

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en
adolescentes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo
compulsivo**

Proyecto de investigación

Mishell Stephanie Vaca Cazares

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Sicología Clínica

Quito, 15 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de 15
a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo**

Mishell Stephanie Vaca Cazares

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico: Cherie Elaine Oertel, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 15 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Mishell Stephanie Vaca Cazares

Código: 00124011

Cédula de Identidad: 1724756828

Lugar y fecha: Quito, 15 de mayo de 2019

Gracias a Dios y a mis padres que siempre estuvieron ahí en los momentos más difíciles, al héroe de la casa y a la pequeña Lulu. Gracias a mi tutora Cherie, por ayudarme y brindarme esperanza. Gracias a Joel, por las risas, aguantar mis corajes y todo el amor que me brindo a lo largo de este proceso (T-chala y Jr.). Gracias a la mejor amiga del mundo, Allison, por acompañarme siempre y pasarme la mejor vibra. Al tío y a Rosita, por disculparme las ausencias. A mi Benito, mi cineasta favorito. A la Gisse, por darme las mejores despedidas. A las del 15216, a Joss, a mi Ricki y a quienes dudaron de mí, lo logré.

Besos, Mishell se despide.

RESUMEN

Varias investigaciones han señalado a la Terapia de Aceptación y Compromiso como una alternativa para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo debido a la aceptación por parte de los participantes y su eficacia en resultado después del tratamiento y a largo plazo (Twohig, Hayes & Masuda, 2006). Este estudio propone la aplicación de esta terapia en un grupo de jóvenes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo residentes de la ciudad de Quito, quienes asistirán a seis sesiones de intervención, cada una aproximadamente de 90 minutos. Al ser un estudio experimental se contará con la presencia de dos grupos: uno de control y otro experimental, los cuales serán medidos después de las intervenciones por medio de 4 encuestas. Al analizar los resultados, se espera comprobar la eficacia del tratamiento. Una limitación sobre el presente trabajo es que hay una gran falta de conocimiento de este trastorno en el país, lo que generaría un impacto en el acceso que se tiene hacia la población. No obstante, una de sus fortalezas es que la participación de los individuos puede ser más activa al integrarse al estudio por su propia voluntad. Es importante señalar que este estudio brindará más información respecto a este trastorno en el Ecuador, impulsando así las investigaciones futuras.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, cognición, terapia de aceptación y compromiso, valores, adolescencia.

ABSTRACT

Several investigations have pointed to the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as an alternative treatment for obsessive compulsive disorders; due to its immediate and long-term effectiveness. This study uses an experimental design to analyze the effectiveness of ACT in young people from 15 to 18 years of age with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder who reside in the city of Quito. Participants will attend six ninety-minute sessions. Upon completion of the intervention, four surveys will be administered to members of both the control and experimental groups, in order to assess differences between groups. It is anticipated that the results will support the efficacy of ACT. The great lack of knowledge of this disorder in the country is one limitation in this study, since it might have an impact on the access to the population. However, one stronghold is that the adolescents agreed to participate voluntarily in the study, they might have an active participation. This study is important because it will provide information about OCD in Ecuador, thus promoting future research.

Key words: obsessive compulsive disorder, cognition, acceptance and commitment therapy, values, adolescence.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INDICA DE TABLES.....	9
INDICE DE FIGURAS.....	10
 INTRODUCCIÓN	
Planteamiento del problema.....	11
Justificación del problema.....	11
Objetivos	12
 MARCO TEÓRICO	
<i>Adolescencia</i>	13
<i>Cambios en la adolescencia</i>	13
<i>Trastorno obsesivo compulsivo</i>	15
<i>Desarrollo histórico del trastorno obsesivo compulsivo</i>	16
<i>Prevalencia en adolescentes</i>	17
<i>Sintomatología en adolescentes</i>	17
<i>Factores Etiológicos</i>	19
<i>Comorbilidad</i>	20
<i>Tratamiento y conflictos</i>	21
<i>Desarrollo del tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo</i>	22
<i>Terapia de aceptación y compromiso</i>	24
<i>Procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	26
<i>Reconocimiento y aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	27

DISEÑO Y METODOLOGÍA.....	30
<i>Diseño</i>	30
<i>Población</i>	31
<i>Instrumentos</i>	32
<i>Procedimiento de recolección de datos</i>	34
<i>Análisis de datos</i>	35
<i>Consideraciones Éticas</i>	36
DISCUSIÓN.....	38
<i>Fortalezas</i>	38
<i>Limitaciones</i>	39
<i>Recomendaciones para futuros estudios</i>	39
REFERENCIAS.....	41
ANEXO A: INSTRUMENTOS	
<i>Encuesta sociodemográfica</i>	54
<i>Traducción y adaptación cultural de la escala Yale-Brown Obsessive Compulsive (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos</i>	55
<i>Versión traducida al español de la escala Yale-Brown para TOC (CY-BOCS)</i>	58
<i>AFQ-Y</i>	64
<i>Fases de la Terapia de Aceptación y Compromiso</i>	68
ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
<i>Asentimiento informado para menores de edad</i>	78
<i>Consentimiento informado para representantes legales</i>	79
<i>Consentimiento informado mayores de edad</i>	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1. Ejemplos de obsesiones, compulsiones y conductas evitativas.....	18
---	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura #1. Procesos psicológicos que ACT busca fortalecer.....27

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN
APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN
ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS CON TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO

Planteamiento del problema

El trastorno obsesivo compulsivo es una psicopatología que se caracteriza principalmente por la presencia de obsesiones y compulsiones. Estos factores generan un desbalance en la vida de la persona, ya que este patrón requiere mucho tiempo e inhibe a la persona de realizar sus actividades diarias. Se brindará información detallada de este trastorno más adelante. Otro aspecto importante que se ha visto es el desarrollo de esta psicopatología durante la niñez y la adolescencia, por lo que en los jóvenes se puede ver un desajuste en diferentes áreas: familiar, académica y social.

Por lo tanto, al ver la terapia de aceptación y compromiso como una oportunidad de combatir esta patología, se formuló la siguiente pregunta: ¿Hasta qué punto la terapia de aceptación y compromiso reduce los síntomas en una población adolescente con trastorno obsesivo compulsivo?

Justificación

La cantidad de estudios efectuados en poblaciones menores de edad sobre patologías tiene una gran discrepancia en cuanto al número de estudios basados en una población adulta; puesto que la mayoría de los estudios han tomado como referentes de análisis a sujetos mayores de edad (Arrieta & Barboza, 2014). En el caso del trastorno obsesivo compulsivo, la investigación experimental en adultos es más desarrollada que en adolescentes (Armstrong,

Morrison & Twohig, 2013). Hecho que genera, un riesgo de gran magnitud, pues existe una gran falta de diagnóstico e intervención temprana (Ollendick & Neville, 2010).

Se ha considerado al trastorno obsesivo compulsivo como un problema en el contenido cognitivo, generando una inflexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig y Wilson, 2004). Por lo que nos centraremos en el funcionamiento de la terapia de aceptación y comportamiento en TOC que reduce el dominio de estos pensamientos y se centra en el espacio cognitivo donde ocurren todas las obsesiones y compulsiones. Cuando esto ocurre las personas hacen un mayor contacto con los eventos presentes reales, generando un comportamiento más funcional (Twohig, 2009). Además, tras ver sus resultados positivos, como la adherencia al tratamiento, en comparación a otras terapias (Smout, Hayes, Atkins, Klausen & Duguid, 2012), se la considera una alternativa viable para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes.

Por otro lado, no hay suficientes datos o fuentes de información respecto a este trastorno psicológico en la ciudad de Quito y todo el país. Como tampoco se ha encontrado estadísticas o datos de este desorden en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Por lo que, al recopilar información de cada participante se tiene una perspectiva más amplia del impacto de este trastorno en la ciudad de Quito.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

El objetivo general es aplicar la terapia de aceptación y compromiso en un grupo de adolescentes, entre los 15 y 18 años, con trastorno obsesivo compulsivo.

Objetivo Específico

Sustentar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso para el trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes.

Marco Teórico

Adolescencia

El término adolescencia proviene de la palabra “adolescere” en latín, que al traducirla significa crecimiento (Güemes, Ceñal & Hidalgo 2017). Por lo que se comprende que la adolescencia es la etapa de desarrollo entre la infancia y la adultez, la cual al ser un periodo de transición es diferente para cada persona. La edad de inicio de esta fase es a los 10 años y culmina a los 19 (UNICEF, 2002), especificando tres etapas de esta según la edad: adolescencia inicial, que va de los 10 a los 14 años; adolescencia media, de los 15 a los 17; y adolescencia tardía, de los 18 a los 21 años. Este paso del desarrollo se ha visto acompañado de múltiples cambios en diversos grados, ya sea a nivel cognitivo, biológico, social y sexual (Carretero, Marchesi & Palacios, 1998), así como la participación de diferentes factores que intervienen con la naturaleza de tal transformación (Coleman & Hendry, 2003).

Cambios en la adolescencia

Durante esta fase, se presentan varios cambios hormonales: en ambos sexos hay incremento de la hormona estimulante del folículo, de la hormona luteinizante y estradiol. Mientras que en los hombres se incrementa la producción de testosterona, y en las mujeres se da un aumento de progesterona (Diz, 2013). Por otro lado, los cambios físicos son lo más notorios, dado que son los más visuales. Los individuos suelen aumentar de peso, estatura, fuerza y de masa muscular. Además, hay una maduración en los órganos, especialmente los sexuales. Lo que, a su vez, involucra el incremento del deseo sexual (Pineda & Aliño, 2002).

Respecto a los cambios psicosociales surgen preocupaciones sobre el aspecto corporal, la lucha por la independencia, la integración y establecimiento de relación y, sobre todo, el desarrollo de la identidad (Pineda & Aliño, 2002). Al adquirir un mayor interés sobre sí mismos y el medio en el que se desenvuelven, los individuos dan inicio a la búsqueda de nuevas experiencias y el desarrollo en el ámbito social y cognitivo. Al implementar nuevas vivencias, adquieren un abordaje propio del mundo por medio de sus experiencias. Como resultado, adaptan otras perspectivas sobre el mundo, lo que incrementa la intriga respecto a sus valores, el área sexual, el existencialismo, su personalidad, entre otros aspectos (Parolari, 1995).

Como se mencionó, esta es una etapa llena de cambios y adaptaciones, por lo que se la considera como una época muy vulnerable. Especialmente en las cogniciones, empiezan a surgir cierto tipo de pensamientos. Es normal que, durante su desarrollo, los adolescentes proyecten alguna muestra de obsesiones o ciertos tipos de rituales. Salkoyskis expuso que los pensamientos intrusivos son un suceso común, alrededor del 90% de las personas menciona tener esta clase de pensamientos (1985). Sin embargo, estas conductas se vuelven un problema cuando tienen un impacto negativo, y se genera un desajuste en diversas áreas vitales (Leonard, Goldberger, Rapoport, Cheslow & Swedo, 1990), es ahí cuando los trastornos tienen su origen.

Por lo que, la situación cambia para aquellas personas que son diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo. Estos pacientes experimentan y reaccionan a estos pensamientos de manera diferente (Rachman & de Silva, 1978). Kanner señaló que las personas crecen con un pensamiento moralista y, cuando vienen a su mente, ciertas ideas o imágenes que contradice con sus valores entran en conflicto (1949). Esto es lo que pasa en el

trastorno obsesivo compulsivo, las personas perciben sus pensamientos como intrusivos e inapropiados, lo que aumenta sus niveles de ansiedad (Vallejo, 2001).

