

**UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO  
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**LINEA DE INVESTIGACIÓN: Medicina Interna**

**Abordaje diagnóstico y terapéutico del Trastorno Obsesivo  
Compulsivo en adultos. Revisión sistemática**

**AUTORA**

Roblero-Díaz, Yolanda Auxiliadora

**TUTORA CIENTÍFICA Y METODOLÓGICA**

**Dra. Fernanda Pineda Gea**

Docente Facultad de Ciencias Médicas, UNICA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0927-3585>

**REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN**

**REVISOR DE CONTENIDO**

**René Alfonso Gutiérrez, MD, MSc**

**Epidemiólogo, Salubrista Público**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-7419>

**REVISOR Y CORRECTOR DE ESTILO**

**Carlos Manuel Téllez, MSc.**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8936-0031>

Managua, Nicaragua,  
19 de septiembre de 2023

Dedicada principalmente a DIOS, por sus bendiciones, por la sabiduría y sobre todo, por darme las fuerzas para continuar en este largo proceso de formación.

A mis padres, sobre todo, a mi madre; mi LUZ, mi fuerza y mi motivación; por su amor, trabajo, dedicación y sacrificio durante todos estos años.

A mis hermanos y hermanas. A mis bellos abuelitos y tíos que también han puesto su granito de arena con sus oraciones y sus consejos de motivación daría.

A todas las personas que de una u otra manera han sido partícipes de mi formación profesional, brindándome su apoyo y cariño incondicional.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por la vida, por ser la fortaleza en los momentos de dificultad y debilidad a lo largo de estos años.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar en mí y creer en mis expectativas para crecer; por los consejos y valores inculcados por el amor y sacrificio. Ellos son mi orgullo para ser lo que seré.

Agradezco a las personas que pusieron su granito de arena involucrándose en mi proceso de formación; a los docentes de la Universidad Católica Redemptoris Mater UNICA, en especial al doctor René Alfonso Gutiérrez y a los diferentes docentes en los hospitales en los que realicé rotaciones clínicas y que compartieron sus conocimientos a lo largo de mi carrera. Sin lugar a dudas han dejado una huella muy valiosa en mi vida; de manera especial a mi tutora científica y metodológica de mi proyecto de investigación, doctora Fernanda Pineda Gea, por su paciencia y rectitud en su labor como docente y su valioso aporte de conocimientos para mi investigación.

## Resumen

**Objetivo:** Sintetizar la evidencia disponible respecto a el abordaje diagnóstico y terapéutico no farmacológico en adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

**Diseño metodológico:** Se realizó una revisión sistemática sobre el Abordaje diagnóstico y terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo en adultos, Revisión sistemática. Se incluyeron 9 artículos de reporte de caso. Se realizó la búsqueda en MEDLINE a través del metabuscador PUBMED, Google académico, Scielo, repositorios institucionales, utilizando los siguientes tesauros en la estrategia de búsqueda “Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Adulto NOT Niños” Se emplearon como criterios de inclusión: Artículos científicos publicados entre el año 1990- 2023 publicados en idioma español e inglés. Se plantearon los siguientes criterios de exclusión: estudio duplicados y publicados fuera del periodo de estudio y periodo de búsqueda., que no contenían la variable principal, no descargable en formato PDF.

**Resultados:** Los nueve artículos incluidos (nueve pacientes) fueron publicados en idioma español, ocho fueron publicados en España. La edad promedio fue de 29.6 años, con una mediana de edad de 27 años, una moda de 33 años y una desviación estándar de 8.8 años, lo que indica que en el 68% de los casos estudiados se encontraron en los rangos de 20.8 a 38.4 años cinco pacientes se encontraban en la segunda década de vida al momento de la terapia y tres en la tercera década. La edad media ponderada de inicio de los síntomas fue 21.125 años descrita en ocho investigaciones, los nueve pacientes diagnosticados con TOC al momento de la consulta coincidieron con que el inicio de sus síntomas estuvo relacionado a un incidente crítico que marco su comportamiento. Se observó una mayor distribución del TOC en mujeres. Respecto a la sintomatología predominante en las investigaciones realizadas se observó que el Patrón de pensamientos intrusivos fue descrito en seis de los nueve pacientes. La evidencia consultada sugiere que el objetivo de la Psicoterapia combinada con las diferentes técnicas de aceptación y compromiso, es eliminar la rigidez psicológica siendo eficaz en los pacientes. Se observó que la frecuencia de las psicoterapias descrita por los autores en los nueve artículos revisados, era una vez a la semana con una duración entre 45 a 60 minutos por sección. La duración de la psicoterapia fue variable entre los pacientes. Se estimó una duración promedio ponderada de 23.3 semanas, se observó que la duración mínima de psicoterapia descrita en la literatura consultada fue de 8 semanas la duración máxima fue de 48 semanas. Los hallazgos sugieren que la variabilidad de la duración de la psicoterapia en el paciente con TOC dependerá de la severidad de sus síntomas.

**Conclusiones:** En el TOC, las dimensiones clínicas se superponen entre sí, siendo la de mayor prevalencia descrita en mujeres entre segunda y cuarta década de vida, siendo el patrón de pensamientos intrusivos la dimensión , prevalente, la terapia psicológica es efectiva ya que los pacientes presentan mejoría de los síntomas obsesivos compulsivos incluso hasta llegar a niveles subclínicos de la enfermedad durante y post psicoterapia , siendo el “estándar de oro” la terapia cognitivo-conductual dirigida por un terapeuta, con sesiones semanales de una hora, cara a cara, de 8 a 43 semanas de duración.

**Recomendaciones:** Protocolizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta enfermedad ya que se constató el vacío de conocimiento existente en Nicaragua bajo esta línea de investigación. Promover la aceptación de terapias alternativas como psicoterapias, mindfulness, aromaterapia, masajes relajantes, ejercicios físicos para mejor severidad de los síntomas y con ello garantizar la eficacia de las intervenciones combinadas en los pacientes y su familia, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo, Terapia cognitivo-conductual, Adultos

**Correo de la autora:** [yolanda.rdiaz@yahoo.es](mailto:yolanda.rdiaz@yahoo.es)

## Abstrac

**Objective:** To synthesize the available evidence regarding the non-pharmacological diagnostic and therapeutic approach in adults with obsessive compulsive disorder (OCD).

**Methodological design:** A systematic review of the Diagnostic and therapeutic approach to obsessive-compulsive disorder in adults, Systematic review was carried out. 9 case report articles were included. The search was carried out in MEDLINE through the PUBMED metasearch engine, Google academic, Scielo, institutional repositories, using the following thesauri in the search strategy "Obsessive Compulsive Disorder AND Adult NOT Children". The inclusion criteria were used: Scientific articles published between the year 1990-2023 published in Spanish and English. The following exclusion criteria were considered: duplicate studies and published outside the study period and search period, which did not contain the main variable, not downloadable in PDF format.

**Results:** The nine articles included (nine patients) were published in Spanish, eight were published in Spain. The average age was 29.6 years, with a median age of 27 years, a mode of 33 years and a standard deviation of 8.8 years, which indicates that in 68% of the cases studied they were in the ranges of 20.8 to 38.4 years, five patients were in the second decade of life at the time of therapy and three in the third decade. The weighted mean age of symptom onset was 21,125 years described in eight investigations. The nine patients diagnosed with OCD at the time of consultation agreed that the onset of their symptoms was related to a critical incident that marked their behavior. A greater distribution of OCD was observed in women. Regarding the predominant symptomatology in the investigations carried out, it was observed that the Pattern of intrusive thoughts was described in six of the nine patients. The evidence consulted suggests that the objective of Psychotherapy combined with the different acceptance and commitment techniques is to eliminate psychological rigidity while being effective in patients. It was observed that the frequency of the psychotherapies described by the authors in the nine reviewed articles was once a week with a duration between 45 to 60 minutes per session. The duration of psychotherapy was variable between patients. A weighted average duration of 23.3 weeks was estimated, it was observed that the minimum duration of psychotherapy described in the consulted literature was 8 weeks, the maximum duration was 48 weeks. The findings suggest that the variability of the duration of psychotherapy in the patient with OCD will depend on the severity of their symptoms.

**Conclusions:** In OCD, the clinical dimensions overlap each other, with the highest prevalence described in women between the second and fourth decades of life, with the pattern of intrusive thoughts being the prevalent dimension, psychological therapy is effective since patients present improvement in obsessive-compulsive symptoms even to subclinical levels of the disease during and after psychotherapy, the "gold standard" being cognitive-behavioral therapy directed by a therapist, with weekly sessions of one hour, face to face, of 8 to 43 weeks in length.

**Recommendations:** Protocolize the diagnostic and therapeutic approach to this disease, since the existing knowledge gap in Nicaragua regarding this line of research was verified. Promote the acceptance of alternative therapies such as Psychotherapies, Mindfulness, aromatherapy, relaxing massages, physical exercises to improve the severity of symptoms and thereby guarantee the effectiveness of combined interventions in patients and their families, contributing to improving their quality of life.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive-behavioral therapy, Adults

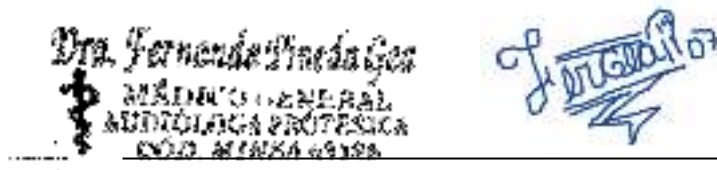
**Author's email:** [yolanda.rdiaz@yahoo.es](mailto:yolanda.rdiaz@yahoo.es)

## CARTA AVAL DE LA TUTORA CIENTIFICA Y/O METODOLOGICA

### Haciendo contar la aprobación y revisión de la propuesta del proyecto de investigación

Por este medio, hago constar que he revisado y aprobado la versión final del documento de Tesis de para optar al **Grado de Doctora en Medicina y Cirugía** titulada, **Abordaje diagnóstico y terapéutico del trastorno obsesivo compulsivo en adultos, Revisión sistemática**, elaborado por la sustentante **Roblero-Diaz, Yolanda Auxiliadora** el cual cumple los criterios de coherencia metodológica de un trabajo tesis de **Grado** guardando correctamente la correspondencia necesaria entre problema, objetivos, de investigación, tipo de estudio, resultados, conclusiones y recomendaciones, cumple los criterios de calidad y pertinencia y sobre todo adquiere un aporte teórico invaluable en el campo de la atención primaria. La sustentante **Roblero-Diaz, Yolanda Auxiliadora** cumple abordó en profundidad un tema complejo asumiendo el grado de compromiso descrito en su objetivo general cumpliendo con la fundamentación bioestadística, que dan las evidencias y el soporte técnico a la coherencia metodológica del presente trabajo de **Grado** cumpliendo de esta manera con los parámetros de calidad necesarios para su defensa, como requisito parcial para optar al grado de **Grado de Doctora en Medicina y Cirugía** que otorga la Universidad Católica Redemptoris Mater, Managua, Nicaragua.

Se extiende el presente Aval del Tutora **Científica y Metodológica**, en la ciudad de Managua, a los **7** días del mes de **agosto** del año dos mil veinte y tres.



Dra. Fernanda Pineda Gea  
CLÍNICA GENERAL  
AUDIÓLOGA PROTÉSICA  
C/100 AV. CAROLINA

**Fernanda Pineda Gea**  
Doctora en Medicina y Cirugía, Audióloga Protésica,  
Docente universitaria e Investigadora clínica

# Índice general

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA CLÍNICA (DE INVESTIGACIÓN) EN MODALIDAD PECOS</b> .....	<b>5</b>
<b>MARCO REFERENCIAL</b> .....	<b>6</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>12</b>
2.1.1 TIPO DE ESTUDIO .....	12
2.1.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD .....	12
2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	12
2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	13
3. FUENTES DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN .....	13
4. TÉCNICA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN (ARTÍCULOS Y/O TESIS MONOGRÁFICAS).....	13
4.1 HERRAMIENTAS SELECCIONADAS PARA REALIZAR LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN:.....	13
4.1.1 BASE DE DATOS .....	13
4.1.2 METABUSCADORES .....	13
4.1.3 REPOSITARIOS .....	13
5. PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN:.....	14
5.1.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	14
5.1.2 PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE TÉRMINOS DE BÚSQUEDAS (TESAURUS): DESC (DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD).....	14
5.1.3 PASO 2: COMPROBACIÓN DE SIMILITUDES DE DESCRIPTORES DESC CON LOS DESCRIPTORES MESH .....	15
5.1.4 PASO 3: CONSTRUCCIÓN Y DEFINICIÓN DE CADENA DE BÚSQUEDA .....	18
5.1.4.1 UTILIZACIÓN DE OPERADORES BOLÉANOS.....	18
5.1.5 PASO 4: APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA .....	19
5.1.6 PERIODO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	19
MÉTODO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	20
5.1.7 DIAGRAMA PRISMA .....	21
PROCESO DE EXTRACCIÓN DE DATOS: ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	22
5.1.8 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS.....	29
5.1.9 CONTROL DE SESGO LOS ESTUDIOS.....	30
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	<b>31</b>
<b>RESULTADOS: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>32</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>39</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>40</b>
<b>LISTA DE REFERENCIA</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXO 1. CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SEGÚN DISEÑO DE ESTUDIO</b> .....	<b>47</b>
<b>ANEXO 2. CRONOGRAMA</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXO 3. PRESUPUESTO</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXO 4. CARTA DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN</b> .....	<b>50</b>
<b>ANEXO 5. LISTA DE PARÁMETROS</b> .....	<b>51</b>

## **I. Introducción**

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno de salud mental que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes y persistentes. Aunque los tratamientos farmacológicos, como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), han demostrado ser eficaces en el manejo del TOC, también se utilizan terapias no farmacológicas para complementar o en lugar de la medicación. Abramowitz et al. (2009) mencionan que una de las terapias no farmacológicas más comunes utilizadas en el TOC es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). La TCC para el TOC generalmente implica dos componentes principales: la terapia de exposición y la prevención de respuesta. La terapia de exposición implica exponer gradualmente al individuo a las situaciones, pensamientos o imágenes que desencadenan sus obsesiones. A medida que el individuo se expone repetidamente a estos estímulos temidos, su ansiedad disminuye gradualmente. La prevención de respuesta implica resistir la compulsión que sigue a la obsesión, lo que ayuda a interrumpir el ciclo de obsesión-compulsión. Por otra parte, Abramowitz et al. (2009) describen que otra terapia no farmacológica utilizada en el TOC es la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés). La ACT se centra en ayudar a los individuos a aceptar sus pensamientos obsesivos sin tratar de suprimirlos o controlarlos.

El TOC afecta al 2-3% de la población. Un tercio de los pacientes responde mal a las terapias convencionales (McLaughlin et al., 2023). El 90% de las personas con TOC también cumplen los criterios de diagnóstico para una afección concurrente de depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, esquizofrenia, trastorno de acumulación (Pinciotti, 2022) así como también tendencias suicidas, deterioro funcional y días de confinamiento en el hogar (Weingarden et al., 2016).

Si bien el TOC no es un trastorno extremadamente prevalente, tiene un profundo impacto en la calidad de vida y las actividades diarias de quienes padecen el trastorno. La gran brecha de tratamiento entre las personas con TOC y el retraso significativo en la búsqueda de tratamiento después del inicio de la enfermedad hace que el TOC sea un trastorno de gran prioridad para la salud pública y en este sentido, esta investigación revisará la literatura existente y accesible para el investigador, que aborde el diagnóstico y las conductas terapéuticas no farmacológicas utilizadas en el paciente con TOC, haciendo especialmente énfasis en las dos terapias no farmacológicas descritas en los párrafos anteriores, así mismo se hará un análisis comparativo entre los beneficios de estas terapias descritas y evidenciada en la literatura médica.



