Àngela Peiró Gomar

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Núria Maria Albacar Rioboó

Facultat d'Infermeria

FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

TORTOSA 2020-2021

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: **Àngela Peiró Gomar**		
DNI: **20948298J**	Adreça: **Avd. Constitució nº 34 pis 2, pta 5**	
Codi postal: **46724**	Població: **Palma de Gandia**	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: **675189263**	Adreça electrònica URV: **angela.peiro@estudiants.urv.cat**	

EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: **Dra. Núria Maria Albacar Rioboó**
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En dimarts, 18 de maig de 2021.

EL/LA TUTOR/A:
Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau
Data i signatura: 18 de maig de 2021

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura

Agradecimientos

A todos mis amigos, por su apoyo constante y por los momentos compartidos.

A mi hermana Laura por ser mi compañera de vida.

A mis padres por ser tan luchadores y por el gran esfuerzo que han hecho por nosotras, por respetarnos y por dejarnos crecer libres.

A mi abuela y a mis tías por darme fuerza para seguir mi camino.

A mí por mi esfuerzo, por mi crecimiento y por la valentía por ir superando las etapas complicadas que me ha deparado la vida.

Finalmente, agradecer a todas aquellas personas que padecen de Trastorno Obsesivo Compulsivo por ser fuertes y no rendirse pese a los momentos de debilidad en los que no se ve la luz al final del túnel.

"De nuestras vulnerabilidades vienen nuestras fortalezas",

Sigmund Freud.

Resumen

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno crónico caracterizado por la presencia de obsesiones que pueden desencadenar en compulsiones, causando ansiedad y malestar. Es una enfermedad muy incapacitante y, para su tratamiento, se realizan técnicas de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). **Objetivo general:** Demostrar la eficacia de la TCC en pacientes adultos que padecen TOC. **Metodología:** Revisión bibliográfica sistemática de publicaciones en bases de datos profesionales siguiendo los criterios de inclusión, exclusión y mediante el índice de calidad según Joanna Briggs. **Resultados**: Las intervenciones de TCC: Terapia Cognitivo Conductual basada en internet, Terapia Cognitivo Conductual computarizada, Terapia Cognitivo Conductual por videoconferencia, Terapia de Exposición con Prevención de Respuesta, Meditación basada en la Terapia Cognitivo Conductual, Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual, Meditación Kundalini Yoga y Meditación de respuesta de Relajación, provocan la reducción de la sintomatología del TOC y pueden ser llevadas a término por profesionales de enfermería. **Conclusión:** La tasa de brecha de tratamiento del TOC es muy grande ya sea por su coste, el estigma, la falta de terapeutas o la incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento. Se ha demostrado que la TCC es eficaz y aceptable. Además, puede ser proporcionada por profesionales de enfermería, lo cual es prometedor para la agilización del retraso que hay entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento para el TOC.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Terapia Cognitivo Conductual, tratamiento, eficacia.

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a chronic disorder characterized by the presence of obsessions that can trigger compulsions, causing anxiety and discomfort. It is a very disabling disease and, for its treatment, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) techniques are performed. **Objective:** To demonstrate the efficacy of CBT in adult patients suffering from OCD. **Methodology:** Systematic bibliographic review of publications in professional databases following the inclusion and exclusion criteria and using the quality index according to Joanna Briggs. **Results:** CBT interventions: Internet-based Cognitive Behavioral Therapy, Computerized Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Behavioral Therapy by videoconference, Exposure Therapy with Response Prevention, Meditation based on Cognitive Behavioral Therapy, Meditation integrated into Cognitive Behavioral Therapy, Meditation Kundalini Yoga and Relaxation Response Meditation, reduce the symptoms of OCD and can be carried out by nursing professionals. **Conclusion:** The OCD treatment gap rate is very large due to cost, stigma, lack of therapists, or uncertainty about the efficacy of treatment. CBT has been shown to be effective and acceptable. In addition, it can be provided by nursing professionals, which is promising for speeding up the delay between the onset of the disease and the start of treatment for OCD.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, treatment, efficacy.

Sumario de contenidos

1. Introducción 9
2. Pregunta de investigación.....15
3. Objetivos 15
4. Metodología 15
5. Resultados 17
5.1. Resultados de la búsqueda:.....17
5.2. Diagrama de flujo según los criterios PRISMA 20
5.3. Tabla de resultados de la búsqueda bibliográfica:.....21
5.4. Índice de calidad de los artículos según Joanna Briggs.....27
6. Análisis.....28
7. Conclusiones 42
8. Implicaciones per a la práctica clínica 43
9. Limitaciones de estudio.....43
10. Bibliografía.....44
11. Anexos 48

Lista de tablas

Tabla 1. *Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica*……..……...16

Tabla 2. *Resultados de búsqueda*…….……....18

Tabla 3. *Resumen de los artículos*……...……21

Tabla 4. *Índice de calidad de los artículos según Joanna Briggs*…….27

Lista de figuras

Figura 1. *Diagrama de flujo*……20

Lista de gráficos

Gráfico 1. *Distribución geográfica*……..28

Gráfico 2. *Tipo de estudios*……..……...29

Gráfico 3. *Escalas y cuestionarios utilizados*…….34

Lista de anexos

Anexo 1. *JBI critical appraisal checklist for randomized controlled trials*……..48

Anexo 2. *JBI critical appraisal checklist for quasi-experimental studies*……49

Anexo 3. *Escala Y-BOCS*…….50

Abreviaturas

cCBT: Terapia Cognitivo Conductual Computarizada

CBT: Cognitive Behavioral Therapy

DeCs: Diccionario en Ciencias de la Salud

DSM-IV: Decálogo de Salud Mental IV

DSM-V: Decálogo de Salud Mental V

EPR: Terapia de Exposición más Prevención de Respuesta

iCBT: Terapia Cognitivo Conductual basada en internet

iPRT: Entrenamiento de relajación progresiva estándar basado en Internet asistido por un terapeuta

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina

KY: Meditación Kundalini Yoga

MeSh: *Medical Subject Headings*

MB-ERP: Meditación basada en prevención y exposición de respuesta

MBCT: Meditación basada en Terapia Cognitivo Conductual

MICBT: Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual.

OCD: Obsessive Compulsive Disorder

RR: Meditación de Respuesta de Relajación

NP: Proceso de enfermería

SAD: Trastorno de Ansiedad Social

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

1. Introducción

En esta primera parte del trabajo, se describe, en primer lugar, el **trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**, su historia, sus causas y sus tipos, en segundo lugar, la epidemiología, los síntomas, el tratamiento y el pronóstico, y finalmente, se expone la importancia de la enfermería en el ámbito de la salud mental y su abordaje general.

El TOC es un trastorno crónico común (National Institute of mental health, 2017) considerado como un trastorno de ansiedad en el Decálogo de Salud Mental-IV (DSM-IV), pero en la publicación del DSM-V, en el año 2014, aparece en una nueva categoría diagnóstica: "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados" (American Psychiatric Association., 2014). Esta enfermedad, se caracteriza por la existencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes) que el sujeto experimenta como intrusivas e inapropiadas, causándole ansiedad o malestar que intenta neutralizar a través de compulsiones (comportamientos repetitivos)(Lozano et al., 2020).

El estudio de esta enfermedad ha ido avanzando y mejorando con los años, Sigmund Freud consideraba que el trastorno obsesivo compulsivo constituía un trastorno psicológico causado por un conflicto interno y empleaba para tratarlo la técnica psicoanalítica, que es una terapia que busca eliminar o disminuir los efectos indeseables de los conflictos inconscientes haciendo al paciente consciente de su existencia, origen, así como de su expresión inapropiada en las emociones y conductas actuales (Biblioteca Virtual en Salud, 2020). Los resultados de este tipo de terapia no fueron positivos y el Trastorno Obsesivo Compulsivo llegó a considerarse una disfunción muy difícil de tratar. La psicología ha evolucionado, los avances científicos actuales incluyen técnicas que permiten a los científicos observar las estructuras cerebrales y sus reacciones químicas. Aunque todavía no se conoce la causa exacta del TOC, se ha descubierto, que este trastorno no está causado por conflictos inconscientes, sino, por anormalidades en zonas específicas del cerebro: el trastorno se vincula con problemas en la regulación de una sustancia química cerebral, la **serotonina**, la cual juega un papel fundamental en el control de las conductas y estado anímico (Hyman & Pedrick, 2009). A parte de esto, algunos factores que también pueden influir en la causa del TOC serían: lesiones en la cabeza, infecciones, la genética y, además, los antecedentes de abuso físico o sexual, que también parecen incrementar el riesgo de padecerlo (Stewart et al., 2016).

Hasta los años sesenta se empleó habitualmente el psicoanálisis para tratar el trastorno. Al mismo tiempo que la medicación estaba empezando a emplearse, también estaba cambiando la terapia. En 1966, el psicólogo británico Víctor Meyer comenzó a emplear la **terapia de conducta,** que enfatiza el rol de aprendizaje en el comportamiento humano, así como la capacidad de cambiarlo a través del desaprendizaje de aquellas conductas y actitudes erróneas. Meyer y sus compañeros combinaron la exposición a los objetos temidos, con fuertes restricciones y tras varios días de tratamiento intensivo, se observó que la terapia funcionaba. En los años ochenta, investigadores como P. Salkovskis y P. Emmelkamp, empezaron a aplicar las ideas de la **terapia cognitiva** para comprender el trastorno, esta implica, detectar y debatir las creencias irracionales y los patrones cognitivos disfuncionales que generan la conducta anómala. La terapia cognitiva se aplicó junto con la terapia de conducta en el tratamiento del TOC y la síntesis se denominó **terapia cognitivo conductual (TCC)** (Hyman & Pedrick, 2009).

En lo que refiere a la **epidemiología** de este trastorno, la prevalencia a nivel mundial se encuentra entre el 0,3% y el 3,1%, por lo que es considerado como la décima enfermedad más incapacitante. Su mayor incidencia tiene lugar en edades tempranas, antes de los 25 años (Lozano et al., 2020) y, se estima que en un 50% de los casos, puede alargarse de la infancia a la adolescencia y hasta la etapa adulta (Alvarenga et al., 2018). Además del TOC de inicio en edades tempranas, existe el de inicio tardío, que a diferencia del que comienza en el paciente joven, afecta más al sexo femenino (72% frente al 48% en edades tempranas) y tiende a infradiagnosticarse (Lozano et al., 2020).

En cuanto a la **sintomatología y el tratamiento** del trastorno obsesivo compulsivo, es cierto que el inicio de la enfermedad suele ser gradual, aunque se conocen casos en que el inicio de la sintomatología es abrupto, con alternancia de períodos de mejoría y de deterioro (Videbeck, 2012). De manera característica, el trastorno se inicia durante la adolescencia (en varones) o en los primeros años de la etapa adulta (mujeres) pero con frecuencia transcurre una década o más para que los pacientes acudan a pedir ayuda clínica (Morrison, 2014). Los **principales síntomas** de esta enfermedad, como ya se ha nombrado anteriormente, son las obsesiones y las compulsiones: las **obsesiones**, son pensamientos, impulsos o imágenes persistentes involuntarias, que provocan ansiedad y angustia, mientras que las **compulsiones** son conductas repetitivas que normalmente se

producen en respuesta a las obsesiones y pueden ser abiertas (p.ej. Lavarse las manos) o encubiertas (p.ej. Contar). Los pensamientos obsesivos son mayoritariamente involuntarios e interrumpen la actividad consciente continua. En cambio, las compulsiones son, sobre todo, voluntarias, y a menudo se asocian con la intención de "resistirse". El hecho de que se realicen o no las compulsiones suele estar condicionado por factores ambientales y también depende del control que tenga la persona sobre la enfermedad, habrá pacientes que puedan "controlarse" o "resistirse" a realizar ciertas compulsiones, y otros que no (Tallis, 1999).