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo, mejor conocido como TOC, se caracteriza principalmente por la presencia recurrente de pensamientos o imágenes, denominadas obsesiones, los cuales son percibidas como ajenos o literales, teniendo una fusión cognitiva (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Y, por el establecimiento concurrente de compulsiones, que son acciones para neutralizar y disminuir dichas obsesiones. Estos actos compulsivos, usualmente, tienden a automatizarse.

Casi en el 90% de los casos, se percibe ambos componentes: las obsesiones y las compulsiones (Vallejo, M. 2001), generando una gran incomodidad en la persona: toman gran parte de su tiempo y afectan en las actividades que realiza e intervienen en su vida diaria (American Psychiatric Association, 2013). Existen algunos ámbitos de creencias que se relacionan con el mantenimiento de este desorden, siendo: la sobrevalorada atención hacia los pensamientos propios y el control de estos, ideas de hiper-responsabilidad, sobrevaloración del peligro, el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001).

Este trastorno neuropsiquiátrico de ansiedad es uno de los más sobresalientes, dado que afecta del 1.9 al 3.5% de la población general (Flores, Cruz & Vera, 2011), llegando a posicionarse como el cuarto trastorno más común (Arrieta & Barboza, 2014) y como una de las 20 causas de años perdidos por discapacidad, según reportes de la OMS (2001). En algunos casos, los efectos de esta patología tienen un nivel severo de gravedad, que su impacto genera discapacidades y déficits en varias áreas de funcionamiento, así como bajas

puntuaciones respecto a la calidad de vida (Kugler et al., 2013). Desde su descubrimiento, ha sido motivo de controversia, a causa de las manifestaciones que exhibe y el impacto que tiene en las personas. De manera que ha obtenido así un gran desarrollo conceptual desde su descubrimiento, siendo renombrado constantemente y expuesto a diversas teorías y tratamientos.

Desarrollo histórico del trastorno obsesivo compulsivo

La sintomatología presente en este trastorno fue descrita alrededor del siglo XVII, cuando las personas creían que las obsesiones provenían de fuerzas malignas (Toro, 2001). Por lo cual, en manera de castigo, quienes convivían con ellos, los quemaban vivos para que paguen por sus acciones (Yaryura & Neziroglu, 2001). Para el siglo XIX, las investigaciones dirigieron su enfoque hacia este tema. Aunque, aun necesitaban conocer las bases sobre este desorden.

En 1838, Jean-Étienne Dominique Esquirol describió un trastorno similar al obsesivo compulsivo. Después de un tiempo, se estimó que el trastorno obsesivo compulsivo, únicamente, se asociaba a la población adulta (Arrieta & Barboza, 2014). Adicionalmente, lo describieron como exclusivamente una patología de carácter emocional. Aunque al tener carente información y grietas en su teoría, aun no existían guías concretas para su tratamiento (Rodríguez & Ramos, 2010). En 1903, Pierre Janet sugirió que la personalidad de las personas con el trastorno obsesivo compulsivo era anormal, psicastenia. Dicho tipo de personalidad sobresalía principalmente por la preocupación excesiva y la ansiedad (De Alvarenga, Mastrosoa & do Rosário, 2018).

Al tener más conocimiento y recopilar más información, el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales empezó a estructurar los criterios del trastorno obsesivo

compulsivo (American Psychiatric Association, 2000), el cual no hace diferencia entre niños, adolescentes y adultos (American Psychiatric Association, 2013). A pesar de que, en niños y adolescentes, las manifestaciones del trastorno no son tan perceptibles y pueden mutar con el tiempo, incrementando o disminuyendo (Arrieta & Barboza, 2014), de la misma manera que su intensidad y gravedad (Montero y Flores, 2011).

Prevalencia en adolescentes

En las dos últimas décadas, esta psicopatología ha sobresalido como una de las patologías más perjudiciales en la población adolescente (Stewart et al., 2004). Tiene una prevalencia alrededor del 0,05% (Elkins et al., 1980). Sin embargo, estos porcentajes han incrementado de manera exponencial en los últimos años (Flores, Cruz & Vera, 2011), indicando las consecuencias de este trastorno en edades tempranas. Las prevalencias de este trastorno y su prevalencia subclínica son, respectivamente, del 4% - 19%; presentándose mayormente en varones 2:1 o 3:2. (Rodríguez & Ramos, 2010).

Sintomatología en adolescentes

En consideración a la sintomatología en adolescentes, las compulsiones más comunes son las de acumulamiento con un 36%. Mientras que las obsesiones más frecuentes, reportadas por las evaluaciones, fueron de agresión y de daño con un 69%, seguidas por aquellas relacionadas a contenidos religiosos y sexuales con un 36% (Geller et al., 2001), por lo que se comprende que los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo están vinculados a las diferentes etapas de desarrollo y edad (Rettew, Swedo, Leonard, Lenane & Rapoport, 1992).

Cuando los jóvenes tienen todos estos pensamientos y acciones, buscan calmar su angustia y lidiar con sus síntomas, aunque no conozcan o tengan clara su situación respecto al

desorden. Intentan pensar en otras cosas o racionalizar sus pensamientos (Kanner, 1949), lo cual es simplemente una solución a corto plazo, que no cumple con su finalidad, incrementando así la desesperanza e indisposición.

EJEMPLOS DE OBSESIONES Y COMPULSIONES			
	OBSESIONES	COMPULSIONES	CONDUCTAS EVITATIVAS
1. Agresión y daño	Surgen ideas sobre saltar a vías del tren, matar a alguien con un cuchillo o ahogarlo con materiales como fundas o sogas. También tienen pensamientos sobre empujar a otras personas por las escaleras o ventanas.	Revisan repetidamente el seguro de las puertas y las perillas de la cocina. Frecuentemente se inspeccionan para ver si se encuentra herido.	Evitan lugares relacionados a sus pensamientos indeseados, también evaden quedarse solo con personas a quien imaginado agredir. Ocultan objetos considerados como peligrosos.
2. Contenido religioso	En su mente se generan imágenes blasfemas, o se ciertas dudas religiosas y algunos pensamientos considerados como de culpa o inmorales.	Asistir a misa para confesarse constantemente. Realizan ofrendas a Dios o hacen penitencias y llevan a cabo castigos.	Asistir frecuentemente a misa y orar.

3. Contenido sexual	Surgen dudas sobre su identidad y orientación sexual. Además de pensamientos sobre órganos sexuales y actos indeseados, como violar a alguien.	Piensan en otras cosas, se acuerdan de vivencias heterosexuales y hacen rituales mentales como contar en rangos numéricos.	No quedarse solo con las personas referentes a los pensamientos o del sexo preferido.
4. Muerte	Tienen pensamientos relacionados con la muerte sobre sus padres, hermanos o seres queridos.	Suelen llamar a las personas constantemente, piensan en que están vivas.	No hablar de temas relacionados con la muerte, evitar cementerios.
5. Contaminación	Tienen pensamientos de contagiar o contagiarse de algún tipo de gérmenes, fluidos, animales.	Se duchan y desinfectarse repetidamente. Lavan sus pertenencias personales constantemente.	Usar guantes, evitar el contacto con otros.
6. Orden	Ideas como si no colocan simétricamente algún objeto algo malo sucederá, al igual que si no hacen todo perfectamente, como: escribir y leer correctamente.	Ordenan objetos de manera establecida, corroborar que todo esté en orden constantemente, leen y escriben lentamente.	Evitar que otros toquen objetos.

(Bados, 2005).

Tabla #1. Ejemplos de obsesiones, compulsiones y conductas evitativas

Factores Etiológicos

Existe la suposición que el trastorno obsesivo compulsivo se origina por la intervención de factores biológicos, combinados con la crianza y ciertos estresores

(Rodríguez & Ramos, 2010). Se ha visto que el trastorno obsesivo compulsivo tiene un carácter genético, pues posee un 45-65% de heredabilidad. (De Alvarenga, Mastrorosa & do Rosário, 2018). Respecto al papel que desenvuelve la familia en la vida de cada individuo, al igual que la dinámica familiar, se involucran y participan en los rituales que poseen los adolescentes (Kanner, 1949), mayormente de manera inconscientemente, los impulsan y refuerzan el mantenimiento de los mismos. Respecto al número de miembros en la familia, no se ha encontrado alguna relevancia. Pese a ello, se ha encontrado representaciones excesivas del trastorno en primogénitos e hijos únicos (Snowdon, 1979).

En cuanto a las variables raciales y socioeconómicas, no se han encontrado diferencias (Kaylon y Borge, 1967). Existe más probabilidad de que este trastorno se desarrolle en circunstancias o entornos de control que sustenten el control emocional e impidan la autonomía (Twohig, M. (2009). En relación con aspectos que desencadenan esta patología, 64% de los casos han tenido antecedentes familiares; mientras que en un 15%, se ha manifiesta debido a la presencia de un estresor (Geller et al., 1998). Hay que resaltar un aspecto de un estudio, varios pacientes con este trastorno reportaron un historial de lesiones a nivel craneal, tales como mayor frecuencia de traumatismos en el parto (Capstick y Selstrup, 1977) o disfunción neurológica (Jenike, 1974).

Comorbilidad

Frecuentemente, este trastorno surge juntamente con otros problemas. Una encuesta realiza, indicó que, de 70 menores de edad con este trastorno, únicamente, el 26% padecían solamente del trastorno obsesivo compulsivo (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989). Otro estudio sugirió que, a lo largo de su vida, al menos dos tercios de los pacientes con TOC viven con algún otro desorden psiquiátrico (Eisen et al., 1999), como

trastornos por tics, afectivos, de ansiedad y síntomas psicóticos (Salcedo, Vásquez & Manuel, 2011). En adolescente, los trastornos más frecuentes son los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, depresión, trastorno negativista desafiante (Montero & Flores, 2011) y desordenes alimentaciones, siendo la anorexia el trastorno más sobresaliente (Behar, Barahona, Iglesias & Casanova, 2008).

Tratamiento y conflictos

Este trastorno cuando se origina en la infancia tiende a seguir un diagnóstico persistente (Skoog & Skoog, 1999). Al no recibir ningún tipo de tratamiento, para el 33% al 50% de los niños y adolescentes, el desorden continuo su curso hasta la edad adulta (Goodman, Rudorfer y Maser, 2000). Sin embargo, la detección temprana de esta enfermedad para un diagnóstico y tratamiento apropiado es un reto para el sistema de salud, pues existe una falta de conocimiento por parte de muchas personas, respecto a su sintomatología e historial familiar, lo cual no permite que recurran a consulta. Por el contrario, incrementa su malestar (Vásquez, Rodríguez, Martín & Rodríguez, 2003). En años anteriores, las personas con este desorden buscan ayuda en profesionales que no son especialistas, como: dermatólogos, neurólogos, obstetras y más (Rapoport, 1988). Aunque en la actualidad, los trastornos de ansiedad son más reconocidos, muchas jóvenes tienen baja introspección o niegan la posibilidad de tener cualquier tipo de desorden.

La OMS indica que más de la mitad de los individuos que padecen este trastorno no han recibido atención médica (Flores, Cruz & Vera, 2011), ya sea por vergüenza, temor y falta de información. En un estudio realizado en la ciudad de México, el 80% de los pacientes asistían a consulta por su sintomatología comórbida, sin tener conocimiento sobre sus obsesiones y compulsiones (Montero & Flores, 2011). Los motivos principales de consulta

son: angustia, inhibición social, tristeza, temor a que le ocurra algo a padres, dolor abdominal recurrente (Vasquez & Rodríguez, 1996). Esto puede generar un incremento de subdiagnóstico o un diagnóstico erróneo, lo cual impide que la persona tenga acceso a un tratamiento (Vásquez, Rodríguez, Martín & Rodríguez, 2003).