## **II. Antecedentes**

El perfil epidemiológico del TOC fue investigado por Ruscio et al. (2010) mediante una investigación titulada “Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo en la réplica de la encuesta nacional de comorbilidad” evidenciaron que los hombres constituyen la mayoría de los casos de inicio muy temprano, con casi una cuarta parte de los hombres con inicios antes de los 10 años. En contraste, las mujeres tienen una acumulación mucho más rápida de casos nuevos después de los 10 años, con la pendiente más alta durante la adolescencia, así mismo mencionan que hay pocas apariciones nuevas entre hombres o mujeres después de los 30 años.

Richter y Ramos (2018) realizaron una revisión de la literatura sobre el diagnóstico, la fisiopatología y las tendencias de tratamiento en el TOC, la evidencia incluida en la revisión muestra los beneficios que ofrece la terapia cognitivo-conductual, basada en los principios de exposición y prevención de la respuesta, la cual muestra resultados superiores a los tratamientos farmacológicos con menores tasas de recaída en el seguimiento a largo plazo y, por lo tanto, debe considerarse en el plan de tratamiento de todo paciente con TOC. y típicamente tasas de respuesta más bajas. La terapia cognitivo-conductual, basada en los principios de exposición y prevención de la respuesta, muestra resultados superiores a los tratamientos farmacológicos con menores tasas de recaída en el seguimiento a largo plazo y, por lo tanto, debe considerarse en el plan de tratamiento de todo paciente con TOC y típicamente tasas de respuesta más bajas. La terapia cognitivo-conductual, basada en los principios de exposición y prevención de la respuesta, muestra resultados superiores a los tratamientos farmacológicos con menores tasas de recaída en el seguimiento a largo plazo y, por lo tanto, debe considerarse en el plan de tratamiento de todo paciente con TOC.

Fals-Stewart y Lucente(1994) durante las últimas dos décadas, se han desarrollado intervenciones psicoterapéuticas eficaces y han demostrado ser exitosas en el tratamiento de pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). La terapia conductual, que utiliza la exposición a estímulos que provocan ansiedad y la prevención de la respuesta dirigida a los rituales, brinda un beneficio duradero para la mayoría de los pacientes que participan y cumplen con el tratamiento.

### **III. Justificación**

#### **i. Relevancia social de la revisión sistemática**

Dado que el TOC tiene la posibilidad de obstaculizar el crecimiento y el desarrollo social de una persona, Veale y Roberts (2014) afirman que la Organización Mundial de la Salud (OMS) enumera el TOC como una de las diez condiciones más incapacitantes por la pérdida financiera y la disminución de la calidad de vida esta investigación podrá incidir en estos aspectos aportando evidencia confiable y apegada a nuestra realidad.

#### **ii. Relevancia institucional de la revisión sistemática**

Tras una búsqueda exhaustiva en los repositorios nacionales, no se evidenció una investigación con características similares a esta, así mismo logro evidenciar un vacío de conocimiento respecto a el abordaje terapéutico TOC en la población nicaragüense es por ello que esta investigación será pionera en la producción de conocimientos fundamentado en una línea de investigación como lo es la psiquiatría la cual es una área de conocimiento fértil puesto que a nivel institucional y nacional so ha sido abordada esta temática.

#### **iii. Implicación práctica, valor teórico de la revisión sistemática**

El TOC es un trastorno neuropsiquiátrico asociado con un deterioro significativo y una prevalencia de por vida del 1% al 3% (Hirschtritt et al., 2017) sin embargo, a menudo se pasa por alto en los entornos de atención primaria y con frecuencia no se trata adecuadamente, es por ello que con esta revisión se pretende aportar evidencia científica sólida que permitir al médico general poder realizar una detección y derivación oportuna del paciente al especialista y con ello poder contribuir a la mejora clínica de estos paciente.

#### **iv. Utilidad metodológica de la revisión sistemática**

Los avances en el tratamiento incluyen evidencia creciente para respaldar la eficacia de la difusión en línea de terapias cognitivas conductuales, que han demostrado disminuciones clínicamente significativas en los síntomas del TOC cuando son realizadas por terapeutas capacitados, es por ello que esta revisión pretende cimentar la evidencia científica disponible acerca de esta temática en cuestión.

## **IV. Objetivos**

### **General:**

Sintetizar la evidencia disponible respecto a el abordaje diagnóstico y terapéutico no farmacológico en adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo

### **Específicos:**

1. Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo
2. Describir las dimensiones clínicas y abordaje terapéutico no farmacológico descrito en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo

## **V. Planteamiento de la pregunta clínica (de investigación) en modalidad PECOS**

¿Cuál es la evidencia disponible sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico no farmacológico en adultos con trastorno obsesivo compulsivo?

**Del cuestionamiento anterior se desglosan las siguientes variables PECOS:**

### **P OBLACIÓN**

**Adultos con TOC**

### **E xposición**

**Terapia no farmacológica**

**Tipo de terapia no farmacológica para el TOC:**

1. Terapia cognitiva-conductual
2. Terapia de aceptación y compromiso
3. Terapia exposición y prevención de respuesta

### **C ONTROL**

**No se estableció comparación**

### **O UTCOME (Resultados)**

#### **1. Perfil epidemiológico del TOC**

1. Edad
2. Sexo
3. Edad diagnóstica

#### **2. Dimensiones de síntomas del TOC**

- 1- Patrón de contaminación
- 2- Patrón de duda patológica
- 3- Patrón de pensamientos intrusivos
- 4- Patrón de simetría

#### **3. Resultados clínicos**

1. Mejoría clínica
2. Duración de terapia

**STUDIES** (Tipo de estudio): Estudios observacionales (Casos clínicos, caso control, transversales analíticos, cohortes)

## **VI. Marco referencial**

### **Generalidades del TOC**

El TOC está actualmente identificado por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 5ª edición (DSM-5) como una condición con obsesiones (impulsos repetidos o ideas que son irracionales, intrusivas) combinadas con compulsiones (comportamientos) que interfieren con la calidad de vida de la persona y, a menudo, en asociación con otras afecciones psiquiátricas o del neurodesarrollo (Drubach,2015).

### **Perfil epidemiológico del TOC descrito en la literatura médica**

La edad media de inicio del TOC es de 19,5 años, aunque la edad de aparición es anterior en los hombres que en las mujeres; la aparición después de los 35 años es rara, pero puede ocurrir (Velloso y Fernández-Cuevas, 2015).

Algunos autores admiten que el síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad; sin embargo, otros describen trastornos obsesivos compulsivos a una edad más precoz. Según Ajuriaguerra (1976) en torno al 20% comienza antes de los 15 años y del 50 al 60% lo hace antes de los 20 años. Cabe agregar que aproximadamente el 30% de los pacientes rechazan el tratamiento, abortan el tratamiento o no responden al tratamiento. De aquellos que tienen un tratamiento exitoso, alrededor del 50% tienen síntomas residuales. La incidencia por es similar con una ligera tendencia a favor de las mujeres (Brock & Hany, 2022).

La OMS enumeró el TOC dentro de las diez enfermedades médicas asociadas con la mayor discapacidad a nivel mundial su prevalencia estimada en los Estados Unidos es del 2,3 % para el TOC de por vida y del 1,2 % para los criterios de 12 meses (Ruscio et al., 2010), mientras que la prevalencia de TOC de por vida en el la población general, según un estudio que consideró seis países europeos, se estima en el rango de 1 a 2%. A pesar del gran impacto de esta afección en la calidad de vida, se ha informado que solo una pequeña proporción de los pacientes con TOC buscan tratamiento psiquiátrico, que oscila entre el 30 y el 40% (Swierkosz-Lenart et al., 2023).

Aouizerate et al. (2004) mencionan que los rasgos del TOC también se observan comúnmente en aproximadamente el 5% de los familiares de primer grado de las personas diagnosticadas.

## **Síntomas del TOC**

Orozco et al. (2021) expresan una alta prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos (SCO) en los trastornos ansioso-depresivos que oscila entre el 30 y el 67%.

Fenske & Petersen (2015) junto con Brock y Hany (2022) mencionan que el trastorno obsesivo-compulsivo se encuentra en su propia categoría de trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, donde las siguientes subcategorías fueron puestas:

- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Trastorno dismórfico corporal (TDC)
- Trastorno de acumulación
- tricotilomanía
- Trastorno de excoriación (pellizcado de la piel)
- Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionado como resultado de otra condición médica
- Otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y relacionado
- Trastorno obsesivo-compulsivo no especificado y relacionado

### **A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas (Fenske y Petersen ,2015)**

**Las obsesiones se definen por los siguientes dos puntos:**

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan, en algún momento durante la perturbación, como no deseados, y que en la mayoría de los individuos causan un malestar marcado.
2. El individuo intenta suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes con algún otro pensamiento o acción (es decir, reemplazándolos con una compulsión).

**Las compulsiones se definen por los siguientes dos puntos:**

1. Comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión.
2. Las conductas o actos mentales tienen como objetivo reducir la ansiedad o angustia o prevenir alguna situación temida; sin embargo, estos comportamientos o acciones mentales

no conectan de manera realista con lo que están diseñados para prevenir o son claramente excesivos.

- B.** Las obsesiones consumen mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (Fenske y Petersen ,2015)
- C.** Los síntomas obsesivo-compulsivos no surgen de los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica. (Fenske y Petersen ,2015)
- D.** Trastornos de conducta; cavilaciones culpables, como ocurre en un trastorno depresivo mayor; inserción de pensamientos o preocupaciones delirantes, como las que se encuentran en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de conducta repetitivos, como los que se encuentran en un trastorno del espectro autista). (Fenske y Petersen ,2015)

Krebs y Heyman (2015), Fenske y Petersen (2015) junto con Brock y Hany (2022) mencionan que las obsesiones se definen como pensamientos o impulsos intrusivos que causan una angustia significativa; el paciente intenta neutralizar esta angustia desviando los pensamientos o realizando rituales. Las compulsiones son acciones que el paciente se siente presionado a realizar en respuesta a las obsesiones que le producen ansiedad/angustia o para evitar que ocurra una situación incómoda. Estas compulsiones pueden ser ilógicas o excesivas.

Las obsesiones más comunes incluyen miedos a la contaminación, miedos a la agresión/daño, miedos sexuales, miedos religiosos y la necesidad de hacer las cosas “bien”. Las compulsiones compensatorias de estas obsesiones incluyen lavar y limpiar, comprobar, buscar tranquilidad, repetir, ordenar y arreglar. (Krebs y Heyman 2015); Fenske y Petersen (2015); Brock y Hany (2022))

## **Dimensiones de síntomas del TOC**

Las dimensiones de los síntomas en el TOC que se han replicado consistentemente en todos los estudios incluyen: obsesiones agresivas y comportamiento de verificación (AGG), obsesiones y compulsiones sexuales/religiosas (SR), obsesiones de contaminación y obsesiones relacionadas con el lavado (CW), obsesiones con simetría y exactitud y orden compulsiones (SYM) y obsesiones y compulsiones por acumular (HRD). El principal desacuerdo entre los estudios que involucran soluciones de cuatro y cinco factores para las dimensiones de los síntomas del TOC es si las obsesiones agresivas y el comportamiento de verificación (AGG) y las obsesiones y compulsiones sexuales/religiosas (SR) deben combinarse en una sola dimensión (AGG/SR) o dos separadas. Dimensiones (Bloch et al., 2008; Leckman et al., 1997).

Las dimensiones de los síntomas del TOC son temporalmente estables y se han asociado con distintos patrones de comorbilidad (Holzer et al., 1994; Pitman et al., 1987). Los datos preliminares sugieren que estos rasgos cuantitativos pueden ser marcadores fenotípicos útiles para estudios genéticos, de neuroimagen y de resultados del tratamiento (Baer,1994; Mataix-Cols et al., 2005). Específicamente, también se ha informado que los síntomas de HRD están asociados con una respuesta deficiente del inhibidor de la recaptación de serotonina (SRI) en la mayoría (Mataix-Cols et al., 1999; Samuels et al., 2002; Stein et al., 2007), pero no en todos los estudios. (Saxena et al., 2007). Por el contrario, los síntomas de AGG/SR se han asociado con un mejor resultado a largo plazo y con una mejor respuesta a los ISRS en los niveles de tendencia (Samuels et al., 2002)

Aunque las clasificaciones diagnósticas estándar consideran el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) como una sola entidad diagnóstica, los estudios analíticos factoriales de los síntomas del TOC (Leckman et al., 1997; Summerfeldt et al., 1999; Cavallini et al., 2002). han identificado cuatro factores principales de síntomas:

1. Obsesiones agresivas, sexuales y religiosas con las compulsiones de control
2. Obsesiones de simetría con compulsiones de ordenar, arreglar y repetir
3. Obsesiones de contaminación con compulsiones de lavado y limpieza;
4. Síntomas de acaparamiento, ahorro y recolección

## **Terapias no farmacológicas descritas en la literatura utilizadas en el paciente con TOC**

Drubach (2015) mencionan que el pilar del tratamiento es la psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual, y las intervenciones farmacológicas, especialmente con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Vellosillo-Sanz y Fernández-Cuevas (2015) describe que las dos estrategias de eficacia contrastada son el tratamiento farmacológico y la terapia cognitiva conductual. Por desgracia, en torno al 30% de los pacientes no responde al tratamiento y, si lo hacen, no suele darse cuenta de una reducción de más de un 25-35% de la intensidad de los síntomas.

Fenske y Schwenk (2009) definen que el tiempo medio de tratamiento es de 11 años. Brock y Hany (2022) especulan sobre la demora en el tratamiento, ya que las personas con TOC pueden sentirse avergonzadas con sus pensamientos intrusivos, como creencias sexuales inapropiadas o comportamiento ritualista



## **Terapia cognitivo conductual**

### **Concepto de terapia conductual**

Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental de Reino Unido (2006) define como una terapia psicológica y un término general para una variedad de intervenciones que incluyen la prevención de la exposición y la respuesta y la activación del comportamiento. La terapia conductual según lo menciona el Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental de Reino Unido (2006) es también llamada modificación del comportamiento o psicoterapia conductual, se refiere al uso de la teoría del aprendizaje en el tratamiento de trastornos psicológicos. Se basa en la creencia de que los problemas psicológicos son causados por un aprendizaje defectuoso y no por una enfermedad médica.

La terapia conductual tiene como principal objetivo ayudar a las personas a gestionar/cambiar comportamientos que no ayudan. Por ejemplo, en el TOC, la terapia conductual a menudo implica confrontar situaciones temidas (exposición) y abstenerse de realizar rituales (prevención de respuesta). Para TOC, la terapia conductual es a menudo sinónimo de exposición y prevención de respuesta (Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental de Reino Unido, 2006)

Seibell y Hollander (2014) describe que esta terapia se ha consolidado como la estrategia terapéutica de primera línea. Dos tercios de los pacientes responden de manera favorable a la terapia de exposición y prevención de respuesta y ha demostrado ser más eficaz frente al tratamiento farmacológico aislado, por lo que se recomienda como tratamiento de elección ante los síntomas leves a moderados. Por otra parte, Vellosillo-Sanz. y Fernández-Cuevas (2015) mencionan que, la terapia de aceptación y compromiso puede mejorar los síntomas en mayor medida que el entrenamiento en relajación progresiva

### **Terapia de aceptación y compromiso**

Lee et al. (2018) describe que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) es una forma moderna de terapia cognitiva conductual (CBT) con un apoyo creciente para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Finucane et al. (2023) terapia de Aceptación y Compromiso es una forma de Terapia Cognitiva Conductual que utiliza técnicas de psicología conductual, valores, aceptación y atención plena para mejorar la salud mental y el bienestar. La Terapia de Aceptación y Compromiso es eficaz para tratar el

estrés, la ansiedad y la depresión en una amplia gama de entornos, incluidos contextos ocupacionales donde el trabajo emocional es alto.

