación, sino un aumento de la receptividad (Hayes y Twohig, 2018). Respecto a la defusión, la misma podía observarse cuando el consultante mencionaba el funcionamiento de su propia mente respecto a las obsesiones y compulsiones, pudiendo reconocer a sus pensamientos *como* pensamientos, sus emociones *como* emociones y sus recuerdos *como* recuerdos (Hayes et al., 2015).

Por otra parte, algunas conductas daban cuenta de otros procesos de la ACT como el contacto con el momento presente y acción comprometida orientada a valores. Respecto al primero, refería escuchar a sus amigos, disfrutaba cuidar de sus plantas, escuchar música, hablar con sus hijas durante horas por videollamada. Respecto al segundo, llevaba a cabo tareas entre sesiones que lo acercaban a sus valores como por ejemplo comunicarse con sus hijas, embalar objetos de su hogar, buscar un lugar donde vivir y pensar en proyectos laborales futuros, implicándose así en actividades de gran vitalidad para él.

En relación con la prevención de recaídas, si bien no se desarrolló un módulo específico como fase diferenciada dentro del período analizado, se trabajaron de manera progresiva aspectos tales como la identificación de síntomas prodrómicos, la relación entre episodios previos y situaciones de estrés, y la comprensión de la función de la ritualización como estrategia de evitación. Estos elementos permitieron al consultante reconocer patrones de funcionamiento de su sintomatología y desarrollar respuestas más flexibles, profundizándose dicho abordaje en la continuidad del tratamiento.

Por último, resulta importante mencionar que el vínculo terapéutico es un factor primordial que contribuye al resultado de la psicoterapia y que es vital para el éxito del proceso terapéutico (Pascual-Llobell et al., 2004). En esta relación, el estilo personal del/la terapeuta es un componente que atraviesa todo el proceso terapéutico y está relacionado con la forma de ser de la figura del/la terapeuta independientemente del modelo que utilice para trabajar (Quiñoñes et al., 2020). Al respecto durante el tratamiento el consultante manifestó su gratitud hacia la terapeuta, destacando características de su personalidad y sus comportamientos que habían influido en él de manera positiva tales como su calidez, escucha y el haber brindado "orden al caos" que experimentaba su mente. Mencionaba sentirse comprendido y, a su vez, confiaba en la terapeuta para realizar su tratamiento. Ello podría relacionarse con lo enunciado por algunos autores (Gilbert y Leahy, 2007) quienes destacan que los/as consultantes tienden a considerar importante la calidez y la implicancia emocional del/la terapeuta. Al respecto, Walser y O´Connell (2022) destacan la importancia de establecer una buena relación basada en la empatía y la esperanza desde los inicios de la terapia.

En función de lo expuesto, podemos concluir que es imprescindible contar con psicoterapias efectivas basadas en evidencia para brindar el mejor tratamiento disponible a los/as consultantes. Esto permitiría a los terapeutas planificar y evaluar sus intervenciones, así como también desarrollar tratamientos acordes a las características y necesidades de cada persona.

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association (2024). Los estadounidenses expresan cada vez más ansiedad [Comunicado de prensa]. https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/los-estadounidenses-expresan-cada-vez-mas-ansiedad

Ayala Romera R.y Rodríguez Naranjo, M. C. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt: Factores de Convergencia. *Revista de Psicoterapia, 31*(116), 263-278. https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20a ed.). Desclée de Brouwer.

Behobi Baudou, W. A., García, F., y Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental, 36*(4), 347-354.

Caro Gabalda, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia, 31*(116), 115-131. https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410

Cotrino, J., Gómez-Mejía, I. A., Mendoza-Rincón, B. M., Arenas-Villamizar, V. V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G. Y., López-Jaimes, R. J., y Julio-Hoyos, Y. E. (2020). Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39*(8), 1012–1025. https://doi.org/10.5281/zenodo.4545855

Dehlin, J. P., Morrison, K. L. y Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification, 37*(3), 409-430. https://doi.org/10.1177/0145445512475134

Etchemendy, E., Rasal, P., y Fernández-Álvarez, J. (2024). Abordajes transdiagnósticos en los trastornos emocionales a nivel Iberoamericano: una revisión crítica. *Revista de Psicoterapia, 35*(127), 25-38. https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39801

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., López, P. L., Schmidt, V. y Grasso, J. (2023). *Relevamiento del estado psicológico de la población argentina*. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Freestone, M., H. y Ladouceur, R. (2002). Análisis y tratamiento de las obsesiones. En Cavallo, V. E. (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2a ed, vol. I, pp. 137-170). Siglo XXI.