Desarrollo del tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo

Al aludir acerca el abordaje terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo, se puede decir que este ha sido tradicionalmente conflictivo. Se lo considerado como un desorden muy resistente al tratamiento, debido a su manifestación y factores individuales que lo intensifican (Neziroglu, Henricksen & Yaryura, 2006). Hasta el punto de considerarlo como una problemática intratable (Coryell, 1981).

En un inicio, se empleó el tratamiento psicodinámico, mas este no alcanzo el objetivo deseado, el progreso de los pacientes fue mínimo y transitorio (Vallejo, 2001). Al no notar cambios, se cambió de estrategia. Por lo que se promovió la aplicación de técnicas aplicadas en fobias, tales como la desensibilización sistemática y la intención paradójica centrada en la verbalización repetida de los pensamientos obsesivos (Beech y Vaughan, 1978). Tras su aplicación se obtuvieron resultados más significativos.

Alrededor de la década de los 60, hubo prosperidad referente al tratamiento de este desorden cognitivo con la aplicación de procedimientos de exposición con prevención ritual (Vallejo, 2001). Durante esa época, el valor de los psicofármacos y su eficiencia también fueron recalables (Fernández y López, 1967), siendo los más empleados en este trastorno: los ansiolíticos como los benzodicepinas y los antihistamínicos, o inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluvoxamina y sertralina (Salcedo, Vásquez & Manuel, 2011).

En periodos posteriores, el trabajo de Beck (1976) tendría una impresión en la comprensión y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Gracias a esto, se tomó a consideración la función de los pensamientos y como estos son interpretados y valorados por los pacientes. Desde su desarrollo, el objetivo de la corriente conductual ha sido posicionarse como uno de los tratamientos más validos (Vallejo, 2001), ya que dispone de una metodología y sustento empírico (Álvarez, 2006). Por lo que se puede comprobar o refutar la teoría al aplicarla y revisar la información. A pesar de ser uno de los tratamientos más reconocidos para este trastorno, no han mostrado su efectividad para todos los usuarios (Olatunji, Davis, Powers, & Smits, 2013), pues se ha notado una respuesta nula o mínima en algunos jóvenes con este desorden (Freeman et al., 2009).

Aunque lo óptimo sería trabajar con los individuos de manera combinada entre psicoterapia y farmacología. Pues, existen factores individuales y contextuales, que dificultan la adaptación de técnicas (Gillihan, Williams, Malcoun, Yadin & Foa, 2012). Por ejemplo, en la actualidad, a pesar de que los procedimientos de exposición con prevención ritual habían demostrado efectos positivos en cuando a su efectividad. Tuvo dificultades al posicionarse como el mejor tratamiento, al tener altas tasas de rechazo y abandono (Twohig, Whittal, Cox & Gunter, 2010), siendo estas aproximadamente del 25% (Abramowitz, Taylor y McKay, 2009). Por otro lado, en los pacientes, el consumo de medicación ha generado consecuencias adversas, que producen intranquilidad y pesadumbre en los pacientes (Walsh & McDougle, 2011). Por lo que, al sentir el impacto de la medicación y de sus efectos secundarios, varios pacientes no desean continuar con el tratamiento.

En cuanto al seguimiento de este trastorno, se ha presenciado poca adherencia al mismo. Este hecho es otro obstáculo para el tratamiento (Simpson, Huppert, Petkova, Foa &

Liebowitz, 2006), pues no se posee tanta información a nivel longitudinal. Por estos y más hechos, se busca incorporar enfoques con base empírica, que incorporen aspectos motivacionales. Las circunstancias impulsaron la investigación y surgimiento de otra línea de investigación centrada en el lenguaje y su relación con la cognición (Barnes-Holmes & Roche, 2001), basada en la teoría del marco relacional (Hayes et al., 2001). A este enfoque se lo denomino la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Terapia de Aceptación y Compromiso

En las últimas décadas, se dio apertura a la prosperidad de las Terapias de Tercera Generación, donde se incluye la Terapia de Aceptación y Compromiso (Higuera, 2006). Desarrollada por Hayes, alrededor de 1980 (Hayes, 1987), mejor conocida por sus siglas en inglés como ACT, este tratamiento se basa en la consciencia universal, mindfulness (Zettle & Hayes, 2002).

Este enfoque, la atención plena es la conciencia consciente de interés y aceptación que se sostiene en el presente, aquí y ahora (Heydari, Masafi, Jafari, Saadat & Shahyad, 2018). Así los individuos permiten la fluidez y surgimiento de pensamientos e ideas, sin distraerse o dejarse llevar por las mismas, no intentan controlarlas o darles un juicio. Cuando se observa los pensamientos de esta manera, aun cuando se los perciba como negativos y amenazadores, suelen ser más tolerables (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

La base de esta terapia se centra en dos teorías: la primera es la teoría del marco relacional, que explica el enlace entre el comportamiento relacional y el lenguaje (Barnes, Barnes, Smeets, Cullinan & Leader, 2004), explica que por medio del lenguaje y la cognición se puede trabajar en ciertos eventos. La segunda teoría es la del contextualismo funcional (Biglan & Hayes, 1996) por lo que no solamente aborda y examina aspectos disfuncionales,

sino que también comprende las respuestas conductuales y las ubica en un contexto y postura histórica (Lamar, Wiatrowski & Lewis-Driver, 2014).

El funcionalismo completo de la terapia permite que el contenido de los pensamientos no sea considerado de forma literal, más bien es su función la que constantemente se examina. Esta terapia busca que una respuesta constructiva ante ciertas situaciones, y la aceptación de ideas y sentimientos desafiantes (Zettle & Hayes, 2002). Por lo tanto, se comprende que la fuente principal de una patología es una situación específica ligada al lenguaje y cognición que generan algún tipo de inhabilidad en la persona.

El sufrimiento psicológico se distingue por factores como: la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la desconexión empírica con la experiencia continua, el autoapego conceptual excesivo, una dirección débil de la vida y la voluntad ausente para desafiar situaciones internas (Ossman, Wilson, Storaasli & McNeill, 2006). De modo que, la existente evidencia indica la relación entre la falta de flexibilidad psicológica y los síntomas de este trastorno (Abramowitz, Lackey, & Wheaton, 2009). Por lo tanto, la terapia de Aceptación y compromiso se concentra en experiencias dolorosas, ya sea de manera activa o pasiva (Hannan y Tolin, 2005), que a su vez son propulsoras de la rigidez psicológica (Twohig, 2009).

Además, trabaja en cambios de segundo orden (Mandil, 2017) como es la fusión cognitiva donde el comportamiento se regula de manera inadecuada por medio del lenguaje (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Esta fusión cognitiva sostiene la evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996), cuyo objetivo es evadir el dolor. Existen aspectos que contribuyen con el aumento de la inflexibilidad psicológica: el yo

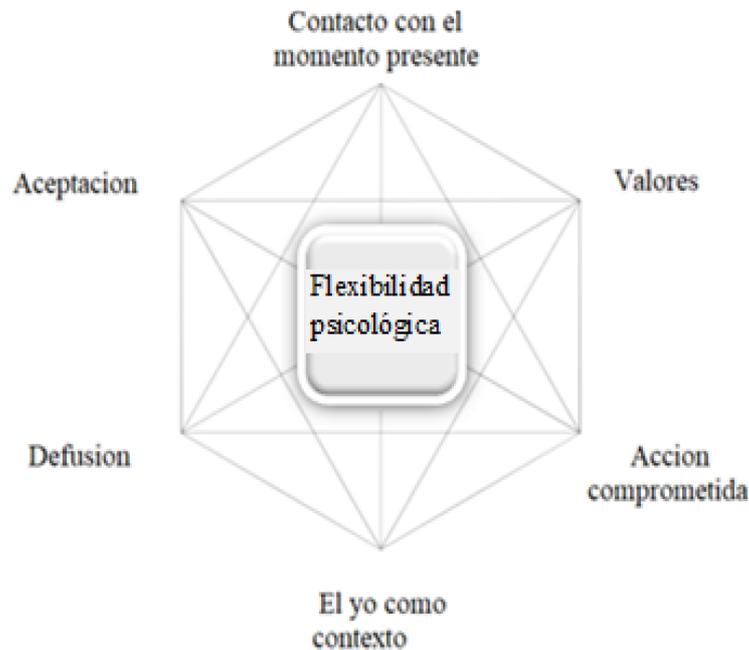
conceptualizado y el presente y pasado conceptualizado (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Por lo que el objetivo de este enfoque se centra en este aspecto, el cual impulsa la actividad de comportamientos positivos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), para el cambio de comportamiento y el aumento en la calidad de vida (Twohig, 2009). Emplea seis procesos principales, para cambiar algunos contextos funcionales relacionados con las obsesiones y la ansiedad que experimenta, los cuales son: la aceptación, la difusión, el yo como contexto, estar presente, los valores y la acción comprometida (Vakili, Gharraee, Habibi, Lavasani & Rasoolian, 2014).

En consecuencia, el ACT no busca reducir o cambiar el contenido de los pensamientos incómodos; por el contrario, uno de los objetivos de ACT es alterar la función de dichas cogniciones y aumentar la flexibilidad psicológica, Esta flexibilidad representa a la postura consciente y no literal hacia experiencias internas y externas (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), permitiendo respuestas conscientes en el presente.

Procesos de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso posee seis procesos principales, los cuales establecen la flexibilidad psicológica. Siendo estos: la aceptación, la defusión, el yo como contexto, el contacto con el momento presente, los valores y la acción comprometida (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Estos procesos se interrelacionan y se superponen entre sí.



(Hayes, Strosahl & Wilson, 2009).

Figura #1. Procesos psicológicos que ACT busca fortalecer.

La aceptación es fundamental en este proceso, al aceptar los sucesos internos y externos, la persona está activa y consciente, los acepta sin hacer nada, por lo que esta es una buena alternativa para la evitación experiencial. La defusión cognitiva busca el distanciamiento de pensamientos para aceptarlos y describirlos sin responder de manera emocional. En el yo como contexto, y no como contenido, es el yo que puede aceptar sus eventos internos. El contacto con el momento presente quiere que la persona sea activa y se centre en el aquí y ahora. Por otro lado, al tener deseables direcciones vitales, los valores deben ser percibidos de manera conductual, mas no como un objetivo. Finalmente, la acción comprometida para el cambio, se trata de basarse en sus valores y asumir consecuencias (López, 2015).

Reconocimiento y aplicación y de la Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha obtenido reconocimiento al ser uno de los tratamientos más prometedores (Wilson, Hayes & Strosahl, 2003), por lo que ha experimentado un mayor desarrollo y sustento empírico. El sustento teórico de ACT se adapta a la sintomatología presentada por el trastorno obsesivo compulsivo, ya que estos pacientes no son capaces de distanciarse de algunos hechos, por lo que están fusionados cognitivamente. Los individuos con obsesivo compulsivo tienen escaso control cognitivo de situaciones futuras y pasadas, así como de su autoconcepto, pues se encuentran ligados a su yo conceptual. Su perspectiva hacia sus valores es baja, pues sus compulsiones tornan alrededor de su vida (Twohig, Moran & Hayes, 2007). Al afrontar la idea de que sus experiencias internas son aversivas, este tratamiento busca que el paciente las vea como una experiencia normal humana (Wheeler, 2017).