## **Terapia de exposición y prevención de respuesta virtual**

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ha demostrado tener efectos beneficiosos en la reducción de los síntomas del TOC como primera línea de tratamiento. Además, la Realidad Virtual (VR) ha sido una intervención más factible y accesible para el TOC en los últimos años. En cuanto al punto, el objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de la prevención de exposición y respuesta de realidad virtual (VRERP, por sus siglas en inglés) en el tratamiento del subtipo de contaminación TOC. (Javaherirehani et al. 2022)

McKay et al. (2015) mencionan que la terapia cognitivo-conductual, especialmente la prevención de exposición y respuesta (ERP, por sus siglas en inglés) también es eficaz, pero el 30 % de los pacientes no mostró ninguna mejoría en sus síntomas.

Javaherirehani et al. (2022) mencionan que la realidad virtual (VR) es una simulación generada por computadora donde los usuarios interactúan con el entorno en tiempo real. La realidad virtual proporciona un entorno seguro y de apoyo para el paciente y aumenta la autoeficacia, por lo que la exposición a la realidad virtual es más aceptable que la exposición in vivo o imaginaria (Botella et al. 2004).

El desarrollo de la RV ha aumentado el uso de VRET para pacientes que no quieren exponerse a situaciones muy temidas, ya que la RV puede proporcionar una exposición paso a paso a los estímulos temidos de una manera más realista y controlada en un entorno seguro. Además, la realidad virtual puede superar las limitaciones de las técnicas ERP tradicionales a través de las capacidades específicas que posee. La RV aporta flexibilidad (adaptando los escenarios virtuales a las necesidades y miedos de los pacientes), reproducibilidad (cada escenario puede repetirse y ejecutarse exactamente), naturaleza controlada (ajustando el nivel de ansiedad en los estímulos), seguridad (toda situación puede terminar sin resultados aversivos) y confidencialidad (ambiente de apoyo y privado sin sentir vergüenza). (Javaherirehani et al. 2022)

## VII. Diseño metodológico

### 2.1.1 Tipo de estudio

#### Revisión sistemática, de tipo pronóstica, ambispectiva con enfoque cualitativo

Esta revisión según inicio el estudio en relación a la cronología u ocurrencia de los hechos y registro de la información es *ambispectiva* porque las unidades de análisis (artículos, tesis) registran información ocurrida en tiempo pasado (retrospectiva) y según el registro y búsqueda de la información haciendo uso de las herramientas (Base de datos, repositorios, metabuscadores, etc.) es prospectiva. Tiene un *enfoque cualitativo ya que* el procesamiento y análisis de la información se limitó a registrar y describir los hallazgos relevantes extraídos de las unidades de análisis en base a las variables PECOS establecidas para esta investigación, dicho esto no se realizó ningún procesamiento estadístico inferencial (metaanálisis).

### 2.1.2 Criterios de elegibilidad

#### 2.1 Criterios de inclusión

- A. **Tipo de publicación:** Artículos científicos y/o literatura gris con diseño metodológico observacionales (reporte o serie de casos, casos-control, transversales, cohorte).
- B. **Calidad metodología o grado de evidencia:** para homogenizar el nivel de evidencia analizado, para ello se optó por estandarizar el diseño de investigación incluido en este estudio (Ver acápite, control de sesgo).
- C. **Accesibilidad:** Artículos científicos con acceso abierto (Open Access), es decir que no solo pueda leerse el artículo o tesis monográfica en la página web de la revista o repositorio, sino que también pueda descargarse en formato pdf.
- D. **Idioma de publicación:** Artículos científicos y tesis monográficas publicadas en idioma español y/o inglés ya que este último representa hasta el 90% de la evidencia publicada.
- E. **Periodo de publicación:** Artículos científicos publicados durante 1990-2023 disponibles durante el periodo de búsqueda bibliográfica establecido en esta revisión.
- F. **Contenido de publicación:** Estudios que aborden las terapias no farmacológicas implementadas en pacientes adultos diagnosticados con TOC.

## 2.2 Criterios de exclusión

- A. Estudios de tipo presentación de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas
- B. Estudios publicados idioma que no sean inglés o español
- C. Estudios publicados fuera del periodo de estudio y periodo de búsqueda.
- D. Estudios con acceso restringido.
- E. Estudios que no aborden la temática en cuestión.

## 3. Fuentes de obtención de información

Artículos científicos y tesis monográficas incluidos en esta revisión.

## 4. Técnica de búsqueda de información (Artículos y/o tesis monográficas)

### 4.1 Herramientas seleccionadas para realizar la búsqueda de información:

La búsqueda de los artículos científicos primarios se llevó a cabo haciendo uso de las siguientes herramientas, tales como metabuscadores y bases de datos con acceso libre en línea, la búsqueda de las tesis monográficas se llevó a cabo en repositorios institucionales nicaragüenses.

#### 4.1.1 Base de datos

**MEDLINE** a través del motor de búsqueda de PUBMED:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

**LILACS** (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

<https://lilacs.bvsalud.org/es/>

**Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL) y Cochrane Database of Systematic** <https://www.cochranelibrary.com/central/about-central>

**BIREME.BR:** <https://bvsalud.org/es/>

#### 4.1.2 Metabuscadores

**Google Académico** (Google Scholar): <https://scholar.google.com.ni>

#### 4.1.3 Repositorios

**Repositorio CNU, Nicaragua:** <https://repositorio.cnu.edu.ni/>

**Repositorio UNICA, Nicaragua:** <https://repositorio.unica.edu.ni/>

## 5. Procedimientos utilizados en la búsqueda de obtención de información:

### 5.1.1 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para identificar los artículos que potencialmente fueron elegibles en esta investigación se siguieron los pasos detallados a continuación, estos pasos se describen en el artículo realizado por Pineda-Gea et al. (2023) en donde se detalla la metodología aplicada en la redacción de trabajos monográficos de tipo revisión sistemática y se abordan los aspectos metodológicos para llevar a cabo una búsqueda bibliográfica de manera sistemática. La estrategia de búsqueda implementada en esta revisión cumple de manera rigurosa tres pasos descritos por los autores antes mencionados, los cuales se detallan a continuación.

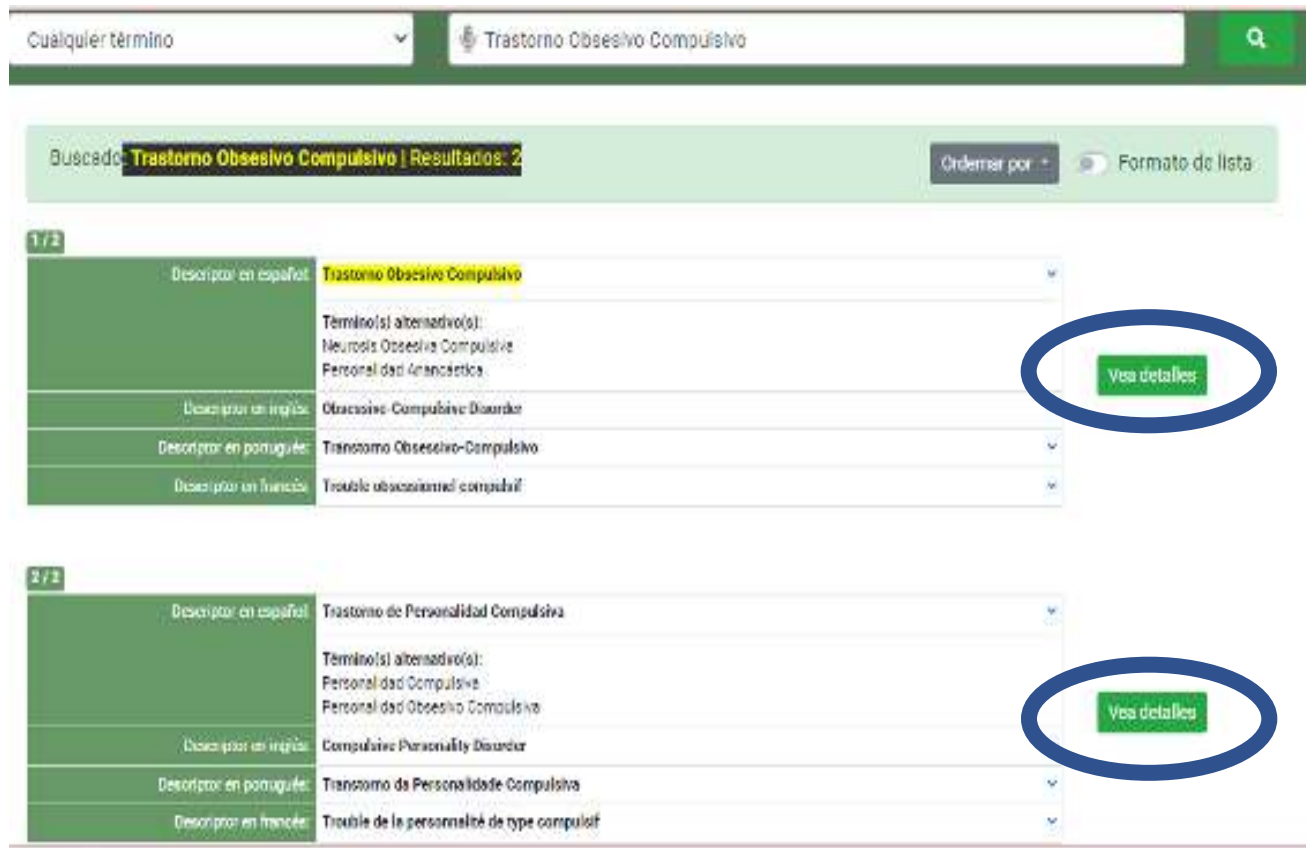
### 5.1.2 Paso 1: Identificación de términos de búsquedas (tesauros): DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud)

Se accedió al link de la página de descriptores de la salud (<https://decs.bvsalud.org/es/>), estando en la página se procedió a teclear los términos de búsqueda que se relacionaban a las variables PECOS expresadas en términos clínicos, con el objetivo de convertirlos en tesauros y posteriormente ser utilizados en la estrategia de búsqueda diseñada previamente para ser aplicada en la base de datos, haciendo uso de los metabuscadores seleccionado como herramientas de búsqueda implementados en esta investigación.

**Imagen 1.** Vista de la página web DeCS/MeSH. Se observa sombreado en amarillo el termino clínico que se desea convertir en tesauro facilitar su búsqueda dentro de las bases de datos.



**Imagen 2.** Vista de la página web DeCS/MeSH una vez tecleado el termino clínico y seleccionado la opción buscar. Se observa que término clínico *Trastorno obsesivo compulsivo* se asocia a dos resultados, corroborándose que el término clínico es considerado como un descriptor, tal y como se muestra en esta imagen. Se observan las opciones **ver detalles** circuladas en color azul.

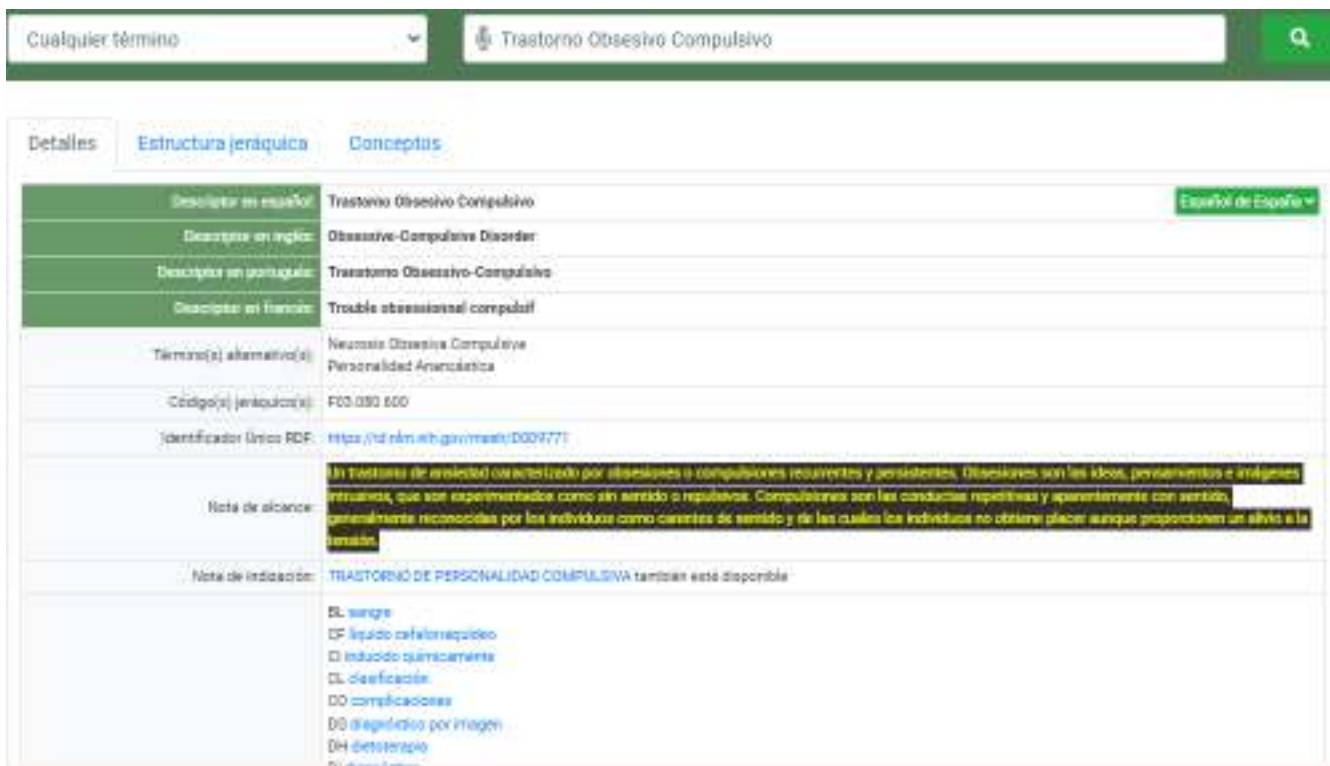


### 5.1.3 Paso 2: Comprobación de similitudes de descriptores DeSC con los descriptores MeSH

Para poder ejecutar la búsqueda dentro de las diferentes bases de datos, fue necesario corroborar si los descriptores DeSC son similares a los MeSH, para ello se seleccionó la opción ver detalles circulada en color azul mostradas en la imagen 2, una vez desplegado esta opción se procedió a leer el concepto del descriptor( resaltado en color amarillo) corroborando que este hacía referencia a la definición conceptual atribuida al termino clínico adoptada en esta investigación, acto seguido se corroboró que el número de identificador del descriptor para el término de *búsqueda trastorno obsesivo compulsivo* es D009771 tal y como se observa en la imagen 3, cabe mencionar que el procedimiento anterior se realizó para cada variable PECOS definida previamente en el acápite

pregunta clínica, cabe aclarar que si ambos tesauros DeSH/MeSH eran similares se incluyeron en la estrategia de búsqueda la cual se presenta en el paso número tres.

**Imagen 3.** Vista de la página web tras desplegar la opción ver detalles (Imagen 2) donde se observa los descriptores en cuatro idiomas: español, inglés, portugués, francés.