Las **obsesiones y compulsiones más frecuentes** son las siguientes: (Sadock & Sadock, 2008)

- Obsesión por la contaminación, que se relacionaría con la compulsión del lavado de manos o la evitación de objetos subjetivamente contaminados.
- Obsesión con la duda, relacionada con la compulsión de comprobación continuada.
- Los pensamientos intrusivos de carácter agresivo o sexual, estos no presentan compulsión.
- Obsesión por la simetría o precisión, que deriva a la compulsión de lentitud, llegando a tardar horas en realizar alguna actividad.

En las compulsiones de limpieza predominan las mujeres, mientras que en las obsesiones de contenido sexual, religioso y agresivo lo hacen los hombres. La lentitud compulsiva también es más frecuente en los varones. Es importante destacar además, respecto a la sintomatología, que, en gran parte de los casos, el TOC está acompañado por otras afecciones cómo el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, la fobia social, el trastorno de pánico, los trastornos de la alimentación, el abuso o dependencia del alcohol, perturbaciones del sueño, la tricotilomanía, el trastorno de excoriación, tics, el trastorno dismórfico corporal, trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo o la depresión mayor (Bados, 2015), la cual afecta a dos terceras partes de los afectados (Morrison, 2014). Cabe destacar finalmente que, una media del 44% de los pacientes con TOC han tenido pensamientos suicidas en algún momento de su vida, una media del 13% han hecho intentos suicidas, y una media del 6% de pacientes con este trastorno terminan suicidándose, según el metaanálisis de Angelakis, et al. (2015).

Sobre el **tratamiento**, es cierto que, las herramientas principales, y más efectivas, que se utilizan son: la medicación y la terapia cognitivo-conductual. Aunque pueden emplearse de modo individual, cabe destacar que su aplicación combinada es más efectiva. Los fármacos más efectivos pertenecen al grupo de los **inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS),** como, por ejemplo, la fluoxetina, la setralina o la paroxetina. Estos ayudan a corregir los desequilibrios químicos y a aliviar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo. La medicación y la terapia cognitivo-conductual, cuando se emplean juntas, se complementan entre sí: la medicación altera el nivel de serotonina, mientras que la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** ayuda a modificar la conducta enseñando al enfermo las habilidades necesarias para resistir las compulsiones y las obsesiones. La medicación puede reducir el nivel de ansiedad, facilitando de ese modo la efectividad de los principios de la terapia cognitivo-conductual (Hyman & Pedrick, 2009). Dentro de la TCC, se utiliza mucho la técnica de exposición más prevención de respuesta (EPR) (Montero et al., 2013), en la que el paciente se expone en vivo y/o en la imaginación a los estímulos externos e internos temidos al mismo tiempo que se previenen la ocurrencia de las compulsiones hasta que la ansiedad disminuye significativamente (Bados, 2015), o también se utiliza la Atención plena, que es una Terapia Cognitivo Conductual de tercera generación, que implica que el sujeto se concentre en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo, provocando en éste energía, claridad de mente y alegría (Moreno, 2012).

En lo que refiere a la **evaluación y pronóstico** del TOC, según los estudios utilizados en el documento creado por Arturo Bados: *Trastorno obsesivo-compulsivo,* con la terapia farmacológica, mejoran el 70% de los pacientes que terminan el tratamiento y el 53% de los que lo inician; la reducción de síntomas obsesivo-compulsivos es del 25-40%, y también mejoran la ansiedad la depresión y el ajuste social. El 15-25% de los pacientes mejoran poco o nada. El 25% de los pacientes con TOC no aceptan los fármacos serotoninérgicos y el 20% abandonan el tratamiento. En los pacientes que no responden a la medicación, la terapia cognitivo conductual se ha mostrado útil, sin embargo, los resultados son menores que respecto a pacientes que sí que responden a la terapia farmacológica. Por otro lugar, como ya se ha comentado anteriormente, cabe decir que la terapia combinada suele ser más eficaz que la medicación sola, gran parte de los pacientes

tratados con psicoterapia conductual y medicación consiguen controlar las obsesiones y las compulsiones, mientras que un grupo menor sufre un deterioro lento y progresivo de las relaciones interpersonales y del funcionamiento social y laboral (Videbeck, 2012).

Para finalizar este primer apartado de la revisión bibliográfica, se expondrá el rol de la enfermería en la salud mental, el abordaje general que pueden realizar los/las profesionales de enfermería en este ámbito y su importancia.

La enfermería de salud mental se caracteriza por ser un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental. Los profesionales que la integran interactúan con otras disciplinas en el espacio interdisciplinar que supone el trabajo en equipo. Por tanto, la enfermera especialista en salud mental no está centrada única y exclusivamente en una unidad de psiquiatría o solamente en la patología, sino en un modelo comunitario que tenga una finalidad resocializadora, favoreciendo la autonomía, la relación, la participación, la independencia y la solidaridad; de manera que el sujeto actúe, sea autor de su propia existencia y desempeñe los roles que le correspondan. Los/las enfermeros/as, tienen conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes para dar respuestas a las necesidades y demandas de cuidados que plantea la comunidad por la cual trabajan. Y el objetivo de esta profesión, es seguir avanzando y profundizando en el conocimiento enfermero para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico requeridas (Cibanal, 2007).

Aunque los/las profesionales de enfermería no establecen el diagnóstico de las enfermedades mentales, los conocen, el personal de enfermería forma parte del equipo terapéutico que planifica y suministra la asistencia de los pacientes. Las enfermeras ven cómo afectan las enfermedades mentales y observan cuál es la “respuesta” de los pacientes a estas, para posteriormente, realizar sus funciones de prevención, tratamiento y rehabilitación (Eby & Brown, 2009). El proceso de atención de enfermería consta de diversas fases, que son las siguientes: (Marcos et al., 2008)

- **Fase de valoración:** en esta fase se realiza una recogida organizada y sistemática de la información sobre el estado de salud del individuo.

- **Diagnóstico de enfermería:** en esta fase los/las enfermeras analizan los datos recogidos en la etapa anterior identificando los problemas de salud.
- **Planificación:** consiste en la determinación de las prioridades inmediatas y establecimiento de los resultados esperados y de las intervenciones para el logro de los resultados definidos (NANDA (diagnósticos), NIC (intervenciones) y NOC (objetivos)). La aplicación de los planes de cuidados basados en el NANDA, NIC y NOC permitirá a los profesionales de enfermería manejar un lenguaje común, valorar los resultados de enfermería de forma similar y disminuir la variabilidad del cuidado diario.
- **Ejecución:** puesta en práctica del plan, realización de las intervenciones, información y anotación.
- **Evaluación:** valoración de los criterios de resultados marcados, de la eficacia de las intervenciones, y si es preciso, introducción de cambios en el plan, derivación a una continuidad de cuidados o finalización.

Por todo esto, gracias al trabajo de la enfermería, a su formación y a su experiencia, muchas personas pueden hacer su vida dignamente sin estar estigmatizadas o encerradas. Estos profesionales son los que cuidan y atienden a miles de personas y también los que tienen un contacto más directo e inmediato con estas que, en esta sociedad, debido a que la mayoría de los casos viven bajo la estigmatización y discriminación, no podrían hacer su vida diaria sin el seguimiento y el saber estar de estos profesionales (Chávez et al., 2015).

2. Pregunta de investigación.

¿La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es eficaz en los pacientes adultos que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)?

3. Objetivos

Objetivo general:

- Demostrar que la Terapia Cognitivo Conductual es una intervención eficaz, y puede disminuir la sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Objetivos específicos:

- Analizar las escalas y cuestionarios que se utilizan en los estudios.
- Identificar qué tipos de TCC se utilizan.
- Comprobar que los/las profesionales de enfermería ejercen la TCC.

4. Metodología

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica sistemática a través de la búsqueda en bases de datos profesionales del ámbito sanitario y científico, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión y mediante la validación según Joanna Briggs. Los términos utilizados para la búsqueda han sido: Obsessive-compulsive disorder (OCD), Trastorno Obsesivo Compulsivo, Cognitive behavioural therapy (CBT), Terapia cognitivo conductual, Mindfullness, mental helath y methods.

El período de búsqueda bibliográfica fue desde enero de 2020 hasta marzo de 2021. Las bases de datos consultadas a lo largo de la búsqueda fueron: PubMed, Web of science, Scopus, Cinahl y InDICES-CSIC.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado mediante búsquedas simples, los filtros de las distintas bases de datos y respetando los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Publicaciones de los últimos 6 años
- ✓ Texto completo gratuito
- ✓ Artículos de revista
- ✓ Población: mayores de edad
- ✓ Pacientes diagnosticados de Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Los criterios de exclusión de la búsqueda bibliográfica serán todos los artículos que no cumplan los criterios de inclusión escritos anteriormente, y, además:

- ✓ Revisiones bibliográficas
- ✓ Metaanálisis
- ✓ Artículos que no respondan a la pregunta de investigación

Para la búsqueda, se han utilizado los operadores boleanos AND y OR, con los términos expuestos a continuación (Tabla 1):

Tabla 1. *Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica*

Términos utilizados	MeSh	DeCS
Trastorno obsesivo compulsivo	Obsessive-Compulsive Disorder	Obsessive-Compulsive Disorder Trastorno Obsesivo Compulsivo
Salud mental	Mental Health	Mental Health Salud Mental
Terapia Cognitivo Conductual	Cognitive Behavioral Therapy	-
Mindfulness	Mindfulness	Mindfulness Atención plena
Métodos	Methods	-

Fuente: elaboración propia, 2021.

A continuación, se exponen las definiciones de los términos según el Diccionario en Ciencias de la Salud (*DeCS*, 2020):

- **Trastorno obsesivo compulsivo:** Un trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones o compulsiones recurrentes y persistentes. Obsesiones son las ideas, pensamientos e imágenes intrusivos, que son experimentados como sin sentido o repulsivos. Compulsiones son las conductas repetitivas y aparentemente con sentido, generalmente reconocidas por los individuos como carentes de sentido y de las cuales los individuos no obtienen placer, aunque proporcionen un alivio a la tensión.
- **Atención de enfermería:** Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.

- **Mental Health:** Bienestar emocional, psicológico y social de un individuo o grupo.
- **Mindfulness:** Un estado psicológico de conciencia, las prácticas que promueven esta conciencia, un modo de procesamiento de la información y un rasgo del carácter. Como terapia de estar atento se define como una conciencia momento a momento de la propia experiencia, sin juicio y como un estado y no un rasgo.

5. Resultados

En el siguiente apartado se exponen los resultados obtenidos tras la búsqueda en las respectivas bases de datos, el diagrama de flujo y la tabla de resultados de los diferentes artículos seleccionados.