Para cambiar estos componentes dentro de la persona, la presente terapia incorpora diferentes métodos o ejercicios, cuya dialéctica se comprende a partir del aprendizaje relacional (Luciano & Valdivia, 2006). En terapia, se hace empleo de metáforas, paradojas y ejercicios de exposición plena que establecen al paciente siempre en el presente. El propósito de estas herramientas no es llegar a ser consideradas literales o establecidas como reglas, sino que se emplean con el fin de que cada individuo acepte sus eventos privados. También, se hace uso de los valores de cada persona y de las direcciones que elige para su vida (Greco, Blackledge, Coyne, y Ehrenreich, 2005). por lo que es una gran opción para los adolescentes. Puesto que, durante esta etapa de desarrollo, exploran sus valores y fomentan sus ideas abstractas.

Para ello, la evaluación inicial que se le hace a cada paciente es fundamental para poder brindar calidad asistencial. Conocer aspectos como el estado de cada paciente, su

calidad de vida, cuantos años tienen, nos permitirá identificar que ejercicios pueden realizar dependiendo de su edad (Murrell, Coyne y Wilson, 2005). Se podrán implementar herramientas como los diagramas, para efectuar una distinción de eventos internos y externos (Greco et al., 2005). Dentro de terapia, estos procesos centrales se intercalan dependiendo de la situación del paciente, se determina que proceso será el más óptimo en ese momento. En contraste los ejercicios son estructurados por tiempo y según la actividad a realizar, y es importante señalar que son los pacientes quienes eligen que ejercicio practicar (León, Lahera & López, 2014).

Esta terapia a sobresalido, también, gracias a los distinguibles grados de adherencia que mantiene (Smout, Hayes, Atkins, Klausen & Duguid, 2012). Hay investigaciones que han demostrado la eficacia de esta terapia como procedimiento para otros trastornos de ansiedad (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y del espectro obsesivo compulsivo, tales como la escoriación y tricotilomanía (Twohig, Hayes & Masuda, 2006). En un estudio, Dehlin, Morrison y Twohig aplicaron ACT para la escrupulosidad en obsesivos compulsivos. Los resultados obtenidos mostraron una disminución en síntomas depresivos, menor frecuencia de obsesiones y; por el contrario, un aumento en la calidad de vida y la aceptación (Dehlin, Morrison & Twohig, 2013). Asimismo, en un estudio controlado por Twohig, Hayes y Masuda, donde se aplicó ACT para obsesivos compulsivos, se redujo las compulsiones, los niveles de ansiedad y depresión durante el tratamiento y tras el tratamiento, el nivel de las compulsiones fue casi cero (2006).

En comparación con otros tratamientos, ACT ha demostrado tener resultados más significativos en comparación con el entrenamiento de relajación progresiva; por ejemplo, las respuestas clínicas post tratamiento para el ACT fueron del 46–56%, mientras que las del

PRT fueron del 16–18%. Por otro lado, el rechazo del tratamiento fue mejor para ACT, 2,4%, ya que PRT tuvo una tasa del 7,8% (Kelley, Heffer, Gresham & Elliott, 1989). Al ver el modelo y resultados efectivos de esta terapia, se la considera como una psicoterapia modelo de salud, mas no de enfermedad. Puede ser un camino factible, útil, eficaz para el trastorno obsesivo compulsivo, sin efectos adversos psicossomáticos.

Diseño y Metodología

La presente investigación tiene un enfoque de tipo de cuantitativo, ya que nos permitirá tener una gran cantidad de observaciones y se puede tener un mayor control para evaluar el fenómeno de estudio. Con el objetivo de investigar si la aplicación de la terapia ACT tiene algún efecto en la reducción de síntomas.

Diseño

El diseño de investigación es experimental, ya que los participantes serán asignados a cada condición de manera aleatoria (Humberto y de la Vara, 2003), lo cual produce una mayor probabilidad de que la interferencia causal no sea producto de otros factores. El proceso de aleatorización previene posibles diferencias entre grupos y genera un equilibrio en las variables existentes (Lazcano-Ponce, et al., 2004). La esencia de este diseño es la observación de consecuencias tras una acción (Sampieri, Collado, Lucio & Pérez, 1998). Se ha establecido que el contexto de este diseño experimental se va a realizar dentro de un laboratorio (Sampieri, Collado, Lucio & Pérez, 1998). Como investigadores, intentaremos suprimir ciertos factores que puedan interferir o alterar a las variables.

Es importante señalar el grado de manipulación de este estudio es de dos grupos, también denominado de presencia o ausencia. Como su nombre lo indica, este grado se destaca por la presencia o no presencia de la variable independiente. En este estudio, la

variable independiente es el hecho de recibir o no recibir terapia de aceptación y compromiso que será aplicada al grupo experimental. El efecto de este tratamiento experimental tendrá un impacto en la variable dependiente, que es los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. Para el análisis es necesario medir la variable dependiente pues, a pesar de que no es alterada por el investigador, conoceremos el impacto que genera la independiente en esta (Sampieri, Collado, Lucio & Pérez, 1998). La medida que incorpora aplica únicamente postpruebas, pues este diseño sostiene un mayor control en la efectividad interna en cuanto a su historia y progreso (Uribe, 2003). Por lo que se examinarán los resultados de la variable dependiente del grupo experimental en contraste con los resultados obtenidos del grupo de control.

Población

Las características que los sujetos a participar en el experimento deben cumplir son: ser adolescentes entre los 15 y 18 años de edad, quienes cumplan con un diagnóstico clínico, grave o severo, del trastorno obsesivo compulsivo; según el análisis y evaluación de un experto en el área psiquiátrica o psicológica. Debido a que se conoce que la interacción de factores ambientales genera ciertas alteraciones cognitivas (Londoño, et al., 2010), los jóvenes participantes deben ser residentes de la ciudad de Quito, por lo menos desde los 12 años. Además, al momento de participar en la investigación, los participantes no deben emplear algún tipo de sustancia o fármaco. Se excluye a todos los individuos que presenten algún otro trastorno de ansiedad o algún trastorno de personalidad. También, se excluye de la población a aquellos sujetos que se encuentren en algún tratamiento farmacológico al momento de la aplicación de este proyecto y aquellos que tengan o vayan a tener hijos.

Es necesario mencionar que no se hará diferencia de los participantes debido a su raza, etnia, posición económica, preferencia sexual, género y religión.

Instrumentos o materiales

Para la presente investigación se empleará los siguientes 5 instrumentos:

- ***Encuesta sociodemográfica***

A fin de obtener más información específica de cada participante, se creó una pequeña encuesta sociodemográfica (ver Anexo A 1). En esta encuesta, se pide datos básicos de los individuos, como: su nombre, su edad, su género, su número telefónico. Además, se implementaron 4 preguntas de escala de Likert respecto a como la persona percibe su trastorno: dos sobre compulsiones y dos sobre obsesiones. La persona debe responder a estas preguntas de acuerdo con su sintomatología, siendo 1=muy mal, 2=mal, 3=neutro, 4=bien y 5=muy bien.

- ***Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)***

Se aplicará la Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Yacila, Cook-del Aguila, Sanchez, Reyes & Tejada, 2016) (Ver Anexo A 2), para evaluar los síntomas y gravedad de los participantes. Esta escala se aplicará únicamente a los participantes de 18 años, ya que el rango de edad de esta escala es de 18 a 44 años. Este instrumento semiestructurado está compuesto por 5 secciones: Instrucciones; listado de obsesiones, que mantiene 8 categorías; severidad de las obsesiones, listado de compulsiones, que tiene 9 categorías; y severidad de las compulsiones. Tiene 10 ítems, de los cuales 5 están relacionados a obsesiones y 5 a compulsiones. Se califica la severidad de estos ítems, por medio de una escala ordinal de 5 puntos: 0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave, 4 = severo. Además, tiene cinco subescalas: tiempo dedicado, interferencia,

angustia, resistencia y control (Yacila, Cook-del Aguila, Sanchez, Reyes & Tejada, 2016). Esta escala tiene gran reconocimiento debido a su buena consistencia interna, pues mantiene un alfa de Cronbach de 0,86. Asimismo, su confiabilidad de prueba-reevaluación es aceptable ($r = 0,64-0,81$) y excelente confiabilidad entre evaluadores ($ICC = 0,97-0,99$) (Wu, McGuire, Horng & Storch, 2016).

- *Traducida de la Escala Yale-Brown para TOC (CY-BOCS)*

Por otro lado, para los participantes de 15 a 17 años, se empleará la versión traducida al español de la Escala Yale-Brown para TOC (CY-BOCS) (Adrianzén, Pachecho, Vivar & Macciotta 2008). Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown para niños (CY-BOCS) (Ver Anexo A 3)., el cual es una versión modificada de Y-BOCS, aplica a niños y adolescente de edades entre los 8 y 17 años. Se diferencia del instrumento original en la redacción de las preguntas, para hacerlas más apropiadas para los niños y adolescentes. Mantiene la estructura el Y-BOCS de 5 segmentos, 10 ítems medidos por una escala ordinal. Respecto a su consistencia interna, esta es muy buena ($\alpha = 0,87$) (Scahill, et al., 1997). Además, ha demostrado una buena validez convergente y discriminante, así como sensibilidad al cambio (Bin, Chang, Phaik & Fung, 2013).

- *Versión española del AFQ-Y*

Se utilizará el Cuestionario de evitación experiencial y fusión cognitiva: versión española del AFQ-Y (Ver Anexo A 4). Esta medida de autoinforme evalúa la inflexibilidad psicológica en adolescentes por medio de 17 ítems, de los cuales 8 ítems esta relacionados a la fusión cognitiva y 9 ítems a la evitación experiencial. Las respuestas se miden por medio de una escala de Likert: 0=eso no es verdad; 4=es totalmente verdad. La fiabilidad de esta medida es adecuada, ya que presenta un alfa

de Cronbach en la inflexibilidad psicológica de 0.87, en la fusión cognitiva de 0.81 y en evitación experiencial de 0,76. (Valdivia-Salas, Martín-Albo, Zaldivar, Lombas & Jiménez, 2016).

- *Fases de la Terapia de Aceptación y Compromiso*

Se hará uso de las fases en el artículo de Jorge Barraca Mairal (2007), el cual se basa en el Manual de tratamiento de ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). En cada fase, se especifica que se quiere que el individuo evite, además identificar con que situaciones esta fusionado cognitivamente y cuáles son sus verdaderas metas y objetivos (Mairal, 2007),

Procedimiento de recolección de datos

Para reclutar a los participantes, se contactará con los diversos centros psiquiátricos y psicológicos de la ciudad de Quito para que brinden información sobre el estudio a sus pacientes. Además, se publicarán anuncios en redes sociales y el periódico con el fin de tener más apertura. Los participantes tendrán que inscribirse en un formulario en línea. Se contactará a los interesados vía telefónica, para citarlos juntamente con su cuidador legal al laboratorio.

Al llegar, se les explicará los objetivos del estudio y se les brindara información sobre el mismo. Se les entregara a los participantes y padres de familia, respectivamente, el consentimiento informado (Anexo B1, B2 y B3). Después, se realizará una entrevista individual con ayuda de un psicólogo y psiquiatra para corroborar con mayor precisión que cumplan con los criterios de inclusión y se entregará la encuesta sociodemográfica a los individuos seleccionados, en la cual se les asignará un código de identificación. Tras este proceso, se conformará la muestra y se creará una lista total de esta en Excel, por medio de

los códigos otorgados. Se asignará a cada participante a un grupo: experimental o de control, por medio de la función de Excel Aleatorio.