Tras ejecutar los pasos uno y dos mencionados con anterioridad con el fin de dejar evidencia de la ejecución de estos pasos y con ello facilitar a investigadores que repliquen la estrategia de búsqueda implementada en esta investigación, se optó por seguir las directrices expuestas en artículo realizado por Pineda-Gea et al. (2023) por lo que realizó un cuadro comparativo entre los descriptores MeSH y DeSH seleccionados para formar parte de estrategia de búsqueda implementada en esta revisión, el cual se muestra a continuación:

**Cuadro 1.** Similitud de los descriptores encontrados en DeSH y MeSH

Variables PECO expresada en termino clínico		Descriptores DeSH	ID del descriptor	Descriptores MeSH	
P	Adulto	Adulto	D000328	Adult	
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	Trastorno Obsesivo Compulsivo Neurosis Obsesiva Compulsiva Personalidad Anancástica	D009771	Obsessive-Compulsive Disorder	
		Trastorno de Personalidad Compulsiva Personalidad Compulsiva Personalidad Obsesivo Compulsiva	D003193	Compulsive Personality Disorder	
E	Tratamiento no farmacológico	Terapia cognitiva-conductual Psicoterapia Cognitiva Psicoterapias Cognitivas Terapia Cognitiva Terapia Cognitiva Conductual Terapia Conductual Cognitiva Terapia de la Conducta Cognitiva Terapias Cognitivas Conductuales Terapias Cognitivo-Conductuales Terapias de la Conducta Cognitiva	D015928	Cognitive Behavioral Therapy	
		Terapia de aceptación y compromiso	D064869	Acceptance and Commitment Therapy	
		Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual	D063367	Virtual Reality Exposure Therapy	
C No se estableció ninguna variable de comparación					
O	Perfil epidemiológico	Edad	Grupo de Edad Grupo Etario Grupos Etarios Grupos por Edad	D009273	Age Groups
			Distribución por Edad y Sexo	DDCS050271	Age and Sex Distribution
		Edad Inicio	Edad de Establecimiento de la Enfermedad	D017668	Age of Onset
		Sexo	Sexo	D012723	Sex
	Dimensiones de síntomas del TOC	Patrón de contaminación	Signos y Síntomas Manifestaciones Clínicas Observaciones Clínicas Observación Clínica Quejas y Síntomas Signos Clínicos Síntoma Clínico Síntomas	D012816	Signs and Symptoms
		Patrón de duda patológica			
		Patrón de pensamientos intrusivos			
		Patrón de simetría			
	Resultados clínicos		Resultado del Tratamiento Efectividad Clínica Efectividad del Tratamiento Eficacia Clínica Eficacia del Tratamiento Resultado Relevante para el Paciente Resultado de la Rehabilitación	D016896	Treatment Outcome
	S	Estudios	Estudios observacionales (Casos clínicos, caso control, transversales analíticos, cohortes)	D064888	Observational Study



### 5.1.4 Paso 3: Construcción y definición de cadena de búsqueda

Para hacer más sensible y específica la búsqueda bibliográfica dentro de las bases de datos y repositorios se utilizó como estrategia, el uso de operadores booleanos para poder unificar los términos de búsqueda y definir frases de búsqueda dentro de las bases de datos y repositorios seleccionados con el fin de ampliar la estrategia de búsqueda y a la vez volviéndola más sensible y específica para localizar la evidencia científica que responda a la pregunta clínica planteada en esta revisión.

#### 5.1.4.1 Utilización de operadores booleanos

Los operadores lógicos o booleanos que serán utilizados en la estrategia de búsqueda son: AND, OR, a continuación, se muestran unos ejemplos que se emplearán en las bases de datos, metabuscadores y repositorios elegidos en esta investigación mostrados en la primera y segunda columna, la tercera columna se completará cuando se ejecute la búsqueda en las diferentes herramientas seleccionadas para la búsqueda bibliográfica.

#### Cuadro 2.

Ejemplo de ejecución de cadena de búsqueda y los resultados obtenidos en algunas de las herramientas seleccionadas para la búsqueda de información

Combinación	Base de Datos / repositorios/ Metabuscadores	Numero de artículos identificados
Trastorno Obsesivo Compulsivo	BIREME.BR	687 artículos (Ver anexo figura 1)
Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Adulto	BIREME.BR	488 artículos (Ver anexo figura 2)
Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Adulto NOT Niños	BIREME.BR	24 artículos (Ver anexo figura 3)
Obsessive-Compulsive Disorder AND Virtual Reality Exposure Therapy	MEDLINE	19 artículos (ver anexo figura 4)
Obsessive-Compulsive Disorder AND Cognitive Behavioral Therapy	Cochrane Database	7 artículos de tipo revisión sistemática (ver anexo figura 5)
Trastorno Obsesivo Compulsivo AND Síntomas	Repositorio UNICA	0 artículos/ tesis (Ver anexo figura 6)
Trastorno obsesivo compulsivo AND terapia cognitivo conductual	Google académico	15100 artículos (Ver anexo figura 7)

Es importante mencionar que los operadores booleanos se utilizaron haciendo combinaciones con otros tesauros, por lo que cabe aclarar que no solo se utilizaron las combinaciones contempladas en el cuadro 2 sin embargo, los resultados pueden ser variables al momento de aplicar los tesauros de

manera aislada o combinados en la estrategia de búsqueda, sin embargo para homogenizar la búsqueda en las herramientas seleccionadas se optó por utilizar la combinación entre estos dos términos de búsqueda para representar de manera visual como se implementó el uso de los operadores booleanos como estrategia dentro de las herramientas elegidas para la búsqueda bibliográfica.

#### **5.1.5 Paso 4: Aplicación de estrategias de búsqueda**

Para esta revisión sistemática se utilizaron los descriptores MeSH y DeSC cuya similitud se corroboró mediante el número de identificador único. Dentro de las bases de datos, repositorios y metabuscadores utilizados en esta revisión, se siguieron los pasos descritos a continuación:

1. Se teclearon los tesauros, en forma independiente para cada uno de los términos MeSH o DeSH identificados en el paso uno y dos de la estrategia de búsqueda.
2. Luego se realizaron combinaciones entre ellos, haciendo uso de los operadores booleanos descritos en el paso tres y consignados en el cuadro dos.
3. Una vez tecleado el término de búsqueda combinado o no en el buscador de las herramientas utilizadas (bases de datos, metabuscadores y repositorios) se procedió a ejecutar los filtros o límites de la estrategia de búsqueda, los cuales fueron:
  - Año de publicación 1990-2023
  - Idioma de publicación: inglés-español
  - Tipo de artículo: Estudios observacionales, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos
  - Edad: Adultos
  - Sin restricción del sexo
  - Texto completo disponible

#### **5.1.6 Periodo de búsqueda bibliográfica**

**Periodo de estudio:** últimos 33 años (1990- 2023)

**Fecha de búsqueda bibliográfica:**

**Inicio:** 1 de junio 2023

**Fin:** 30 de julio del 2023

## **Método de revisión bibliográfica**

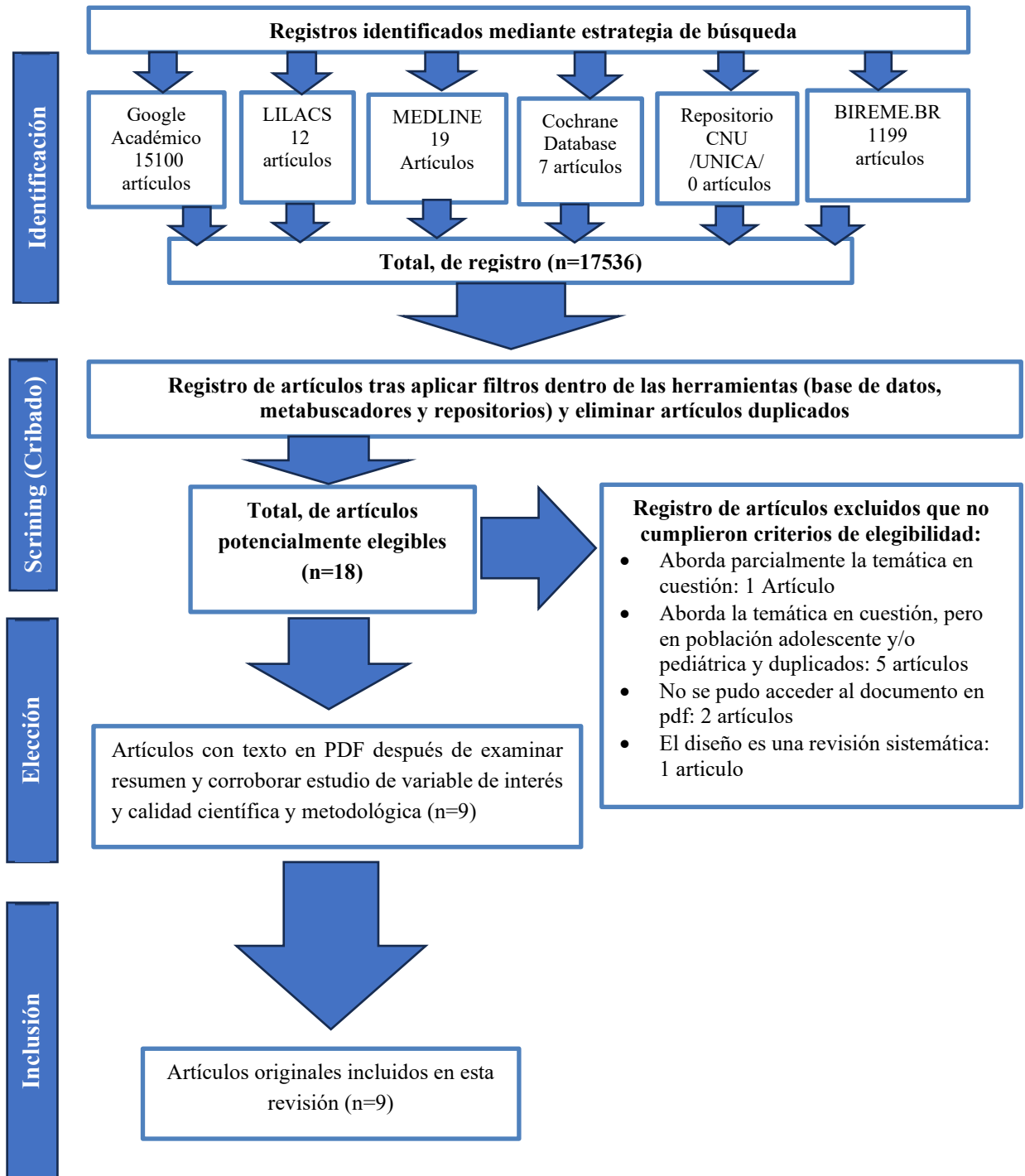
Una vez identificados y seleccionados en la base de datos y Metabuscadores la evidencia científica potencialmente elegible para ser incluida en esta revisión, fue leída de manera minuciosa tomando en consideración lo descrito en el título y el resumen de los artículos y/o tesis monográficas posterior a la depuración realizada tras la lectura crítica se excluyeron los artículos que se encontraron duplicados en las herramientas de búsquedas ya sea porque se encontró el mismo artículo publicado en otros idioma o en el mismo idioma o bien no contemplaban las variables PECOS definidas en nuestra investigación, procediendo a eliminar aquellos artículos, no relevantes con el objetivo de la revisión ya que no cumplieron los criterios de elegibilidad (Ver acápite, Proceso de extracción de datos: Análisis de los datos)Acto seguido, la investigadora descargó los artículos y/o tesis monográfica en formato pdf, con el fin de evaluar mediante lectura crítica todo el contenido y evaluando que estos cumplieran de manera rigurosa los criterios de elegibilidad, previo a su elección final, cada artículo fue evaluado de forma crítica e intensivamente de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y exclusión tenía este tipo de diseño.

En consecuencia de lo antes mencionado, se incluyeron artículo y/o tesis monográficas en los que se logró acceder al documento y que cumplan con los criterios de elegibilidad, sin embargo es importante recalcar que la accesibilidad de estos artículos puede variar con respecto al periodo de búsqueda dentro de la base de datos, por lo que se expresara, si durante el periodo de búsqueda bibliográfica (1 de junio 2023 al 30 de julio del 2023) el hecho que se encuentre o no habilitada la opción de descargar el documento en formato pdf o solo consultar en línea el documento completo sin descargarlo. Así mismo se expresa que el número de artículos científicos y/o tesis indexadas en las herramientas seleccionadas y utilizadas en esta revisión puede variar al momento de ejecutar la cadena de búsqueda y eso es debido a las actualizaciones de estas bases de datos las cuales pueden declinar la publicación de artículos o anexar nueva evidencia.

Se tomaron en cuenta los repositorios institucionales nacionales, al evaluar la evidencia se corroborará la existencia o no de evidencia científica publicadas en los repositorios y evidenciar el estudio de esta línea de investigación en nuestro país. Se estableció la calidad de la evidencia científica para cada artículo, mediante el enfoque de Calificación de Recomendaciones, Evaluación, Desarrollo y Evaluación [Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation] (GRADE) para ello se tomó en cuenta el diseño de investigación el nivel de evidencia que este representa en la pirámide de conocimiento (Ver anexo 1)

### 5.1.7 Diagrama Prisma

Proceso de búsqueda, selección e inclusión de artículos científicos



**Fuente:** Adaptado de Pineda et al. (2023) Aspectos metodológicos a evaluar en una revisión sistemática y PRISMA (2020).