5.1. Resultados de la búsqueda

En la siguiente tabla se encuentran los resultados de búsqueda de las bases de datos que se han consultado (Tabla 2):

Tabla 2: *Resultados de búsqueda*

Bases de datos	Tipo de búsqueda	Equación de búsqueda inicial	Artículos totales	Filtros utilizados	Artículos recuperados	Artículos seleccionados	Equación de búsqueda final
Pubmed	Simple	((Obsessive-Compulsive disorder) AND (mental health)) AND (methods) AND (cognitive behavioral therapy)	244	Texto completo gratuito, artículo de revista, ensayo clínico, últimos 5 años, adultos: 19 o + años	31	2	("obsessive compulsive disorder"[MeSH Terms] OR ("obsessive compulsive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "obsessive compulsive disorder"[All Fields] OR ("obsessive"[All Fields] AND "compulsive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "obsessive compulsive disorder"[All Fields]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "mental health"[All Fields]) AND ("method s"[All Fields] OR "methods"[MeSH Terms] OR "methods"[All Fields] OR "method"[All Fields] OR "methods"[MeSH Subheading]) AND ("cognitive behavioral therapy"[MeSH Terms] OR ("cognitive"[All Fields] AND "behavioral"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "cognitive behavioral therapy"[All Fields])
	Simple	((Obsessive-Compulsive)) AND (disorder) AND (Mindfullness)	102	Texto completo gratuito, artículo de revista, últimos 5 años	27	2	"Obsessive-Compulsive"[All Fields] AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields] OR "disorder"[All Fields] OR "disorders"[All Fields] OR "disorder s"[All Fields] OR "disorder s"[All Fields]) AND ("mind s"[All Fields] OR "minded"[All Fields] OR "mindful"[All Fields] OR "mindfulness"[MeSH Terms] OR "mindfulness"[All Fields] OR "minding"[All Fields] OR "minds"[All Fields])
Web of Science	Simple	(((Obsessive-Compulsive disorder) AND (mental health)) AND (methods) AND (cognitive behavioral therapy))	455	Acceso abierto , años de publicación: 2015-2021, tipo de decumento: artículo, ensayo clínico	94	1	
	Simple	((Obsessive-Compulsive disorder) AND (cognitive behavioral therapy))	5069	Acceso abierto, tipo de documento: ensayo clínico, años de publicación: 2015-2021	109	3	
Cinhal	Simple	Obsessive-Compulsive AND disorder AND mindfulness	43	Texto completo	17	2	
	Simple	(obsessive compulsive disorder or ocd) AND (cognitive behavioral therapy or cbt)	656	Texto completo, años: 2015-2020	87	1	
Scopus	Simple	obsessive-compulsive disorder AND mental health AND methods AND cognitive behavioral therapy	150	Acceso abierto, años de publicación: 2015-2021, tipo de documento: artículo.	53	1	

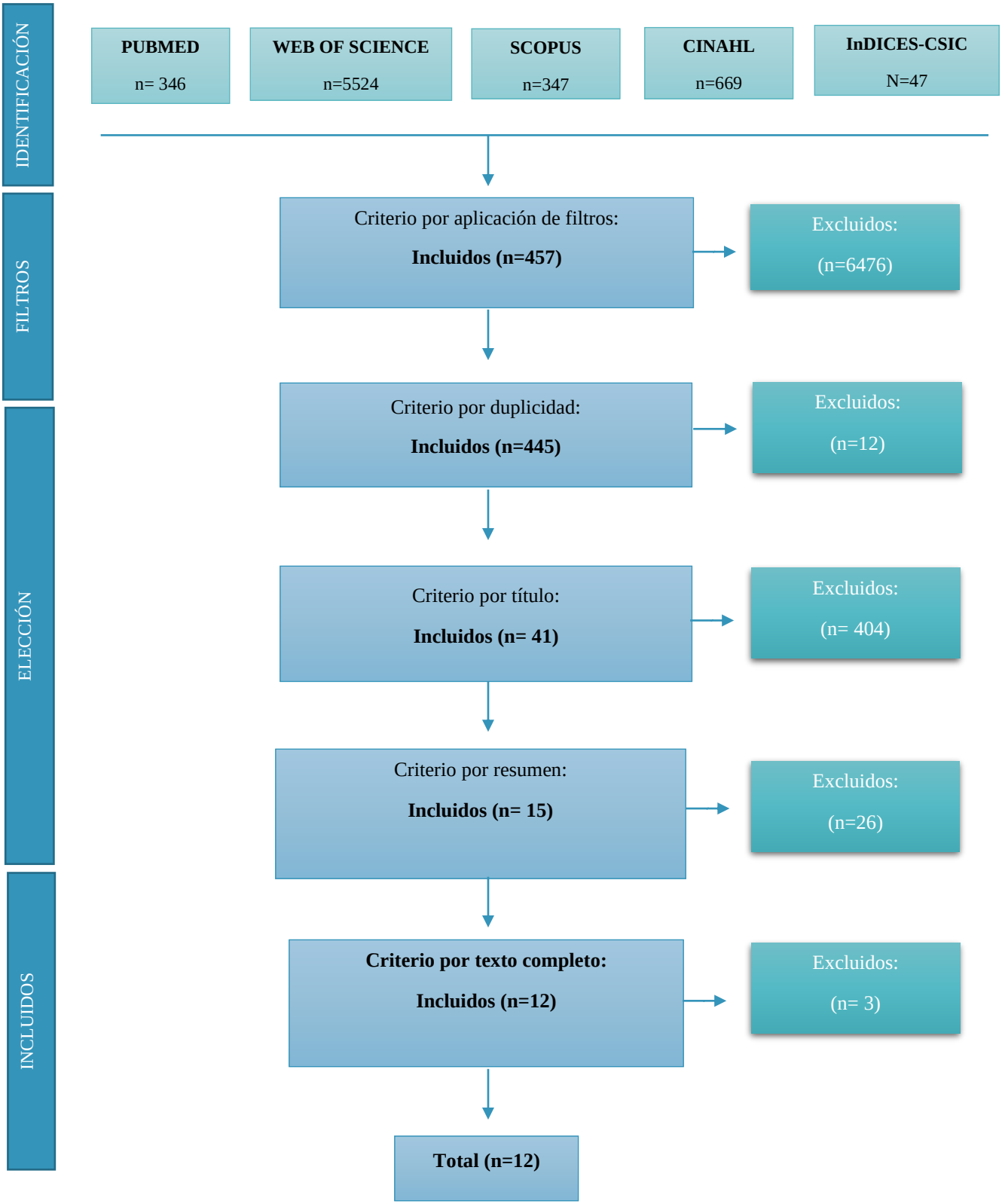
	Simple	Obsessive-compulsive disorder AND mindfulness	197	Acceso abierto, años de publicación: 2015-2021	31	0	
InDICES -CSIC	Simple	Trastorno obsesivo compulsivo Y terapia cognitivo conductual	47	Enlace a texto completo, años de publicación: 2015-2016, artículo de revista	8	0	

Fuente: elaboración propia, 2021.

5.2.Diagrama de flujo según los criterios PRISMA

A continuación, se encuentra el diagrama de flujo de los artículos seleccionados según los criterios PRISMA, detallando de esta forma, el proceso de selección:

Figura 1. *Diagrama de flujo*



5.3. Tabla de resultados de la búsqueda bibliográfica

En esta tabla se pueden apreciar las características de los artículos seleccionados.

Tabla 3. *Resumen de los artículos*

Artículo	Objetivo	Metodología	Intervenciones	Resultados y conclusiones
(Schröder et al., 2020) Alemania **WEB OF SCIENCE**	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual basada en internet (iCBT) no guiada para el tratamiento de los síntomas del TOC.	Estudio Cuantitativo. Ensayo controlado aleatorio de dos grupos: Grupo control (CAU): n=64 Grupo ICBT: n=64 N total=128 Instrumentos de evaluación: Y-BOCS (resultados primarios); OCI-R, OBQ-44, WHOQOL - BREF; PHQ - 9, I-8, RSES, IQ-24, APOI, y CSQ - 8 (resultados secundarios).	Terapia cognitivo conductual basada en internet (iCBT) no guiada durante 8 semanas.	Resultados primarios: el grupo iCBT mostró una reducción significativa de la sintomatología (mayor **reducción de la conducta compulsiva** (Y - BOCS: F (1,79) = 4.64, p = .034, ηp 2 = 0.06) que de los **pensamientos obsesivos** (Y - BOCS), F (1,79) = 2.02, p = .025, ηp 2 = 0.03) en comparación con el grupo CAU). Resultados secundarios: mejoría en el grupo iCBT sobre la autoestima, ningún efecto significativo sobre la calidad de vida, depresión, impulsividad o inseguridad social; y buena aceptabilidad de la intervención. En conclusión, hay evidencia de que la iCBT no guiada, puede ser una opción viable para aquellos pacientes que tengan barreras de tratamiento, pero es necesario seguir investigando.
(Shannahoff -khalsa et al., 2019) **EEUU** **PUBMED**	Comprobar la eficacia de dos tipos de meditación: Kundalini yoga (KY) y Respuesta de Relajación (RR).	Estudio cuantitativo. Ensayo clínico aleatorizado. Grupo KY: N=24 Grupo RR: N=24 N total=48 Instrumentos de evaluación: Y-BOCS (resultados primarios), DY-BOCS, CGI, POMS, BAI, BDI, SF-36 (resultados secundarios).	Sesiones de meditación Kundalini Yoga (KY) y meditación de Respuesta de Relajación (RR) durante 12 a 24 meses.	Resultados primarios: mejora del 40,4% para KY y del 17,9% para RR. El 31,3% en KY estaba en remisión en comparación con el 9,1% en RR. Resultados secundarios: Los que completaron KY mostraron una mayor mejora en cinco de seis medidas secundarias. Se considera que KY es una opción adicional prometedora para los pacientes con TOC que no responden al tratamiento de primera línea.

Artículo	Objetivo	Metodología	Intervenciones	Resultados y conclusiones
(Kothari et al., 2019) **Reino Unido** **WEB OF SCIENCE**	Explorar el impacto de la Terapia cognitiva-conductual basada en internet (iCBT) sobre los síntomas de otras psicopatologías asociadas con el perfeccionismo, específicamente el TOC y los trastornos alimentarios.	Estudio cualitativo. Ensayo controlado aleatorizado. Grupo intervención=62 Grupo control=58 N total=120 Instrumentos de evaluación: cuestionarios de autoinforme, OCI-R, EDE-Q, RSES, IUS, FCS,	Sesiones de iCBT con ocho módulos diseñados para ser completados semanalmente, pero la intervención duró 12 semanas para permitir descansos.	**Disminución significativa de los síntomas del TOC** (d = −0,9; IC: -1,4, −0,4) y **trastornos alimentarios** (d = −0,6; IC: -1,0, −0,1); **aumento de la autoestima** (d = 0,7; IC: 0,2, 1,2**), disminución de la intolerancia a la incertidumbre (d = −0,9; IC: -1,4, −0,4) y miedo a la autocompasión** (d = −0,8; CI: -1,3; −0,3). En el seguimiento se mantuvieron los cambios en los síntomas de TOC (d d = −0,7; IC: -1,2, −0,2), intolerancia a la incertidumbre (d = - 0,8; IC: -1,2, −0,3), el miedo a la autocompasión (d = −1,3; IC: -1,8, −0,8), y en los trastornos alimentarios (= −1,0; CI: -1,5; -0,5). En conclusión, la Terapia cognitiva conductual basada en internet (iCBT) guiada para el perfeccionismo mejora la psicopatología asociada y los procesos transdiagnósticos.
(Matsumoto et al., 2018) Japón **PUBMED**	Evaluar la viabilidad de la Terapia cognitiva-conductual (TCC) por videoconferencia.	Estudio cuantitativo cuasi experimental. Ensayo piloto de un grupo. N=30 Instrumentos de evaluación: Y-BOCS, PDSS y LSAS (resultados primarios); EQ-5D, WAI-SF, PHQ-9 y GAD-7. (resultados secundarios)	16 sesiones de 50 minutos de TCC individualizada por videoconferencia con el apoyo de un terapeuta durante 16 semanas.	Reducción de los síntomas de**: obsesión-compulsión** (Y-BOCS = −6,2; Cohen d = 0,74; IC del 95%: −9,4 a −3,0, p = 0,002), **pánico** (PDSS = −5,6; Cohen d = 0,89; 95 % IC −9,83 a −1,37; p = 0,02) , **ansiedad social** (LSAS = −33,6; Cohen d = 1,10; 95% IC −59,62 a −7,49, p = 0,02), **depresión** (PHQ-9 = −1,72; Cohen d = 0,27; IC 95% −3,26 a −0,19; P = 0,03) **y de ansiedad general** (GAD-7 = −3,03; Cohen d = 0,61; IC 95% −4,57 a −1,49, p <0,001). El 86% de los pacientes, estaban satisfechos con la TCC por videoconferencia y el 83% prefirió la TCC por videoconferencia a la presencial, por tanto, la TCC por videoconferencia puede ser factible y aceptable.