Gavino, A. (2018). Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad: entrenamiento con prevención de respuesta. En V. E. Cavallo (Ed.). *Guía de técnicas de terapia de conducta* (pp. 96-105). Ediciones Pirámide.

Gilbert, P. y Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge/Taylor y Francis Group.

Gutiérrez Martínez, O., Luciano, C. y Visdómine, C. (2012). ACT y TOC: integrando las técnicas basadas en la aceptación y en la exposición con el estudio de un caso. En M. B. Páez y O. Gutiérrez Martinez (Coords.). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 89-112). Ediciones Pirámide.

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K., G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Desclee de Brouwer

Hayes, S. C. y Twohig, M. (2018) *ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad. Una guía sesión a sesión para maximizar los resultados*. Desclee de Brouwer.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Hervás, A. (2025). Trastornos del espectro autista (TEA) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC): Nuevo enfoque desde el DSM-5-TR y su abordaje. *Medicina (Buenos Aires), 85*(1), 36–41.

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 80*(1), 36-42. https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058

Mellado-Pastor, S., Del-Río-Sánchez, C. y Pastor-Morales, J. (2023). La influencia de la evitación experiencial y la fusión cognitiva en personas con diagnóstico de trastorno de pánico y agorafobia y TOC. *Apuntes de Psicología, 41*(2), 69-75. https://doi.org/10.55414/ap.v41i2.1548

Montero Fernández, C., Fernández Martín, L. C. y Pol Rodríguez, J. (2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33*(117), 123-134. https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000100009

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912

Pascual Llobell, J., Frías Navarro, M. D. y Monterdei Bort, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo, 25*(87), 1-8.

Patrick, A. K., Ramsey, K. A., Essoe, J. K. Y. y McGuire, J. F. (2023). Consideraciones clínicas para una evaluación basada en la evidencia del trastorno obsesivo-compulsivo. *Psychiatric Clinics of North America, 46*(1), 17–38. https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.001

Quiñones, A., Ugarte, C., Ceric, F., Cimbolli, P., García, F. y De Pascale, A. (2020). El Estilo Personal del Terapeuta en Profesionales Chilenos e Italianos. *Revista de Psicoterapia, 31*(116), 191-203. https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.345

Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16*(3), 261-270.

Scherb, E. D. y Durao, M. (2017). Estudio de casos con pacientes complejos: modalidades de registro y evaluación del proceso terapéutico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 26*(1), 137-150.

Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S.E., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S. y Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría, Vertex, 29,* 275-299.

Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Chardoul, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., McGrath, J. J., Navarro-Mateu, F., Scott, K. M., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Vladescu, C., Wciórka, J., Xavier, M. y Kessler, R. C. (2025). Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC Medicine*, 23, Artículo e416. https://doi.org/10.1186/s12916-025-04209-5

Twohig, M. P., Hayes, S. C. y Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 3-13. https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H. y 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://doi.org/10.1037/a0020508

Vallejo Pareja, M., A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema, 13*(3), 419-427.

Walser, R., D. y O'Connell, M. (2022). La alianza terapéutica en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista de Psicoterapia, 33*(122), 5-20. https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1145

Wheeler, C. (2017). Acceptance and Commitment Therapy-Specific Processes in the Psychotherapeutic Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: A Single Case Study. *Clinical Case Studies, 16*(4), 313-327. https://doi.org/10.1177/1534650117694269

Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M. y Faber, S. (2013). Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology and Treatment Outcomes with Exposure and Ritual Prevention. *Psychopathology, 46*(6), 365-376. https://doi.org/10.1159/000348582

Wilson, K., G. y Luciano, C. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.

Yaryura Tobías, J. A. y Neziroglu, F. (2001). Teorema del trastorno obsesivo-compulsivo. *Salud Mental, 24*(2), 11-15.

Artículo recibido: 21/10/2025
Artículo aceptado: 24/05/2026

© 2026 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid
ISSN: 1989-9912