## Proceso de extracción de datos: Análisis de los datos

Las características más relevantes de los estudios se unificaron haciendo uso de tabla de resumen de hallazgo, en la cual se reflejarán los datos referentes a la publicación del artículo (tabla 1) y los otros aspectos sobre el contenido (tabla 2), así mismo, se muestra la tabla de resumen de artículos excluidos (tabla 3), presentados a continuación:

**Tabla 1. Resumen de hallazgos: Datos de publicación**

<b>Nº Art.</b>	<b>Autor (es) / año de publicación</b>	<b>Tipo de publicación</b>	<b>País realización investigación</b>	<b>Idioma de publicación</b>	<b>Título de la investigación</b>	<b>Revista en donde se publicó</b>
1	Behobi et al. (2013)	Artículo Científico	Buenos aires-Argentina	Español - Ingles	Psicoterapia cognitiva individual del TOC	Salud Ment vol.36 no.4 México jul./ago. 2013
2	Carrió (2004)	Artículo Científico	Valencia - España	Español - Ingles	Efectos a largo plazo del tratamiento cognitivo en un caso de trastorno obsesivo compulsivo	Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica, 9(2), 99-121.
3	Ceballos y Orozco (2015)	Artículo Científico	Madrid-España	Español - Ingles	Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo	Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2015) 1: 79-100
4	Montero, Fernández y Pol (2013)	Artículo Científico	Salamanca-España	Español - Ingles	Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo	Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (117), 123-134.
5	Carcedo y Vindel (2008)	Artículo Científico	Madrid- España	Español -	Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas: estudio de un caso	Ansiedad y Estrés, 14, 321-339
6	De la Torre y Aguay (2017)	Artículo Científico	España	Español - Ingles	Terapia de Aceptación y Compromiso como Tratamiento de Elección para el TOC un Estudio de Caso	Revista de psicoterapia, 28(106), 181-196

7	Manera (2015)	Artículo Científico	España	Español	Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo compulsivo	Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2(1), 75-81.
8	Martínez (2016)	Literatura Gris (Tesis de Master)	Elche-España	Español	Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo	Repositorio Institucional <a href="http://dspace.u mh.es/handle/11000/5980">http://dspace.u mh.es/handle/11000/5980</a>
9	Gil et al. (2001)	Artículo	Murcia -España	Español	Trastornos de la personalidad y respuesta al tratamiento psicológico en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo grave.	Psicología Conductual, 9(3), 609-627. <a href="https://www.b ehavioralpsyc ho.com/wp-content/uploads/2020/04/11. Moreno 9-3oa.pdf">https://www.b ehavioralpsyc ho.com/wp-content/uploads/2020/04/11. Moreno 9-3oa.pdf</a>

**Tabla 2: Contenido de publicaciones extraídos en base a las variables PECOS establecidas en esta investigación**

Nº Art.	Diseño de investigación	Periodo / muestra	Variables Principales estudiadas	Principales resultados	Conclusiones del estudio	Grado de evidencia
1	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b>  <b>Edad:</b> 49 años  <b>Inicio de los síntomas:</b> 20 años  <b>Sexo:</b> Masculino</p> <p><b>Dimensiones del TOC:</b>            Patrón de pensamientos intrusivos, Patrón de simetría, Patrón de duda patológica, patrón de contaminación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obsesiones de contaminación y suciedad</b>, paciente, conducta evitativa</li> <li>• <b>Obsesiones de duda</b> acerca de las dudas obsesivas sobre cierto tipo de cuestiones relativas a la seguridad del hogar.</li> </ul>	<p>La intervención se ciñó a los factores específicos del cambio cognitivo, la atención a factores inespecíficos como la empatía, la aceptación y el compromiso con el cambio, fueron de importancia primordial en el tratamiento del paciente</p>	<p>Estudio observacional            Nivel de evidencia Leve</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rituales con la computadora:</b> paciente desarrollo superposición entre adicción a la Internet y el TOC, puesto que el paciente tenía que jugar de manera estereotipada y ritualista, ganando en cierto orden y debiendo recomenzar el partido al menor fallo.</li> </ul> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de terapia:</b> Psicoterapia cognitiva individual</li> <li>• <b>Duración:</b> una hora a la semana durante 20 semanas.</li> <li>• <b>Mejoría de los síntomas:</b> Paciente fue evaluado con escalas: Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R), paso de una clasificación de la intensidad de los síntomas del TOC de Muy grave a Moderado</li> </ul>		
2	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b></p> <p><b>Edad:</b> 31 años</p> <p><b>Inicio de los síntomas:</b> 30 años</p> <p><b>Sexo:</b> Femenino</p> <p><b>Dimensiones del TOC:</b></p> <p><b>Patrón de pensamientos intrusivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autolesionarse, necesidad de comprobar compulsivamente la llave del gas y la cerradura de la puerta de su casa</li> </ul> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de terapia:</b> Psicoterapia cognitiva individual</li> <li>• <b>Duración:</b> una hora a la semana durante 22 semanas.</li> <li>• <b>Mejoría de los síntomas</b></li> </ul> <p>Paciente fue evaluado con escalas Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R), paso de una clasificación de la intensidad de los síntomas del TOC de Moderado a una puntuación por debajo del nivel subclínico (0 puntos) al año de terminado el tratamiento.</p>	La valoración con las escalas utilizadas en esta investigación resultó claramente eficaz puesto que las puntuaciones en el mismo disminuyen de manera clara y progresiva, hasta desaparecer al año de terminado el tratamiento, el manejo farmacológico actuó como coadyuvante del tratamiento psicológico al mejorar el estado de ánimo de la paciente	Estudio observacional Nivel de evidencia Leve
3	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b></p> <p><b>Edad:</b> 25 años</p> <p><b>Inicio de los síntomas:</b> 12 años</p> <p><b>Sexo:</b> Femenino</p>	Aunque la sintomatología se ha reducido de	Estudio observacional Nivel de

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Dimensiones del TOC:</b>  <b>Patrón de pensamientos intrusivos,</b>  <b>Patrón de duda patológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso reconocimiento de los síntomas, evitación moderada, indecisión moderada, sentido de responsabilidad excesivo grave, lentitud leve, duda patológica moderada y gravedad global moderada con moderada interferencia en la vida cotidiana</li> </ul> <p><b>Resultados clínicos:</b>  <b>Tipo de terapia:</b> Psicoterapia cognitiva individual Haciendo uso de las siguientes técnicas: Psicoeducación, Restructuración cognitiva, Respiración Diafragmática, Entrenamiento autógeno, Exposición, Auto instrucciones y Autorregistros</p> <p><b>Duración:</b> una hora a la semana durante 25 semanas.</p> <p><b>Mejoría de los síntomas</b>  Paciente fue evaluado con escalas Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R) se observó una mejoría de hasta 60% de la sintomatología al año de terminado el tratamiento</p>	<p>forma considerable, incrementando la calidad de vida de la paciente, no se ha conseguido extinguir por completo las conductas de evitación y los rituales y compulsiones, Se demostró que la psicoterapia es efectiva en el paciente con TOC, sin embargo, esta efectividad ha guardado estrecha relación con la colaboración de la paciente a la hora de realizar las tareas fuera de consulta</p>	<p>evidencia Leve</p>
4	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b>  <b>Edad:</b> 33 años  <b>Inicio de los síntomas:</b> 31 años  <b>Sexo:</b> Femenino</p> <p><b>Dimensiones del TOC:</b>  <b>Patrón de pensamientos intrusivos y obsesiones Patrón de contaminación</b>  Evitación y restricciones Autoimpuestas, verificación, repetida limpieza repetida búsqueda de tranquilización</p> <p><b>Resultados clínicos:</b>  <b>Tipo de terapia:</b> Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y el de Aceptación y Compromiso (ACT) + Inhibidoras de la recaptación de serotonina</p> <p><b>Duración:</b> 45 minutos una vez a la semana durante 8 semanas.</p> <p><b>Mejoría de los síntomas</b>  No detalla escalas utilizadas para la evolución del paciente. Se registró una disminución progresiva en el número de rituales y</p>	<p>La adición de técnicas de ACT a TCC+ISRS produce los mayores beneficios en el tratamiento del TOC, que se traducen en una mayor remisión de la sintomatología, una generalización a otros ámbitos de la vida de la persona y un mantenimiento de la mejoría.</p>	<p>Estudio observacional  Nivel de evidencia Leve</p>



				en la ansiedad que éstos generan, hasta su total desaparición al momento de terminado el tratamiento.		
5	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b>  <b>Edad:</b> 27 años  <b>Inicio de los síntomas:</b> 27 años  <b>Sexo:</b> Masculino  <b>Dimensiones del TOC:</b>  <b>Patrón de pensamientos intrusivos, Patrón de duda patológica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obsesiones de duda:</b> Se obsesiona con la posibilidad de equivocarse al despachar las recetas, realizando una valoración catastrofista de responsabilidad.</li> <li>• <b>Rituales de verificación:</b> paciente comprobar una y otra vez si ha ocurrido algún error</li> </ul> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de terapia:</b> Psicoterapia cognitiva individual + Inhibidores de receptores de serotonina</li> <li>• <b>Duración:</b> una hora a la semana durante 32 semanas.</li> <li>• <b>Mejoría de los síntomas:</b> Paciente fue evaluado con escalas Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R), paso de una clasificación de la intensidad de los síntomas del TOC se observó una mejoría y reducción de los síntomas, durante el seguimiento no hubo recaídas por lo tanto la terapia resulto efectiva en este paciente.</li> </ul>	<p>Se considera que lay énfasis en las técnicas cognitivas como base de la exposición, no sola-mente se ha reducido la sintomatología si no que los cambios se han mantenido en el seguimiento e incluso en algunos casos ha mejorado viendo reforzada la hipótesis que mantiene que el uso de técnicas cognoscitivastivas podría tener un efecto profiláctico de cara a la prevención de recaídas.</p>	<p>Estudio observacional  Nivel de evidencia Leve</p>
6	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b>  <b>Edad:</b> 23 años  <b>Inicio de los síntomas:</b>14 años  <b>Sexo:</b> Masculino  <b>Dimensiones del TOC:</b>  <b>Patrón de contaminación, Patrón de simetría</b></p> <p>Obsesiones de simetría con compulsiones de ordenar, arreglar y repetir Obsesiones de contaminación con compulsiones de lavado y limpieza</p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <p><b>Tipo de terapia:</b> Terapia de aceptación compromiso</p>	<p>La terapia de aceptación y compromiso puede ser una aproximación útil, eficaz y sin efectos adversos psicossomáticos, implementable tanto en contextos de asistencia sanitaria como en consulta privada, para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo grave, dado que posibilita la</p>	<p>Estudio observacional  Nivel de evidencia Leve</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Duración:</b> una hora una vez a la semana durante 18 semanas.</p> <p><b>Mejoría de los síntomas</b> Se registró una disminución progresiva de síntomas desde la primera sesión éstos generan, hasta su total desaparición al momento de terminado el tratamiento</p>	reducción de la sintomatología propia del trastorno, mantiene la adherencia terapéutica y actúa mejorando la calidad de vida de la persona	
7	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b></p> <p><b>Edad:</b> 18 años</p> <p><b>Inicio de los síntomas:</b> 18 años</p> <p><b>Sexo:</b> Femenina</p> <p><b>Dimensiones del TOC:</b></p> <p><b>Patrón de pensamientos intrusivos</b> rituales de comprobación que aparecen en su casa (piso y/o chalet) y verifica que las puertas de su casa no estén abiertas y las cierra comprueba varias veces si lleva todo lo necesario en el bolso (móvil, monedero, llaves, etc.), también lo hace cuando lo guarda en la taquilla de su trabajo y del instituto</p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <p><b>Tipo de terapia:</b> tratamiento de exposición y prevención de respuesta (EPR) junto con el tratamiento farmacológico</p> <p><b>Duración:</b> una hora una vez a la semana durante 15 semanas.</p> <p><b>Mejoría de los síntomas</b> Se registró una disminución de la tasa de ansiedad y del número de compulsiones y obsesiones llevadas a cabo</p>	Se ha conseguido una reducción progresiva e importante de las conductas de evitación y de las compulsiones relacionadas con la comprobación, observando que el tratamiento exposición y prevención de respuesta es eficaz en la reducción de los síntomas, siendo el paciente el protagonista de esta terapia	Estudio observacional Nivel de evidencia Leve
8	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b></p> <p><b>Edad:</b> 27</p> <p><b>Inicio de los síntomas:</b> No descrito</p> <p><b>Sexo:</b> Femenino</p> <p><b>Dimensiones del TOC:</b></p> <p><b>Patrón de simetría</b> Compulsiones de comprobación y orden</p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <p><b>Tipo de terapia:</b> cognitivo-conductual que combinó exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva, además de, entrenamiento en respiración abdominal y farmacoterapia.</p> <p><b>Duración:</b> una hora a la semana durante 22 semanas.</p> <p><b>Mejoría de los síntomas</b> Paciente fue evaluado con escalas Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario</p>	La terapia cognitivo-conductual que combinó exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva, además de, entrenamiento en respiración abdominal y farmacoterapia son efectivas en el tratamiento del TOC	Estudio observacional Nivel de evidencia Leve

				obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R). Al finalizar la intervención, habían desaparecido casi por completo las obsesiones y compulsiones, y se produjo una mejora tanto de los niveles de ansiedad como de la sintomatología depresiva. Al mes se realizó una primera entrevista de seguimiento en la que se mantuvo la mejoría clínica de la paciente. de la sintomatología al año de terminado el tratamiento		
9	Presentación de Caso	1 paciente	<p><b>Características Sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Inicio de los síntomas</li> </ul> <p><b>Dimensiones del TOC</b></p> <p><b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de terapia</li> <li>• Duración de terapia</li> <li>• Mejoría de los síntomas</li> </ul>	<p><b>Características sociodemográficas:</b>  <b>Edad:</b> 33 años  <b>Inicio de los síntomas:</b> 17 años  <b>Sexo:</b> Masculino  <b>Dimensiones del TOC:</b>  <b>Patrón de duda patológica, patrón de pensamientos intrusivos</b>  Paciente padece TOC Grave: Autolesionarse, duda continua sobre «las verdaderas intenciones» de su terapeuta. El miedo obsesivo a no pagar.  <b>Resultados clínicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo de terapia:</b> Psicoterapia cognitivo-conductual</li> <li>• <b>Duración:</b> una hora a la semana durante 4 años.</li> <li>• <b>Mejoría de los síntomas</b>  Paciente fue evaluado con escalas Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R)  Se observó mejoría de su sintomatología del TOC</li> </ul>	El modelo cognitivo-conductual ofrece las suficientes garantías científicas y clínicas para el TOC, sin embargo, presupone la colaboración del paciente, extremo que no siempre se verifica en la clínica.	Estudio observacional Nivel de evidencia Leve

**Tabla 3. Artículos potencialmente elegibles que fueron excluidos durante la fase de Cribado**

Características de artículos excluidos				
Nº Art	Autor (es) / Año	Título de la investigación	Criterios que no cumple	Publicado en
1	Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008)	Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: El componente metacognitivo	Aborda parcialmente la temática en cuestión	Revista Ansiedad y estrés 14(2-3), 321-339.
2	Fernández-Montes y García (2019)	Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo	Aborda la temática en cuestión, pero en población adolescente Duplicado	Revista de Casos clínicos en Salud Mental, 7(1), 39-61. <a href="https://ojs.casosclinicosensaludmental.es/index.p">https://ojs.casosclinicosensaludmental.es/index.p</a>

				<a href="http://RCCSM/article/view/43">hp/RCCSM/article/view/43</a>
3	Ulloa et al. (2011)	Ulloa FRE, Palacios CL, Sauer VTR. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento.	Aborda la temática en cuestión, pero en población adolescente y pediátrica	Salud Mental. 2011;34 (5):415-420.
4	Barboza et al. (2023).	Intervención desde el modelo cognitivo conductual para el tratamiento del TOC (Trastorno obsesivo compulsivo) en adulto joven.	No se pudo acceder al documento en pdf completo	Repositorio Universidad Simón Bolívar disponible: <a href="https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/12294">https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/12294</a>
5	Campo (2023)	Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Basada en Internet para el Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una Revisión Sistemática.	No se puede acceder directamente al documento, el diseño es una revisión sistemática	Repositorio Universidad Europea del Atlántico. Disponible: <a href="https://repositorio.uneatlantico.es/id/eprint/6236/">https://repositorio.uneatlantico.es/id/eprint/6236/</a>
6	Rosa-Alcázar et al. (2012)	Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión cualitativa.	Aborda la temática en cuestión, pero en población adolescente y pediátrica Duplicado	Anales de Psicología, 28 (2),313-326. ISSN: 0212-9728. <a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135002">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135002</a>
7	Pettrizán et al. (2017)	El enfoque cognitivo en el tratamiento de un adolescente con obsesiones y compulsiones de contenido sexual.	Aborda la temática en cuestión, pero en población adolescente Duplicado	Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 4 (2),143-148. ISSN: . <a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152556007">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152556007</a>
8	Gutiérrez, y Rivero. (2019).	Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de un adolescente con trastorno obsesivo compulsivo.	Aborda la temática en cuestión, pero en población adolescente Duplicado	Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 22(4). <a href="https://www.revistas.unaam.mx/index.php/rep/arte/view/72362">https://www.revistas.unaam.mx/index.php/rep/arte/view/72362</a>
9	Falcón, Lazar y García (2012).	El papel de los padres en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: a propósito de un caso.	Aborda la temática en cuestión, pero en población pediátrica	Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (102), 8.

### 5.1.8 Análisis cualitativo de los datos

Se expresarán en frecuencia y porcentaje las características correspondientes a cada artículo evaluado con el fin de sintetizar los hallazgos más relevantes que respondan a la pregunta clínica planteada en esta revisión.