Artículo	Objetivo	Metodología	Intervenciones	Resultados y conclusiones
(Strauss et al., 2018) Reino Unido. **PUBMED**	Determinar la eficacia de la Meditación basada en prevención y exposición de respuesta (MB-ERP) en comparación con la Terapia de Exposición más Prevención de Respuesta (ERP) sola.	Estudio cuantitativo. Ensayo piloto Controlado Aleatorio de dos grupos: Grupo de MB-ERP N=19 Grupo de ERP N=18 N total=37 Instrumentos de evaluación: YBOCS-II, Compromiso con ERP (resultados primarios); SWEMWBS, BDI-II, FFMQ-SF, OBQ-44 (resultados secundarios)	10 sesiones de 2 horas de Meditación basada en prevención y exposición de respuesta (MB-ERP) i de Terapia de Exposición más Prevención de Respuesta (ERP).	Resultados primarios: mejora de la sintomatología en ambos grupos, pero, en MB-ERP, las mejoras no fueron clínicamente significativas después de la intervención: la diferencia entre los grupos fue de 2,4 puntos (IC:95%) según el YBOCS-II a favor de la ERP y a los 6 meses de seguimiento fue de 0,3 puntos a favor de MB-ERP, lo que sugiere diferencias insignificantes entre los grupos. Resultados secundarios: en cuanto al compromiso, la depresión, el bienestar o las creencias también fueron insignificantes, pero, la MB-ERP condujo a mejoras en la atención plena en comparación con ERP. Es poco probable que MB-ERP conduzca a mejoras clínicamente significativas en la gravedad de los síntomas en comparación con el ERP sola, se recomienda realizar más investigaciones.
(Kyrios et al., 2018), Australia. **WEB OF SCIENCE**	Comparar la intervención de Terapia cognitiva-conductual basada en internet (iCBT) asistida por un terapeuta con la Terapia de entrenamiento de relajación progresiva estándar basado en Internet (iPRT) asistida por un terapeuta.	Estudio cuantitativo. Ensayo controlado aleatorio de dos grupos: Grupo de intervención iCBT: n=89 Grupo de intervención iPRT: n=90 N total=179 Instrumentos de evaluación: YBOCS, SCID-CV, HAM-D, GAF, HAM-A	Terapia cognitiva-conductual basada en internet (iCBT) y Terapia de entrenamiento de relajación progresiva estándar basado en Internet (iPRT) de12 módulos durante 12 semanas.	**Mejoras significativas de la gravedad de los síntomas** del TOC para ambas intervenciones (p <0,001), pero, **la iCBT mostró una mejoría significativamente mayor** (p = 0,001); Cohen d para iCBT fue de 1,05 (IC del 95%: 0,72 a 1,37), mientras que para iPRT fue de 0,48 (IC del 95%: 0,22 a 0,73). La **condición de iCBT fue superior en cuanto a una mejoría confiable** (25/51, 49% frente a 16/55, 29%; p = 0,04**) y cambios clínicamente significativos antes y después del tratamiento** (17/51, 33% frente a 6/55 , 11%; p = 0,005). Quienes realizaron iCBT después de completar iPRT mostraron una mejoría significativa de los síntomas (P<0,001), pero el tratamiento secuencial no fue más eficaz que el iCBT solo (p = 0,63). En conclusión, se demuestra la eficacia de la iCBT para el TOC, y también se observa la eficacia de la iPRT, aunque significativamente menor que la iCBT.

Artículo	Objetivo	Metodología	Intervenciones	Resultados y conclusiones
(Sapana & Wheaton, 2017) EEUU. **PUBMED**	Evaluar la aceptabilidad, viabilidad y efectividad de la Terapia cognitiva-conductual basada en internet (iCBT).	Estudio cuantitativo. Estudio de intervención. Estudio casi experimental. N=28 Los instrumentos de evaluación: Y-BOCS (resultados primarios); HAM-D; Q-LES-QSF; OCI-R; y QIDS-SR (resultados secundarios)	Sesiones de ICBT durante 10 semanas con apoyo de un terapeuta.	La ICBT redujo la **gravedad de los síntomas del TOC** (F = 28.12, gl = 2, 49, p <. 001), **los síntomas depresivos** (F = 5.87, gl = 2, 48, p <. 001) y **mejoró la calidad de vida** (F = 12.34, gl = 2, 48, p <. 001). Requirió menos tiempo que la Terapia de exposición más prevención de respuesta (EPR) cara a cara y los participantes estuvieron muy o mayormente satisfechos con la ICBT. Por tanto, la ICBT es una opción de tratamiento factible y que ahorra recursos.
(Key et al., 2017) Canadá. **CINHAL**	Evaluar la viabilidad y el impacto de proporcionar Meditación basada en Terapia Cognitivo Conductual (MBCT) después de completar una intervención de TCC a pacientes con TOC que continuaron sufriendo síntomas significativos.	Estudio cuantitativo, Ensayo controlado aleatorio. Grupo control: n=18 Grupo MBCT: n=18 N=36 Los instrumentos de evaluación: Y-BOCS, FFMQ, SCS, BDI-II, BAI, OBQ-20, CSQ-8	Sesiones de Meditación basada en Terapia Cognitivo Conductual (MBCT) durante 8 semanas después de completar una intervención de TCC a pacientes con TOC que continuaron padeciendo síntomas significativos.	En comparación con el grupo control de la lista de espera, los participantes de MBCT informaron **disminuciones en los síntomas del TOC** (d = 1,38), **síntomas de depresión** (d = 1,25), **síntomas de ansiedad** (d = 1,02) y **creencias obsesivas** (d = 1,20) junto **con aumentos en autocompasión** (d = 0,77) **y habilidades de atención plena** (d = 0,77). Además, los participantes informaron **altos niveles de satisfacción** con la intervención MBCT. El uso de MBCT para TOC como terapia de aumento es aceptable para los pacientes que continúan sufriendo síntomas de TOC después de completar la TCC y proporciona un alivio adicional de los síntomas residuales.

Artículo	Objetivo	Metodología	Intervenciones	Resultados y conclusiones
(Lovell, et al., 2017) Reino Unido. **SCOPUS**	Determinar la efectividad clínica y la rentabilidad de dos intervenciones de TCC de baja intensidad (Terapia cognitivo-conductual computarizada (cCBT) y autoayuda guiada) antes de la TCC de alta intensidad.	Estudio cuantitativo. Un ensayo controlado aleatorio multicéntrico de tres grupos. Grupo cCBTt: n=157 Grupo autoayuda guiada: n=158 Grupo lista de espera: n=158 N total=473 Instrumentos de evaluación: Y-BOCS, YBOCS-SR (resultados primarios), SF-36, CORE-OM, PHQ-9 GAD-7 WSAS, A13-A14, CSQ-8-UK (resultados secundarios).	Terapia cognitvo-conductual computarizada (cCBT): se realizó durante 12 semanas Autoayuda guiada: mediante el libro *Trastorno obsesivo compulsivo: un libro de autoayuda*	La autoayuda guiada demostró beneficios estadísticamente significativos sobre la lista de espera (diferencia de medias ajustada = -1,91; IC del 95%: -3,27 a -0,55), pero la diferencia no cumplió con el criterio preespecificado de importancia clínica. La cCBT no demostró beneficios significativos a los 3 o 12 meses de seguimiento (diferencia de medias ajustada = -0,71; IC del 95%: -2,12 a 0,70). El acceso a intervenciones de baja intensidad no proporciona un alivio de los síntomas más rápido. Durante 12 meses, el acceso no aumentó significativamente los efectos de la TCC dirigida por un terapeuta sobre los síntomas del TOC a largo plazo. El acceso rápido a intervenciones de baja intensidad condujo a reducciones significativas en la aceptación de la TCC dirigida por terapeutas, que no comprometió los resultados del paciente a los 12 meses. En conclusión, aunque las intervenciones de baja intensidad no se asocian con mejoras clínicamente significativas en los síntomas del TOC, el análisis sugiere que son rentables y pueden tener un papel importante en las vías de atención del TOC.
(Kumar et al., 2016) India. **CINHAL**	Evaluar la eficacia de Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual (MICBT) en pacientes con obsesiones predominantes (PO) sin compulsiones prominentes.	Estudio cuantitativo. Estudio casi experimental. N=27 Los instrumentos de evaluación: Y-BOCS y CGI	12 a 16 sesiones de Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual. (MICBT) de forma ambulatoria.	De 27 pacientes, 18 (67%) lograron la remisión (reducción del 55% en la puntuación de gravedad de YBOCS) a los 3 meses de seguimiento. El porcentaje medio de reducción porcentual de la gravedad obsesiva después de la intervención y el seguimiento a los 3 meses fue 56 (desviación estándar [DE] = 23) y 63 (DE = 21), respectivamente. Por lo tanto, se demuestra que MICBT es eficaz en el tratamiento de pacientes con PO sin compulsiones manifiestas prominentes.

Artículo	Objetivo	Metodología	Intervenciones	Resultados y conclusiones
(Kobak et al., 2015), EEUU **CINAHL**	Examinar el impacto del tratamiento de autoayuda de la Terapia cognitivo-conductual computarizada (cCBT) para el TOC tanto solo, como con el apoyo de un entrenador no terapeuta o un terapeuta de TCC experimentado.	Estudio cuantitativo. Ensayo clínico aleatorio de 3 grupos. cCBT sola: n = 28 cCBT con el apoyo de un entrenador no terapeuta: n = 28 cCBT con apoyo de terapeuta: n = 31 N total N=87 Los instrumentos de evaluación: Y-BOCS (resultados primarios), Escala de Adaptación Social y Laboral, SUS, Escala de Satisfacción del usuario (resultados secundarios).	12 semanas de tratamiento en uno de los tres grupos de tratamiento.	Los tres grupos mostraron una reducción significativa en las puntuaciones de la YBOCS, con cambios en la media (DE) de 6,5 (5,7), 7,1 (6,1) y 6,5 (6,1) para el grupo sin terapeuta, *coaching* no profesional, y grupo de *coaching* con terapeuta, respectivamente (todos p <0,001). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en las puntuaciones de cambio de YBOCS, F (2) = 0.10, p = .904, o el número de sesiones de exposición realizadas (F (2) = 0.033, p = .967). El 48% preferían la TCC computarizada, el 33% dijo terapia cara a cara y el 19% no tenía preferencia. Los resultados apoyan el uso de la autoayuda en línea para el tratamiento del TOC moderado. La adición de entrenamiento por parte de un entrenador no especializado o un entrenador terapeuta de TCC no mejoró significativamente los resultados.
(Mc Lean et al., 2015), **EEUU** **WEB OF SCIENCE**	Evaluar la efectividad de la Terapia de exposición con prevención de respuesta (ERP) entre los pacientes que no responden al aumento de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina con 8 semanas de risperidona o placebo.	Estudio cualitativo. Ensayo controlado aleatorizado. Grupo con risperidona: n=32 Grupo con placebo: n=17 Instrumentos de evaluación utilizados: Y-BOCS (resultados primarios); HAM-D, BABS, QLESQ-SF, SAS-SR (resultados secundarios).	Hasta 17 sesiones dos veces por semana de 90 minutos impartidas durante 8 semanas de Terapia de exposición con prevención de respuesta.	**Reducciones significativas en los síntomas del TOC** (YBOCS: F (6,186) = 33.95, Mse = 15.09**) y la depresión** (HAMD: (F (6,186) = 5.21, Mse = 10.22) , así como **aumentos significativos en la percepción** (BABS: (F (6,186) = 5,46, Mse = 5,50)**, la calidad de vida** (QLESQ: (F (6,186) = 5.20, Mse = 70.85)) y el **funcionamiento social** ((F (6,186) = 9.19, Mse = 0,04)), (todos p <0,001). La ERP es un tratamiento eficaz para los pacientes que no han respondido al aumento de SRI con risperidona o placebo.

5.4. Índice de calidad de los artículos según Joanna Briggs

En la siguiente tabla, se analiza el índice de calidad de los artículos seleccionados según Joanna Briggs para realizar una valoración crítica de la evidencia de los artículos:

Tabla 4. *Índice de calidad de los artículos según Joanna Briggs*

Lista de verificación de evaluación crítica del Instituto de Joanna Briggs para ensayos controlados aleatorizados														
Artículos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**Índice de calidad**
(Schröder et al., 2020)	SI	NO	NA	NO	NO	NO	NA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	53,85%
(Shannahoff-Khalsa et al., 2019)	SI	NO	SI	NA	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	69,23%
(Kothari et al., 2019)	SI	NO	NA	NO	NO	NA	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	53,85%
(Strauss et al., 2018)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	100%
(Kyrios et al., 2018)	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	84,61%
(Key et al., 2017)	SI	NO	NA	NO	NO	NA	UNCLEAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	53,85%
(Lovell, et al., 2017)	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	76,92%
(Kobak et al., 2015)	SI	NO	SI	NO	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	76,92%
(Mc Lean et al., 2015)	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	84,61%
Lista de verificación de evaluación crítica del Instituto de Joanna Briggs para estudios casi-experimentales:														
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Total**				
(Matsumoto et al., 2018)	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	77,77%				
(Sapana & Wheaton, 2017)	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	66,66%				
(Kumar et al., 2016)	SI	NA	NA	NA	SI	SI	SI	SI	SI	66,66%				

na: no aparece

***unclear*:** no queda claro

Fuente: elaboración propia, 2021.

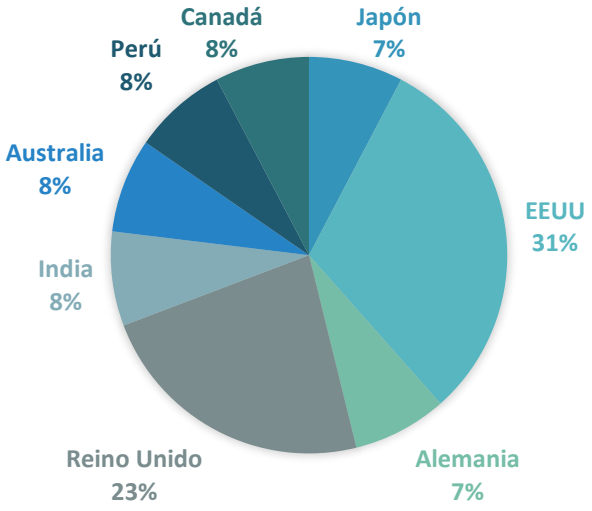
Como se puede observar, todos los artículos han alcanzado un índice de calidad superior al 53,85%. Para este trabajo se han considerado aceptables todos aquellos que superen el 50%, por tanto, es evidente que los 12 artículos son válidos.

6. Análisis

En este apartado, en primer lugar, se analizará detalladamente la metodología utilizada en los estudios, y, en segundo lugar, se analizarán las principales aportaciones de los autores de los artículos para dar respuesta a los objetivos que se han planteado en esta revisión.

Para empezar, cabe destacar que la **periodicidad de los artículos**, van desde el año 2015 hasta el año 2020. Si hacemos referencia a los países donde se han llevado a cabo los estudios, cabe decir que todos son internacionales ya que en la búsqueda no se ha encontrado ninguno perteneciente a la región de España. Los países que aparecen en los artículos son: EEUU, Reino Unido, Australia, Alemania, Japón, Canadá e India. Y en cuanto a los autores, ningún artículo ha sido escrito por el mismo autor. A continuación, se adjunta un gráfico donde se puede ver la distribución geográfica de los artículos:

Gráfico 1: *Distribución geográfica*

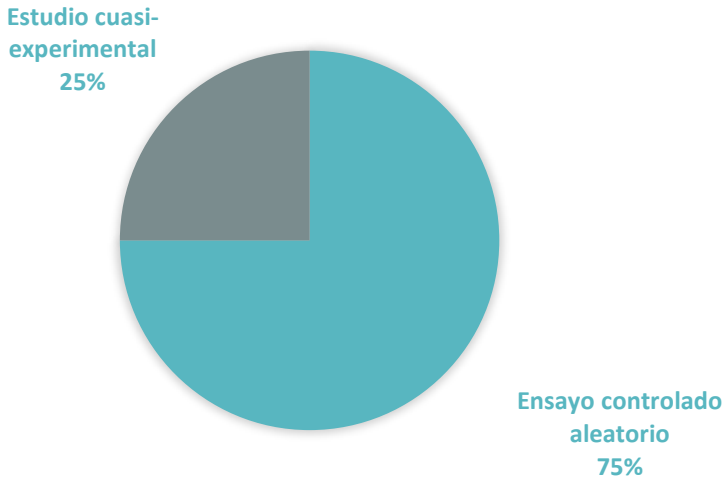


Fuente: elaboración propia, 2021.

En cuanto a los estudios seleccionados, el **tipo de estudio** que más se repite, es el Ensayo Controlado Aleatorio, concretamente en 9 de 12 artículos. Los otros 3 son estudios cuasi-experimentales. En lo que refiere al número de participantes, de forma general, tenemos una n máxima de n=473, y la n mínima es de n=27. Mayoritariamente, las muestras de los estudios están comprendidas entre n=27 y n=48, exceptuando cuatro estudios en los cuales la población oscila entre n=87 y n=179.

A continuación, en el siguiente gráfico, se muestran los tipos de estudio utilizados:

Gráfico 2: *Tipo de estudios*



Fuente: elaboración propia, 2021.

Respecto a las **escalas utilizadas** en los estudios para evaluar los resultados primarios y secundarios en los diferentes artículos, se han utilizado las siguientes:

Y-BOCS: Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown, se utiliza para medir la gravedad de los síntomas del TOC en las dimensiones estructurales del pensamiento obsesivo y la conducta compulsiva.

Y-BOCS-SR: escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown, pero en versión autoinforme.

PDSS: Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico, se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas del trastorno de pánico.

LSAS: Escala de ansiedad social de Liebowitz, se utiliza para valorar el rango de interacción social y de desempeño en situaciones sociales que los individuos con ansiedad social pueden temer o evitar.

Compromiso con ERP: cuestionario que mide el compromiso con la terapia .

OCI-R: Inventario Obsesivo - Compulsivo - Revisado, se utiliza para evaluar la manifestación de los síntomas del TOC en las dimensiones cualitativas de control, lavado, orden, acumulación, neutralización mental y pensamientos obsesivos al inicio y como

parámetro de resultado secundario en análisis exploratorios sobre cambios en las respectivas subescalas.

OBQ-44: Cuestionario de Creencias Obsesivas - 44, se utiliza para medir los sesgos cognitivos relacionados con el TOC dentro de un análisis exploratorio como resultado secundario.

WHOQOL - BREF: cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, se utiliza para medir la calidad de vida en personas con y sin enfermedades físicas o psicológicas.

PHQ - 9: Patient Health Questionnaire - 9, se utiliza para medir la depresión comórbida como resultado secundario. El PHQ - 9 es una escala de autoinforme importante para la evaluación de los síntomas de depresión.

I-8: Escala de comportamiento impulsivo-8, se utiliza para capturar la impulsividad en los dominios "urgencia", "intención", "resistencia" y "asunción de riesgos" como resultado secundario.

RSES: Escala de autoestima de Rosenberg, se utiliza para medir la autoestima como un resultado secundario.

IQ-24: Cuestionario de inseguridad-24, se utiliza para evaluar la inseguridad social y las habilidades sociales en función de los dominios "miedo a la crítica", "miedo al contacto", "incapacidad para decir no" y "Capacidad de exigir" como resultado secundario.

APOI: Cuestionario de Actitudes hacia las Intervenciones Psicológicas en Línea, se utiliza para evaluar las actitudes hacia las intervenciones en Internet como una posible variable moderadora de los efectos de la intervención.

CSQ - 8: Cuestionario de satisfacción del cliente - 8, se utiliza para evaluar la valoración subjetiva de la intervención.

DY-BOCS: se utiliza para calificar los síntomas del TOC durante la semana anterior al tratamiento.

CGI: Escala de Impresión Clínica Global, se utilizó para evaluar la gravedad de los síntomas del TOC.

POMS: Profile of Mood States, se utiliza para evaluar distintos estados de ánimo durante la semana anterior.

BAI y BDI: Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck, son cuestionarios de autoinforme que evalúan la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente.

SF-36: Short Form 36 Health Survey, proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.

EDE-Q: cuestionario de examen de trastornos alimentarios, se utiliza para evaluar los síntomas de los trastornos alimentarios: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (BED) y variantes por debajo del umbral

IUS: Escala de Intolerancia a la incertidumbre, es una medida de autoinforme.

FCS: Escalas del miedo a la compasión, constan de tres escalas que evalúan el miedo a la compasión por uno mismo, miedo de compasión de los demás, y miedo a la compasión por los demás.

EQ-5D: EuroQol-5D, se utiliza para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

GAD-7: Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, se utiliza para la detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada.

WAI-SF: Working Alliance Inventory-Short Form, se utiliza para medir el vínculo psicológico entre el terapeuta y el participante.

Y-BOCS II: Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown - Segunda edición, se utiliza para medir la gravedad de los síntomas del TOC.

SWEMWBS: Escala corta de bienestar mental Warwick-Edinburgh.

BDI-II: Inventario de depresión de Beck - segunda edición, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión

FFMQ-SF: Cuestionario de atención plena de cinco facetas, mide el nivel de atención plena.

SCID-CV: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje 1 del DSM-IV, su función es establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV.

HAM-D: Escala de calificación de depresión de Hamilton, se utiliza para detectar la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados, así como la existencia de cambios en el estado del paciente a lo largo del tiempo.

HAM-A: Escala de calificación de ansiedad de Hamilton, evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento.

Q-LES-QSF: Cuestionario de satisfacción y disfrute de la calidad de vida: formato corto.

QIDS-SR: es una medida de 16 ítems que se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos.

FFMQ: cuestionario de atención plena de cinco facetas. Se utiliza para la evaluación de la atención plena. Consta de 39 elementos de autoinforme, que los participantes se les pide que respondan en una escala de calificación Likert de 1 a 5.

SCS: Self-Compassion Scale, es un cuestionario de autoinforme de 26 ítems que se responde mediante una escala Likert de 5 puntos. La escala tiene seis subescalas: bondad hacia uno mismo, autoevaluación (puntuación inversa), humanidad común, aislamiento (puntuación inversa), atención plena y sobreidentificación (puntuación inversa). Las subescalas se suman para formar una puntuación total de autocompasión. El SCS ha demostrado una alta consistencia interna ($\alpha = .92$) y confiabilidad test-retest durante un intervalo de 3 semanas ($\alpha = .93$; Neff, 2003a, b).

OBQ-20: Cuestionario de creencias obsesivas, es una medida de autoinforme de 20 ítems con cuatro subescalas. El OBQ - 20 es una versión corta del Cuestionario de Creencias Obsesivas original de 87 ítems que fue diseñado para medir las cogniciones en el TOC.

SF-36: Cuestionario para la calidad de vida relacionada con la salud, Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.

CORE-OM: Escala de resultados clínicos en la evaluación de rutina. Se utiliza para medir la efectividad y la eficacia de los servicios de terapias psicológicas.

WSAS: Escala de adaptación social y laboral. Se utiliza ampliamente como medida de resultado para adultos en psicología clínica / psiquiatría.

A13-A14: Preguntas sobre la situación laboral de IAPT (Investigación Acción Participativa transformadora), para las tasas de empleo y la recepción de la paga legal por enfermedad.

SUS: Escala de usabilidad del sistema, evalúa qué tan "fácil de usar" era el programa desde una perspectiva técnica.

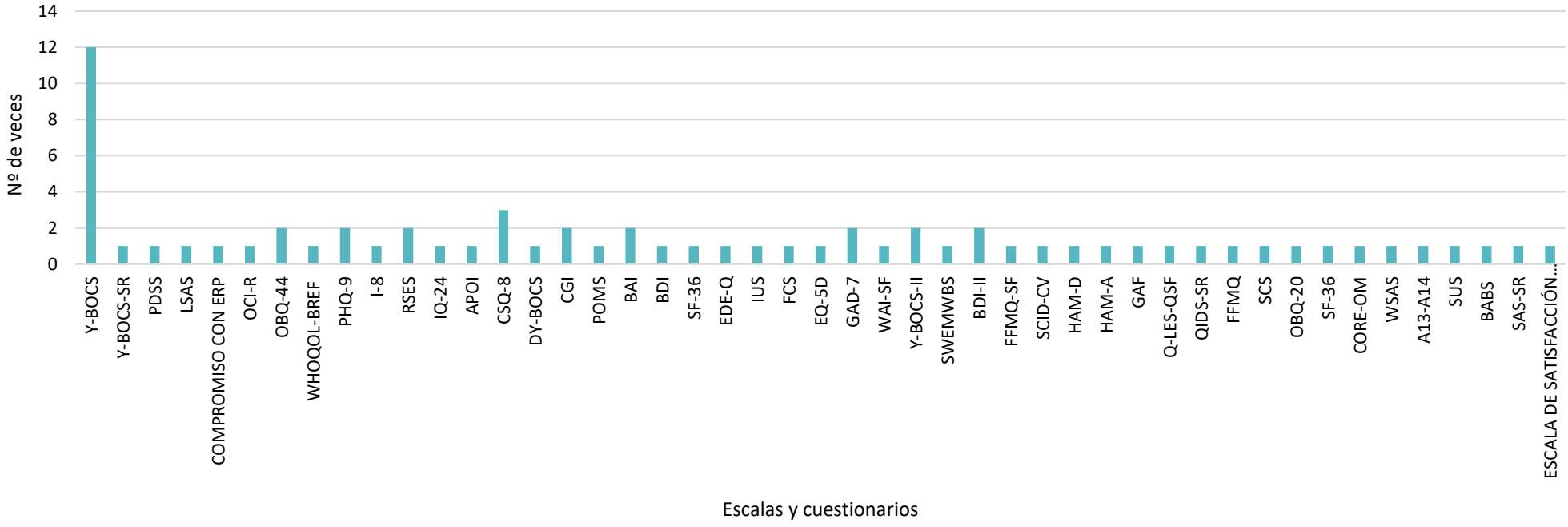
Escala de satisfacción del usuario: evalúa el contenido clínico de los programas en línea.

BABS: Evaluación de las Creencias de Brown, escala diseñada para evaluar la cualidad delirante de las creencias en una amplia gama de trastornos psiquiátricos, con buenas propiedades psicométricas, incluida la fiabilidad entre jue-ces, la fiabilidad test-retest y la consistencia interna.

SAS-SR: Escala de autoinforme de ajuste social, es una escala de autoinforme que mide el desempeño de roles instrumentales y expresivos durante las últimas 2 semanas en adultos.

A continuación, se adjunta un gráfico, donde se pueden observar todas las escalas utilizadas, y el número de veces empleadas:

Gráfico 3: *Escalas y cuestionarios utilizados*



Fuente: elaboración propia, 2021.

Como se puede observar en el gráfico, la más utilizada es la **Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS),** que, se utiliza para medir la gravedad de los síntomas del TOC, consta de 10 ítems y tiene una puntuación total que va de 0 a 40, con una puntuación más alta, indica una mayor gravedad de los síntomas (Anexo 3). Seguidamente, la siguiente más utilizada es el **Cuestionario de satisfacción del cliente - 8 (CSQ-8)** y, las otras que se repiten en más de un estudio son: el **Cuestionario de Creencias Obsesivas - 44 (OBQ-44)** , el **Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9),** la **escala de autoestima de Rosenberg (RSES)**, la **Escala de Impresión Clínica Global (CGI),** el **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI),** la **escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7),** la **Escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown-Segunda edición (YBOCS-II)** y el **Inventario de depresión de Beck - segunda edición (BDI-II).** Gracias a estas escalas se puede evaluar la gravedad de los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo, el grado de satisfacción de los participantes con los diferentes estudios, y además, hay instrumentos de evaluación mediante los cuales se pueden evaluar determinados síntomas del TOC concretos, evaluar la calidad de vida de los usuarios, la autoestima y las diferentes intervenciones realizadas, entre otros.

A continuación, después de analizar la metodología, las escalas y los cuestionarios utilizados en los estudios, se **analizarán los resultados obtenidos tras la aplicación de las distintas intervenciones de TCC en los estudios** en relación con los objetivos preespecificados de este trabajo.

Después de la búsqueda y selección de los artículos en las respectivas bases de datos, cabe destacar que las diferentes intervenciones que se han llevado a cabo en los estudios son:

- La Terapia Cognitivo Conductual basada en internet (iCBT)
- La Terapia Cognitivo Conductual computarizada (cCBT)
- La terapia de prevención y exposición de respuesta (ERP)
- La Terapia Cognitivo-Conductual cara a cara
- La autoayuda guiada
- Intervenciones de atención plena
    - ✓ Meditación basada en la prevención y exposición de respuesta (MB-ERP)
    - ✓ Meditación basada en la Terapia Cognitivo Conductual (MCBT)

- ✓ Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual (MICBT)
- ✓ Meditación Kundalini Yoga (KY)
- ✓ Meditación de respuesta de Relajación (RR).

Respecto a la **Terapia Cognitivo Conductual basada en internet (iCBT)** cabe destacar que es una intervención que ofrece: psicoeducación sobre el TOC, la ansiedad y una introducción a la TCC, junto con estrategias de manejo del estado de ánimo y la conducta; también, estrategias de prevención de exposición y respuesta, técnicas de terapia cognitiva y finalmente estrategias de prevención de recaídas. Consta de diversos módulos: entre 8-12 módulos a realizar durante 8-12 semanas, donde se presentan elementos de texto, video y audio, fotos, ilustraciones, etc. que ayudan al usuario a aprender y aplicar pensamientos y comportamientos útiles. (Schröder et al., 2020; Kothari et al., 2019; Kyrios et al., 2018; Sapana y Wheaton, 2017)

Se ha demostrado que la **Terapia Cognitivo Conductual Basada en internet <u>provoca una reducción significativa de los síntomas del TOC</u>** (Schröder et al., 2020; Kothari et al., 2019; Kyrios et al., 2018; Sapana y Wheaton, 2017); los principales síntomas que disminuyen son: la sintomatología compulsiva más que los pensamientos obsesivos (Schröder et al., 2020), la intolerancia a la incertidumbre, el miedo a la autocompasión (Kothari et al., 20219) y los síntomas depresivos. Aumentan la calidad de vida (Sapana y Wheaton, 2017) y la autoestima (Schroöder et al.,). Además, se observó que, tras la intervención, las mejoras en la sintomatología perduraron durante el período de seguimiento (Kothari et al., 2019). Por lo tanto, se ha demostrado que esta puede ser una **intervención eficaz en el tratamiento del TOC** (Schröder et al., 2020; Kothari et al., 2019; Kyrios et al., 2018; Sapana y Wheaton, 2017).

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual basada en internet (iCBT), se incluye también la **Terapia Cognitivo Conductual por videoconferencia,** donde el terapeuta y el paciente utilizan enlaces de video y audio para tener una conversación como en la TCC cara a cara, teniendo en cuenta la información no verbal como las expresiones, el lenguaje corporal y el volumen de voz y tono. La intervención se realizó en una sesión de 50 minutos una vez a la semana durante 16 semanas y los módulos incluían psicoeducación, ejercicios de exposición, experimentos conductuales y asignaciones de tareas (Matsumoto et al., 2018).

La **TCC por videoconferencia demostró ser eficaz <u>provocando la reducción de los síntomas del TOC</u>**, concretamente de los síntomas de obsesión-compulsión, de pánico, de ansiedad social, depresión y de ansiedad general (Matsumoto et al., 2018).

Acerca de la **Terapia Cognitivo Conductual computarizada (cCBT),** se puede decir que es la misma que la TCC pero realizada a través de un programa web comercial de TOC, que ayuda a los pacientes a llevar a cabo el tratamiento y monitorear el progreso. En los estudios escogidos, la intervención se realizó durante 12 semanas en las cuales se trataron diversos pasos:

- 1º: la descripción general del programa.
- 2º: la identificación de los rituales principales y cómo afectan a su vida.
- 3º: la identificación del desencadenante y establecimiento de metas, 4º co-terapia con un familiar o amigo.
- 5º: primera exposición y prevención del ritual (ERP).
- 6º: revisión de los resultados tras la ERP.
- 7º: tratamiento continuo para ayudar a habituarse.
- 8º: solución de problemas que van surgiendo a lo largo de las sesiones.
- 9º: reafirmar ganancias.

Cada paso consta de un video introductorio, texto escrito y varios ejercicios interactivos, dependiendo del propósito del paso, y, también se tiene disponible el Diario de exposición a través del cual se puede seguir el progreso (Kobak et al., 2015; Lovell, et al., 2017).

La cCBT ha demostrado una reducción significativa en la escala YBOCS<u>,</u> que mide la gravedad de la sintomatología, por tanto, se ha evidenciado **<u>que los síntomas mejoran gracias a esta técnica</u>** de TCC (Kobak et al., 2015). En el estudio de Lovell et al., 2017, no se ha demostrado la eficacia de la intervención al administrarse previamente a la TCC cara a cara, pero en lo que sí que coinciden es que los dos estudios apoyan el uso de la autoayuda en línea para el tratamiento del TOC moderado (Kobak et al., 2015; Lovell, et al., 2017).

En el estudio de Lovell, et al. 2017, también se realizo la intervención de TCC de baja intensidad: **autoayuda guiada,** que se realizó mediante el libro *Trastorno obsesivo*

compulsivo : un libro de autoayuda, centrado en la prevención de exposición y respuesta. A parte de la lectura del libro, los pacientes recibieron orientación semanal durante 12 semanas en las que se incluyó una explicación del libro de trabajo, ayuda para diseñar metas, evaluación de riesgos, apoyo para realizar la tarea CBT, revisión del progreso y resolución de problemas. En este estudio no se generaron resultados significativos por lo que se concretó que se debe de seguir investigando (Lovell, et al., 2017).

En cuanto a la intervención de **Terapia de exposición con prevención de respuesta (ERP),** cabe decir que es una técnica que consiste en hacer que el paciente se enfrente a las situaciones que le causan miedo, ansiedad o preocupación, relacionadas con sus obsesiones, para luego, evitar el comportamiento compulsivo con el apoyo de su terapeuta. Los participantes recibieron hasta 17 sesiones dos veces por semana de 90 minutos impartidas durante 8 semanas (Mc Lean et al., 2015) o 10 sesiones de 2 horas (Strauss et al., 2018).

La aplicación de la ERP **resultó ser efectiva provocando la reducción de la sintomatología** del TOC y de la depresión, y además, también se han observado aumentos significativos en la percepción, en la calidad de vida y en el funcionamiento social (Mc Lean et al., 2015)(Strauss et al., 2018).

Respecto a las intervenciones de **Atención plena**, se han analizado las siguientes:

En primer lugar, la **Terapia Cognitivo Conductual basada en la atención plena (MCBT),** a través de la cual se aprenden habilidades para desconectar de las rutinas cognitivas disfuncionales habituales y para ser menos reactivo a la experiencia interna. En el estudio que se ha seleccionado en este trabajo, la intervención MBCT tuvo una duración de ocho semanas y consistió en sesiones grupales de dos horas y práctica en el hogar cada semana durante ocho sesiones. Incluía psicoeducación sobre el TOC, discusión de los síntomas del TOC y un enfoque en la conciencia de las obsesiones y compulsiones. Se alentó a los pacientes a observar sus pensamientos como eventos mentales pasajeros o transitorios y a devolver su atención al momento presente, recibieron una grabación de audio de ejercicios guiados de atención plena y se les pidió que escucharan la grabación y practicaran la meditación formal durante 20 a 25 minutos por día. También recibieron un manual que resumía los puntos clave del material educativo.

Se pidió a los participantes que completaran los registros de tareas de meditación, durante la intervención de atención plena (Key et al., 2017).

En segundo lugar, la **Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual (MICBT),** en esta intervención, la actividad de atención plena se lleva a cabo durante la sesión de TCC. En el caso del estudio seleccionado para esta revisión la intervención de MICBT se llevó a cabo durante 12 a 16 sesiones de 90 minutos, administradas dos veces por semana durante un período de 1,5 a 2 meses. El entrenamiento en mindfulness sentado se integró en el programa de intervención desde el primer contacto en adelante y se presentó durante los 40 minutos finales de cada sesión. Las primeras 4 a 6 sesiones se dedicaron a información detallada sobre la perspectiva de la atención plena de las intrusiones cognitivas y su aplicación en diversas situaciones. Las sesiones posteriores se centraron en la reestructuración cognitiva de creencias obsesivas, valoraciones cognitivas y pensamientos automáticos negativos. La psicoeducación comenzó con el objetivo de desarrollar la comprensión sobre el fenómeno obsesivo-compulsivo desde perspectivas cognitivas, conductuales y de atención plena, con especial énfasis en "lo que funciona" y "lo que no funciona" para manejar las obsesiones (Kumar et al., 2016).

Y, en tercer lugar, las intervenciones de **meditación de Kundalini Yoga (KY) y meditación de Respuesta de Relajación (RR)** (Shannahoff-khalsa et al., 2019)**:**

El protocolo de **meditación Kundalini yoga** incluye 8 técnicas primarias para utilizar a diario, siendo una de ellas específica para el TOC y 3 técnicas adicionales de utilización opcional, a realizar diariamente durante 65minutos.

Estas son:

- 1ª: Técnica para inducir a un estado meditativo, "sintonizar"
- 2ª: Técnica de la flexión de la columna para la vitalidad
- 3ª: Técnica de encogimiento de hombros para vitalidad
- 4ª: Técnica de meditación para la "locura": Técnica para reducir la ansiedad, el estrés y la tensión mental 1
- 5ª: Técnica para reducir la ansiedad, el estrés y la tensión mental 2
- 6ª: Técnica para reducir la ansiedad, el estrés y la tensión mental
- 7ª: Técnica para manejar los miedos

- 8ª: Técnica para el TOC: el trastorno obsesivo-compulsivo de la respiración (OCDB)
- 9ª: Técnica de hacer frente a los desafíos mentales: el "aliento de la victoria";
- 10ª: Técnica de cantar el mantra l mantra "Ek Ong Kar Sat Gurprasad Sat Gurprasad Ek Ong Kar" para convertir pensamientos negativos en pensamientos positivos; 11ª Técnica para la ira.

La meditación de Respuesta de Relajación consiste en establecer una posición cómoda y estable con la columna recta siguiendo una serie de instrucciones. A esto le siguen quince ciclos de respiración abdominal. Luego se instruye al paciente para que observe conscientemente la respiración que entra por la nariz siguiendo el camino hacia los pulmones y luego expire por la nariz. Al final de cada exhalación, se repite la palabra "Uno" (traducida al portugués: "UM"). Se les instruye para que ignoren, con una actitud que no juzgue, los pensamientos dispersos e intrusivos que distraen su atención de la repetición mental de la palabra "Uno" y el flujo de aire, y que devuelvan su atención al sonido y la respiración cuando se den cuenta de su pérdida de atención. Esto se practicó durante tres rondas de 20 minutos en el grupo y se les indicó que practicaran el RR durante 60 minutos en casa todos los días. Ambas intervenciones se realizaron durante 12 a 24 meses.

Estas cuatro **intervenciones de atención plena han resultado ser eficaces** para la reducción de la sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo (Shannahoff-khalsa et al. 2019; Key et al., 2017; Kumar et al., 2016). Los principales **síntomas que disminuyeron** tras las intervenciones fueron: los síntomas de depresión, los síntomas de ansiedad y las creencias obsesivas, además, aumentaron la autocompasión (Key et al., 2017) y las habilidades en la atención plena (Key et al., 2017; Strauss et al., 2018).

En uno de los artículos, tras la realización de una intervención de atención plena llamada **Meditación basada en la prevención y exposición de respuesta (MB-ERP),** que consisteen la introducción de la práctica de meditación al inicio de las sesiones de EPR, **los resultados no demostraron su eficacia si se comparaba con la ERP convencional,** mejoró la sintomatología pero los resultados no fueron clínicamente significativos, lo que sí fue significativo fueron las mejoras en la atención plena por lo tanto, esta intervención debe seguir estudiándose (Strauss et al., 2018).

Para terminar este apartado de análisis, cabe decir que los **profesionales que realizan** la TCC que se lleva a cabo en los estudios de esta revisión: se encuentran **profesionales de enfermería, farmacéuticos psiquiátricos** (Matsumoto et al., 2018), **psicólogos** (Schröder et al., 2020; Shanahoff-Khalsa et al., 2019; Kothari et al.,2019; Matsumoto et al., 2018; Strauss et al., 2018; Kyrios et al., 2018; Key et al., 2017; Lovell et al., 2017; Kumar et al.,206) , **psiquiatras** (Schröder et al., 2020; Matsumoto et al., 2018), **médicos (**Shanahoff-Khalsa et al., 2019; Fineberg et al., 2018; ; Sapana y Wheaton, 2017), **terapeutas expertos en TCC** (Matsumoto et al., 2018; Strauss et al., 2018; Fineberg et al:, 2018; Sapana y Wheaton, 2017; Lovell et al., 2017; Kumar et al., 2016; Kumar et al., 2016; kobak et al.,2015; Mc Lean. 2015) y **trabajadores sociales psiquiátricos** (Matsumoto et al., 2018). Se ha podido observar tras leer los estudios que, la mayoría de los profesionales que realizan las intervenciones, son psicólogos, psiquiatras, o también terapeutas calificados para realizar las intervenciones, y, solamente se ha encontrado constancia de la intervención de un profesional de enfermería, pero de esta forma **se ha comprobado que los profesionales de enfermería realizan estas intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual.** Los profesionales se formaron en programas de TCC para pacientes con TOC y asistieron a sesiones semanales de supervisión grupal con otros terapeutas, así como también fueron supervisados individualmente por un supervisor senior. Todos los terapeutas completaron un curso de capacitación en TCC (Matsumoto et al., 2018).

7. Conclusiones

Hoy en día la tasa de brecha de tratamiento para el Trastorno Obsesivo Compulsivo es muy grande, gran parte de la población que lo padece no busca ayuda profesional, ya sea por el coste del tratamiento, el estigma que hay hacia esta enfermedad, la falta de terapeutas capacitados o la incertidumbre sobre si el tratamiento es eficaz o no.

Hay diferentes opciones de tratamiento, pero las más utilizadas son la Terapia farmacológica junto con la Terapia cognitivo-conductual. Se ha demostrado que las intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual, como la TCC presencial, la TCC basada en internet, la TCC computarizada, la Exposición y Prevención de Respuesta o técnicas de atención plena como la Meditación basada en la Terapia Cognitivo Conductual (MCBT), Meditación integrada en la Terapia Cognitivo Conductual (MICBT), Meditación Kundalini Yoga (KY) y meditación de respuesta de Relajación (RR), son una forma de tratamiento eficaz capaz de reducir la sintomatología del TOC y que, además, tienen la capacidad de agilizar los recursos de tratamiento.

Cabe destacar también que, gracias a los avances en tecnología y a poder ofrecer estos tipos de terapia a través de internet, se ha demostrado que los usuarios de estas intervenciones están muy satisfechos, y que gran parte de quienes lo han probado refiere preferir el acceso a través de internet que a través de la forma presencial ya que pueden acceder al tratamiento en cualquier momento, realizarlo a su ritmo e incluso más rápido que de forma presencial.

En cuanto a las escalas y cuestionarios que se utilizan en los estudios, se ha podido comprobar tras el análisis que la escala más utilizada en el Trastorno Obsesivo Compulsivo es la Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS).

Finalmente, respecto a los profesionales que llevan a cabo la TCC se ha identificado que la mayoría son psicólogos, psiquiatras, o también terapeutas calificados, pero se ha comprobado que los/las profesionales de enfermería también lo hacen y que están preparados para realizar esta terapia, se forman en programas de TCC para pacientes con TOC y asisten a sesiones grupales con otros terapeutas. El hecho de que puedan realizar intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual es prometedor para el avance en el tratamiento del TOC y para la agilización del retraso que hay entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento.

8. Implicaciones para a la práctica clínica

Los/las profesionales de enfermería, como se ha dicho anteriormente pueden realizar Terapia Cognitivo Conductual, por tanto, esto es un punto a favor en la agilización del proceso de tratamiento para este trastorno. Las personas afectadas por esta enfermedad, tendrían la oportunidad de recurrir a los/las enfermeros/as si se incrementaran las intervenciones de TCC por parte de enfermería, podrían acudir a las consultas de Atención Primaria, mediante vía *online*, o a través de otros medios, para realizar o complementar su tratamiento y, de esta forma, no tener que esperar como ocurre en muchas ocasiones, la larga lista de espera que hay actualmente en la sanidad pública para acceder a los servicios de salud mental. Debido a esto, se debe seguir investigando y trabajando para que la enfermería pueda integrarse más en el tratamiento de este trastorno tan incapacitante.

9. Limitaciones de estudio

Como limitaciones de estudio cabe destacar la falta de información sobre el papel que puede desarrollar la enfermería en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo y, finalmente, la falta de estudios llevados a cabo en nuestro país, ya que, en esta revisión, no se ha encontrado ninguno artículo realizado en España.

10. Bibliografía

Alvarenga, P. de, Mastrorosa, R., & Rosário, M. do. (2018). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo En El Niño Y El Adolescente*. 1–18. http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.3-OCD-Spanish-2018.pdf

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (5th ed.). Editorial médica Panamericana.

Bados, A. (2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65644/1/TOC.pdf

Biblioteca Virtual en Salud. (2020). *Descriptores en Ciencias de la salud: terapia psicoanalítica*. http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/

Briggs, J. (2021a). *Checklist for quasi-experimental studies (non-randomized experimental studies)*. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool.pdf

Briggs, J. (2021b). *Checklist for randomized controlled trials*. https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_RCTs.pdf

Chávez, B., Martínez, Y., Contreras, M., Rede, M., & Muñoz, J. (2015). *Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud Mental*. *65*, 80. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7209101

Cibanal, M. (2007). A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 9 (2).*

DeCS. (2020). http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/

Eby, L., & Brown, N. J. (2009). *Cuidados de enfermería en salud mental.* (Gea consultoría editorial S.L. (Ed.); 2º). https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/53896?prev=as&page=23

Hyman, B., & Pedrick, C. (2009). *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo: Pistas para su liberación.* (Descleé de Brouwer (Ed.)). https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/47696?prev=as

Key, B., Rowe, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. (2017). Terapia cognitiva basada en la atención plena como tratamiento de aumento para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psiologia Clínica y Psicoterapia*, *24(5)*, 1109–1120. http://sabidi.urv.cat/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=125461916&site=ehost-live&scope=site

Kobak, K., Greist, R., Jacobi, D., Levy-Mack, H., & Greist, J. (2015). Terapia cognitivo-conductual asistida por computadora para el trastorno obsesivo-compulsivo: un ensayo aleatorizado sobre el impacto del coaching no profesional versus el coaching profesional. *Annals of General Psychiatry*, *14(1)*, 1–8. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC4341882/

Kothari, R., Barker, C., Pistrang, N., Rozental, A., Egan, S., Wade, T., Allcott-Watson, H., Andersson, G., & Shafran, R. (2019). Un ensayo controlado aleatorio de terapia cognitivo conductual guiada basada en Internet para el perfeccionismo: efectos en la psicopatología y los procesos transdiagnósticos. *Revista de Terapia Conductual y Psiquiatria Experimental*, *64*, 113–122. https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0005791618300557

Kumar, A., Sharma, Anardhanan, N., Kandavel, & Janardhan, Y. (2016). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual integrada con la atención plena en pacientes con obsesiones predominantes. *Indian Journal of Psychiatry*, *58 (4)*. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC5270259/

Kyrios, M., Ahern, C., Fassnacht, D., Nedeljkovic, Moulding, R., & Meyer, D. (2018). Terapia cognitivo-conductual basada en Internet asistida por un terapeuta versus relajación progresiva en el trastorno obsesivo-compulsivo: ensayo controlado aleatorio. *Journal of Medical Internet Research*, *20 (8)*. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC6105869/

Lovell, K., Bower, P., Gellatly, J., Byford, S., Bee, P., McMillan, D., Arundel, C., & et al. (2017). Efectividad clínica, rentabilidad y aceptabilidad de las intervenciones de baja intensidad en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo: el ensayo controlado aleatorio de eficacia del tratamiento obsesivo-compulsivo (OCTET). *Evaluación Técnica de La Salud*, *21*, 1–132. file:///C:/Users/angel/Desktop/TFG/articles pdf/lovell.pdf

Lozano, L., Fernández, P., Lozoya, S., & Del Yerro, M. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de inicio tardío: A propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatría*, *111*(3), 36–46. https://doi.org/10.5546/aap.2013.265

Marcos, V., Franco, A., Gónzalez, E., Cano, I., Domínguez, I., Flores, I., Salgado, J., & Miguel, P. (2008). *Planes de cuidados enfermeros en SM* (J. de Extremadura & C. de S. y Dependencia (Eds.)). Servicio Extremeño de Salud.

https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Planes_de_Cuidados_Enfermeros_en_Salud_Mental.pdf

Matsumoto, K., Sutoh, C., Asano, K., Yoichi, S., Urao, Y., YokoM, U., & et al. (2018). Terapia cognitivo-conductual basada en Internet con apoyo de un terapeuta en tiempo real mediante videoconferencia para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social: ensayo piloto de un solo brazo. *Revista de Investigación Médica En Internet*, *20*. https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/30559094/

Mc Lean, C., Zandberg, L., Van, P., Carpenter, J., & Blair, H. (2015). Exposure and response prevention helps adults with obsessive compulsive disorder who do not respond to pharmacological augmentation strategies. *J Clin Psychiatry*, *76(12)*, 1653–1657. http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5135093&blobtype=pdf

Montero, C., Fernández, C., & Pol, J. (2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *33*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000100009

Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindulness. *Revista Internacional de Psicología*, *12*.

Morrison, J. (2014). *DSM-5. Guía para el diagnositco clínico.* (J. Morales (Ed.)). Editorial el Manual Moderno S.A. https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/39726

National Institute of mental health. (2017). *Trastorno obsesivo-compulsivo: Cuando los pensamientos no deseados toman control*.

Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica.* (10th ed.). Wolters Kluwer Health España, SA.

Sapana, R., & Wheaton, M. (2017). Aceptabilidad, viabilidad y eficacia de la terapia cognitivo-conductual basada en Internet para el trastorno obsesivo-compulsivo en Nueva York. *Behaviour Therapy*, *49(4)*. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC6945297/

Schröder, J., Werkle, N., Cludius, B., Jelinek, L., Moritz, S., & Westermann, S. (2020). Unguided Internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Wileyonlinelibrary.Com*, *37*. https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/pdfdirect/10.1002/da.23105

Shannahoff-Khalsa, D., Fernandes, R., Pereira, C., March, J., Leckman, J., Golshan, S., Vieira, M., Polanczyk, G., Miguel, C., & Shavitt, R. (2019). Kundalini Yoga Meditation Versus the Relaxation Response Meditation for Treating Adults With Obsessive-CompulsiveDisorder: A Randomized Clinical Trial. *Fronteras En Psiquiatría*, *10 (793)*. https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=5&SID=D3ltYeIAAan2bFEg57v&page=4&doc=38

Shannahoff-khalsa, D., Yacubian, R., Pereira, C., March, J., Leckman, J., Golshan, S., Vieira, M., Polanczyk, G., Miguel, E., & Shavitt, R. (2019). Meditación de Kundalini Yoga versus meditación de respuesta de relajación para el tratamiento de adultos con trastorno obsesivo-compulsivo: un ensayo clínico aleatorizado. *Psiquiatria Frontal*, *10*. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC6859828/

Stewart, S., D, L., Dougherty, D., Wilhelm, S., Keuthen, N., & MA, J. (2016). *Obsessive-compulsive disorder* (2nd ed.). http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productid=117&pid=1&gid=000929

Strauss, C., Lea, L., Hayward, M., Forrester, E., Leeuwerij, T., Jnes, A., & Rosten, C. (2018). Exposición basada en la atención plena y prevención de la respuesta para el trastorno obsesivo compulsivo: resultados de un ensayo piloto controlado aleatorio. *Revista de Trastornos de Anisedad*, *57*, 39–47. https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0887618517305315?via%3Dihub

Tallis, F. (1999). *Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una perspectiva Cognitiva y Neuropsicológica* (Desclée de Brouwer S.A. (Ed.)). https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/47631?prev=as

Videbeck, S. (2012). *Enfermería Psiquiátrica*. https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/125305

Yacila, G., Cook, L., Sánchez, A., Reyes, M., & Tejada, R. (2016). *Traducción y*

adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos.
http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n3/a18v33n3.pdf

11. Anexos

Anexo 1. *JBI critical appraisal checklist for randomized controlled trials*

Reviewer _____Date_____

Author_____Year_____ Record Number_____

		Yes	No	Unclear	NA
1.	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	☐	☐	☐	☐
2.	Was allocation to treatment groups concealed?	☐	☐	☐	☐
3.	Were treatment groups similar at the baseline?	☐	☐	☐	☐
4.	Were participants blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	☐
5.	Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	☐
6.	Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	☐
7.	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	☐	☐	☐	☐
8.	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	☐	☐	☐	☐
9.	Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	☐	☐	☐	☐
10.	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	☐	☐	☐	☐
11.	Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	☐
12.	Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐
13.	Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the	☐	☐	☐	☐

Fuente extraída: (Briggs, 2021b).

Anexo 2. *JBI critical appraisal checklist for quasi-experimental studies*

Reviewer_____Date_____

Author_____Year_____ Record Number_____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	☐	☐	☐	☐
2. Were the participants included in any comparisons similar?	☐	☐	☐	☐
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	☐	☐	☐	☐
4. Was there a control group?	☐	☐	☐	☐
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	☐	☐	☐	☐
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	☐	☐	☐	☐
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	☐	☐	☐	☐
8. Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	☐
9. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Fuente extraída: (Briggs, 2021).

Anexo 3. *Escala Y-BOCS*

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) en español

1. ¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes sobre un defecto o falla en tu apariencia?
   a) Ninguno
   b) Menos de 1 hora al día
   c) 1 a 3 horas al día
   d) 3 a 8 horas al día
   e) Más de 8 horas al día

2. ¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes de tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?
   a) Ninguno
   b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
   c) Hay interferencia definitiva pero manejable
   d) Impedimento substancial
   e) Interferencia extrema, incapacitante

3. ¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?
   a) Ninguna
   b) Ligera, no muy perturbadores
   c) Moderada, perturban, pero es manejable
   d) Severa, muy perturbadores
   e) Extrema, angustia incapacitante

4. ¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes?
   a) No necesita resistir
   b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo
   c) Hace algún esfuerzo de resistir
   d) Cede a todos esos pensamientos persistentes
   e) Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes

5. ¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes sobre tus defectos corporales?
   a) Control completo
   b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración
   c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes.
   d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes.
   e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

6. ¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas relacionadas a tu defecto o falla en tu apariencia?
   a) Ninguno
   b) Menos de 1 hora al día
   c) 1 - 3 horas al día
   d) 3 - 8 horas al día
   e) Más de 8 horas al día

7. ¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?
   a) Ninguna
   b) Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
   c) Hay interferencia definitiva pero manejable
   d) Impedimento substancial
   e) Interferencia extrema, incapacitante

8. ¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?
   a) Sin ansiedad
   b) Sólo ligeramente ansioso
   c) Poca ansiedad, pero manejable
   d) Ansiedad prominente y perturbadora
   e) Extrema, ansiedad incapacitante

9. ¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas?
   a) No necesita resistir
   b) Trata de resistir la mayor parte del tiempo
   c) Hace algún esfuerzo de resistir
   d) Cede a todas esas conductas repetitivas
   e) Cede completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas

10. ¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus defectos corporales?
    a) Control completo
    b) Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración
    c) Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas
    d) Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas
    e) Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención

Fuente extraída: (Yacila et al., 2016).