Una vez establecidos los grupos, se contactará nuevamente a los participantes para informarles que día deben asistir a cada sesión. Pues, se reunirá a ambos grupos una vez semanalmente, en un periodo de 6 sesiones, en el laboratorio para llevar a cabo el proceso. El grupo experimental (Grupo A) se reunirá cada sábado y cada sesión durará aproximadamente 90 minutos. Se aplicará la Terapia de Aceptación y Compromiso siguiendo el modelo de las fases establecidas por Jorge Barranca, en su artículo “La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo” (2007) (Ver Anexo A 5). Mientras que, el grupo de control (Grupo B) se reunirá los domingos, en sesiones de 90 minutos. A este grupo se le proyectarán videos y documentales sobre testimonios de personas con TOC. Al culminar la sexta sesión, se entregará a ambos grupos la escala de Yale-Brown Obsessive Compulsive, dependiendo de la edad del participante, juntamente con el AFQ-Y. Finalmente, se realizará un seguimiento a los participantes a los seis y doce meses después del estudio, aplicando los mismos instrumentos empleados al final de la sexta sesión.

Análisis de los datos

Los síntomas de los participantes se medirán a través de la escala Yale Brown, para observar si la implementación de la terapia influye en la reducción de los síntomas. En el presente estudio, la variable independiente que estará definida por el hecho de recibir o no recibir terapia de aceptación y compromiso. Mientras que al efecto de este tratamiento experimental se lo representará en la variable dependiente, que es los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo medido por la escala Yale Brown.

Por lo que, para el análisis de esta investigación se empleará el método computacional tabla ANOVA. Ya que al tener dos variables: una variable dependiente métrica, que es los resultados de la escala de Yale-Brown; y una variable independiente no métrica, respecto si la persona recibió o no la terapia de aceptación y compromiso. Esto facilitará el análisis del p-valor asociado al valor F, los cuales permiten analizar si la hipótesis nula se cumple. En otras palabras, si se rechaza la hipótesis nula podremos decir que la terapia permite que los síntomas se reduzcan. De igual manera, con el propósito de ver el grado de flexibilidad psicológica de cada sujeto, se analizará los resultados de la escala AFQ-Y en el método computacional tabla ANOVA. Ya que los resultados de esta encuesta tienen una escala métrica, los cuales podemos relacionar con la influencia de la terapia o no en cada paciente.

En resultado a los análisis descritos anteriormente, se espera que los que asistieron la intervención de ACT tendrán puntajes más bajos en la escala de Yale Brown y puntajes más altos en flexibilidad psicológica.

Consideraciones Éticas

Este trabajo se rige a los principios éticos y código de conducta establecidos por el American Psychological Association (APA). Por lo que la presente propuesta de investigación se enviará al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación. Para tener una constancia de la participación consciente de los participantes, cada participante debe llenar un asentimiento informado. De la misma manera, los padres, de aquellos individuos que sean menores de edad, deben llenar un consentimiento informado, permitiendo la participación de su hijo en la investigación. En cada formulario de aceptación se describirá: el objetivo del estudio, los datos de los investigadores y se especificará que la participación es totalmente voluntaria y anónima. Por lo que no se podrá divulgar

información de ningún participante y tampoco se tomarán represalias en caso de que el participante desee retirarse del proyecto.

Respecto a los riesgos que se pueden incluir en este estudio, es que los participantes serán sometidos a cierto grado de ansiedad con el fin de que confronten sus obsesiones y compulsiones. Por lo que la persona puede experimentar malestar e incomodidad. Se tendrá en consideración el estado de cada paciente, por lo que, al presenciar altos niveles de ansiedad e incomodidad, se realizan ejercicios de respiración y relajación. No obstante, es importante mencionar que los beneficios de este estudio son amplios, pues los participantes establecerán sus valores, metas y objetivos, además de aprender herramientas para vivir y aceptar su sintomatología.

Discusión

Ecuador es un país cuyas bases respecto a la salud mental aún son escasas, por lo que se necesita más estudios e investigaciones respecto al tema. Como se ha mencionado, el trastorno obsesivo compulsivo es uno de los desórdenes con más prevalencia e impacto alrededor del mundo, por lo que es conveniente conocer más de este en relación con el país. Este estudio expone los fundamentos teóricos de la Terapia de Aceptación y Compromiso, así como su aplicación. A diferencia de tradicionales, la Terapia de Aceptación y Compromiso brinda más información sobre este trastorno a los participantes y les permite reflexionar sobre sus vivencias, métodos de evitación y propone herramientas para que lidien con la sintomatología presente. Además, dado que es una intervención grupal, al participar con sujetos de su edad, los adolescentes pueden comprender que no son los únicos enfrentando esta problemática y tener así una mayor apertura al tratamiento. Esto genera que enfrenten su ansiedad en el área social y, practiquen e incrementen sus habilidades relacionales. Por lo que, tras analizar los resultados en otros estudios, se establece que esta terapia es una alternativa óptima para tratar a este trastorno y, además, para adoptarla en otros estudios próximos debido a su efectividad y aceptación por parte de los adolescentes.

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Fortalezas

Al expandir la información de nuestro estudio por diversos medios de comunicación y centros médicos, se tiene un mayor acceso a los participantes. Ya que, pueden ser referidos de muchos centros o venir aquí por su propio interés, lo que impulsaría su participación en el estudio. También, al asistir a las personas con un grupo de profesionales en la investigación, se proporciona un diagnóstico más certero de cada participante.

De igual manera, al delimitar las características para los participantes, nos centramos en obtener una muestra representativa de adolescentes entre los 15 y 18 años, con el propósito de analizar sus comportamientos, características y la tendencia de estos en relación al trastorno y la terapia. Dentro de los criterios de exclusión se establece el uso de fármacos por parte de los individuos, así como que no tengan hijos o estén en periodo de gestación, lo cual es una medida de control para no tener variables que afecten al presente estudio.

Limitaciones

Una de las limitaciones sobre el presente trabajo es que hay una gran falta de conocimiento de este trastorno, una falta de introspección por parte de los pacientes, temor y diagnósticos subclínicos que pueden impactar en el acceso que tenemos hacia la población. Lo que afectaría al tamaño de la muestra, ya que el criterio de inclusión es específico respecto a la edad de los participantes y gravedad de su trastorno. Por otro lado, al existir un grado de angustia al que se expone a los participantes, estos pueden abandonar el estudio, generando una pérdida en el seguimiento debido al descuento de los sujetos del experimento. Esto interferiría con la muestra del estudio y podría sesgar los resultados respecto a las tasas de incidencia. También, se puede generar teorías erráticas sobre su abandono.

Al realizar la encuesta sociodemográfica, una medida no estructurada creada por la investigadora del presente trabajo, se pudo excluir alguna pregunta que brindaría información respecto a un tema específico más adelante. Finalmente, al emplear una traducción y modelo establecido para otros países de habla hispana, es posible que esto genere una limitación en el estudio debido a las diferencias culturales, por lo que se deben analizar los resultados cuidadosamente.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Dentro de las recomendaciones para futuros estudios, se establece que se necesita más investigación respecto a la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en el Ecuador, así como conductas evitativas de los pacientes y perspectivas que tiene la sociedad al respecto. Por lo que, se recomienda ampliar el rango de edad de los participantes para tener más información y una muestra más amplia. Así como, aplicar el modelo en otras áreas del país para desarrollar información acerca de este trastorno en el Ecuador. Además, con el fin de determinar la eficacia a largo plazo de la terapia de aceptación y compromiso en adolescentes obsesivos compulsivos es necesario realizar estudios de seguimiento de mayor duración. Además, se realizar indagaciones respecto a los resultados de la terapia en otras áreas, como: escolar, familiar y social. La implementación de talleres conjuntamente con los familiares de los pacientes también es importante para que puedan asociarse con el tema, e indagar sobre los resultados que se podrían obtener de esta terapia al trabajar a la par de la terapia familiar.

REFERENCIAS

- Abalde, E., Muñoz, J., & Jesús, M. (1992). Metodología cuantitativa vs. Cualitativa. *Xornadas de Medoloxía de Investigación Educativa. A Coruña: Universidad de La Coruña.*
- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive–compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(2), 160-166.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet, 374*(9688), 491-499.
- Adams, P. (1973), *Obsessive Children*. New York: Penguin Books.
- Adrianzén Ronceros, C., Pachecho Armas, Z., Vivar Cuba, R., & Macciotta Felices, B. (2008). Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (cy-bocs) en el Perú. *Rev. peru. pediatr, 61*(1), 68-75.
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía, 5*(2), 159-172.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Armstrong, A., Morrison, K., & Twohig, M. (2013). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 27*(2), 175–190.

- Arrieta, M., & Barboza, V. (2014). TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL PASANTÍA EN UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MÉXICO
- Bados López, A. R. T. U. R. O. (2005). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i tractament Psicològics.*
- Barbosa Balciunas, C. (2018). *Evitación experiencial y uso problemático de Internet en adolescentes de la ciudad de Cipolletti* (Doctoral dissertation, Universidad Argentina de la Empresa).
- Barnes-Holmes, S. C. H. D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Smeets, P. M., Cullinan, V. & Leader, G. (2004). Relational frame theory and stimulus equivalence: conceptual and procedural issues. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2) 181-214.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beech, H.R. y Vaughn, M. (1978). *Behavioral treatment of obsessional states*. Nueva York: Wiley.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B., & Casanova, D. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(1), 25-34.
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Ed. Médica Panamericana.

- Biglan, A. and Hayes, S.C. (1996) Should the Behavioral Sciences Become more Pragmatic? The Case for Functional Contextualism in Research on Human Behavior. *Applied and Preventative Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bin Chai, S., Chang, W. C., Phaik Ooi, Y., & Fung, D. (2013). Validity of the children's Yale-Brown obsessive compulsive scale in Singaporean children. *Advances in Mental Health*, 12(1), 54-62.
- Black, A. (1974), The natural history of obsessional neurosis. In: *Obsessional States*, ed. P. H. Hoch & J. Zubin. London: Methuen and Co. Ltd., pp. 19-54.
- Capstick, N. & Seldrup, J. (1977), Obsessional states: a study in the relationship between abnormalities occurring at the time of birth and the subsequent development of obsessional symptoms. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 56:427-43.
- Carretero, M., Marchesi, Á., & Palacios, J. (Eds.). (1998). *Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud*. Alianza Editorial.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata.
- Coryel, W. (1981). Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 220-224.
- De Alvarenga, P. G., Mastroso, R. S., & do Rosário, M. C. (2018). TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 17(2), 88-93.
- Eisen, J. L., Goodman, W. K., Keller, M. B., Warshaw, M. G., DeMarco, L. M., Luce, D. D., & Rasmussen, S. A. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *The Journal of clinical psychiatry*.

- Fernández-Córdoba, E. y López-Ibor Aliño, J. (1967). Monochlorimipramina in mental patients resisting other forms of treatment. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26, 119-147.
- Flores, R. E. U., Cruz, L. P., & Vera, T. D. R. S. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. *Salud mental*, 34(5), 415-420.
- Freeman, J. B., Choate-Summers, M. L., Garcia, A. M., Moore, P. S., Sapyta, J. J., Khanna, M. S., . . . Franklin, M. E. (2009). The pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study II: Rationale, design, and methods. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 4–19.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., ... & Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(7), 471-477.
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427.
- Gillihan, S. J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 1(4), 251-257.
- Goodman, W. K., Rudorfer, M. V., & Maser, J.D. (2000). *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Greco, L., Blackledge, J., Coyne, L., & Ehrenreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York, NY: Kluwer/Plenum.