### **5.1.9 Control de sesgo los estudios**

Tal y como se observa en la tabla número tres y el diagrama de PRISMA, se excluyeron aquellos estudios que no cumplieran los criterios de elegibilidad, que sean potencialmente elegibles en la fase de cribado. En la fase de selección se leyó en tres ocasiones los resúmenes y títulos de los artículos/ tesis monográficas potencialmente elegibles posterior a la lectura crítica.

En un principio se pensó analizar la calidad metodológica o bien aspectos de contenido de los artículos incluidos cotejando las directrices dispuestas en las herramientas STROBE (2009) según el diseño de cada artículo incluido, con el objetivo de homogenizar los aspectos metodológicos de cada artículo. Sin embargo la mayoría de la evidencia incluida fue publicada antes del 2013 por lo tanto al aplicar la herramienta CARE que permite evaluar las pautas para la notificación de casos clínicos publicada en 2013 y adoptada por los investigadores a partir de esa fecha, resultado que su aplicación no era viable para llevar a cabo esta investigación, por lo que se optó por no aplicarla y para homogenizar la evidencia científica, se optó por incluir los artículos según el diseño, en este caso solo se incluyeron artículos y/o Tesis monográficas de reporte de caso pues más del 90% de la evidencia publicada bajo esta línea y temática de investigación pertenecía a este tipo de diseño de esta forma se controló el sesgo de selección en esta investigación. Durante la fase de cribado se excluyó artículos cuyos diseños no correspondieran a los antes mencionados por lo que no se implementaron las herramientas PRISMA, CONSORT, STROBE, razón por la cual no figuran en los anexos del presente documento.

Acto seguido se procedió a la fase de inclusión de los artículos con el fin de obtener el número total de unidades de análisis incluidas en esta revisión, tomando en consideración los aspectos antes descritos.

## **VIII. Consideraciones éticas**

Se cumplieran los principios bioéticos expuestos por Piura (2012) mencionados a continuación

### **Principio respeto por las personas**

No se excluirá ningún artículo tomando como criterio el sexo o filiación de los investigadores (Autores de los artículos).

### **Principio de justicia**

Todos los artículos incluidos en esta revisión pasaron por el mismo proceso de evaluación con el objetivo de que sus características sean lo más homogéneas posibles y den respuesta a la pregunta clínica establecida.

### **Principio de no maleficencia**

Es una investigación que no evidencia riesgo para los humanos porque no se realiza sobre individuos si no sobre artículos y/o tesis publicadas.

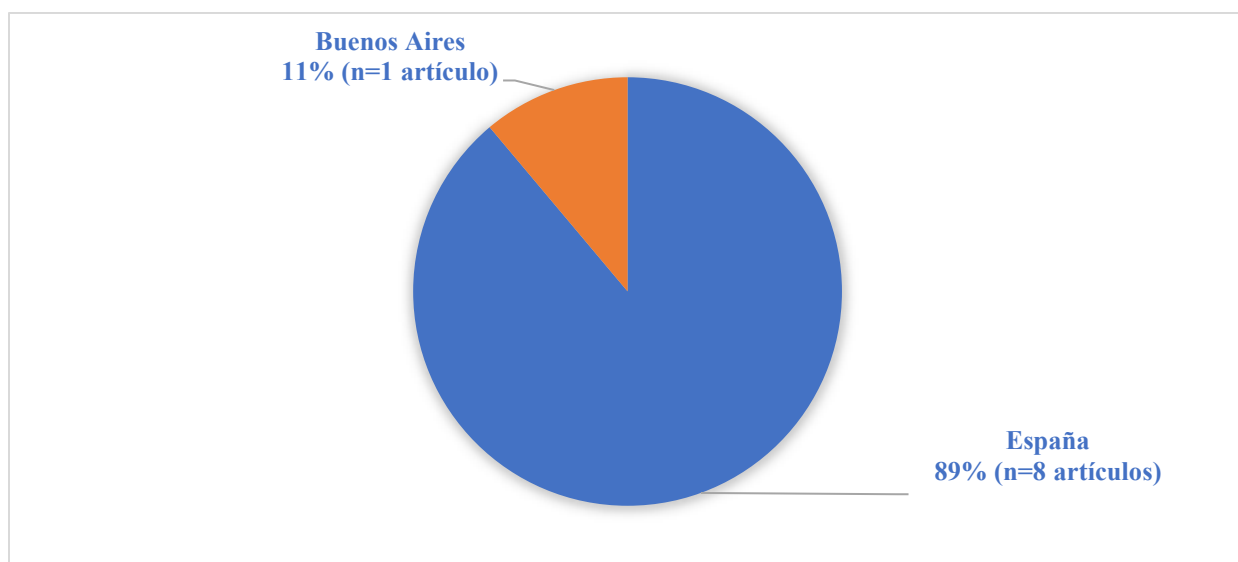
En la presente investigación no se presenta conflicto de intereses los hallazgos presentados solo representan las afirmaciones de la investigadora y no de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

## IX. Resultados: Análisis y discusión

Se identificaron 18 artículos potencialmente tras realizar la búsqueda en las herramientas (MEDLINE, LILACS, SCIELO, Repositorios y metabuscadores) definidas para la búsqueda de información y aplicando los respectivos filtros y criterios de elegibilidad para hacer más sensible y específica la búsqueda, en la fase de cribado se excluyeron nueve artículos (tabla de resumen de hallazgos tres) quedando nueve artículos potencialmente elegibles los cuales tras ser sometidos a una lectura crítica del resumen y contenido, opto por incluirlos en su totalidad en esta revisión, cabe mencionar que los nueve artículos incluidos en esta revisión tenían un nivel de evidencia leve pues su diseño era reporte de casos. (ver tabla de resumen de hallazgos dos), todos se publicaron en idioma español dicho lo anterior, se reportan lo siguientes hallazgos:

**Gráfico1.**

Distribución de país donde se realizó la investigación incluida en esta revisión



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

### **Análisis y discusión de resultados:**

El país donde se realizaron mayores publicaciones científicas disponibles y accesibles en nuestro medio, fue España representado 89% del total de publicaciones realizada por los autores De la Torre y Aguay. (2017), Martínez (2016), Manera (2015), Ceballos y Orozco (2015), Montero, Fernández y Pol (2013), Carrió (2004), Carcedo y Vindel (2008) y Gil et al. (2001), lo cual sugiere el hecho que la caracterización clínico-epidemiológica de esta entidad clínica en la práctica habitual del profesional

sanitario español es relativamente frecuente y que la prevalencia de esta condición clínica sea aún mayor en la población española.

### **Características sociodemográficas registradas en los nueve pacientes**

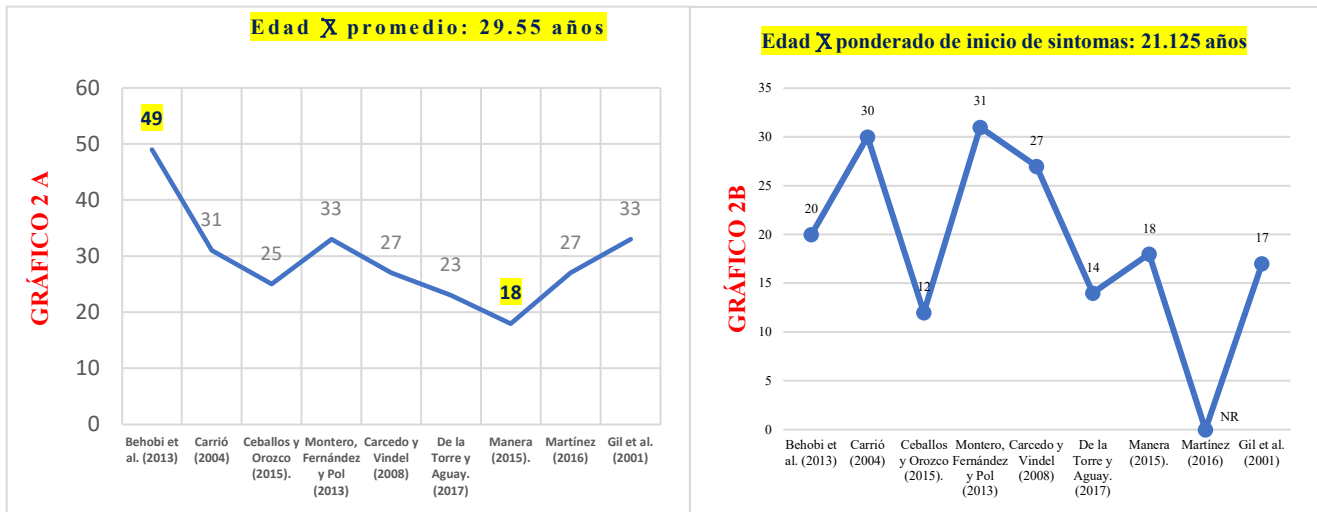
#### **Edad**

De los nueve pacientes estudiados la edad máxima reportada fue 49 años descrita Behobi et al. (2013) y dos pacientes tenían 33 años descrita en los estudios realizados por Montero, Fernández y Pol (2013) que corresponden al artículo dos y Gil et al. (2001) que corresponde al artículo nueve (ver gráfico 2A), la edad mínima reportada fue en un paciente con 18 años de edad cuyo reporte fue descrito por Manera (2015) que corresponde al artículo número siete. se estimó una media ponderada de todos los pacientes en estudio obteniéndose una edad promedio de 26.22 años, cinco pacientes se encontraban en la segunda década de vida al momento de la terapia y tres en la tercera década (ver gráfico 2 A). La edad de inicio de los síntomas fue de 21.125 años descrita en ocho investigaciones a excepción de Martínez (2016) en la que no se describió. Se observó que un paciente presentó los primeros síntomas a los 12 años (Ceballos y Orozco ,2015) sin embargo hubieron dos pacientes que presentaron un inicio de los síntomas tardío entre los 30 y 31 años (ver gráfico 2B), los nueve pacientes diagnosticados con TOC al momento de la consulta coincidieron con que el de sus síntomas estuvo relacionado a un incidente crítico que marco su comportamiento, en base a los resultados descritos se puede dilucidar que el origen del trastorno obsesivo-compulsivo puede explicarse por variables de vulnerabilidad como la responsabilidad excesiva, el perfeccionismo a la hora de hacer las cosas, la presencia de esquemas cognitivos rígidos y una fuerte moralidad, siendo estos los principales estresores en la vida de los pacientes que desencadenaron esta condición clínica.

#### **Gráfico 2.**



## Distribución de la edad de los pacientes con TOC al momento de la terapia y al inicio de síntomas



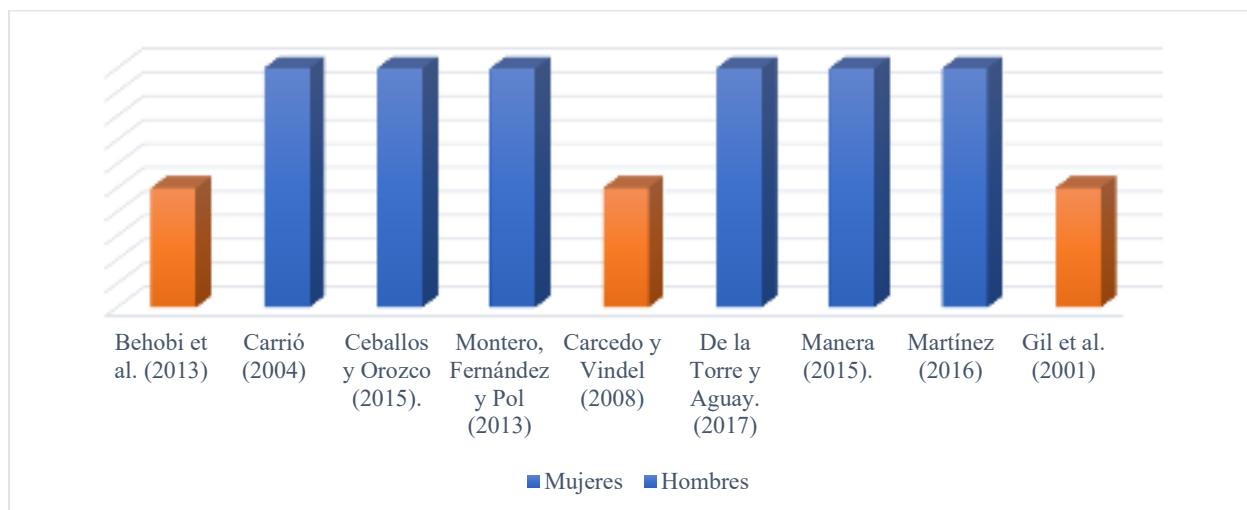
**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

### Sexo

Se observó una mayor distribución del TOC en mujeres, descrita por Carrió (2004), Ceballos y Orozco (2015), Montero, Fernández y Pol (2013) De la Torre y Aguay. (2017), Manera (2015), Martínez (2016) Estos hallazgos concuerdan con lo descrito recientemente por Brock y Hany (2022) quienes evidenciaron que la incidencia del TOC es prácticamente similar, con una ligera tendencia a favor de las mujeres, Esta revisión sistemática tuvo como limitante el hecho no se logró demostrar que la incidencia del entre ambos sexos fuese similar, pero si se evidencio el claro predominio de las mujeres frente a los hombres. Por otra parte, en los estudios incluidos en esta revisión el sexo masculino se reportó en tres pacientes cuyas investigaciones se realizaron por los autores Behobi et al. (2013), Carcedo y Vindel (2008) y Gil et al. (2001).

