



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y  
HUMANIDADES**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Caso clínico: Terapias de tercera generación en  
adolescente con trastorno obsesivo compulsivo**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

**LICENCIADA EN PSICOLÓGIA CLÍNICA**

**Autor:** Espinosa Ogoño, Amada Isabel

**Director:** Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

LOJA

2022



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2022

## **Aprobación Del director Del Trabajo De Integración Curricular**

Loja, 13 de septiembre del 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Loja. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso clínico: Terapias de tercera generación en adolescente con trastorno obsesivo compulsivo, realizado por Amada Isabel Espinosa Ogoño, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Erick Gabriel Valarezo Guzmán

C.I.: 0705954154

Correo electrónico: [egvalarezo@utpl.edu.ec](mailto:egvalarezo@utpl.edu.ec)

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Amada Isabel Espinosa Ogoño, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Terapias de tercera generación en adolescente con trastorno obsesivo compulsivo, de la carrera de psicología clínica específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno, correspondiente al marco teórico, presentación del caso, procesos de evaluación y diagnóstico; capítulo dos, se enfatiza la metodología, tratamiento/intervención; y el capítulo tres, se exponen los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Erick Gabriel Valarezo Guzmán, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Amada Isabel Espinosa Ogoño

C.I.: 1150020004

Correo electrónico: [aiespinosa3@utpl.edu.ec](mailto:aiespinosa3@utpl.edu.ec)

### **Dedicatoria**

Dedicado a Dios por brindarme cada día un nuevo comienzo, por la salud, la protección, por guiar e iluminar mi camino, pero sobre todo ayudarme a culminar ante todas las adversidades mi carrera profesional de manera satisfactoria y eficiente.

A la memoria de mis queridos padres Augusto y Regina, por desde lo más alto del cielo he sentido cada día su amor infinito, la fortaleza para continuar este largo camino llamado vida, sepan donde quiera que estén los llevo cada instante muy presente en mis pensamientos y en mi corazón.

A mis queridas tías Gloria y Angelita, y a mi tío Gabriel, por ser unos tíos ejemplares, por su sacrificio y esfuerzo, por brindarme una profesión, todo lo que soy se lo debo a ellos; también a mis queridos hermanos, en especial a mi hermana Paulina y Selena quienes siempre estuvieron apoyándome de manera condicional, deseándome los mejores éxitos.

### **Agradecimiento**

Es menester expresar mis agradecimientos en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir el día a día lleno de barreras que parecen interminables, colmándome de sabiduría para continuar firme en cada peldaño.

A mis tíos, hermanos y amigas por su apoyo, moral, espiritual y confianza que han depositado en mí.

A la Universidad Técnica Particular de Loja que por medio de la Carrera de Psicología Clínica pude poner en marcha mi sueño de ejercer para el bienestar de los demás. Sin olvidar a mis docentes durante este trayecto quienes con el conocimiento adecuado prestan su tiempo para forjar nuestro futuro.

## Índice de contenido

<b>Carátula</b> .....	<b>I</b>
<b>Aprobación Del director Del Trabajo De Integración Curricular</b> .....	<b>II</b>
<b>Declaración de autoría y cesión de derechos</b> .....	<b>III</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>V</b>
<b>Índice de contenido</b> .....	<b>VII</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>Capítulo uno</b> .....	<b>7</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Presentación del caso</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.1 Identificación del paciente</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.2 Motivo de consulta</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Proceso de evaluación</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3 Proceso diagnóstico</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3.1 Diagnóstico presuntivo</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3.2 Diagnóstico diferencial</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3.3 Diagnóstico final</b> .....	<b>18</b>
<b>Capítulo Dos</b> .....	<b>19</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Tratamiento/Intervención</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1.1 Plan de tratamiento/intervención</b> .....	<b>19</b>

<b>Capítulo Tres</b> .....	<b>35</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>35</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>38</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>44</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>45</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>46</b>

### Índice de tablas

<b>Tabla 1. Observación Clínica</b> .....	<b>10</b>
<b>Tabla 2. Entrevista Psicológica</b> .....	<b>11</b>
<b>Tabla 3. Evaluación de Funciones Mentales</b> .....	<b>11</b>
<b>Tabla 4. Resultados del Inventario de la personalidad de Minnesota (MMPIA)</b> .....	<b>13</b>
<b>Tabla 5. Resultados del Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI)</b> .....	<b>14</b>
<b>Tabla 6. Resultados iniciales del Inventario de depresión infantil (CDI)</b> .....	<b>14</b>
<b>Tabla 7. Resultados iniciales del Inventario de Síntomas (SCL 90R)</b> .....	<b>15</b>
<b>Tabla 8. Descripción del Plan terapéutico</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>Tabla 9 Procesos de cambio en ACT</b> .....	<b>22</b>

### Índice de figuras

<b>Figura 1. Puntuaciones obtenidas del cuestionario de depresión infantil pre y pos tratamiento</b> .....	<b>38</b>
<b>Figura 2. Puntuaciones obtenidas del inventario de síntomas SCL-90 pre y pos tratamiento</b> .....	<b>39</b>

## Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor índice de mortalidad a nivel mundial, por el cual se considera como una de las enfermedades mentales con un alto índice de disfuncionalidad a diferentes áreas de la vida. Este estudio tiene como objetivo reducir y cambiar el marco relacional de las conductas y pensamientos obsesivos, disminuir sintomatología ansiosa y depresiva e incrementar autoestima. El tratamiento se enfocó en terapias de tercera generación específicamente en Aceptación y compromiso (ACT) y técnicas mindfulness. Dicha intervención se llevó a cabo en 12 sesiones de manera individual y 3 sesiones en conjunto con sus familiares. Como resultados, se observaron mejorías significativas, mediante la disminución de conductas compulsivas y pensamientos obsesivos. En conclusión, esta investigación apunta la aplicabilidad del tratamiento de ACT y técnicas mindfulness como un tratamiento de elección para el trastorno obsesivo compulsivo.

*Palabras clave:* TOC, ACT, Mindfulness

### **Abstract**

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the psychiatric disorders with the highest mortality rate worldwide, and is considered one of the mental illnesses with a high rate of dysfunction in different areas of life. This study aims to reduce and change the relational framework of obsessive thoughts and behaviors, reduce anxious and depressive symptomatology and increase self-esteem. The treatment focused on third generation therapies, specifically Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and mindfulness techniques. This intervention was carried out in 12 individual sessions and 3 sessions with the patient's family members. As results, significant improvements were observed, through the reduction of compulsive behaviors and obsessive thoughts. In conclusion, this research points to the applicability of ACT treatment and mindfulness techniques as a treatment of choice for obsessive-compulsive disorder.

*Keywords:* OCD, ACT, Mindfulness

## Introducción

Las enfermedades mentales comprenden una amplia gama de trastornos del pensamiento, las emociones y/o el comportamiento. En este estudio se resalta uno de ellos, especificando su diagnóstico y tratamiento. Vargas Antonio (2017), denomina al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como uno de los problemas neurológicos que se caracteriza por sentimientos y pensamientos obsesivos acompañados de respuestas compulsivas como rutinas o rituales persistentes e incontrolables, conllevando al individuo que la padece a tener una vida disfuncional a corto y largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) incluye al trastorno obsesivo-compulsivo como una de las principales enfermedades causantes de incapacidad y disfuncionalidad en la vida de quien lo padece, y se encuentra dentro de las cinco enfermedades psiquiátricas más comunes, siendo el cuarto trastorno psicológico más frecuente, por delante de la anorexia nerviosa, el trastorno bipolar y la esquizofrenia.

El TOC afecta al 3% de la población a nivel mundial con un equivalente de más de 100 millones de personas anuales (de Bruijin et al., 2010)., con prevalencia del 2% acompañado de una condición clínica heterogénea, también se conoce que el 50 % del inicio se da a partir de los 15 años y el 65% antes de los 25 años, considerando que el TOC afecta tanto a hombres como mujeres (Pérez, 2017). En una investigación sobre los trastornos mentales con mayor prevalencia en América Latina y el caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el TOC (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8) (Moncayo y Riera, 2015).

Con respecto a su evolución el TOC suele ser progresivo y se considera que alguno de los factores detonantes son acontecimientos o eventos traumático, llegando a ser una de las variables psicosociales potencialmente relevantes dentro del ámbito de origen (Frías et al., 2013). En una investigación realizada entre el año 2000 y 2019 con una muestra documental de 50 estudios sobre el origen y desarrollo del TOC, concluyen que los factores desencadenantes asociados al trastorno son multi causales, dependiendo de las

circunstancias y características propias del individuo, agrupando varias categorías en donde se resalta las alteraciones neuroquímicas, genéticas, problemas neurológicos o patologías clínicas y eventos traumáticos o estresores (Rodelo et al., 2019).

Además, se estima que el paciente con TOC puede presentar sintomatología de otras patologías, como depresión con sentimientos de tristeza, desesperanza o pesimismo, frustración o intranquilidad, culpa o inutilidad; y ansiedad con sensaciones de nerviosismo, agitación o tensión, aumento de ritmo cardíaco, hiperventilación, sudoración, temblores y problemas para concentrarse (De la Cruz, 2018). Esto conlleva a que el paciente se vea afectado en su calidad de vida, aumentando su inestabilidad emocional, problemas escolares, sociales, interpersonales, codependencia en el funcionamiento cotidiano.

Es importante mencionar que actualmente el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) considera al TOC dentro de los Trastornos Obsesivos Compulsivos y trastornos relacionados con el código 300.3 y en el manual de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) con el código F42 como Trastorno obsesivo compulsivo (Castelló, 2014). De acuerdo al manual diagnóstico DSM5 el TOC está compuesto por el cumplimiento de sintomatologías obsesivas; como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes no deseados con respuesta de ansiedad, intentos frecuentes de suprimir estos síntomas y presencia de comportamientos reiterativos como evitación de ansiedad, estos criterios están presentes la mayor parte del tiempo causando malestar clínicamente significativo y deterioro en varias áreas del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por otra parte, el CIE 10 denomina que el TOC se debe a la presencia de síntomas obsesivos reconocidos como pensamientos recurrentes y persistentes acompañados de impulsos con una resistencia ineficaz, las compulsiones no son placenteras y producen malestar e incapacidad clínicamente significativo durante la mayor parte del día (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Por lo tanto, el TOC forma parte de los trastornos de ansiedad debido a sus manifestaciones clínicas mencionadas anteriormente. Ahora bien, ya que se conoce sobre las causas, síntomas y consecuencias del TOC, es importante enfocarnos en el tratamiento

del paciente considerando que las terapias de tercera generación aportan grandes beneficios en la vida del paciente, por medio de una visión más comprometedor para el afrontamiento de las enfermedades mentales. Es así que la terapia de aceptación y compromiso en conjunto con técnicas mindfulness, son terapias de primera elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad como el TOC, formando parte de un nuevo enfoque contextual que ayuda a concienciar las conductas problemáticas que caracterizan a casi todos los trastornos mentales psicológicos y que prima la función de las emociones y cogniciones en lugar de la frecuencia o forma en la que estas se presentan y las modificaciones de pensamiento y conductas, por consiguiente, tiene como objetivo la aceptación de los eventos privados, es decir, la capacidad de experimentar, estar conscientes en el aquí y el ahora, en las sensaciones, sentimientos, emociones, recuerdos, imágenes, pensamientos etc., de cada ser humano (León et al., 2014).

La ACT no se centra en los síntomas (obsesiones y compulsiones), sino en la aceptación de experiencias internas y en el debilitamiento de la literalidad del lenguaje o fusión cognitiva, es decir, cambiar su enfoque y marco relacional sobre los pensamientos que le causan malestar (León et al., 2014). La ACT constituye un enfoque terapéutico que se dirige a seis procesos psicológicos: la aceptación, la defusión, el yo como contexto, ponerse en contacto con el momento actual, los valores y comprometerse con la acción, todo lo cual fomenta la flexibilidad conductual (Vega , 2016). Además, se considera que los déficits de flexibilidad psicológica están relacionados con los síntomas de TOC y su gravedad. Es por ello que la terapia de aceptación y compromiso aporta grandes beneficios en donde el paciente establece una nueva relación con los pensamientos obsesivos, conductas y sentimientos de tristeza y ansiedad, ofreciéndole como posibilidad la elección de centrarse en cosas significativas de su vida.

En una investigación realizada a 16 casos clínicos de TOC para analizar la eficacia de ACT, encontraron como resultados que la terapia de aceptación y compromiso fue tan efectiva como la terapia cognitiva conductual o EPR, concluyendo descensos significativos en la severidad de la sintomatología (Rascón y Rodríguez, 2021). Por otro lado, García et al.,

(2020) en un estudio de casos clínicos sobre la eficacia del mindfulness, mencionan que las técnicas del aquí y el ahora, enfocados en mente y cuerpo son funcionales, encontraron como resultado una reducción de síntomas del TOC y evidenciando mejorías en habilidades de atención plena, disminución de fusión pensamiento-acción y supresión del pensamiento (García et al., 2020).

Es importante destacar que además de la ACT como tratamiento, existen algunas terapias con un objetivo similar; como es la terapia de exposición de prevención de respuesta (EPR) la cual se enfoca en la exponer a los pacientes a estímulos ansiógenos asociados a sus obsesiones, impedir que realice conductas de evitación compulsivas, favoreciendo la gestión de la ansiedad y las emociones por medio de un sentimiento de control (Quismondo et al., 2014). Estos mismos autores señalan que estas terapias muestran un resultado rebote, es decir, que después del tratamiento pueden existir la presencia de evitación cognitiva, falta de habituación a corto plazo, depresión, y presencia de ideas sobrevaloradas, ya que muchas veces las exposiciones a objetos o situaciones que se llevan a cabo en la EPR son complejas para el paciente.

Considerando los antecedentes y teniendo como base la información recopilada por varios autores, es muy importante el aporte que hace la psicología con este estudio, con el objetivo de que este estudio sea de utilidad para estudiantes y profesionales de distintas áreas de la salud, ya que cuenta con información y datos importantes sobre el trastorno obsesivo compulsivo, tratamiento y resultados sobre la eficacia de las terapias de tercera generación como una de las terapias de primera mano cómo es la terapia de ACT y mindfulness.

El presente trabajo se divide en tres capítulos, el primer capítulo está detallado el marco teórico en el cual se describe la presentación del caso como es la identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema, así mismo el proceso de evaluación y el diagnóstico del paciente, en cuanto al segundo capítulo, se aborda la metodología, tratamiento, plan terapéutico e intervención, que incluye los objetivos y la descripción de las técnicas, y finalmente en el tercer capítulo se enfatiza los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias utilizadas.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### **1.1 Presentación del caso**

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los representantes y para la publicación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

##### **1.1.1 Identificación del paciente**

El paciente A. G de sexo masculino tiene 15 años de edad de nacionalidad ecuatoriana, soltero y sin hijos, a quien se le garantiza la confidencialidad de sus datos. Es de etnia mestiza, de religión católica, pertenece a un nivel socioeconómico medio bajo y con escolaridad secundaria, en la actualidad sus estudios están suspendidos debido al cambio de país.

A.G proviene de una familia de tipo nuclear conformada por sus padres y un hermano mayor con quienes mantiene una buena relación. Vivió desde los 2 años en el país de Colombia y hace 4 meses reside en la ciudad de Loja con su padre, tías, primas y abuela.

##### **1.1.2 Motivo de consulta**

El paciente llega a consulta acompañado de sus padres, orientado en tiempo y espacio. A.G refiere problemas de disfunción en diferentes áreas de su vida; personal, social y educativo, debido a pensamientos rumiantes como críticas o creencias falsas de sí mismo y de los demás provocando sensaciones de miedo y ansiedad, así mismo presenta conductas compulsivas durante la mayor parte del día como; lavar una taza más una ocasión, volver a dar el mismo paso cuando está caminando, sobrescribir palabras, volver a entrar o salir de su habitación etc., además considera que sus intentos de control y solución son ineficaces. Estas manifestaciones han generado que el paciente incremente su impaciencia, ira, desesperanza, tristeza provocada que su familia se vea orientada a una búsqueda inesperada de ayuda.

Es importante mencionar que el paciente cuenta con factores de protección como apoyo familiar, motivación e iniciativa propia para el proceso terapéutico, apego y mantenimiento religioso. En cuanto a los factores de riesgo está el ser adolescente encontrándose dentro de los índices de alta vulnerabilidad de problemas psicológicos, escasa actividad ocupacional, intentos de solución inadecuados y presión de los padres por buscar una cura y un nivel socioeconómico bajo.

### **1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología**

El problema inicio cuando tenía once años, luego de observar un video de terror con título "si ves este video te volverás loco", en donde el paciente se vio motivado a verlo. El video contenía imágenes aterradoras y distorsionadas de Jorge el curioso, provocando en el paciente una sensación de miedo y tensión por más de dos horas, el cual ocasionó que se encierre en su habitación y se pusiera a rezar para evitar pensar o imaginar en lo que había visto. Luego de este evento empezó a sentirse a la defensiva, quería dormir acompañado de su hermano mayor o de sus padres, se sentía a la defensiva todo el tiempo, su calidad de sueño se vio afectada con unos escasos mínima de sueño, además presentaba pesadillas nocturnas con respuestas de miedo y llanto.

Al mes siguiente sus pesadillas disminuyeron, pero sus pensamientos se mantuvieron constantes sobre el video visto anteriormente acompañados de sentimientos de culpabilidad. Comenzó a cambiar su manera pensar y a ver las cosas reales como falsas al igual que sus creencias adquiridas. El paciente refiere que en el mismo mes empezó a sentirse diferente, cambiando su manera de pensar tras un evento acontecido con su madre, refiriéndose *"Un día mi madre me llamo por teléfono cuando estaba en un campo vacacional y dijo que mi hermano había roto mi taza favorita, al siguiente día la volvía a llamar y me dijo que el que rompió la taza fue mi gato; pensé como podía suceder eso, si el día anterior me dijo otra cosa, porque cambio, entonces apareció mi pensamiento de que no estoy en la realidad y era una mentira, me causo mucho miedo"*. Este pensamiento se mantuvo por muchos meses, ocupando la mayor parte de su día, con una respuesta de miedo y ansiedad.

A la edad de doce años empezó a tener problemas en sus estudios, no podía concentrarse, y la relación con sus amigos empeoró debido a sus creencias, así mismo las conductas con su familia habían cambiado y se volvió distante. En ese mismo año el paciente no soportó más y decidió contarle a su familia lo que le estaba sucediendo y procedieron a buscar ayuda.

Posterior a ello sus padres lo internaron en un centro psicológico por 11 días, con habitación compartida. En donde ocurrió otro evento estresante, había observado las conductas de otro paciente que tenía esquizofrenia, por el cual se asustó e imaginó por un momento que él tenía las mismas conductas que él señor, causando sensaciones de miedo y ansiedad, empezó a tener pensamientos rumiantes de "No tener personalidad" y que para contradecir ese pensamiento debía realizar ciertas conductas, dando inicio a las compulsiones, estas manifestaciones mostraron resistencia hacia los intentos de control por parte del paciente durante meses.

Hace un año recibió atención psiquiátrica en Colombia en donde le realizaron exámenes de encefalograma con resultados aparentemente normal, recibió tratamiento farmacológico para disminuir su ansiedad con Olanzapina, Aripiprazol, Haloperidol, Alprazolam y Risperidona, sin embargo, sus efectos secundarios le causaban malestar. Hace 4 meses sus padres decidieron trasladarse de país de Colombia a Ecuador para buscar ayuda, por el cual su nuevo psiquiatra de Quito le recetó fluoxetina (20 mg /2 veces al día) y risperidona (1mg en gotas/2 veces al día), sin exámenes neurológicos previos para disminuir su ansiedad. Refiere que estos medicamentos le están ayudando, pero no lo suficiente.

Por consiguiente, los problemas que el paciente mantiene en la actualidad son los pensamientos obsesivos sobre creencias falsas y las compulsiones como evitación de ansiedad. Estas manifestaciones se dan de manera ocasional durante el día y refiere que en la noche ya no tiene pesadillas y descansa mejor, así mismo presenta disfuncionalidad en diferentes áreas de su vida y codependencia de sus familiares. Por otro lado, los sentimientos de tristeza y desesperanza han aumentado debido a los intentos de solución y control fallidos, por el cual desea eliminar de inmediato los pensamientos y curarse para mejorar su calidad

de vida y volver a realizar sus actividades diarias, relacionarse con sus amigos y poder salir sin vergüenza de pensar y actuar distinto.

Algo importante que resaltar es que tras la recopilación de información no se encontró antecedentes familiares de enfermedades mentales similares u otros.

## 1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación se llevó a cabo en 3 sesiones, una por semana de manera presencial. Se emplearon recursos clínicos para recabar información necesaria como; la observación clínica, entrevista clínica semiestructura y test o inventarios psicométricos.

La **observación clínica** es un medio natural, con un procedimiento empírico que establece una relación concreta entre el investigador y el hecho social o paciente, con el fin de observar conductas y aptitudes que ayuden a identificar el problema y su posterior resolución, a la vez, permite la identificación de conductas espontaneas del paciente dentro de la entrevista (Ballesteros, 2013).

Dentro de los resultados de observación clínica durante las intervenciones con el paciente se evidenció las siguientes las características:

**Tabla 1**

*Observación clínica*

<b>Observación</b>	<b>Resultados</b>
Sesión 1-3	Vestimenta acorde a su edad
	Lenguaje y expresión dentro de lo normal
	Conductas repetitivas o compulsiones
	Expresión facial de frustración e ira

*Nota.* Características del paciente en las primeras sesiones.

La **entrevista psicológica** es la herramienta que se utiliza dentro de las disciplinas humanas y de salud, con el fin de obtener información previa a un diagnóstico clínico, psicopedagógico, asesoramiento, investigación sociológica y valoración. Este instrumento permite valorar sintomatologías problemáticas que aqueja el individuo, distinguiendo conductas, condiciones textuales y personales con la intención de orientar las intervenciones.

Esta nos provee información pertinente para la toma de decisión y un proceso de comprensión conformada por elementos subjetivos y objetivos (Morga, 2012).

En la primera sesión se realizó la entrevista con los padres para recolectar información sobre el estado prenatal y natal del paciente, datos importantes sobre su infancia, adolescencia y problemática actual del paciente.

Posterior a ello en la segunda sesión se realizó una entrevista de manera directa con el paciente para recolectar información sobre la causa de su sintomatología. (Ver Tabla 2).

**Tabla 2**

*Entrevista psicológica*

Entrevista	Información
Padres	Estado prenatal y natal Infancia preadolescencia Perspectiva del problema
Paciente	Motivo de consulta Historia del problema Antecedentes familiares Intentos de solución

*Nota.* En la tabla se observa la información recabada al paciente y sus padres en la entrevista inicial.

La entrevista psicológica además ayuda a identificar el estado de sus **funciones mentales** como es la conciencia, memoria, atención, pensamiento, lenguaje, orientación, afectividad, censo percepción, psicomotricidad y voluntad de instintos (Ver Tabla 3).

**Tabla 3**

*Evaluación de Funciones Mentales*

Conciencia	Memoria	Atención	Pensamiento	Lenguaje
Lucida.	Conservada.	Conservada.	Alteración en el curso y contenido del pensamiento por medio de una formulación, organización y expresión de pensamientos inadecuados.	Tono de voz alto, articulado coherente y congruente.
Orientación	Afectividad	Senso-percepción	Psicomotricidad	Voluntad o Instintos

Orientado en tiempo espacio y persona.	Presencia de síntomas depresivos, como la tristeza y anhedonia.	Sin alteraciones.	Eucinesia, normalidad de movimientos.	Conservados.
--	---	-------------------	---------------------------------------	--------------

*Nota.* En la tabla se muestra la evaluación de funciones mentales.

### **Instrumentos de evaluación y resultados**

Los instrumentos psicométricos son útiles para ser aplicados en proceso de diagnóstico y tratamiento. Es importante disponer de instrumentos estandarizados que permitan evaluar, clasificar y cuantificar las alteraciones mentales, y cambios que se manifiestan tras la aplicación del tratamiento. Así mismo son flexibles a adaptaciones geográficas, culturales, y lingüística dependiendo de la población (Daigre et al., 2015).

- **Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)**

El MMPI-A es uno de los inventarios realizados por Butcher et al., (1991). Para la evaluación se utilizó la versión adaptada al español por Gómez et al., (1997), en la Universidad de Salamanca. Este inventario tiene como objetivo evaluar los factores o aspectos de la personalidad (hasta 70 variables), mediante diferentes grupos de escalas: básicas o clínicas, de contenido suplementarias, subescalas y unas escalas o medidas de validez, es un inventario tipo Likert orientado hacia la evaluación de patrones de personalidad y trastornos emocionales, su aplicación es de manera individual y grupal dirigida a individuos de 14 a 18 años (Butcher et al., 2009).

El MMPI-A se utilizó con la finalidad de identificar el tipo de personalidad que caracteriza al paciente y analizar si existen rasgos con patologías o tendencia obsesiva-compulsiva. Por el cual se recopilaban los datos de los resultados considerando las escalas clínicamente significativas; Depresión con un puntaje de 72 dando lugar a síntomas de tristeza e insatisfacción. Ansiedad con 55 presencia de tensión y preocupación excesiva. Obsesiones con 60 presentando pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, dificultad en la toma de

daciones y la independencia. En Hipocondriasis con 60 con presencia de quejas y preocupaciones somáticas de manera leve, y respuestas somáticas ante situaciones de estrés. Disconformidad social con un 63, mostrando dificultades para hacer amigos y tendencia a evitar encuentros sociales (*Ver Tabla 4*).

**Tabla 4**

*Inventario de la personalidad de Minnesota (MMPIA)*

<b>Dimensión</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Resultados</b>
D/Depresión	72	Tristeza e insatisfacción.
ANX/Ansiedad	59	Tensión y reocupación excesiva.
OBS/Obsesiones	60	Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes. Dificultades en la toma de decisiones. Dependencia.
HS/Hipocondriasis	57	Quejas y preocupaciones somáticas de manera vaga. Respuestas somáticas ante situaciones de estrés.
SOD/ Disconformidad social	58	Dificultades para tener amigos y tendencia a evitar encuentros sociales.

*Nota.* Resultados aplicados a paciente

- **Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley MOCI**

Este cuestionario fue desarrollado por Hodgson y Rachman, (1986). Se utilizó la versión adaptada al español por Ávila y Derogatis, (2001). Este inventario tiene como objetivo identificar el tipo de síntomas obsesivo-compulsivo y ayuda a discriminar a los pacientes obsesivos de otros con antecedentes neuróticos y de personas no clínicas, la prueba está compuesta por 30 ítems de verdadero/falso con ítems dicotómicos, con un coeficiente alfa de 70, 80, 70 y 70 para las subescalas de comprobación, limpieza, lentitud y duda, y un alfa de 75 para la escala total (Sánchez et al., 2011).

Este cuestionario se utilizó con la finalidad de medir la presencia o ausencia de síntomas obsesivo-compulsivos. Como resultado se obtuvo un puntaje de 15/30 lo que

indica la presencia de alteraciones clínicamente significativas, considerando la existencia de ideas o pensamientos obsesivos y compulsiones (Ver Tabla 5).

**Tabla 5**

*Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI)*

<b>Subescalas</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Resultado</b>
S. Obsesivo-compulsivos	15%	Ideas o pensamientos obsesivos. Compulsiones.

*Nota.* Resultados obtenidos de MOCI.

- **Inventario de depresión infantil (CDI)**

Este inventario fue desarrollado por Kovacs, (1992). Para la evaluación se utilizó la versión adaptada al español por Barrio y Carrasco, (2004). Este inventario es un cuestionario específicamente centrado en evaluar depresión y autoestima en niños y adolescentes, contiene 27 ítems cognitivos, afectivos y conductuales, cada una de ellos enunciados en tres frases que recogen la distinta intensidad de la presencia de sintomatología, su aplicación es de manera individual o colectiva en un ámbito de aplicación de 7 a 17 años y tiene una fiabilidad con Alfa de Cronbach de 0,80 (Segura et al., 2010).

Este inventario se utilizó para identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos o existencia de baja autoestima consecuente a la enfermedad. Se obtuvo como resultado en la escala de disforia un puntaje percentil de 55, es decir, que existe sintomatología depresiva de madera mínima o moderada, y en cuanto a autoestima con un puntaje percentil de 10 con presencia de síntomas de autoestima negativa. (Ver Tabla 6).

**Tabla 6**

*Inventario de depresión infantil (CDI)*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Resultados</b>
Disforia	55	Sintomatología depresiva de madera mínima o moderada.

---

Autoestima 10      Presencia de síntomas de autoestima negativa.

---

*Nota.* Resultados obtenidos del (CDI)

### ➤ **Inventario de síntomas (SCL-90R)**

Este inventario es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar síntomas de malestar durante dos semanas previas al problema psicológico, fue creado por el autor Derogatis, (1973). Para la evaluación se utilizó la versión adaptada al español por Gonzales et al., (2002). Tiene como objetivo analizar el nivel de significancia de las nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y de los tres índices globales de malestar como; somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y síntomas misceláneos, consta de 90 ítems de tipo Likert, estas subescalas son evaluadas con niveles altos de consistencia interna y elevada validez convergente, la aplicación se lo realiza de manera individual y colectiva desde los 13 años en adelante y tiene una fiabilidad de 0,80. (Derogatis, 2002).

Este inventario fue utilizado con la finalidad de analizar los síntomas negativos durante las dos últimas semanas. Dentro de los datos obtenidos se ha considerado las subescalas clínicamente significativas, encontrando como resultado de obsesión y compulsión un puntaje directo de 90, manifestando pensamientos absurdos e indeseados, impulso reiterativo, conductas compulsivas, ansiedad y angustia difícil de evitar o eliminar. En relación a la ansiedad su puntaje fue de 95 con presencia de miedo persistente e irracional de uno o varios pensamientos, palpitaciones, sudoración, agitación o tensión y aumento del ritmo cardíaco; y en depresión con un puntaje de 35 con síntomas de tristeza, llanto y desesperanza (*Ver Tabla 7*).

#### **Tabla 7**

*Inventario de Síntomas (SCL-90R)*

<b>Escala</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Resultados</b>
Obsesión y compulsión	90	Pensamientos e impulsos absurdos e indeseados. Impulso reiterativo. Ansiedad y angustia difícil de evitar o eliminar.

Ansiedad	95	Miedo persistente e irracional de uno o varios pensamientos. Respuesta de conductas evitativas y de huida.
Depresión	35	Presencia de síntomas de tristeza y desesperanza.

*Nota.* Resultados obtenidos de SCL-90R

### 1.3 Proceso diagnóstico

#### 1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo identifica las distintas racionalidades en conflicto y la manera en que ellas se subrogan a la racionalidad dominante. Igualmente, a través de éste se hacen consideraciones acerca de la dialéctica instituido-instituyente, y de la contradicción necesidad satisfacción (Consuegra, 2010).

Es un diagnóstico hipotético previo al diagnóstico final, tiene carácter provisional sujeto a confirmación que se deriva del análisis del concepto inicial y posterior a ello se realiza investigaciones con el fin de corroborar, afirmar o excluir hipótesis alternativas (De la Serna, 2020).

Al inicio de las sesiones se realizó varias hipótesis aduciendo a los siguientes diagnósticos basados en el CIE-10:

- *F21 Trastorno esquizotípico.*
- *F34.1 Trastorno depresivo persistente (distimia).*
- *F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.*
- *F98.4 Trastornos de estereotipias motrices.*

#### 1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se lo realiza posterior al presuntivo, en el cual muestra sintomatología similar al diagnóstico final, pero no cumple con todos los criterios requeridos para considerarlo significativo. Pasa por una fase previa de la entrevista clínica, en el cual se aplican test o inventarios psicométricos o proyectivos para corroborar o descartar sintomatologías similares significativas y detectar otras psicopatologías (De la Serna, 2020).

Según Michael (2014), en el manual DSM-5, menciona que es importante cumplir con varios pasos para realizar un diagnóstico diferencial de manera óptima empezando por descartar la simulación y el trastorno facticio, una etiología relacionada con las sustancias psicotrópicas o psicoactivas, una afección médica etiológica, determinar el o los trastornos primarios, diferenciar la adaptación de los cuadros no específicos y otros cuadros, y establecer el límite de la ausencia del trastorno mental ( First, 2014).

Para esta investigación se ha considerado dos de estos pasos de acuerdo a la información del paciente.

- Se descarta el **trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos y debido a por otra afección médica F06.8**, porque no existen antecedentes de consumo o alguna afección médica dentro de su historial clínico.
- También se descarta el **trastorno depresivo persistente (distimia) F34.1**, porque no se muestra un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, su apetito o sobrealimentación no se encuentran alterados, y no se observa características de anhedonia, no presenta insomnio o hipersomnias.  
**Sintomatología presente:** presencia de sentimientos de desesperanza y falta de atención, estos síntomas se muestran activos específicamente cuando existen pensamientos y conductas ruminantes. Así mismo el tiempo de duración de este criterio es menor a una semana, por lo cual se concluye que su afectación no se debe netamente a un estado depresivo persistente.
- Así mismo se descarta el **Trastorno esquizotípico F21**, porque no justifica la presencia de síntomas predominantes o característicos como: comportamiento o apariencia extraña, excéntricos o peculiares; experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales, ocasionales, no existen episodios psicóticos transitorios con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, existencia de creencias fantásticas y preocupaciones autísticas.

**Sintomatología presente:** conductas estereotipadas, rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, y experiencias de despersonalización.

(García y Magariños , 2001).

### **1.3.3 Diagnóstico final**

El paciente cumple con todos los criterios para ser diagnosticado con el **Trastorno obsesivo compulsivo F42** en donde los síntomas obsesivos y/o actos compulsivos están presentes y son una fuente importante de angustia o de interferencia con las actividades durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas. Cumple con los síntomas obsesivos caracterizados por : a) ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios del individuo; b) existir una resistencia sin éxito a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista; c) la idea de llevar a cabo el acto no debe ser en sí misma placentera (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse como placentero en este sentido); d) los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos (Organización Mundial de la Salud, 1992).

**Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.

## Capítulo Dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

El tratamiento está basado en Terapias de tercera generación enfocadas específicamente en ATC y mindfulness. Se realizó en su domicilio con 12 sesiones de manera Individual y 3 con sus familiares (1 al inicio y las dos sesiones al final), tres veces por semana.

#### Objetivos terapéuticos

##### Objetivo general terapéutico:

Reducir y cambiar el marco relacional de los pensamientos obsesivos y compulsiones, disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva e incrementar la autoestima mediante la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso y técnicas mindfulness para la mejoría de la calidad de vida.

##### Objetivos específicos:

- Cambiar la manera de responder ante la ansiedad, redireccionado hacia los valores.
- Reducir el grado de ansiedad y tensión provocada por los pensamientos obsesivos.
- Desvalorizar la fusión del self y el lenguaje, y desarrollar construcciones verbales adaptativas con sus pensamientos.
- Disminuir los pensamientos negativos de desesperanza y baja autoestima.
- Construir una nueva relación con sus pensamientos y lograr la aceptabilidad.
- Reestablecer compromisos y direccionar su vida hacia los valores.

#### 2.1.1 Plan de tratamiento/intervención

##### **Tabla 8.**

*Descripción del plan terapéutico*

<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
<b>1</b>	Identificar estrategias desadaptativas de control ante	Psicoeducación y metáfora del	Se llevo a cabo en un espacio amplio y adecuado.

---

	la ansiedad y afecciones actuales.	hombre en el hoyo	
2	Reducir el grado de ansiedad y tensión provocada por los pensamientos obsesivos y aprender a autorregularse.	Respiración diafragmática	Se realizó en un ambiente abierto y silencioso.
3	Identificar estrategias de afrontamiento inequívocos y reestablecer nuevas conductas de afrontamiento.	Ejercicio del pastel de chocolate	Se realizó en un espacio silencioso y adaptado al paciente.
4	Conectar con sus emociones y experimentar la sensación de la ansiedad y aprender a autorregularse.	Conectar con el momento presente	Se realizó en un espacio abierto, sin interrupciones, silencioso y adaptado para el paciente.
5	Modificar el marco relacional de los pensamientos obsesivos y direccionarlos hacia la observación de su contenido, cambiando su forma de interpretarlo.	Metáfora Del Autobús	Se lo realizó en un espacio adaptado por el paciente y se utilizó materiales lúdicos.
6	Desarrollar habilidades de atención plena y direccionar hacia los valores, centrándose en la experimentación del malestar.	Surfear en tierra	Se realizó en un espacio abierto, sin interrupciones, silencioso y adaptado para el paciente.
7	Desarrollar construcciones verbales adaptativas sobre sus pensamientos y disminuir su	Ejercicio "Llevar Tu Mente De Paseo"	Se realizó en un espacio adecuado, sin

---

---

	sintomatología depresiva y autoestima negativa.		interrupciones y se utilizó material lúdico.
<b>8</b>	Desarrollar construcciones verbales adaptativas, experimentando el malestar y cambiando el contenido del pensamiento.	Ejercicio “leche leche” y “tu mente no es tu amiga”	Se realizó en un espacio abierto, sin interrupciones, silencioso y adaptado para el paciente.
<b>9</b>	Aprender a relacionarse con sus cinco sentidos en el momento presente y canalizar sus emociones, reduciendo su nivel de ansiedad.	Cinco Sentidos	Se realizó en un espacio abierto, sin interrupciones, y se utilizó materiales de Yoga.
<b>10</b>	Demeritar la fusión del self y el lenguaje desarrollando construcciones verbales adaptativas sobre sus pensamientos, enfocándolos en el yo como observador.	Metáfora Tablero De Ajedrez	Se realizó en un espacio abierto, sin interrupciones, con material de apoyo de ajedrez.
<b>11</b>	Reducir el impacto de barreras potenciales para el compromiso a través de la clarificación de valores e identificar aspectos importantes y valiosas que direccionen su vida.	Metáfora “el jardín”	Se realizó en un espacio abierto, sin interrupciones y se utilizó material lúdico.
<b>12</b>	Establecer el compromiso al cambio, involucrando acciones valiosas por medio de la exposición y respuesta ante el	Silla vacía	Se realizó en un espacio abierto, adaptado para el paciente y sin interrupciones.

---

---

	malestar o pensamientos obsesivos.		
<b>13</b>	Informar y desarrollar habilidades de afrontamiento y cuidados hacia el paciente.	Taller familiar	Se realizó en un espacio abierto y se utilizó material audiovisual.
<b>14</b>	Desarrollar habilidades de resiliencia y comunicación asertiva, y mejorar la relación familia-paciente.	Taller familiar	Se realizó en un espacio abierto y se realizó el cierre.
<b>15</b>	Valorar la evolución del paciente tras la intervención aplicada.	Seguimiento	Se realizó en un espacio acto para el paciente y se aplicó varios instrumentos psicológicos.

---

*Nota. Técnicas seleccionadas para el tratamiento psicológico*

El plan terapéutico fue desarrollado basando en el manual de terapia de aceptación y compromiso, esta terapia engloba varios componentes o procesos de cambio como es; la aceptación, la defusión, yo contexto, valores y compromiso con la acción (Hayes et al., 2003). (Ver tabla 8)

Dentro de esta terapia se trabajó en conjunto con técnicas del manual de mindfulness las cuales cumplen con dos anclajes subdivididas en; la atención en la respiración y en las sensaciones corporales, identificación de sensaciones físicas, reconocimiento de pensamientos, aceptación radical de la sensación, respiración centrada en la respiración y tolerancia al cambio (Altman, 2014).

### **Tabla 9**

*Procesos de cambio en ACT*

---

#### **Aceptación y Distanciamiento**

---

---

Aceptación	Tomar postura no evaluativa y de no control, frente a los eventos privados negativos. Implica comportarse dirigiéndose a la consecución de valores sin importar que evento privado se esté experimentando.
Defusión	Reconocer sus eventos privados como lo que son: pensamientos, sentimientos, sensaciones, recuerdos etc.
El Yo Contexto	Distinguir el Yo contenido y el yo contexto para todos los eventos privados negativos.
Mindfulness	Estar en pleno contacto con sus propias experiencias privadas actuales, mientras se actúa para la consecución de valores.
Valores	Identificar consecuencias globales que son consideradas importantes para el cliente y que van a dirigir su comportamiento.
Compromiso	Es comprometerse, dirigir la conducta de acuerdo a los valores; es decir, llevar a cabo acciones para la consecución de valores.

---

*Nota.* Información adquirida de (Hayes et al., 2003)

### **Descripción del plan terapéutico**

A continuación, se describe las técnicas de acuerdo a cada manual psicoterapéutico de ACT y mindfulness utilizadas en cada sesión de tratamiento:

#### **Sesión 1:**

**Técnicas:** Psicoeducación y Metáfora del hombre en el hoyo.

Hayes (2003) define estas técnicas como un método que favorece un contrato terapéutico e informa sobre el problema y sus inútiles intentos de solución, consiguiendo un mayor debilitamiento de tracking inefectivo y lograr aumentar su deseo y compromiso al cambio (Hayes et al., 2003).

Para iniciar se informó sobre los aspectos generales sobre el TOC señalando las causas y consecuencias del mismo y la disfuncionalidad que puede provocar los pensamientos y compulsiones, ejemplificando con su caso. Además, se explicó el tratamiento que va a ejecutarse durante todas las sesiones.

Posterior a ello se narró la metáfora del hombre en el hoyo en donde se relata como el protagonista que cayó en un hoyo de manera inesperada, no sabía cómo salir y pensaba que la única solución era seguir cavando sin darse cuenta que se hundía más.

Para finalizar se hizo una retroalimentación sobre la importancia de buscar nuevas alternativas por medio de un debate incorporando nuevas ideas sobre el uso de herramientas personales, para dejar de responder de manera inadecuada ante la ansiedad.

Como tarea debe salir de su habitación al patio o a cualquier lugar de la casa y registrar el nivel de ansiedad presentado durante el día en un cuaderno.

## **Sesión 2**

### **Técnica:** Respiración diafragmática

Esta técnica se basa restaurar la respiración rápida e inconsciente a la forma natural u original, es decir cuando existen niveles de ansiedad o estrés la respiración cambia y se vuelve más larga y profunda volviéndose vulnerable a respuestas inadecuadas de huida (Altman, 2014).

Para iniciar se explicó sobre la importancia de respirar correctamente dentro de la vida diaria, y sus ventajas de respuesta frente a la ansiedad. Luego se pidió que se coloque en una silla y adopte una postura erguida y cómoda, después que coloque una palma de la mano en el pecho y la otra en el vientre y empezar a respirar despacio, identificando el movimiento de las manos en el pecho cuando su respiración es rápida y corta, cambiando por una respiración lenta y larga, pero de tamaño normal utilizando su abdomen. Este proceso se repite por varias veces. Posterior a ello se hizo una retroalimentación sobre las causas y consecuencias de la ansiedad.

Como tarea debe realizar este ejercicio dos veces al día durante 5 minutos, específicamente cuando se presente la ansiedad.

## **Sesión 3**

### **Técnica:** Ejercicio del pastel de chocolate

Este ejercicio se usa para restaurar los esfuerzos de control al cambiar sus eventos privados a corto plazo, por esfuerzos de cambio consciente a largo plazo. Ya que si se aplica

los esfuerzos de control puede que exista más estrategias de escape que de afrontamiento y también experiencias negativas (Hayes et al., 2003).

Para iniciar se realizó durante 5 minutos la técnica de respiración diafragmática y luego se explicó sobre la importancia del cambio consciente y la evitación de control hacia experiencias privadas.

Se le pidió que se colocara en un lugar cómodo y que ponga mucha atención a la siguiente instrucción; ahora le voy a pedir que no piense en un pastel de chocolate, que identifique su olor pero que no piense en el pastel, que sienta el sabor cuando le da una mordida, pero que no piense en el pastel. Posterior a ello se hizo una retroalimentación explicando que cada vez que intenta controlar los pensamientos del “no pienses en un chocolate” más lo atrae, obteniendo como respuesta mayor ansiedad tras la frustración de no poder controlarlo.

Como tarea debe continuar con el ejercicio de respiración diafragmática dos veces al día, específicamente en presencia de ansiedad y salir de su habitación al patio y marcar en un registro cuando lo haya hecho.

#### **Sesión 4**

***Técnica:*** Conectar con el momento presente

Esta técnica tiene es fácil de realizar y ofrece un medio polivalente para centrarse y combatir la ansiedad, específicamente para pasar de una ubicación física o situación a otra. Conllevando un cambio a nivel físico y cognitivo (Altman, 2014).

Para iniciar se explicó la importancia de conectarse con el momento presente y sus ventajas, luego se pidió que se coloque en un lugar cómodo y realizara respiraciones profundas ya practicadas anteriormente por 5 minutos, luego debe levantar las manos hasta la altura de centro del corazón sin apoyo alguno e identificar la tensión que le provoca, experimentando sensaciones de calor, energía y presión durante 8 minutos más, después se solicitó que acerque sus manos a sus pechos y realice el mismo proceso anterior, finalmente debe dejar caer sus manos y brazos por el peso de la gravedad como hojas de un árbol y describir las sensaciones que le provocan en ese momento y se concluye con una respiración

profunda cerrando los ojos e imaginando como se está expulsando la ansiedad y dejando de un lado los pensamientos obsesivos por 5 minutos.

Posterior a ello se retroalimenta sobre el manejo de la mente a través de esta técnica y la influencia que tiene el cuerpo al seguir nuestras órdenes, dejando a un lado los pensamientos obsesivos y respuestas compulsivas que le causan malestar.

Como tarea se le envió la praxis de esta técnica en las mañanas después del desayuno y antes de ir a dormir, durante una semana y continuar con las salidas al patio y marcar en su registro cuando lo haya hecho.

### **Sesión 5**

#### ***Técnica:*** Metáfora Del Autobús

Es una técnica utilizada dentro de la defusión cognitiva, busca identificar el pensamiento obsesivo, experimentar los sentimientos de manera consciente y poder liberarse del pensamiento mediante un debate lógico sobre la naturaleza e interpretación subjetiva de la realidad. Así mismo se remueven las barreras emocionales desde las experiencias privadas por lo que son y no por lo que aparentar ser (Hayes et al., 2003).

Se empezó con la técnica de respiración diafragmática por 5 minutos en un lugar cómodo. Posterior a ello se expuso la metáfora a través de imágenes y se describió con detalle sobre un hombre que era conductor de su propio autobús y los pasajeros abordaron en su ruta, un día los pasajeros deciden cambiar de ruta y el chofer cree que debe obedecer sin darse cuenta que está cambiando su ruta original y se está dejando manipular por ellos. Se hizo la comparación de los pasajeros con los pensamientos obsesivos y al paciente como el chofer de su propio autobús. Después se retroalimenta sobre la influencia de los pensamientos obsesivos dentro de su vida cotidiana, conllevándolo a un debate sobre las alteraciones del pensamiento y creencias que provocan consecuencias durante sus intentos de huida. Así mismo se resalta la importancia de mantener un distanciamiento de pensamientos obsesivos que le causen malestar y modificarlos por lo que realmente son, pensamientos.

Como tarea debe practicar las técnicas de respiración profunda durante 5 minutos en las mañanas y antes de ir a dormir. Se continuo con las salidas al patio y marcar su asistencia cuando lo haya logrado.

### **Sesión 6**

#### ***Técnica:*** Surfear en tierra

Es una de las técnicas que permite llevar la atención del propio movimiento durante periodos de transición, observando el movimiento con consciencia experimentando el momento presente, conllevando al abandono de pensamiento obsesivos que le provocan ansiedad (Altman, 2014).

Para empezar, se pidió al paciente que se coloque en un lugar tranquilo y con espacio para transitar. Se realizó una prueba con distintos modos de caminar con el fin de escoger una que se sienta seguro y con equilibrio, la primera era caminar sosteniéndose de una barandilla y la segunda caminando como lo hacer normalmente.

Tras escoger el modo seguro para el paciente, se dio instrucciones del proceso de caminar consciente como si fuera un surfista cabalgando una ola en Hawái, en tres pasos; primero se estableció la intención de sus pasos o dirección; segundo, se pasó a la acción que sería dar el primer paso y percibir lo que hace; y tercero, observar el movimiento en detalle y formular varias palabras como por ejemplo “ caminar, caminar ” a medida que se mueve o da un paso, llevándole a una conciencia plena en todas las partes de su cuerpo y evitando pensar en algo negativo. Posterior a ello de retroalimentación la importancia del mismo dejando de un lado el piloto automático y disfrutando cada paso que da durante su vida.

Como tarea debe continuar con las técnicas de respiración diafragmática durante 10 minutos todas las mañanas y noches antes de dormir.

### **Sesión 7**

#### ***Técnica:*** Ejercicio “Llevar tu mente de paseo”

Es una técnica de defusión cognitiva que tiene como método un debate frente a frente con el problema, distinguiendo el lenguaje representacional y funcional. Así mismo se utiliza

para enseñar a tener una distancia saludable para vigilar su pensamiento sin hacer juicios o críticas (Hayes et al., 2003).

Para iniciar se practicó la técnica de respiración diafragmática por 5 minutos en un lugar cómodo y sin ruido. Posterior a ello se describió el ejercicio que se va a realizar y sus beneficios. Para esta actividad se utilizó como medio la dramatización, se continuó identificando a todos los que están en el patio contabilizando a las mentes como individuos parte, es decir; Yo, tú, tu Mente y mi Mente. Disponiendo en observar como las mentes se entrometen en nuestra conexión, para estar presentes con el otro. Explicando que cuando note que su mente se entromete, diga en voz alta que su mente se entromete. Luego se invita al paciente a dar un paseo por toda la casa, teniendo como acompañantes a nuestras mentes como individuos diferentes, los cuales con capaces de describir evaluar comparar, predecir, advertir, criticar etc., este paseo tiene como regla no comunicarse con su mente con su mente ni escuchar lo que dice. Si rompe la regla debe escuchar a la mente sin mentalizarla y continuar su camino sin detenerse a pensar demasiado. Este proceso se realizó durante 10 minutos.

Luego se invitó de nuevo de paseo, pero con la mente ya unificada con la persona, es decir, solo yo y el paciente con nuestras mentes en su lugar permitiendo que la mente describa, analice, evalúe, señale etc., sin ponerse a discutir o controlar los pensamientos obsesivos y de desesperanza.

Como tarea se envió que continúe practicando la técnica de respiración diafragmática y añada cuando va a salir de su habitación la técnica de surfear en tierra.

### **Sesión 8**

***Técnicas:*** Ejercicio “Leche leche” y “ tú mente no es tu amiga”

Son técnicas utilizadas dentro de defusión cognitiva, el cual busca identificar el pensamiento obsesivo, experimentar los sentimientos de manera consciente y poder liberarse del pensamiento mediante un debate lógico sobre la naturaleza e interpretación subjetiva de la realidad. Así mismo se remueven las barreras emocionales desde las experiencias privadas por lo que son y no por lo que aparentar ser (Hayes et al., 2003).

Para iniciar se practicó la técnica de respiración diafragmática durante 5 minutos en un lugar cómodo. Posterior a ello se le pido al paciente que repita la palabra “leche leche” varias veces por 2 minutos hasta llegar al punto de que pierda el sentido y cambie de significado, con el fin de identificar como el lenguaje de nuestros pensamientos obsesivos son insignificantes y cómo influyen de manera negativa en las experiencias directas del diario vivir.

Luego se empleó el ejercicio “tú mente no es tu amiga” en donde se debatió el uso de la mente de manera consciente, sus pensamientos, su evolución y su importancia dentro de la vida de cada persona. Explicando que los pensamientos son creados por el propio individuo que las posee, sin embargo, existen alteraciones de los pensamientos cuando el individuo los atrae constantemente de manera involuntaria como el de “no tener personalidad” el cual le causa miedo e inseguridad sobre su personalidad, concienciando que no existe la probabilidad de que eso pase, luego se hizo una retroalimentación sobre los límites que debemos tener sobre nuestros pensamientos tanto positivos como negativos comprendiendo la naturaleza y poder de control personal. Además, se dio como alternativa realizar las técnicas de respiración consciente cuando se presenten los pensamientos y la ansiedad.

Como tarea se envió a continuar con el ejercicio de respiración 10 minutos diafragmática en las mañanas y antes de ir a descansar. Se recomendó la lectura de libros y salidas al parque.

## **Sesión 9**

### ***Técnica:* Cinco Sentidos**

Esta práctica ayuda a controlar la ansiedad a través de los cinco sentidos aumentando la capacidad de darse cuenta y ser consciente de sus conductas, decisiones y actividades. Así mismo ayuda a Incrementa la capacidad de sentirse único y valioso, el cual engloba a un conjunto de propuestas con un objetivo común: el cual busca recuperar la conciencia plena, atención plena o presencia atenta y reflexiva, es decir que consiste en estar presentes en el aquí y ahora, siendo observadores de lo que nos acontece durante el diario vivir sin juzgar (Altman, 2014).

Se dio comienzo explicando sobre la importancia de utilizar los cinco sentidos dentro de su vida diaria de manera consciente.

Después se realizó una intervención guiada colocándolo en lugar cómodo, y vendando sus ojos, y se empezó con 5 cosas que pueda observar diciendo el nombre del objeto en su cabeza y resaltando alguna característica en particular etc., 4 cosas que pudiese sentir como sus piernas en la silla, sus pies en el suelo, el aire etc., 3 cosas que pudiese escuchar como los sonidos más cercanos y lejanos., 2 olores que pueda identificar puede ser el olor de su ropa, comida etc., y 1 sabor que pudiera saborear como un caramelo o fruta. A continuación, se pidió que se centre en describir tres defectos y tres virtudes observándolos sin juzgarlos y aceptándolos dentro de su vida como esencia que lo hacen único e indispensable en el cual está libre de expresarse tal y como es, con o sin ansiedad frente a la sociedad. Posterior a ello se explica sobre el valor de no culpabilizarse por tener pensamientos obsesivos y conductas compulsivas y aceptarlos como eventos fuera de su control.

Como tarea se envió que practique esta técnica una vez al día, buscando un lugar cómodo y silencioso, se recomendó audio libros y salidas a caminar en el parque.

### **Sesión 10**

**Técnica:** Metáfora tablero de ajedrez.

Es una técnica que ayuda a discernir lo consciente del contenido de la consciencia. El contacto con el yo y el yo contexto resultan inherentes tranquilizadores, otorgando seguridad ante las amenazas de experiencias privadas y dando sentido de totalidad personal, trascendencia y presencia, sin objetividad de eventos traumáticos (Hayes et al., 2003).

Se inicio con la práctica de la técnica de los cinco sentidos durante 5 minutos y se procedió a explicar sobre el objetivo e importancia de la actividad. Se utilizó como material un tablero de ajedrez para una mejor comprensión, y se explicó que las piezas blancas combaten a las piezas negras, por el cual se le da el protagonismo a los pensamientos, emociones y creencias que le causan malestar como si fueran las piezas blancas, y las piezas negras como los pensamientos, emociones y creencias que le causan bienestar.

Luego se procedió a escoger uno de los pensamientos que le causa ansiedad y se lo denominó como el tema principal para la derrota del juego, se juega una ronda y se explica sobre el uso de las piezas, dándole a entender que las piezas son manejadas por él, porque él no forma parte de sus piezas, sino como el jugador principal, él que tiene el control.

Luego se retroalimentó sobre la importancia de distinguir el contenido distorsionado del contenido natural, así mismo se debatió sobre el control que debe tener frente a los pensamientos negativos y respuestas compulsivas.

Como tarea se envió que ponga en práctica la técnica de los cinco sentidos todas las mañanas, buscando un lugar cómodo y silencioso, también se recomendó audio libros y salidas al parque.

### **Sesión 11**

#### **Técnicas: Metáfora “El Jardín”**

Esta técnica busca un contacto directo con los valores introduciendo barreras en el lenguaje y considerando una construcción del futuro sin presiones, teniendo en cuenta que los valores permiten coordinación y dirección de diferentes conductas durante largos periodos de tiempo obteniendo resultados de bienestar (Hayes et al., 2003).

Para iniciar se pidió al paciente que realice la técnica de los cinco sentidos durante 5 minutos. Luego se llenó un formulario con cosas que le hacen sentir bien o le causan bienestar, deben ser sus deseos y elecciones como por ejemplo sus objetivos a corto o largo plazo, metas a futuro, creencias, amistades, familia etc. Para esta actividad se utilizó varias imágenes representativas, se relata sobre un hombre que tenía un hermoso jardín, el cual lo cuidaba mucho todos los días, le colocaba abono, agua, las limpiaba etc., sin embargo, había muchas aves que buscaban dañar su jardín. Un día el jardinero decide enfrentar a los pájaros y tomar más tiempo en ellos y descuidar su jardín. Dentro de esta metáfora se asimila a los pájaros como los pensamientos, emociones, sensaciones, críticas, creencias falsas etc., que molestan o causan daño a quien se dedica solo a ellas y deja a un lado sus actividades favoritas. Posterior a ello se retroalimentó sobre el cuidado de su jardín (sus valores, su familia, sus amigos y su lugar en donde habita), y se le enseñó al paciente que elegir y

cambiar de pensamientos es necesario para conseguir una obtener objetivos y metas saludables, siendo consciente de las verdaderas cosas que tiene significado en su vida y le causan bienestar.

Como tarea se le envió que continuara practicando la técnica de los cinco sentidos dos veces al día por 10 minutos, y se agregó que saliera de su habitación todos los días y colocara agua a una de sus plantas del jardín dándoles como significado a algo valioso que lo está cuidando.

## **Sesión 12**

### ***Técnica:*** Silla vacía

Esta es una de las técnicas de defusión cognitiva y apertura ante la experiencia logrando sensibilizar las contingencias naturales y no verbales construidas por el individuo, permitiendo responder de manera eficaz ante las demandas del ambiente, además apoya el compromiso al cambio y la acción comprometida involucrándose con acciones valiosas y dando espacio a las consecuencias de sus pensamientos, por consiguiente, como resultado la esperanza se fortalece en la habitación (Hayes et al., 2003).

Al inicio de la sesión se trabajó con la técnica de los cinco sentidos durante 5 minutos. Luego se pidió al paciente que tomara asiento en una silla y se colocó otra silla vacía al frente de él. Después de pidió que cerrara sus ojos e imaginará a sí mismo como otro individuo en la silla vacía y se pregunta sobre la lucha ineficiente que ha venido realizando desde la aparición de los pensamientos y la búsqueda de mejorarse o curarse de manera rápida e impulsiva. posterior a ello se da como instrucción que se dirija al otro individuo de la silla de enfrente y le pida perdón por los intentos impulsivos e ineficientes de sanarse, comprometiéndose a buscar mejores alternativas e incorporar las técnicas aprendidas, agregando a su marco teórico motivación y sin dejar de esforzarse, aceptar los pensamientos como son y dar respuestas conductuales adaptativas. Verbalizando lo que necesita escuchar de la otra persona como parte del proceso de perdón y aceptación.

Para finalizar se hizo una retroalimentación de todas las actividades y se realizó una actividad dinámica, por medio de juegos de mesa y lectura de un libro de filosofía escogido por el paciente.

### **Sesión 13**

#### **Técnica:** Taller familiar

Es un método de enseñanza dirigido a familias que tienen un miembro con algún trastorno mental como el TOC, el cual permite desarrollar nuevas habilidades de apoyo y afrontamiento hacia la enfermedad y cuidados del paciente, considerando que la falta de orientación se puede asociar con el manejo ineficaz de la situación de su familiar enfermo (Sáenz, 2017).

Se inicio con una la técnica de respiración en 4 tiempos durante 5 minutos. Posterior a ello se explicó sobre las consecuencias y procesos de la enfermedad, luego se proporcionó pautas sobre el manejo adecuado del paciente y estrategias de afrontamiento. Se explico la importancia de ser empáticos, de respetar el espacio del paciente, apoyar sus logros, no etiquetarlo como enfermo, motivar al cambio, no presionarlo o demostrar frustración. Así mismo se proporcionó estrategias de afrontamiento o ayuda hacia el paciente para que sean coterapeutas en casa facilitando el mantenimiento de los cambios conseguidos y ejercicios terapéuticos por medio del compromiso.

Para dar cierre a la sesión se hizo una actividad dinámica resaltando la importancia de las habilidades interpersonales y herramientas personales que pueden ser de gran apoyo al paciente.

### **Sesión 14**

#### **Técnica:** Taller familiar

Se inicio con un ejercicio de atención plena como la técnica de los cinco sentidos. Posterior a ello se pidió que escriban un comentario sobre lo importante que es su familiar enfermo recalcando lo positivo como las cualidades y virtudes observadas de du familiar, luego se pidió que anotaron en otra hoja situaciones en las cuales han reaccionaron de manera inadecuada frente a las conductas de su familiar, después se pide que lean en voz

alta y se empieza a debatir y buscar soluciones y maneras de hacerlo de manera asertiva aplicando la resiliencia a una nueva adaptación.

Para dar cierre a la sesión se hizo una actividad dinámica resaltando la importancia de conocer sobre las enfermedades mentales que puede padecer un adolescente y como ser coterapeutas de su familiar.

### **Sesión 15**

**Técnica:** Seguimiento

Al inicio de la sesión se trabajó con la técnica de los cinco sentidos durante 5 minutos, posterior a ello se aplicó los test y se retroalimentó sobre las actividades anteriores su importancia y la importancia del compromiso personal y se cerró la terapia con una actividad recreativa y motivacional, utilizando material audiovisual y deportivo.

## Capítulo Tres

### Resultados

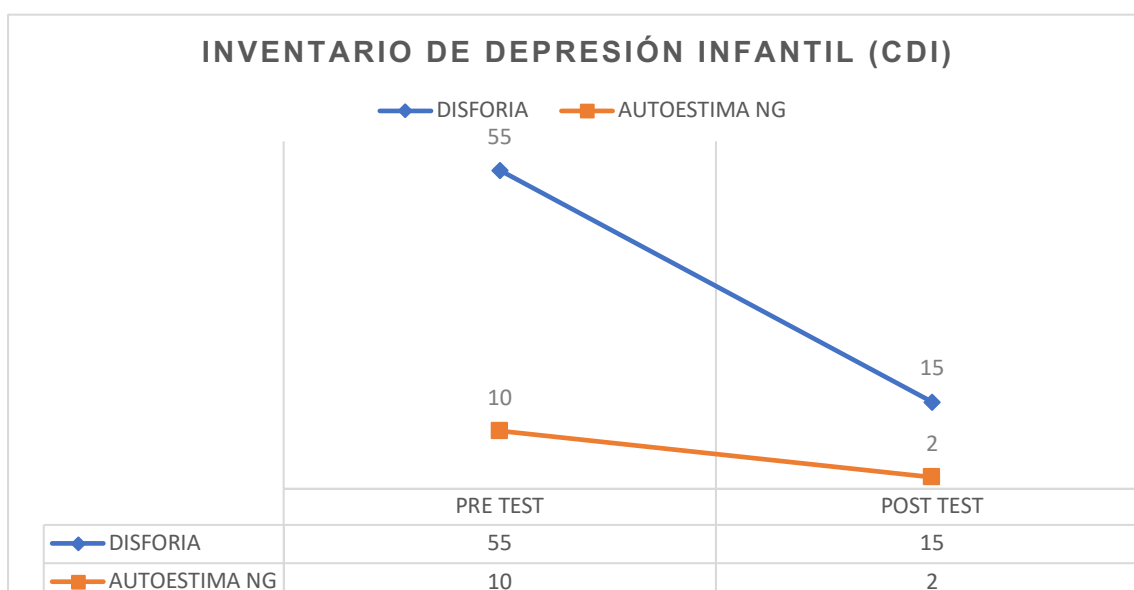
Luego de finalizar el proceso de intervención terapéutica, se realizó un seguimiento al paciente por medio de la aplicación del inventario de depresión infantil (CDI) y el inventario de síntomas (SCL90), utilizados previo al tratamiento identificando la problemática y pos tratamiento para analizar evolución y logros del mismo.

Los resultados que respaldan la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso y las técnicas de Mindfulness son positivos ya que se logró disminuir los síntomas de depresión y aumentar autoestima, cambiar su marco relacional sobre sus pensamientos obsesivos y las respuestas desadaptativas como las compulsiones, observando en el paciente cambios evidentes de mejoría a través de los resultados cuantitativos y cualitativos.

De acuerdo a los resultados pre tratamiento del inventario de depresión infantil expuestos en la (Figura 1) de manera cuantitativa, indica la presencia de disforia mínima o moderada con un puntaje de 55 y autoestima negativa con un puntaje de 10. En el post tratamiento las puntuaciones obtenidas indican un aumento significativo de mejorías, reduciendo el nivel de disforia con un puntaje de 15 e incremento de su nivel de autoestima negativo con un puntaje de 2.

**Figura 1**

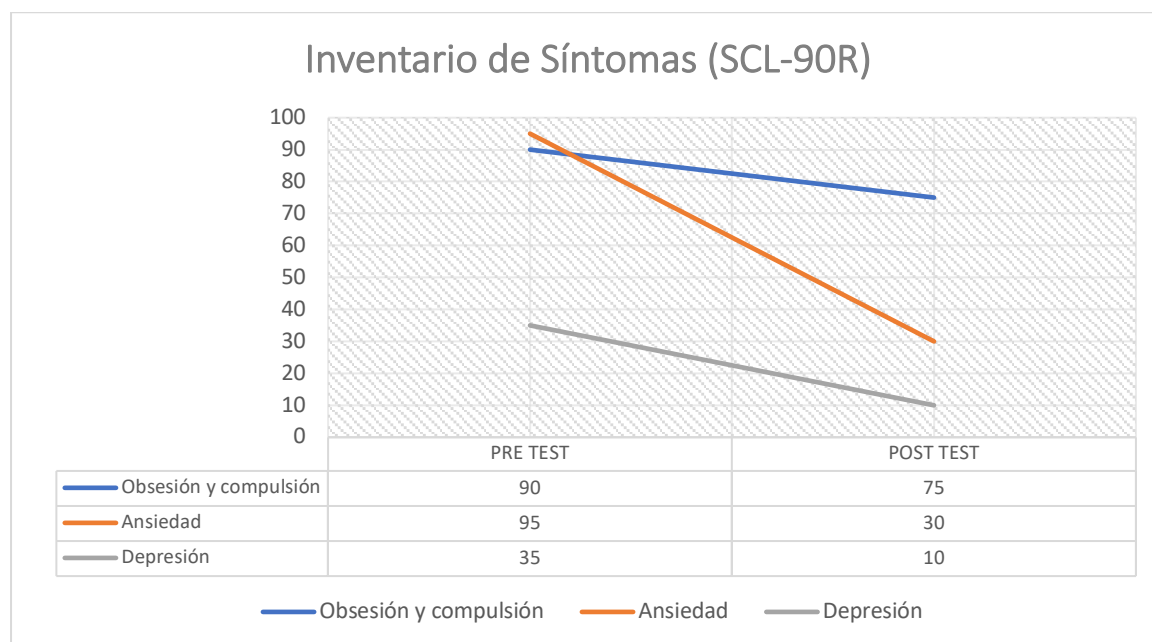
Puntuaciones obtenidas del cuestionario de depresión infantil pre y pos tratamiento



Los resultados pre tratamiento del inventario de depresión expuestos en la (Figura 2) de manera cuantitativa, indica la presencia de obsesión y compulsión con un puntaje alto de 90, ansiedad con un puntaje de alto de 95 y depresión con un puntaje leve de 35. En el post tratamiento las puntuaciones obtenidas indican una reducción significativa del 15 % de pensamientos obsesivos y compulsiones con un puntaje de 75, disminución de Ansiedad con un puntaje significativo de 30 y depresión con 10, logrando evidenciar mejorías notables del tratamiento de ACT y técnicas mindfulness.

**Figura 2**

Puntuaciones obtenidas del inventario de síntomas SCL-90 pre y pos tratamiento



A nivel cualitativo se ha logrado avances significativos observados en el paciente durante las intervenciones, evidenciando disminución de sentimientos de angustia, tristeza y desesperanza, el paciente empezó a realizar actividades ocupacionales y a socializar con sus familiares, empezó a salir frecuente y aprendió a regular su estado emocional enfocándose

en sus valores, así mismo sus compulsiones disminuyeron de manera clínicamente significativa a través de las herramientas de afrontamiento y compromiso de cambio.

## Discusión

De acuerdo a los tratamientos psicológicos en la actualidad para tratar TOC, se ha posicionado como una aproximación de primera elección, la terapia de aceptación y compromiso, de exposición de prevención de respuesta (EPR) y la terapia cognitivo conductual (TCC); como uso complementario las técnicas mindfulness, estas se muestran eficaces en la calidad de vida del afectado, sin embargo, de acuerdo a varias intervenciones psicológicas que han demostrado una mejor adherencia a permanecer en el tratamiento son las terapias de tercera generación, como es la ACT en donde se a considerado como idóneo para dar inicio a través de la aceptación y compromiso de la enfermedad, previo a las terapias a largo plazo como es la EPRR y TCC (Rascón y Rodríguez, 2021).

El objetivo del presente estudio se enfocó en aplicar la terapia de ACT y técnicas mindfulness en un paciente con TOC para la reducción de pensamientos obsesivos y sintomatologías depresivas cambiando las respuestas desadaptativas o marco relacionales ante la presencia de ansiedad, y lograr su propia autorregulación, aceptación y compromiso de cambio.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en el manual diagnóstico DSM-5 menciona que el TOC está compuesto por el cumplimiento de sintomatologías obsesivas; como pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes no deseados con respuesta de ansiedad, intentos frecuentes de suprimir estos síntomas y presencia de comportamientos reiterativos como evitación de ansiedad, estos criterios están presentes la mayor parte del tiempo causando malestar clínicamente significativo y deterioro en varias áreas del funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Por otra parte, el CIE 10 denomina que el TOC se debe a la presencia de síntomas obsesivos reconocidos como pensamientos recurrentes y persistentes acompañados de impulsos con una resistencia ineficaz, las compulsiones no son placenteras y producen malestar e incapacidad clínicamente significativo durante la mayor parte del día (Organización Mundial de la Salud, 1992). Tomando en cuenta los criterios diagnósticos se logró identificar y atribuir la

sintomatología obsesiva y compulsiva al paciente, previo a la evaluación clínica e instrumental descartando otros trastornos como los mencionados anteriormente en el capítulo de diagnóstico.

Cabe desatacar que el origen del TOC puede darse por factores desencadenantes multi causales dependiendo de las circunstancias y características propias del individuo, agrupando varias categorías en donde se resalta las alteraciones neuroquímicas, factores genéticos, problemas neurológicos o patologías clínicas, eventos traumáticos o estresores y otros factores (Rodelo et al., 2019). Es por eso que se ha considerado como un factor de causalidad a los eventos traumáticos y estresantes, ya que el paciente identificó al “video de terror visto hace 4 años” como uno de los eventos causantes de sus problemas.

Así mismo se estima que las personas con TOC pueden presentar sintomatología comórbidas de otra patologías, como la depresión, es decir que experimentan sentimientos de tristeza, desesperanza o pesimismo frustración o intranquilidad, culpa o inutilidad durante la presencia de pensamientos obsesivos y conductas repetitivas, al igual que la presencia de ansiedad con sensaciones de nerviosismo, agitación o tensión, aumento de ritmo cardiaco, hiperventilación, sudoración, temblores y problemas para concentrarse (De la Cruz, 2018). Por el cual se puede enfatizar que esta sintomatología anteriormente expuesta tiene relación con los síntomas de malestar del paciente ya que además de los pensamientos obsesivos y compulsiones, presenta sentimientos de desesperanza, tristeza, anhedonia, un estado de ánimo desequilibrado, baja autoestima y niveles altos de ansiedad como agitación, aumento cardíaco y problemas para concentrarse.

Para el proceso de evaluación diagnóstica en estudio se utilizó una serie de reactivos psicológicos. En el nivel pre test se aplicó el Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPIA), el Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley (MOCI), el Inventario de depresión infantil (CDI) y el Inventario de síntomas (SCL-90R) para identificar la presencia de síntomas base y para corroborar indicios de depresión se aplicó el CDI y el SCL-90R. Posterior a ello en el post test se realizó una evaluación con el CDI y el SCL-90R para analizar la evolución y mejorías del paciente.

En un estudio realizado por Vakili y Banafshe (2014) evaluó la sintomatología del TOC mediante un diseño intensivo de series temporales a través de la Escala Obsesivo Compulsiva De Yale-Brown (Y-BOCS), el Inventario De Depresión De Beck-II-Segunda Edición (BDI-II) y el Inventario De Ansiedad De Beck (BAI). Por otra parte, en una investigación realizada por Luque y Aguayo (2017) para su evaluación diagnóstica utilizaron el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Interpretation Of Intrusions Inventory (III), el Inventario De Depresión De Beck (BDI), el Inventario De Padua (PI) y el Penn State Questionnaire (PSWQ). Ahora bien, los instrumentos aplicados en este estudio fueron con base al acceso libre y a la edad paciente (adolescente). Por consiguiente, estos instrumentos fueron de gran beneficio ya que se logró identificar y analizar la sintomatología del TOC y sus síntomas comórbidos como la depresión y ansiedad.

Vargas et al. (2012), propone cambios en los marcos relaciones enfocados en la evitación experiencial a través de la terapia de aceptación y compromiso, esta evitación está caracterizada por esfuerzos deliberados de escapar o evitar eventos privados como emociones, pensamientos, sensaciones corporales y recuerdos que son vividas por el individuo de forma aversiva. Por consiguiente, se considera al TOC como unos de los trastornos de evitación experiencial que se relaciona con la evitación y huida del malestar en este caso de la ansiedad, por medio respuestas desadaptativas con alivio del malestar a corto plazo (Vargas y Ramírez, 2012). Por el cual se consideró necesario la aplicación de la terapia de ACT para tratar sintomatología obsesiva compulsiva propia del TOC y síntomas de depresión por medio de valores, aceptación y compromiso personal.

Se evidencio en los resultados pre y post tratamiento un cambio significativo en el paciente. Mostrando que su nivel de disforia disminuyó, al igual que sus sentimientos de tristeza y desesperanza, ya que fueron orientados a una vida basada en valores, por consiguiente, se consiguió que su autoestima incrementara de manera positiva logrando mejorar la perspectiva de sí mismo. Además, se logró disminuir un gran porcentaje de conductas evitativas y pensamientos obsesivos. Es importante destacar que la intención de la ACT y técnicas mindfulness buscan cambiar el marco relacional y adaptarse a la

sintomatología más no eliminar el malestar (Quismondo et al., 2014), por el cual se puede interpretar que los resultados son positivos porque se ha logrado disminuir un 15% sus pensamientos obsesivos y compulsiones debido a un cambio de afrontamiento ante la ansiedad enfocándose en los valores personales para no huir o escapar del malestar repitiendo conductas o compulsiones que le causan alivio a corto plazo, sino más bien reemplazando estas conductas desadaptativas con actividades de acuerdo a su interés y valores. Se evidenció la disminución de ansiedad, por medio de la autorregulación e incorporación de atención plena en el aquí y ahora, tomando en cuenta sus valores personales, por consiguiente, el nivel de depresión bajo y su aceptabilidad aumentó al igual que su compromiso al cambio.

Uno de los estudios realizados por Dehlin et al. (2013), en donde aplicaron la ACT para el tratamiento de la escrupulosidad en cinco adultos con TOC, obtuvieron como resultados datos positivos, con una disminución en la frecuencia de las obsesiones y las actividades evitadas, disminución en medidas de depresión, mejor calidad de vida y mayor aceptación, del mismo modo se puede evidenciar que los pacientes calificaron la ACT como altamente aceptable porque lograron resultados favorables en un periodo muy corto de tiempo (12 horas de terapia por paciente). En otro estudio realizado por Twohig et al. (2018), aplicaron la ACT en conjunto con la terapia de prevención de respuesta (ERP) a 58 adultos diagnosticados con TOC en un ensayo controlado aleatorio, en donde consiguieron evidenciar que los síntomas del TOC, como la depresión, ansiedad, la inflexibilidad psicológica y las creencias obsesivas disminuyeron significativamente después del tratamiento, mostrando aceptabilidad y compromiso en los pacientes para el cambio.