Hayes, S.C. (1987) A Contextual Approach to Therapeutic Change. In: Jacobson, N., Ed., *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*, Guilford, New York, 327-387

Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A postskinnerian account of human language and cognition*. New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. P., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1–30). New York: Plenum/Kluwer

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering*. New York: Guilford.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). *Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach*

- to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
- Heydari, M., Masafi, S., Jafari, M., Saadat, S. H., & Shahyad, S. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression of Razi Psychiatric Center Staff. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(2), 410.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*, 23(7), 355-358.
- Hueso, A. & Cascant, M. (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación.
- Jenike, M. A. (1984), Obsessive-compulsive disorder: a question of a neurological lesion. *Compr. Psychiatry*, 25:298-304.
- Kanner, L. (1949). Child psychiatry. *AJN The American Journal of Nursing*, 49(8), 36.
- Kaylon, L. & Borge, G. F. (1967), Birth order and obsessive compulsive character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 17:751-754.
- Kelley, M. L., Heffer, R. W., Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1989). Development of a modified Treatment Evaluation Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 235–247.
- Kugler, B. B., Lewin, A. B., Phares, V., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. *Psychiatry Research*, 206(1), 43–49.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7(03), 216.

- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez-Castrellón, P., Angeles-Llerenas, A., Hernández-Garduño, A., & Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud pública de México*, 46(6), 559-584.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740.
- Leonard, H. L., Goldberger, E. L., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., & Swedo, S. E. (1990). Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 17-23.
- Londoño, N. H., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Agudelo, D., Marín, C. A., ... & Escobar, B. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/sumapsicol*, 17(1), 59-68.
- López de Uralde Selva, M. Á. (2015). Estudio experimental de la defusión verbal en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2).
- Mairal, J. B. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65(127), 761-781.

- Montero, A. T. B., & Flores, R. E. U. (2011). Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave. *Salud mental, 34(2)*, 121-128.
- Mulsow, G. (2008). Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *Educação, 31(1)*.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2005). ACT with children, adolescents, and their parents. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 249–273). New York, NY: Springer Science & Business Media.
- Neziroglu, F., Henricksen, J., & Yaryura-Tobias, J. A. (2006). Psychotherapy of obsessive-compulsive disorder and spectrum: established facts and advances, 1995–2005. *Psychiatric Clinics, 29(2)*, 585-604.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy, 39(8)*, 987-1006.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research, 47(1)*, 33-41.
- Ollendick, T. & Neville King, J. (2010). Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. Kendall (Comp.), *Child and Adolescent Therapy*. New York: Guilford Press.

- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. R. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(3), 397-416.
- Parolari, F. (1995). *Psicología de la adolescencia*. Editorial San Pablo.
- Peris, T., Sugar, C., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 255–263.
- Pineda, S., & Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. *Alocán L, Aliño M, Álvarez CZ, Álvarez R, Bandera B, Bello A, et al. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. La Habana. Cuba: MINSAP*, 15-8.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, 16(4), 233-248.
- Ramón, G. (2016). *Diseños experimentales Apuntes de clase del curso Seminario Investigativo VI*.
- Rapoport, J. L. (1988). The neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Jama*, 260(19), 2888-2890.
- Rettew, D. C., Swedo, S. E., Leonard, H. L., Lenane, M. C., & Rapoport, J. L. (1992). Obsessions and Compulsions across Time in 79 Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1050–1056.
- Rodríguez, P. G., & Ramos, P. R. (2010). *Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia*. Centro de Salud Manzanares el Real.

- Salcedo, M., Vásquez, R., & Manuel, C. G. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 131-144.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 6). México: Mcgraw-hill.
- Scahill, L., Riddle, M. A., Mcswiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... Leckman, J. F. (1997). *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852.
- Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., & Liebowitz, M. R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W., Klausen, J., & Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97-109.
- Snowdon, S. (1979), Family size and birth order in obsessional neurosis. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 60:121-128.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13.

Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, *46*(4), 335-341.

Toro, M. E. (2001). *Formas psicóticas del trastorno obsesivo-compulsivo*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, *10*, 2. Accedido el 18 de febrero del 2005, en <http://www.alcmeon.com>.

Twohig, M. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 18–28.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, *37*(1), 3-13.

Twohig, M. P., Moran, D. J., & Hayes, S. C. (2007). A functional contextual account of obsessive compulsive disorder.

Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *6*(1), 67.

Uribe, F. G. O. (2003). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. Editorial Limusa.

Vakili, Y., Gharraee, B., Habibi, M., Lavasani, F., & Rasoolian, M. (2014). The comparison of acceptance and commitment therapy with selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, *16*(10), 10-14.

- Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, J., Zaldivar, P., Lombas, A. S. & Jiménez, T. (2016). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). *Assessment*, 24(7), 919-931. doi: 10.1177/1073191116632338
- Vallejo Pareja, M. Á. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3).
- Vasquez, R., & Rodríguez-Losada, J. (1996). Análisis de los factores de riesgo y de pronóstico del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 25(2), 129-37.
- Walsh, K. H., & McDougle, C. J. (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7, 485.
- Wheeler, C. (2017). Acceptance and Commitment Therapy-Specific Processes in the Psychotherapeutic Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: A Single Case Study. *Clinical Case Studies*, 16(4), 313–327.
- Wilson, K. G., Hayes, S., & Strosahl, K. (2003). Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change.
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Horng, B., & Storch, E. A. (2016). Further psychometric properties of the Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale—Second Edition. *Comprehensive psychiatry*, 66, 96-103.
- Yacila, G. A., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., & A Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255.

- Yaryura, J. A. & Neziroglu, F. (2001). *Un viaje al interior del cerebro: el espectro obsesivo-compulsivo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*, 35-54.
- Zohar, A., Ratzoni, G., Pauls, D. L., Apter, A., Bleich, A., Kron, S., ... Cohen, D. J. (1992). An Epidemiological Study of Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders in Israeli Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1057–1061.

ANEXO A: INSTRUMENTOS**Anexo 1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO****CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO****Edad:****Código:****Genero:****Teléfono:****Ciudad de origen:****Nivel Educativo:**

RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN BASE A LA ÚLTIMA SEMANA

¿Cuántas horas al día ocupas para llevar acabo las conductas repetitivas?

¿Al no cumplir con estas conductas, como te sientes del 1 al 5?

1=muy mal

2=mal

3=neutro

4=bien

5=muy bien.

En promedio de horas, ¿Cuántas veces se presentan ideas obsesivas?

¿Al intentar evadir estos pensamientos, como te sientes del 1 al 5?

1=muy mal

2=mal

3=neutro

4=bien

5=muy bien.

Anexo 2. TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS) PARA TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

Fuente: Yacila, G. A., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., & A Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, 33(3), 253-255.

- **¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes sobre un defecto o falla en tu apariencia?**
 1. Ninguno
 2. Menos de 1 hora al día
 3. 1 a 3 horas al día
 4. 3 a 8 horas al día
 5. Más de 8 horas al día

- **¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes de tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?**
 1. Ninguno
 2. Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
 3. Hay interferencia definitiva pero manejable

4. Impedimento substancial
 5. Interferencia extrema, incapacitante
- **¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?**
 1. Ninguna
 2. Ligera, no muy perturbadores
 3. Moderada, perturban, pero es manejable
 4. Severa, muy perturbadores
 5. Extrema, angustia incapacitante
 - **¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes?**
 1. No necesita resistir
 2. Trata de resistir la mayor parte del tiempo
 3. Hace algún esfuerzo de resistir
 4. Cede a todos esos pensamientos persistentes
 5. Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes
 - **¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?**
 1. Control completo
 2. Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración
 3. Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes.

4. Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes.
 5. Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención
- **¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas relacionadas a tu defecto o falla en tu apariencia?**
 1. Ninguno
 2. Menos de 1 hora al día
 3. 1 - 3 horas al día
 4. 3 - 8 horas al día
 5. Más de 8 horas al día
 - **¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?**
 1. Ninguna
 2. Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
 3. Hay interferencia definitiva pero manejable
 4. Impedimento substancial
 5. Interferencia extrema, incapacitante
 - **¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?**
 1. Sin ansiedad
 2. Sólo ligeramente ansioso
 3. Poca ansiedad, pero manejable
 4. Ansiedad prominente y perturbadora

5. Extrema, ansiedad incapacitante
- **¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas?**
 1. No necesita resistir
 2. Trata de resistir la mayor parte del tiempo
 3. Hace algún esfuerzo de resistir
 4. Cede a todas esas conductas repetitivas
 5. Cede completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas
 - **¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?**
 1. Control completo
 2. Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración
 3. Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas
 4. Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas
 5. Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

Anexo 3. VERSIÓN TRADUCIDA AL ESPAÑOL DE LA ESCALA YALE-BROWN PARA TOC (CY-BOCS)

Fuente: Adrianzén Ronceros, C., Pachecho Armas, Z., Vivar Cuba, R., & Macciotta Felices, B. (2008). Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (cy-bocs) en el Perú. *Rev. peru. pediatr.*, 61(1), 68-75.

- **TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS:**

- **P. ¿Cuánto tiempo gastas en un día pensando en esas cosas? ¿Con qué frecuencia se presentan estos pensamientos? (estar seguro de excluir rumiaciones y preocupaciones las cuales, a diferencia de las obsesiones, son egosintónicas y racionales, pero exageradas)**
 1. Ninguna
 2. Leve, intrusión ocasional (menos de 1 hora/día)
 3. Moderada, intrusión frecuente (1 a 3 horas/día)
 4. Severa, intrusión muy frecuente (entre 3 a 8 horas día)
 5. Extrema, intrusión casi constante (más de 8 horas/día)
- **INTERFERENCIA DEBIDA A PENSAMIENTOS OBSESIVOS:**
 - **P. ¿Cuándo vas al colegio o cuando estás con tus amigos o con tus familiares, te vienen estos pensamientos? ¿Te es más difícil concentrarte en la clase o en lo que hablas con tus amigos o en lo que haces por estos pensamientos? ¿Existe algo que no realices por esto? (si actualmente no ocurren en el colegio, tratar de determinar en la sesión cuán afectado estaría el rendimiento en la escuela)**
 1. Ninguna
 2. Leve, pequeña interferencia con las actividades sociales o escolares, pero el rendimiento general no está comprometido.
 3. Moderado, interferencia definitiva con el rendimiento social o escolar, pero aún manejable.
 4. Severo, causa deterioro sustancial del rendimiento escolar y social.
 5. Extrema, incapacitante.

- **MALESTAR ASOCIADO CON LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS:**
 - **P. ¿Cuánto te molestan o te fastidian estos pensamientos? (considerar ansiedad ocasionada por las obsesiones, no ansiedad generalizada o ansiedad a otros síntomas)**
 1. Ninguna
 2. Leve, infrecuente y no muy perturbador
 3. Moderado, frecuente y perturbador, pero aún manejable
 4. Severo, muy frecuente y muy perturbador
 5. Extremo, malestar casi constante e incapacitante.

- **RESISTENCIA:**
 - **P. ¿Haces esfuerzos para sacar esas ideas de tu mente? ¿Haces mucho esfuerzo? ¿Has dejado de intentarlo? (considerar sólo los esfuerzos por resistir y no el éxito o el fracaso en controlar las obsesiones)**
 1. Hace un esfuerzo para resistir, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistir activamente.
 2. Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
 3. Hace algún esfuerzo por resistir.
 4. Se rinde a las obsesiones sin esfuerzo por controlarlas, pero con alguna renuencia.
 5. Se rinde completa y gustosamente a las obsesiones.