### Gráfico 3

Distribución de sexo en los pacientes con TOC



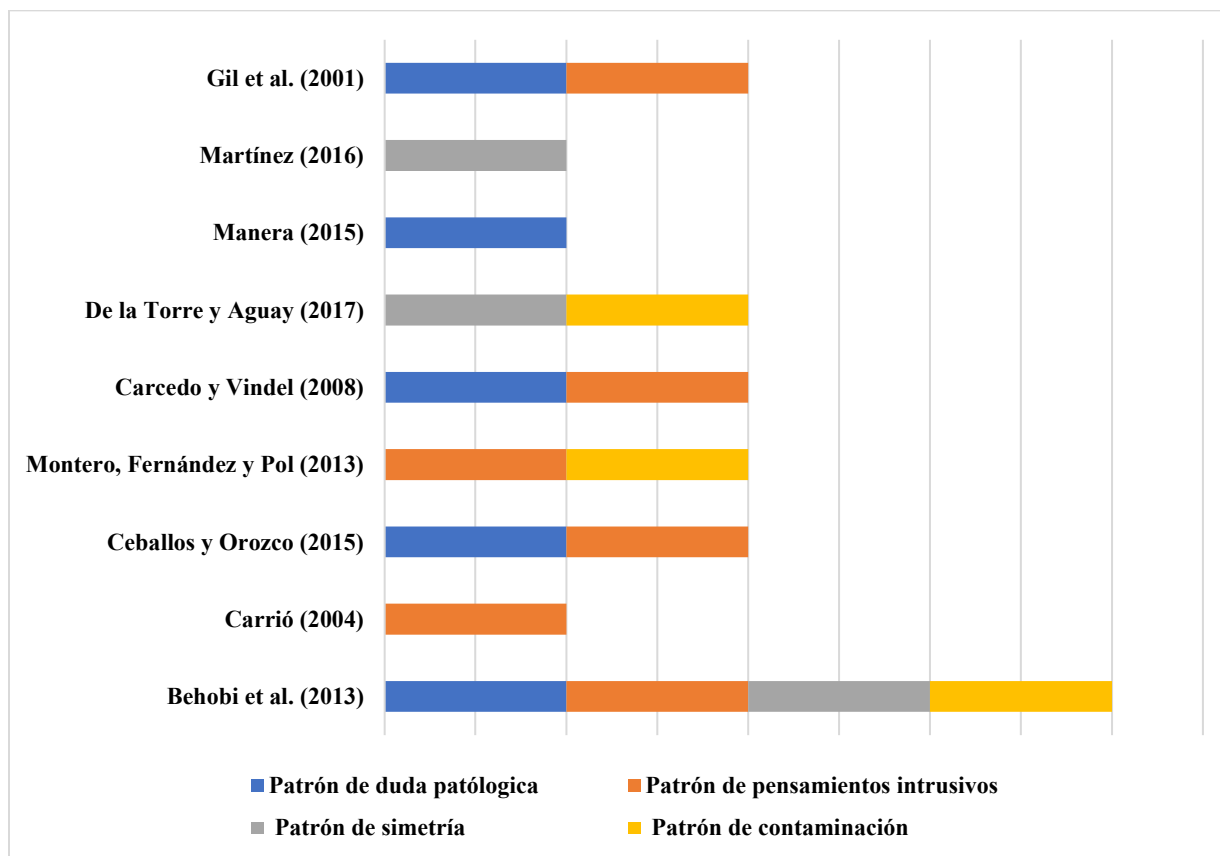
**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

### Dimensiones del TOC predominantes en los pacientes incluidos

Respecto a la sintomatología predominante en las investigaciones realizadas por Gil et al. (2001), Behobi et al. (2013), Carrió (2004), Ceballos y Orozco (2015), Montero, Fernández y Pol (2013), Carcedo y Vindel (2008), se observó que el Patrón de pensamientos intrusivos fue descrito en seis de los nueve pacientes (ver gráfico 4). Cabe recalcar, que la aparición de pensamientos intrusos de carácter más o menos desagradable es común en la mayor parte de la gente, pero que lo importante no es tanto el contenido de los mismos como el significado que la persona les otorga, significado que viene mediado por las creencias arriba señaladas. Cuando se valoran simplemente como pensamientos raros que no significan nada, su impacto es mínimo. Pero cuando se sobrevalora su importancia (p.ej., “seré responsable de un posible daño si no compruebo el gas”, “soy una persona horrible al pensar esto”, “puesto que pienso esto, debo desear que suceda; soy repugnante”, “si no controlo estos pensamientos, me volveré loco y me internarán”), entonces se da una percepción de amenaza, percepción hacia la que existe un sesgo de atención y razonamiento y como consecuencia de la valoración del pensamiento intruso, se produce malestar/ansiedad y conductas (compulsiones externas e internas, evitación, supresión del pensamiento) que limitan e interfieren en la calidad de vida de los pacientes.

### Gráfico 4

Dimensiones del TOC en los pacientes incluidos



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

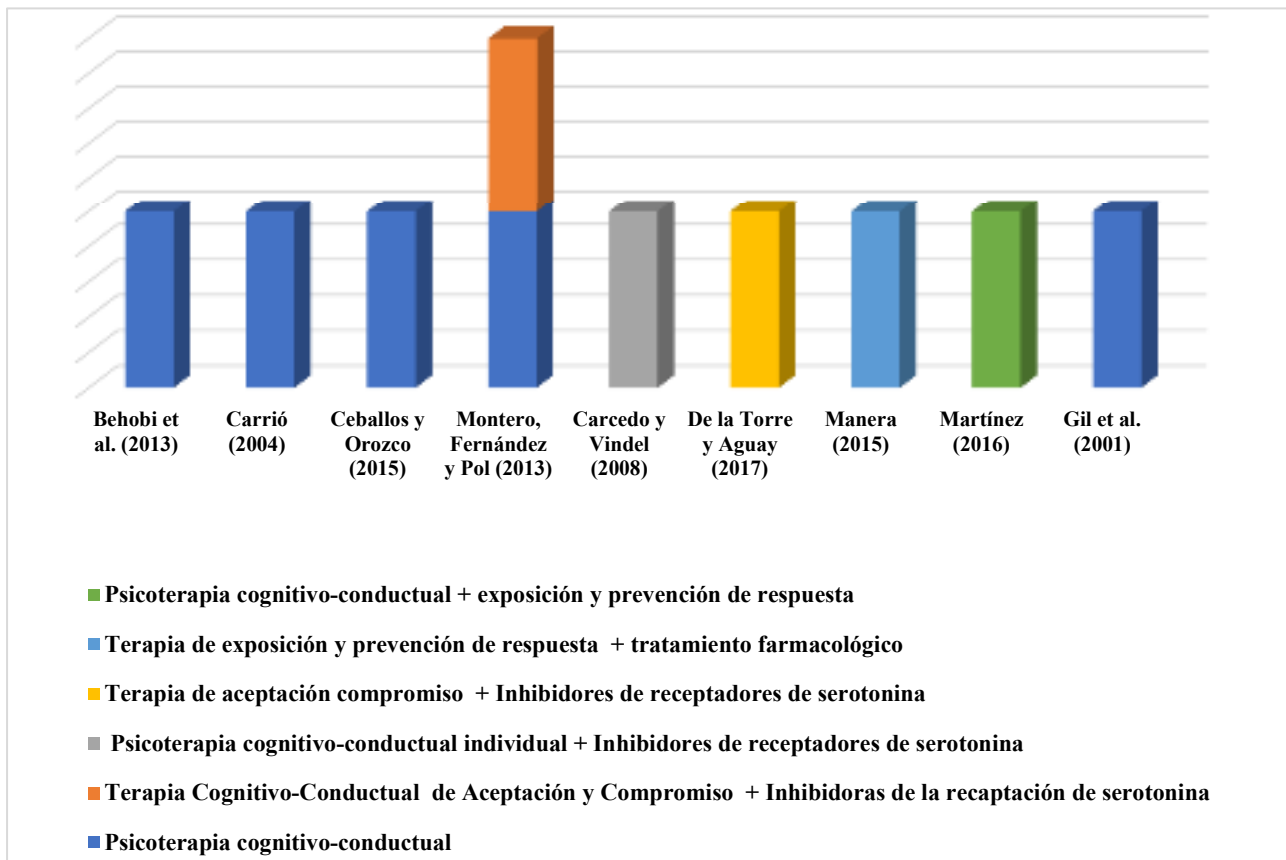
## Resultados clínicos

### Tipo de terapia y reducción de los síntomas de TOC

La evidencia consultada sugiere que el objetivo de la Psicoterapia combinada (Ver gráfico 5) con las diferentes técnicas de aceptación y compromiso, es eliminar la rigidez psicológica para lo que emplea algunos procedimientos básicos como la aceptación, estar en el presente, el desarrollo y el compromiso con los valores propios, el descubrimiento del yo como contexto y la desactivación del pensamiento (*cognitive defusion*). Estos procedimientos están totalmente relacionados, de tal manera que, si se aplica la desactivación del pensamiento, se está presente y se aceptan los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones, descubriendo y viviendo el yo como contexto, la evidencia incluida registra una reducción algunos de los síntomas derivados de los trastornos asociados como la depresión y la ansiedad y que hacen que aumente o se potencien los efectos del TOC posibilita que se reduzca de manera general las intrusiones y rumiaciones que ocasiona la enfermedad.

**Gráfico 5**

Psicoterapia del TOC en los pacientes incluidos



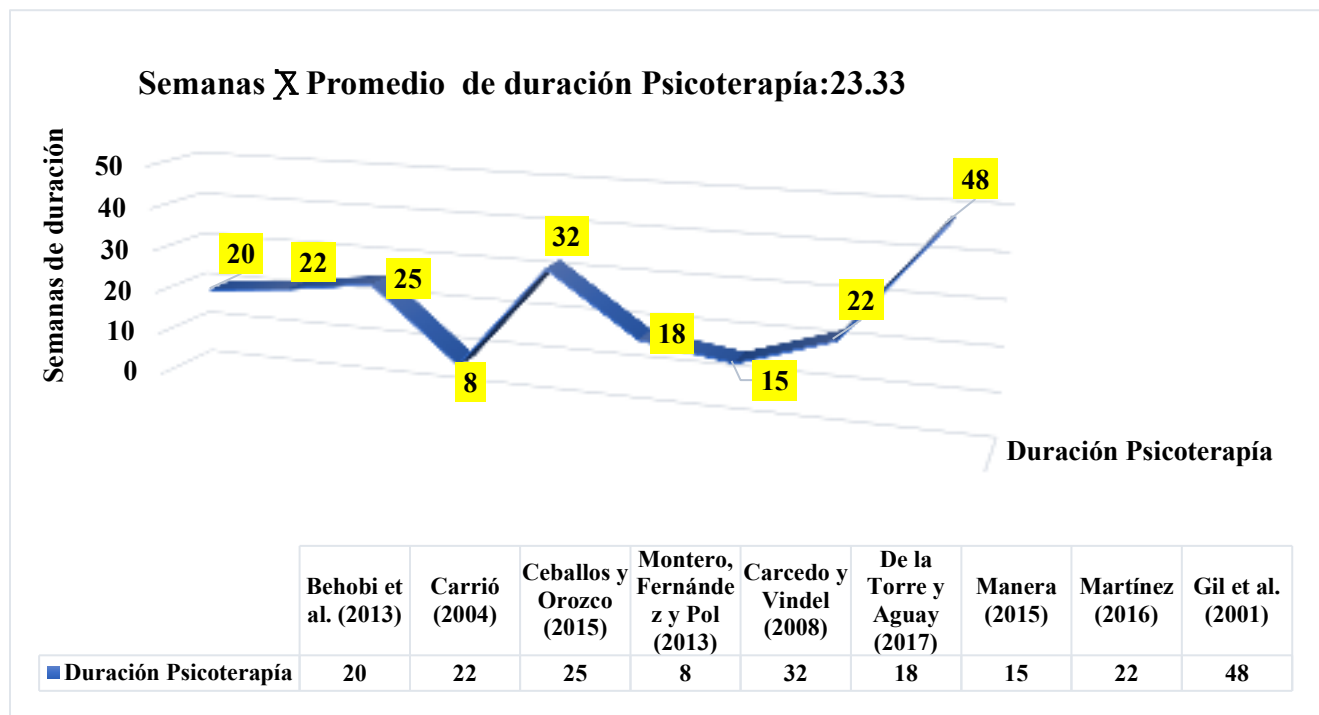
**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

### Duración de terapia

Se observó que la frecuencia de las psicoterapias descrita por los autores en los nueve artículos revisados, era una vez a la semana con una duración entre 45 a 60 minutos por sección. La duración de la psicoterapia (ver gráfico 6) fue variable entre los pacientes. Se estimó una duración promedio ponderada de 23.3 semanas, se observó que la duración mínima de psicoterapia descrita en la literatura consultada fue de 8 semanas registrada en un estudio realizado por Montero, Fernández y Pol (2013) y la duración máxima fue de 48 semanas descrita por Gil et al. (2001) cuya paciente tenía un diagnóstico de TOC grave en el que se observó una evidente mejoría de los síntomas clínicos tras finalizar el tratamiento. Los hallazgos sugieren que la variabilidad de la duración de la psicoterapia en el paciente con TOC dependerá de la severidad de sus síntomas y las diferentes medidas de mejora utilizadas según los estudios incluidos se han basado en la puntuación previa y posterior a la terapia obtenida tras la aplicación de instrumentos clínicos como la Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown (YBOCS), Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI) y Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R).

**Gráfico 6**

Duración de Psicoterapia del TOC en los pacientes incluidos



**Fuente:** Evidencia científica descrita en tabla de resumen de hallazgos dos.

## **X. Conclusión**

1. La evidencia consultada sugiere que el trastorno obsesivo compulsivo afecta con mayor prevalencia a mujeres, la edad en promedio de afectación fue de 29.6 años con un predominio en el rango de edad entre la segunda y tercera década de vida. Se observó que muchos pacientes reconocen el inicio de la enfermedad neuropsiquiátrica después de un evento vital estresante, claramente identificado por los pacientes que conviven con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.
2. El Trastorno Obsesivo Compulsivo tiene una variedad de presentación clínica que va desde la forma leve hasta la grave e incapacitante , las dimensiones clínicas y no hay una única dimensión clínica presentada en cada paciente, estas se superponen entre sí, siendo la de mayor prevalencia en esta investigación el patrón de pensamientos intrusivos, la terapia psicológica es eficaz, los pacientes presentan mejoría significativa de los síntomas obsesivos y compulsivos incluso hasta llegar a niveles subclínicos de la enfermedad durante y post psicoterapia , siendo el “estándar de oro” la terapia cognitivo-conductual dirigida por un terapeuta, con sesiones semanales de una hora, cara a cara, de 8 a 43 semanas de duración.

## **XI. Recomendaciones**

### **Ministerios de Salud de Nicaragua (SILAS- MANAGUA, MINSA)**

1. Protocolizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta enfermedad ya que se constató el vacío de conocimiento existente en Nicaragua bajo esta línea de investigación.
2. Promover la aceptación de terapias alternativas como Psicoterapias, Mindfulness, aromaterapia, masajes relajantes, ejercicios físicos para mejorar severidad de los síntomas y con ello garantizar la eficacia de las intervenciones combinadas en los pacientes y su familia, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

### **Facultad de medicina de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA)**

1. Promover la realización de estudios fundamentados en la línea de salud mental e incluir dentro de sus líneas de investigación esta línea de investigación.
2. Promover la realización de estudios bajo esta línea de investigación pues se constató bajo una búsqueda exhaustiva la inexistencia de evidencia científica generada y publicada en nicaragua, por lo tanto, el abordar esta temática permitirá cimentar las bases teóricas de esta entidad clínica en nuestro medio.
3. Fomentar esta modalidad de investigación con el fin de fortalecer las competencias entre sus egresados acerca de la búsqueda y evaluación de la evidencia científica disponible ya esto le permitirá discernir la calidad de la información, convirtiéndose en una herramienta útil en su práctica clínica y formación académica a futuro.

## XII. Lista de referencia

- Abramowitz, JS, Taylor, S. y McKay, D. (2009). Trastorno obsesivo compulsivo. *The Lancet*, 374 (9688), 491–499. [https://doi:10.1016/s0140-6736\(09\)60240-3](https://doi:10.1016/s0140-6736(09)60240-3)
- Ajuriaguerra J. (1976). *Manual de Psiquiatría Infantil. Organizaciones neuróticas en el niño.* Barcelona: Toray-Masson; 1976
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., & Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in neurobiology*, 72(3), 195–221. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2004.02.004>
- Brock, H., & Hany, M. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/#article-26069.s9>
- Baer L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 55 Suppl, 18–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8077163/>
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 165(12), 1532–1542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Behobi Baudou, Walter A., García, Fernando, & Fernández-Álvarez, Héctor. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud mental*, 36(4), 347-354. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000400010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400010&lng=es&tlng=es).
- Carrió Rodríguez, C. (2004). Efectos a largo plazo del tratamiento cognitivo en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 9(2), 99–121. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.2.2004.3972>



- Ceballos, M. V & Orozco, A, M, T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo–conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1), 82-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912892>
- Cavallini, M. C., Di Bella, D., Siliprandi, F., Malchiodi, F., & Bellodi, L. (2002). Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *American journal of medical genetics*, 114(3), 347–353. <https://doi.org/10.1002/ajmg.1700>
- De la Torre Luque, A., & Aguayo, L. V. (2017). Terapia de Aceptación y Compromiso como Tratamiento de Elección para el TOC: un Estudio de Caso. *Revista de psicoterapia*, 28(106), 181-196. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6524258>
- Drubach D. A. (2015). Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 783–788. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466666.12779.07>
- Fals-Stewart, W., & Lucente, S. (1994). Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: an overview. *International journal of group psychotherapy*, 44(1), 35–51. <https://doi.org/10.1080/00207284.1994.11490733>
- Fenske, J. N., & Petersen, K. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *American family physician*, 92(10), 896–903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26554283/>
- Fenske, J. N., & Schwenk, T. L. (2009). Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. *American family physician*, 80(3), 239–245.
- Fernández-Montes Rodríguez, I., & García Sánchez, S. (2019). TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. *Revista De Casos Clínicos En Salud Mental*, 7(1). <https://ojs.casosclnicosensaludmental.es/index.php/RCCSM/article/view/43>
- Finucane, A. M., Hulbert-Williams, N. J., Swash, B., Spiller, J. A., Wright, B., Milton, L., & Gillanders, D. (2023). Feasibility of RESTORE: An online Acceptance and Commitment Therapy intervention to improve palliative care staff wellbeing. *Palliative medicine*, 37(2), 244–256. <https://doi.org/10.1177/02692163221143817>

- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*, 317(13), 1358–1367. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
- Holzer, J. C., Goodman, W. K., McDougle, C. J., Baer, L., Boyarsky, B. K., Leckman, J. F., & Price, L. H. (1994). Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 164(4), 469–473. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.4.469>
- Javaherirehani, R., Mortazavi, S. S., Shalbahfan, M., Ashouri, A., & Farani, A. R. (2022). Virtual reality exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with contamination subtype in comparison with in vivo exposure therapy: a randomized clinical controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 740. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04402-3>
- Krebs, G., & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100(5), 495–499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306934>
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407–423. <https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.407>
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(7), 911–917. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.911>
- Leal Carcedo, L.; Cano Vindel, A. (2008). Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo desde las nuevas perspectivas cognitivas. *Estudio de un caso. Ansiedad y estrés* 14(2-3), 321-339. <https://www.semanticscholar.org/paper/Tratamiento-del-trastorno-obsesivo-compulsivo-desde-Carcedo-Vindel/530b93934c0036e0f4b7ce46f4992dbeedf9c7d2>

- Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(7), 911–917. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.911>
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 162(2), 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- McLaughlin, N. C. R., Magnotti, J. F., Banks, G. P., Nanda, P., Hoexter, M. Q., Lopes, A. C., Batistuzzo, M. C., Asaad, W. F., Stewart, C., Paulo, D., Noren, G., Greenberg, B. D., Malloy, P., Salloway, S., Correia, S., Pathak, Y., Sheehan, J., Marsland, R., Gorgulho, A., De Salles, A., ... Sheth, S. A. (2023). Gamma knife capsulotomy for intractable OCD: Neuroimage analysis of lesion size, location, and clinical response. *Translational psychiatry*, 13(1), 134. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02425-2>
- Matthew J. Et al. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, (), –. <https://doi:10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 225(3), 236–246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
- Montero Fernández, Cristina, Fernández Martín, L. Celia, & Pol Rodríguez, Jesús. (2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (117), 123-134. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000100009>
- Manera, J. J. S. (2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 75-81. <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147185010.pdf>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2006). *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. British Psychological Society (UK). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834191/>

- Orozco, A., Cardoner, N., Aragón, C. F., Ruiz-Murugarren, S., Vicens, M., Álvarez-Mon, M. Á., & Lahera, G. (2021). Obsessive-compulsive symptoms in anxiety and depressive disorders: Influence of recent and/or traumatic life events. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 14(4), 218–226. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.12.002>
- Pitman, R. K., Green, R. C., Jenike, M. A., & Mesulam, M. M. (1987). Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 144(9), 1166–1171. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1166>
- Piura López, J. (2012) *Metodología de la investigación científica: Un enfoque integrador*. 7ra Ed. Editorial PAVSA. Managua. Capítulo 15. Aspectos éticos de la investigación, págs. 210-239
- Pinciotti C. M. (2022). Introduction to the Special Issue: Conceptualization, Assessment, and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Co-Occurring Conditions. *Journal of cognitive psychotherapy*, 36(3), 187–190. <https://doi.org/10.1891/JCP.2021-0044>
- Pineda Gea, F., Téllez Ramos, C. M., & Gutiérrez Aburto, R. A... (2023). Metodología Aplicada en la Redacción de Trabajos Monográficos de Tipo Revisión Sistemática. *Revista Ciencia Y Tecnología El Higo*, 13(1), 2–19. <https://doi.org/10.5377/elhigo.v13i1.16371>
- PRISMA (2020). Herramienta de verificación PRISMA. <http://www.prisma-statement.org/documents/Page%20PRISMA%202020%20Spanish.pdf>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Richter, P. M. A., & Ramos, R. T. (2018). Obsessive-Compulsive Disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY), 828–844. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000603>
- Swierkosz-Lenart, K., Dos Santos, J. F. A., Elowe, J., Clair, A. H., Bally, J. F., Riquier, F., Bloch, J., Draganski, B., Clerc, M. T., Pozuelo Moyano, B., von Gunten, A., & Mallet, L. (2023). Therapies for obsessive-compulsive disorder: Current state of the art and perspectives for approaching treatment-resistant patients. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1065812. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1065812>

- Seibell, P. J., & Hollander, E. (2014). Management of obsessive-compulsive disorder. *F1000prime reports*, 6, 68. <https://doi.org/10.12703/P6-68>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals of internal medicine*, 152(11), 726–732. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232>
- Samuels, J., Bienvenu, O. J., 3rd, Riddle, M. A., Cullen, B. A., Grados, M. A., Liang, K. Y., Hoehn-Saric, R., & Nestadt, G. (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behaviour research and therapy*, 40(5), 517–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00026-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00026-2)
- Stein, D. J., Andersen, E. W., & Overo, K. F. (2007). Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 29(4), 303–307. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462007000400003>
- Saxena, S., Brody, A. L., Maidment, K. M., & Baxter, L. R., Jr (2007). Paroxetine treatment of compulsive hoarding. *Journal of psychiatric research*, 41(6), 481–487. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.05.001>
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour research and therapy*, 37(4), 297–311. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00134-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00134-x)
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and Shame as Risk Factors for Depression, Suicidality, and Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(11), 832–839. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000498>
- Vellosillo Sanz., P. y Fernández-Cuevas, V.A. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5008–5014. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.010>
- Veale, D., & Roberts, A. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2183>

### XIII. Anexos

#### ANEXO 1. . Calidad de la evidencia científica según diseño de estudio

**TABLA 1** Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia

Calidad de evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio	Asociación fuerte, sin factores de confusión, consistente y directa (+1)**
Moderada		Inconsistencia importante (-1)	Asociación muy fuerte, sin amenazas importantes a la validez (no sesgos) y evidencia directa (+2)
Baja	Estudio observacional	Alguna (-1) o gran (-2)*** incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa	
Muy baja	Cualquier otra evidencia	Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)

\*1 = subir o bajar un nivel (por ejemplo, de alta a intermedia); 2 = subir o bajar dos niveles (por ejemplo, de alta a baja).

\*\*Un riesgo relativo estadísticamente significativo > 2 (< 0,5), basado en evidencias consistentes en 2 o más estudios observacionales, sin factores de confusión plausibles.

\*\*\*Un riesgo relativo estadísticamente significativo > 5 (< 0,2), basado en evidencia directa y sin amenazas importantes para la validez.

## Niveles de Evidencia (GRADE)

Nivel	Descripción
Alto	Cuando se estima que más investigaciones es poco probable que vayan a mejorar el nivel de confianza del resultado estimado.
Moderado	Cuando se piensa que el desarrollo de más investigaciones pueden modificar el nivel del efecto estimado.
Bajo	Cuando se estima que el desarrollo de más investigaciones es muy probable que modifique el nivel de confianza del efecto estimado.
Muy bajo	Cuando la estimación del efecto es muy incierta.

Atkins D, Best D, Briss PA, for the GRADE working group et al (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 328:1490 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7454/1490>).

## Niveles de evidencia



Levels of evidence tomado de <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

#### XIV. Anexo 2. Cronograma

Descripción de actividad	Número de semana	Fecha de cumplimiento											
		Meses	Junio				Julio						
			1	2	3	4	1	2	3	4			
Presentación de tema de investigación al comité de investigación	1	SEMANAS	■										
Redacción y presentación de protocolo para ser sometido a revisión por el comité de investigación	2		■	■									
Solicitud de aprobación de ejecución de investigación por comité de investigación UNICA	3												
Búsqueda y selección de artículos primarios	4		■	■	■	■							
Tabulación, procesamiento y análisis de los datos	5												
Redacción y presentación de informe final para ser sometido a revisión por el comité de investigación	6												
Aplicación de correcciones sugeridas por comité de revisión	7												
Pre defensa de tesis	8												
Defensa de tesis	9												

#### XV. Anexo 3. Presupuesto

Fase de la investigación	Concepto	Costo \$
Elaboración del protocolo	Transporte	\$100
	Alimentación	\$100
	Navegador de internet	\$30
	Llamadas telefónicas	\$30
Informe final	Transporte	\$100
	Alimentación	\$100
	Fotocopias de informe final	\$75
	Defensa	\$4050
Total		\$4585



## **XVI. Anexo 4. Carta declaración de autoría y cesión de derechos de publicación**

Yo Yolanda Auxiliadora Roblero Diaz. con número de carné 20120317 egresada de la Carrera de Medicina y Cirugía declaró que:

El contenido del presente documento es un reflejo de mi trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, me hago responsable de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

Así mismo, autorizó a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título **ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ADULTOS, REVISIÓN SISTEMÁTICA** en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hago desde mi libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 7 días del mes **OCTUBRE** del 2023.

Atentamente,

Apellidos, Nombre: Roblero Diaz, Yolanda Auxiliadora  
Correo electrónico: [yolanda.rdiaz@yahoo.es](mailto:yolanda.rdiaz@yahoo.es)

Firma:

## XVII. Anexo 5. Lista de parámetros

Lista de parámetros que deben contener los informes finales de investigación para ser aceptados por facultades de la universidad con el fin de ser indexados en el repositorio institucional de la universidad		
DESCRIPCIÓN DE PARÁMETROS		
<b>Aspectos a evaluar en la portada del documento</b>	SI	NO
Utiliza el tipo letra Times New Romans, Arial o Calibri	✓	
Nombra la facultad o programa de posgrado al que corresponde la investigación	✓	
Menciona la carrera o instancia a la que corresponde la investigación	✓	
Contiene logo oficial de la universidad	✓	
Nombra el documento como <i>Tesis para optar al título</i> y el grado al que opta	✓	
Línea o sublínea de investigación a la que pertenece la investigación	✓	
Cita el o los nombres de los autores en orden alfabético con el formato <i>Apellidos separados por un guion, Nombre</i>	✓	
Cita el nombre de los contribuidores en la generación de conocimientos: Tutor científico, tutor metodológico y revisores de la investigación	✓	
El nombre de los contribuidores se acompaña del grado académico que posee, especialidad y número ORCID	✓	
Se detalla el lugar de realización de la investigación	✓	
Se detalla la fecha de publicación de la investigación la cual corresponde a la fecha de realización de defensa	✓	
<b>Aspectos a evaluar referentes al contenido del documento</b>	SI	NO
El documento presenta los aspectos siguientes respetando el orden del proceso de investigación:	✓	
1. Portada		
2. Dedicatoria (opcional)		
3. Agradecimiento (opcional)		
4. Resumen		
5. Abstract		
6. Opinión del tutor científico		
7. Opinión de tutor metodológico (si este es diferente al tutor científico)		
8. Introducción		
9. Antecedentes		
10. Justificación		
11. Planteamiento del problema		
12. Objetivos		
13. Marco referencial		
14. Hipótesis de investigación (Según diseño de estudio)		
15. Diseño metodológico (Según tipo de investigación)		
16. Estrategias para el control de sesgos		
17. Consideraciones éticas (se encuentran en un acápite aparte del diseño)		
18. Limitaciones y estrategias de intervención		
19. Resultados		
20. Análisis y discusión de resultados		
21. Conclusiones		
22. Recomendaciones		
23. Lista de referencia		
24. Anexos/ Apéndices		
<b>En consideración al título de la investigación se evalúa:</b>	SI	NO
Tiene una longitud comprendida entre 15 a 25 palabras	✓	
No contiene siglas o acrónimos	✓	
Se identifica la variable principal, el lugar de investigación, periodo de estudio, población a estudio	✓	

Hace uso apropiado de los signos de acentuación y puntuación (No contiene punto final)	✓	
<b>En consideración al resumen de investigación se evalúa:</b>	SI	NO
Ocupa una sola página del documento	✓	
Cumple con la estructura: Objetivo general, material y métodos, resultados, conclusiones, palabras claves y correo del autor	✓	
Las palabras claves se separan por punto y coma, escribiendo la primera letra en mayúscula, utiliza 3 a 6 descriptores.	✓	
Utiliza los descriptores aplicados para la ciencia de la salud DeSH y MesH en la descripción de las palabras claves tanto en idioma español como inglés.	✓	
Desarrolla el resumen en idioma inglés y español	✓	
<b>En consideración a los resultados se evalúa:</b>	SI	NO
Se encuentran descritos en forma de prosa, de manera impersonal, incluye tablas y gráficos dentro de este acápite	✓	
Si hace uso de tablas o gráficos complementarios (por ejemplo, tablas que reflejan los valores de las pruebas estadísticas utilizadas o bien tablas que contiene datos) los menciona en la redacción, citándolos en el documento de manera apropiada.	✓	
Las tablas y gráficos complementarios se citan en anexos en orden numérico y las figuras, mapas etc. en apéndice	✓	
<b>En consideración a la discusión se evalúa:</b>	SI	NO
Se discuten los resultados más relevantes, haciendo uso de gráficos	✓	
Se comparan los resultados obtenidos con los reportados por otros investigadores, haciendo uso apropiado de las normas de citación	✓	
Se generan hipótesis explicativas, que describan el porqué de la posible relación u asociación o bien la relevancia clínica de los hallazgos	✓	
<b>En consideración a la conclusión se evalúa:</b>	SI	NO
Responden a los objetivos planteados sin repetir textualmente los resultados	✓	
Siguen el mismo orden establecido en los objetivos específicos y comprueban la hipótesis (en caso que el diseño lo requiere)	✓	
<b>En consideración a las recomendaciones se evalúa:</b>	SI	NO
Se originan en la justificación y se sustentan en la discusión	✓	
Se desarrollan tomando en consideración los resultados obtenidos en el proceso de investigación	✓	
<b>En consideración a los anexos se evalúa:</b>	SI	NO
Anexo 1. Instrumento de recolección de información Anexo 2. Corresponde a consentimiento informado (utilizado en investigaciones cuya fuente es primaria). Anexo 3. Matriz de evidencia consultada. Anexo 4. Corresponde a presupuesto y cronograma (utiliza el diagrama de Grantt). Anexo 5. Corresponde a tablas complementarias, pruebas estadísticas, gráficos complementarios. Apéndices: Corresponden al material generado a raíz de la investigación (fotos, mapas, formatos, guías) deben estar enlistados haciendo uso de letras en mayúscula ejemplo: Apéndice A: Fotos tomadas durante el foro, etc.	✓	
Contiene la carta de declaración de autoría y autorización de publicación de la investigación firmada por todos los autores.	✓	

**NOTA: No se aceptarán documentos de tesis que no cumplan todos los acápites de manera rigurosa**

Firma tutora Científica y Metodología

Firma facultad

Firma biblioteca