En relación a las técnicas de mindfulness utilizadas como complemento en el tratamiento de ACT dentro de los resultados se ha logrado evidenciar en el paciente cambios clínicamente significativos disminuyendo sus niveles de ansiedad por medio de la autorregulación y consciencia de la emoción. De acuerdo a una investigación sobre el uso de mindfulness como tratamiento en el TOC, se identificó que la atención plena muestra mejorías cuando se aplica en conjunto con otra terapia, dando un efecto positivo en la fusión de acción

de pensamiento, la evitación experiencial y la rumiación, logrando estabilizar la emoción de manera adaptativa (Fairfax, 2018).

Por otra parte, es importante destacar que el tratamiento de ACT y técnicas mindfulness son acompañadas con un tratamiento farmacológico como la fluoxetina y la risperidona, que junto a la psicoterapia mostraron efectividad en el tratamiento del paciente ya que ayudaron a aliviar sus niveles de ansiedad. En una investigación sobre la eficacia de ACT y fármacos como modalidad terapéutica en TOC, utilizaron una búsqueda bibliográfica a través de Web scraping para obtener información de diferentes pacientes con TOC, dando como resultados comentarios positivos sobre el uso de fármacos y psicoterapia, destacando que esta combinación producía una disminución significativa en los síntomas del TOC, logrando mejorar su calidad de vida (Philip y Cherian, 2021).

Un dato relevante dentro de este estudio, es que aunque existen pocas investigaciones sobre el TOC y tratamientos con terapias de tercera generación, ahora en la actualidad estos enfoques forman parte de un nuevo terreno en auge que apuntan beneficios prometedores, sin dejar de un lado a la terapia de prevención de respuesta (EPR) y la terapia cognitivo conductual (TCC) las cuales aportan también grandes beneficios a largo plazo, sin embargo se destaca que la terapia de EPR y la terapia TCC no se muestran eficaces en todos los pacientes con TOC debido a que no se sienten aún capaces de afrontar su malestar y dada la naturaleza propiamente aversiva de la exposición a situaciones y objetos temidos, ya que les resulta un procedimiento altamente negativo, por lo que estos pacientes muchas veces terminan abandonando la terapia antes de finalizarla (Quismondo et al., 2014).

En general, se puede afirmar que se lograron cambios representativos, proporcionando una mejor calidad de vida con relación a los indicadores anteriormente expuestos de los cuales se veía afectado. Además, se logró que el paciente conectara o mantuviera una mejor relación con sus pensamientos obsesivos y sensaciones depresivas consiguiendo autorregular y responder con conductas adaptativas sus emociones secundarias como es la ansiedad, por medio de la atención plena y actividades enfocadas a sus valores personales consiguiendo la aceptación y compromiso del mismo.

Por tanto, resulta de interés el analizar este caso, ya que dentro del ámbito clínico se podría llevar a cabo una intervención en aquellos pacientes con TOC ofreciéndoles una perspectiva de cambio sobre su marco relacional ante sus pensamientos y sus respuestas desadaptativas reemplazándolas por respuestas funcionales ante las emociones secundarias, así mismo es guiada por medio de valores personales, aceptación y acciones comprometidas para lograr mejorar su calidad de vida.

Respecto a las limitaciones que se presentaron en este estudio, se encuentran varios, como la falta de estudios e investigaciones dentro del país, específicamente en una población de pacientes adolescentes con TOC. Así mismo la mayoría de reactivos psicológicos cumplen una restricción de acceso, conllevando a una compleja adquisición de los mismos.

## Conclusiones

Se puede concluir que el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo establecido al paciente a deteriorado su calidad de vida, ya que su baja funcionalidad está afectando a varias áreas importantes de su vida, viéndose expuestas de manera negativa, destacando entre ellos la interacción social, desenvolvimiento educativo, funcionamiento intelectual e independencia personal, los cuales son fundamentales para el desarrollo óptimo de la misma.

Para el tratamiento especializado del paciente, se trabajó en base a las terapias de tercera generación como la ACT en conjunto con técnicas mindfulness, para tratar aspectos aversivos como pensamientos obsesivos y conductas de evitación de manera desadaptativa conllevando a realizar compulsiones como respuesta a la ansiedad, y sintomatologías comórbidas consecuentes al trastorno como la depresión, llegando a obtener buenos resultados en el paciente dentro de su intervención y tratamiento psicológico.

Finalmente, dentro del presente caso clínico, después de la evaluación pos tratamiento, se puede concluir que el proceso de intervención psicológica fue eficaz, ya que se trabajó de forma adecuada con el paciente, desarrollando habilidades que le ayudaran a conectar y a mantener una mejor relación con sus pensamientos obsesivos y sensaciones depresivas consiguiendo autorregular su ansiedad.

## **Recomendaciones**

Se recomienda que, para realizar la evaluación, valoración y diagnóstico de una persona con sintomatología de trastorno obsesivo compulsivo, se lleve a cabo mediante una exploración general del estado de la persona para indagar el origen, consecuencias y factores mantenedores, así como la revisión de exámenes médicos y tratamientos farmacológicos utilizados.

Para la atención de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo es recomendable analizar la necesidad del paciente y la acogida del tratamiento, caso contrario adaptar uno de acuerdo a su resiliencia. Además, se debe trabajar de forma organizada e integrativa involucrando a la familia.

Y por último es importante que los instrumentos pos tratamiento aborden toda la sintomatología del paciente para identificar si existió un cambio o no, enfocados en los resultados previos al tratamiento. Además de considerar la observación como parte fundamental de la evaluación y evolución del paciente para no dejar ningún síntoma problema sin ser atendido.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Altman, D. (2014). *The mindfulness toolbox. 50 practical mindfulness tips, tools, and handouts for anxiety, depression, stress, and pain*. Sirio, S.A.
- American Psychological Association. (2017, Mayo 3). *Trastornos de Ansiedad*. <https://bit.ly/3RDHexi>
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y., y Kaemmer, B. (2009). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para adolescentes*. <https://bit.ly/3td1Wd0>
- B. First, M. (2014). *Manual de Diagnóstico Diferencial*. Editorial Médica Panamericana.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., y Twohig, M. P. ( 11 de febrero de 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>
- Derogatis, L. (2002). *Manual Cuestionario de 90 síntomas*. TEA Ediciones, S.A.
- De la Cruz, N. (01 de noviembre de 2018). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Médica Sinergia*, 1-5. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.154>
- De Bruijin, C., Beun, S., de Graaf, R., Ten Have, M., y Denys, D. (6 de junio de 2010). *Subthreshold symptoms and obsessive-compulsive disorder: evaluating the diagnostic threshold*. Retrieved from Subthreshold symptoms and obsessive-compulsive

disorder: evaluating the diagnostic threshold, 40(6), 989-997.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291709991012>

Daigre, C., Roncero C, Rodríguez L, Ortega, L, Lligona, A., Fuentes S, Casas, M. (17 de abril de 2015). *Adult ADHD Screening in Alcohol-Dependent Patients Using the Wender-Utah Rating Scale and the Adult ADHD Self-Report Scale*, 19(4), 328-334.  
<https://doi.org/10.1177/1087054714529819>

De la Serna, J. (31 de Diciembre de 2020). *El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica*, 58-77. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13508028.v1>

Fairfax, H. (28 de Agosto de 2018). *Mindfulness y Trastorno Obsesivo Compulsivo; Implicaciones para Intervención Psicológica*, 2(4): 55-63. <https://bit.ly/3bpQ0yy>

Frías, A., Palma, C., Horta , A., y Bonet, J. (11 de diciembre de 2013). *Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas*. Retrieved from *Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas*, 33 (119), 595-601.  
<https://doi.10.4321/S0211-57352013000300009>

García , M., Martín, A., y Arquillo, A. (17 de Abril de 2020). *Eficacia del mindfulness en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*. <https://bit.ly/3MXBjzO>

García, P., y Magariños , M. (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. Médica Panamericana, S.A.

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, G. (2003). *Terapia de Aceptación y Compromiso*. The Guilford Press.

Hershfield, J., y Corboy, T. (2013). *Guía práctica de mindfulness para el toc*. Desclée De Brouwer.

- León , L., Lahera, G., y López, F. ( 28 de diciembre de 2014). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34 (124), 725-740. <https://doi.10.4321/S0211-57352014000400006>
- Luque, A., y Aguayo, L. (1 de marzo de 2017). Terapia de aceptación y compromiso como tratamiento de elección para el Toc: Un estudio de Caso. *Revista de Psicoterapia* , 181-196. <https://bit.ly/3AQMB6t>
- Mollá, J. (15 de enero de 2020). *Las 8 principales comorbilidades del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. <https://bit.ly/3nbrp34>
- Morga, L. (2012). *Teoría y Técnica de la entrevista*. Red tercer milenio S.C, 3–98. <https://bit.ly/3b193ik>
- Moncayo, I., y Riera José. (2015). Factores psicosociales predisponentes de depresión en pacientes varones con antecedente de infarto agudo de miocardio (iam) en el hospital carlos andrade marín (hcam). <https://bit.ly/3o6mT6w>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). “*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research*”. MEDITOR.
- Philip, J., y Cherian, V. (3 de Enero de 2021). *Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review*. <https://doi.10.1016/j.jocrd.2020.100603>
- Pérez, B. (2017). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. EDITORIAL AKADIA. <https://bit.ly/3O571we>
- Quismondo, L., Lahera, G., y Ríos, F. (15 de Junio de 2014). *Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*, 34 (124), 725-740. <https://doi.10.4321/S0211-57352014000400006>

- Rascón L, y Rodríguez, M. (20 de Octubre de 2021). *Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de adolescentes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. <https://bit.ly/3xXu8Cn>
- Rodelo, G., Villabona, L., y Galván, F. (2019). Documentary Review: Triggers of Obsessive Compulsive Disorder from 2000 to 2019. *Artículo de revisión documental para optar el título de PSICOLOGA*, 1.21.
- Sáenz, A. (4 de Abril de 2017). *El TOC pone a prueba a toda la familia: la mejor terapia es la paciencia, la empatía y el cariño*. <https://bit.ly/3y49cuA>
- Sánchez , J., López, J., López, J., Marín , F., Alcázar, A., y Gómez, A. (2011). *The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory: A reliability generalization meta-analysis International Journal of Clinical and Health Psychology*. <https://bit.ly/3aBLQ6J>
- Segura , S., Posada, S., Ospina, M., y Ospina, H. (10 de Agosto de 2010). *Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia*. <https://bit.ly/3tOttSh>
- Sinchi, M., y Suquilanda, L. (2021). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo en estudiantes de la carrera de Medicina de la universidad de Cuenca 2021* [ tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas. Repositorio institucional RI : <https://bit.ly/39F3XYJ>
- Twohig, M., Abramowitz, J., Smith, B., Fabricant, L., Jacoby, R., Morrison, K., Ledermann, T. (22 de junio de 2018). *Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial*, 108, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>

- Twohig, M., Hayes, S., y Masuda, A. (1 de Marzo de 2006). *Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder*, 13(17). <https://doi.10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Vakili, Y., y Banafshe, G. (2 de Abril de 2014). *The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder*. <https://bit.ly/3b7EW8Y>
- Vargas, L., y Ramírez, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 1-11.
- Vega , J. (2016). *La terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo compulsivo*. [Tesis de Máster, Universidad de Oviedo Facultad de Psicología] Repositorio Institucional UO. <https://bit.ly/3O4Qokq>