- **GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS:**

- **P. ¿Cuándo tratas de luchar con los pensamientos, puedes vencerlos?**
(para los niños mayores) ¿Cuánto control tienes sobre estos pensamientos?
 1. Completo control
 2. Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar las obsesiones con algún esfuerzo y concentración.
 3. Control moderado, algunas veces capaz de detener o desviar las obsesiones.
 4. Poco control, rara vez tiene éxito en detener las obsesiones, sólo puede desviar la atención con dificultad.
 5. Ningún control, las obsesiones se experimentan como algo completamente involuntario, rara vez es capaz de desviar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos.
- **TIEMPO INVERTIDO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS:**
 - **P. ¿Cuánto tiempo dedicas o gastas en realizar manías que no puedes detener? ¿Con qué frecuencia haces esas manías? (cuando los rituales involucran actividades de la vida diaria y están presentes de forma principal, preguntar), ¿cuánto te toma completar tus actividades diarias debido a estas manías? (en la mayor parte de los casos, las compulsiones son conductas observables, (p.e.: lavarse las manos, pero hay ocasiones en que las compulsiones no son observables (p.e. comprobar en silencio u otros rituales mentales)**
 1. Nada

2. Leve, gasta menos de 1 hora/día realizando compulsiones, o presencia ocasional de la conducta compulsiva.
3. Moderado, gasta de 1 a 3 horas/día realizando compulsiones, o realiza frecuentemente las conductas compulsivas.
4. Severo, gasta entre 3 a 8 horas/día realizando compulsiones, o realiza conductas compulsivas muy frecuentemente.
5. Extremo, gasta más de 8 horas/día realizando compulsiones, o las realiza casi constantemente.

- **INTERFERENCIA DEBIDA A CONDUCTAS COMPULSIVAS:**

- **P. ¿Qué tan a menudo se presentan estas manías en el camino al colegio o cuando estás haciendo cosas con tus amigos? ¿Existe algo que no realices por esto? (si actualmente no ocurren en el colegio, tratar de determinar en la sesión cuán afectado estaría el rendimiento en la escuela.**

1. Ninguna
2. Leve, pequeña interferencia con las actividades sociales o escolares, pero el rendimiento general no está comprometido.
3. Moderado, interferencia definitiva con el rendimiento social o escolar; pero aún manejable.
4. Severo, causa deterioro sustancial del rendimiento escolar y social.
5. Extrema, incapacitante.

- **MALESTAR ASOCIADO CON LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS:**

- **P. ¿Cómo te sentirías si te impidieran hacer tus manías? (pausa) ¿Qué tan fastidiado te sentirías? (considerar el grado de malestar que el paciente**

experimentaría si abruptamente se le interrumpiera sin darle alguna seguridad. En muchos, pero no en todos los casos, la realización de compulsiones reduce la ansiedad. Si a juicio del entrevistador, la ansiedad actualmente está reducida al impedir las compulsiones, preguntar) ¿Qué tan molesto te sientes mientras haces tus manías a pesar de estar seguro que éstas serán realizadas?

1. Ninguna
2. Leve, sólo ansiedad leve si las compulsiones son evitadas, o ansiedad leve mientras se realizan.
3. Moderado, la ansiedad aumenta pero continúa siendo manejable si las compulsiones son impedidas, o la ansiedad aumenta a niveles manejables durante la realización de las compulsiones.
4. Severo, ansiedad prominente y muy perturbadora si se interrumpen las compulsiones o durante la realización de las mismas.
5. Extremo, ansiedad incapacitante frente a cualquier intervención destinada a modificar la actividad, o ansiedad incapacitante durante la realización de las compulsiones.

- **RESISTENCIA:**

- **P. ¿Cuánto tratas de luchar contra esas manías? ¿Haces esfuerzos para no realizarlas? ¿Has dejado de intentarlo? (sólo considerar los esfuerzos por hacer resistencia, no el éxito o el fracaso en el control de las compulsiones).**

1. Hace algún esfuerzo por resistir siempre, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistir activamente.
2. Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
3. Hace algún esfuerzo por resistir.
4. Se rinde a la mayor parte de las compulsiones sin intentar controlarlas, pero aún con cierto grado de renuencia.
5. Se rinde completa y gustosamente a las compulsiones.

- **GRADO DE CONTROL SOBRE LA CONDUCTA COMPULSIVA:**

- **P. ¿Qué tan fuerte es la necesidad de realizar tus manías? (pausa)**

¿Cuando tratas de luchar contra ellas, qué sucede? ¿Puedes vencerlas?

¿Cuánto control tienes sobre tus manías?

1. Completo control
2. Mucho control, experimenta presión para realizar la conducta, pero usualmente es capaz de ejercer control voluntario sobre éstas.
3. Control moderado, gran presión para realizar compulsiones, tiene que realizarlas hasta completarlas y sólo puede diferirlas con dificultad.
4. Poco control, gran impulso para realizar compulsiones, tiene que realizarlas hasta completarlas y sólo puede diferirlas con dificultad.
5. Ningún control, el impulso por realizar las compulsiones se experimenta como algo completamente involuntario y poderoso, raramente es capaz de retrasar, aunque sea momentáneamente, las compulsiones.

- **Anexo 4. AFQ-Y**

Fuente: Valdivia-Salas, S., Martín-Albo, J., Zaldivar, P., Lombas, A. S. & Jiménez, T.

(2016). Spanish validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y). *Assessment*, 24(7), 919-931. doi: 10.1177/1073191116632338

AFQ-Y

Nos gustaría saber más acerca de lo que piensas, sientes y haces. Lee cada frase. Luego, rodea con un círculo el número que representa la RESPUESTA MÁS CIERTA PARA TI.

	Eso no es verdad	Es un poco verdad	Es bastante verdad	Es verdad	Es totalmente verdad
1. Nada irá bien en mi vida hasta que me sienta feliz.	0	1	2	3	4
2. Mis pensamientos y sentimientos hacen que mi vida sea un lío, una complicación.	0	1	2	3	4
3. Si me siento triste o tengo miedo es porque hay algo malo o erróneo dentro de mí.	0	1	2	3	4

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 4. Las cosas malas que pienso sobre mí mismo(a) deben ser ciertas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. No intento hacer cosas nuevas porque me da miedo hacerlo mal, meter la pata o generar problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando me libere de mis preocupaciones y miedos, entonces podré conseguir disfrutar de la vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Hago todo lo que puedo para no parecer ridículo(a) delante de la gente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Intento borrar de mi cabeza los recuerdos que no me gustan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

9. No puedo aguantar que algo me duela o dañe mi cuerpo.	0	1	2	3	4
10. Si mi corazón late deprisa es porque algo va mal dentro de mí.	0	1	2	3	4
11. No quiero tener los pensamientos y sentimientos que no me gustan.	0	1	2	3	4
12. Dejo de hacer las cosas que son importantes para mí siempre que me siento mal.	0	1	2	3	4
13. Cuando estoy triste las cosas me van peor en el colegio.	0	1	2	3	4
14. Digo cosas sólo para que parezca que soy buena onda.	0	1	2	3	4

15. Ojalá tuviera una varita mágica para hacer que mi tristeza desapareciera.	0	1	2	3	4
16. Tengo miedo de lo que siento.	0	1	2	3	4
17. No puedo ser un buen amigo o una buena amiga cuando estoy desanimado(a) o desilusionado(a).	0	1	2	3	4

Esta medida se tomó del Trabajo de Investigación Final Evitación experiencial y uso problemático de Internet en adolescentes de la ciudad de Cipolletti (Barbosa, 2018).

Anexo 5. FASES DE TRATAMIENTO

Fuente: Mairal, J. B. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65(127), 761-781.

FASE I

DESESPERANZA CREATIVA

En esta fase se enfrenta la agenda «normal» de cambio; es decir, se cuestiona la lógica social que impone el desembarazarse de los síntomas como única vía posible para «curarse». Con objeto de que el paciente abandone esta lucha se procura el que, por su propia experiencia, se dé cuenta de la futilidad de tal postura. Si siente al fin que por ese

camino no va a llegar a ningún sitio se generará la «desesperanza creativa», una experiencia que le abrirá a posibilidades alternativas de actuación.

METAS

INTERVENCIONES

- | | |
|--|---|
| <p>1. Informar y lograr consentimiento y compromiso para la terapia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Informar de tratamientos alternativos. • Informar de los riesgos y beneficios. • Proponer un intervalo de tiempo específico para revisar. • Orientar respecto a los roles de terapeuta y cliente |
| <p>2. Legitimación de la terapia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ver si los problemas que tiene son por causa «legítima» (p. ej. divorcio, cambio de casa, muerte, pérdida de trabajo...) o por el control sobre sentimientos, emociones, pensamientos...
¿Qué dicen los síntomas? |
| <p>3. Estrategias de cambio del cliente y falta de resultados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué quieres conseguir? • Metas: finales y de proceso • ¿Cómo lo has intentado alcanzar? • ¿Cómo te han ido esos intentos? [Lo que la experiencia dice y lo que la mente dice]. • Ver que nada ha funcionado a largo plazo. • Ver que los ejemplos están bajo un planteamiento: control de experiencias privadas=vida exitosa. • Quizás el intento de solución es parte del problema. |

- | | |
|---|---|
| 4. Desgastar la vinculación del cliente a la agenda de cambio normal. | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer como norma la practicidad. • Uso de lenguaje sólo si es práctico • Centrarse en experiencia y lo que esta diga que funciona. No lo que razonablemente parezca más adecuado para resolver el problema. |
| 5. Evocar desesperanza creativa. | <ul style="list-style-type: none"> • «Estás atascado. Esto no se resuelve y, en el fondo, sabes que no hay salida. Lo has probado todo. Y no es que no te hayas esforzado suficientemente». • Empleo de Metáforas: <ul style="list-style-type: none"> • del hombre en el agujero. • del micrófono que se acopla • de habilidades aprendidas • del juego de la cuerda contra el dinosaurio. |
| 6. Deteriorar el entenderlo. | <ul style="list-style-type: none"> • No entender la nueva postura nos aleja del aquí y ahora. • No centrarse en el lenguaje. • Empleo de paradojas para desliteralizar y desestabilizar el entenderlo. |
| 7. Deshacer la vinculación a la agenda de cambio. | <ul style="list-style-type: none"> • Discrepar la desesperanza actual de la posibilidad de trabajar y cambiar. |

FASE II

CONTROL COMO PROBLEMA, NO COMO SOLUCIÓN

Se trata de hacer más consciente al paciente de que sus esfuerzos de control se dirigen a evitar o a intentar cambiar eventos privados. Sin embargo, esto es inútil y puede llegar convertirse en el problema mismo.

METAS

INTERVENCIONES

- | | |
|--|---|
| <p>1. Control es el problema y conduce a malos resultados, persona escapa de estas situaciones y las evita emocionalmente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Las «reglas del mundo interno» (no son como las externas: si no quieres determinados contenidos los tienes y viceversa). • La solución no es el control deliberado, el problema es el control deliberado. • Metáfora del polígrafo (para ansiedad y depresión). • Ejercicio del elefante rosa (obsesivos). «No salives si te pido que te imagines bebiendo un zumo...» |
| <p>2. Cultura promueve control emocional, solo sirve a corto plazo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • “Deja de llorar o te hago llorar por algo” • “No tengas miedo, no es nada” |
| <p>3. El control lleva a un aprendizaje arbitrario, independiente de la experiencia. Distinguir entre seguir las reglas y la practicidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Condicionamiento • Ejercicio: ¿cuáles son los números? |
| <p>4. Consentir es una alternativa a controlar. No consentir tiene un coste: el problema cada vez se vuelve peor. Abrirse, pero no</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Metáforas de las dos escalas. • Ejemplos del sueño y el orgasmo • Empleo de metáforas: |

verbalmente, sino físicamente (sentirlo).

- Para la ansiedad: las olas, la corriente del río.
- Para obsesiones y experiencias traumáticas: la caja llena de cosas.

FASE III

CONSEGUIR ACEPTACIÓN POR MEDIO DE DESLITERALIZACIÓN

En esta fase se procura ayudar al paciente a aceptar las experiencias gracias a alterar el contexto de los procesos de pensamiento. En concreto, se trata de evitar el estar fusionado con lo que se piensa; es decir, de deshacer el exceso de literalización (la palabra — símbolo— se vive igual que la experiencia real).

METAS

INTERVENCIONES

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrar límites del lenguaje e impacto en el aprendizaje por experiencia. | <ul style="list-style-type: none"> ● Tu mente no es tu amiga. Evolución y lenguaje. La proporción de contenidos mentales negativos es muy superior a la de los positivos. ● «Explicar» acciones motoras ● Metáfora «Encuentra un sitio para sentarte». Imaginarse beber agua no quita la sed. |
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Que lenguaje pierda literalización | <ul style="list-style-type: none"> ● Ejercicio «pan, pan, pan...». <ul style="list-style-type: none"> ○ Imaginarse el pan horneado... ○ Repetir palabra durante 2 min/ hablar lentamente y ver movimientos de lengua ○ ¿Dónde fue el pan horneado? |

- Metáfora de los pasajeros del autobús.
 - Ejercicio del desfile de soldados.
 - Ejercicio: «Llévate a tu mente a dar un paseo».
3. Cuestionar razones y que el lenguaje no puede explicar nuestra vida.
- Las razones son causas. No hay que atacar todas las razones: si al cliente le sirven está bien.
 - Cambiar el “pero” por “y”.
 - Te lo diría, pero tengo miedo → te lo digo y tengo miedo
 - Metáfora de la taza mala (relatividad de las valoraciones).
 - Ser consciente de que “soy malo” es un pensamiento, no una verdad. Mejor: «Soy una persona que ahora se evalúa como malo».
4. Consentir: la meta de la desliteralización. Lograr que el lenguaje no interfiera con la habilidad para experimentar el contenido alterador
- Ejercicios:
 - Monstruo de lata.
 - Fisicalizador.
 - Cartas con contenidos.
 - Ejercicio: ruido/imagen que dan inquietud

FASE IV

DESCUBRIR EL «YO» COMO ALIADO

El vértigo que puede producir el proceso terapéutico, el cuestionamiento que lleva implícito, aconseja otorgar asideros al paciente. En concreto se le enseña que su «yo» es su aliado, no su enemigo. Es un lugar seguro desde el que contemplar nuestros cambiantes

problemas. El yo es muy resistente al cambio, es casi indestructible, en cambio los contenidos que alberga pueden ir mudando

METAS

INTERVENCIONES

- | | |
|---|--|
| 1. Concepciones de mí mismo pueden ser una cárcel para el cambio. | <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de la polaridad mental. |
| 2. Diferenciar entre yo como contenido y yo como contexto. | <ul style="list-style-type: none"> • Metáfora del ajedrez <ul style="list-style-type: none"> ○ Tú eres el tablero, no las fichas blancas o negras. • Ejercicio del observador. • Al tener una perspectiva alejada, no tenemos miedo a los contenidos. |
| 3. Contrastar el yo-contextualizado con el yo-observador. | <ul style="list-style-type: none"> • Finge: ¿qué parte de él mismo ve que finge? <ul style="list-style-type: none"> ○ Observador externo: ¿Quién finge? • Ejercicio «escoge una identidad» |

FASE V

TRABAJO CON LOS VALORES

En esta fase tratamos de hacer ver al paciente el sentido de volver a vivir una vida digna hacia una dirección. Se procura identificar una dirección vital valorada y unas metas y acciones que la impliquen.

- | | |
|---|--|
| 1. Comprender la importancia de una vida basada en valores. Los | <ul style="list-style-type: none"> • Valores como acciones, no sentimientos |
|---|--|

valores son elegidos, son elecciones personales libres.

- Ejercicios de los calcetines de rombos.
- ¿En qué quieres que se base tu vida?
 - Ejercicio del Funeral
 - ¿Qué es lo que más te gustaría oír...?
- Metáfora de la huerta
 - Para que crezcan cosas importantes hay que cuidarla muchos años

2. Metas y valores. Valores inalcanzables y metas al servicio de los valores

- Inutilidad de estar ligado a metas, siempre estará carencial. Lo lógico es poner el interés en estar siempre allí, en vivir el presente, el aquí y ahora.
- Metáfora del esquí
 - Disfrutar de la bajada
- Metáfora del sendero de la montaña.

3. Establecer con el cliente una dirección vital basada en los valores de las principales áreas de la vida.

- Frases de la dirección valorada.
- Ranking de los valores:

PASOS:

- Explicar ejercicio de valores a completar
- Completar ejercicio en casa
- Se discuten en sesión
- Se establece el ranking.

- Ser feliz no es un VALOR.
 - Un valor es una dirección
 - Paciente escoge valores de acuerdo a si mismo.
4. Establecer acciones concretas para llegar hacia los valores deseados.
- Ejercicio de metas, acciones y barreras.
 - Especificar acciones claras y factibles.
 - Evitar concepciones heroicas
 - Reconocer y analizar barreras.
5. Reducir impacto de barreras a través de la aceptación.
- Metáfora de la burbuja que avanza

FASE VI

TRABAJO CON LOS VALORES	
<p>En esta última fase ayudamos a llevar a cabo la acción previamente aceptada. Comenzamos exposiciones y otras técnicas conductuales si son necesarias. Los obstáculos son una parte esperable en este camino, no deben hacer abandonar el proceso emprendido.</p>	
METAS	INTERVENCIONES
<p>1. Importancia de valores, ya que son elecciones personales libres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora del vagabundo que se cuela en tu fiesta

	<ul style="list-style-type: none"> • No es deseado, pero una vez que está allí, ¿vamos a perder toda la fiesta controlando cómo se comporta?
<p>2. Comprender naturaleza de aceptación y compromiso. No hay aceptación a media</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio del salto <ul style="list-style-type: none"> • No se puede saltar «un poquito» si te tiras en paracaídas. • Metáforas: • Del pantano <ul style="list-style-type: none"> • ¿seguimos o nos quedamos parados por no cruzarlo? • Del globo que se expande • Ejercicio: Llevar contigo las llaves • Metáfora del ajedrez
<p>3. Ver barreras que surgen y cómo superarlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio del contacto visual • Metáfora del coche en ruta • FEAR frente a ACT: • F: Fusión con pensamientos • E: Evaluación de sensaciones • A: Evitación de experiencias • R: Razones para esa conducta • A: Aceptación de reacciones • C: Elegir dirección valorada • T: Hacer acción. • Ejercicio: esperando al Sr. Incomodidad y/o ejercicios Interoceptivos

	<ul style="list-style-type: none"> • Metáfora del primer amor frustrado • Rol de víctima • No se debe estar siempre mal para que otros se sientan culpables • Ejercicio de la silla vacía • Ejercicio aceptar el yo como válido por confianza • Ejercicios de exposición, rol-playing, habilidades sociales, etc.
--	---

(Mairal, 2007).

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 1. ASENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Mishell Stephanie Vaca Cazares

Datos de localización del investigador principal:

Teléfono: 0998942605

Correo electrónico: msvaca@estud.usfq.edu.ec

Formulario de aceptación

Por favor, lee con atención el siguiente formulario.

Al aceptar colaborar en esta investigación, debes asistir a nuestros talleres una vez semanalmente, durante 6 sesiones. El taller será grupal, por lo que participarás con otras junto a otros adolescentes. Es importante recordar que su identidad será protegida y no será revelada

por ningún motivo, toda la información proporcionada será confidencial y en el caso de que exista una violación de esta, no dude en contactarnos y nos responsabilizamos de todos los problemas que causen la falta de confidencialidad. De igual manera, al aceptar participar, te solicitamos que no compartas información de este proyecto o de algún otro participante.

Si tienes alguna inquietud sobre este estudio no dudes en consultar con el investigador a cargo y solicitar más información al respecto. En el caso de que ya no desees participar en el proyecto, eres libre de retirarte en el momento que quieras sin ninguna represalia, únicamente infórmanos acerca de tu decisión.

En el caso de tener preguntas, contáctese con la investigadora a cargo Mishell Vaca, a través del teléfono (0998942605)

Mi nombre es _____ y he leído todo el formulario, por lo que acepto participar en el estudio.

Fecha:

Firma:

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRE/MADRE DE FAMILIA



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Mishell Stephanie Vaca Cazares

Datos de localización del investigador principal:

Teléfono: 0998942605

Correo electrónico: msvaca@estud.usfq.edu.ec

Formulario de aceptación

El objetivo de esta investigación es conocer el impacto que tiene la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo en la ciudad de Quito. Esta indagación forma parte del Trabajo de Investigación Final de la estudiante de Psicología Clínica Mishell Vaca, perteneciente a la Universidad San Francisco de Quito.

Si accede a autorizar a su hijo(a) a participar en este estudio, y si su hijo(a) se ofrece a participar del mismo en forma voluntaria, deberá venir al laboratorio una vez cada siete días, durante 6 semanas y completar cuestionarios específicos referidos al tema de investigación. Los cuestionarios serán administrados en el aula en forma grupal, y serán completados en forma individual. Las respuestas sirven para conocer en qué medida ciertas situaciones son frecuentes en adolescentes. La participación en esta investigación es voluntaria. La información que se recoja no será utilizada para ningún otro propósito fuera de esta investigación, por lo que no se compartirá con otras personas que no sean investigadores de este proyecto. Las respuestas que su hijo(a) brinde serán codificadas usando un número de identificación, y por lo tanto, serán anónimas. Su hijo(a) podrá retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna manera.

Si desea tener más información sobre el estudio puede comunicarse con la investigadora a cargo Mishell Vaca, al número de teléfono (0998942605) o puede escribir al correo msvaca@estud.usfq.edu.ec. Una vez concluido el proceso, si usted lo desea puede retirar los resultados.

Gracias por su colaboración

Yo, _____, con la cedula de identidad _____,
he leído todo el formulario y permito a mi hijo participar en este estudio.

Fecha:

Firma:

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD/PADRE/MADRE DE FAMILIA



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Mishell Stephanie Vaca Cazares

Datos de localización del investigador principal:

Teléfono: 0998942605

Correo electrónico: msvaca@estud.usfq.edu.ec

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Introducción	Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso como tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo para jóvenes de 17 a 18 años en la ciudad de Quito.
Propósito del estudio	Se sabe que el trastorno obsesivo compulsivo es un desorden neuropsicológico, se ha visto que su sintomatología es presente desde una temprana edad como los tres años, por lo que se ha determinado que también tiene un impacto en la adolescencia. Investigaciones han señalado a la Terapia de aceptación y compromiso como una alternativa de tratamiento para este trastorno, por lo que este estudio propone la aplicación de esta terapia en un grupo de jóvenes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo residentes de la ciudad de Quito.
Descripción de los procedimientos	

Los adolescentes que deseen participar deberán llenar una encuesta sociodemográfica. Además, deberán asistir a seis sesiones de intervención, cada una aproximadamente de 90 minutos. Al terminar las intervenciones, se aplicarán 3 encuestas a cada participante para analizar sus resultados y el impacto del tratamiento.

Riesgos y beneficios

No existe ningún tipo de riesgo físico. Es probable que la persona llegue a sentir cierto nivel de ansiedad e incomodidad debido a la exposición, pero esto se controlara con ejercicios de respiración y, además, se contara con asistencia médica, en caso de alguna emergencia.

En relación a los síntomas, los jóvenes adoptaran herramientas para combatir su ansiedad, obsesiones y compulsiones. Además de fortalecer sus vínculos sociales, por medio de las dinámicas presentes.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y sus colaboradores tendrán acceso.
- 2) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

En caso de que no desea colaborar en la presente investigación, debe informar al investigador principal o a quien le explica este documento. Y en caso de que desee participar, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0998942605 que pertenece a Mishell Vaca, o envíe un correo electrónico a msvaca@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec