

Terapia de aceptación y compromiso con exposición en un caso de TOC con miedo a contraer VIH

Acceptance and Commitment Therapy with Exposure in a Case of OCD with HIV-Related Fears

Recepción: 16 de mayo de 2025 / Aceptación: 13 de enero de 2025

Camilo Sepúlveda-Queipul¹
Cristián Oyanadel²
Wenceslao Peñate³
Sebastián Ortiz⁴

DOI: <https://doi.org/10.54255/lim.vol14.num29.2>
Licencia CC BY 4.0.

1 Máster en Terapias Contextuales, Universidad de Almería.

Estudiante Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Autor para correspondencia. Independencia 939, Santiago, Chile.

Código postal: 8380453. Correo electrónico: ps.camilosepulveda@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2393-2113>

2 Psicólogo, Doctor en Psicología, Universidad de Granada.

Afilación: Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.

Barrio Universitario s/n. Concepción, Chile. Código postal: 4030000.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8423-6982>

3 Psicólogo, Doctor en Psicología, Universidad de Laguna.

Afilación: Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de La Laguna, C/ Profesor José Luis Moreno Becerra s/n, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

Apartado 456. Código postal: 38200

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9168-9920>

4 Psicólogo, Ph.D.(c) en Psicoterapia, Universidad de Flores.

Afilación: Centro Integral de Psicología Contextual, Chile.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1456-8312>

Funding

Los autores Cristian Oyanadel y Wenceslao Peñate declaran haber recibido apoyo financiero por parte de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), a través del programa de Cooperación Internacional, proyecto MEC80180087 del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile.

Resumen

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con miedo a contraer VIH constituye una presentación clínica frecuente, que puede generar alto sufrimiento e interferencia funcional, especialmente en contextos de salud pública. En este trabajo se presenta un estudio de caso con un diseño A-B, en el que se aplicó una intervención breve combinando Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con estrategias de Exposición con Prevención de Respuesta (ERP). La variable independiente correspondió a la intervención ACT+ERP, mientras que las variables dependientes fueron la sintomatología obsesiva-compulsiva evaluada mediante la escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) y la evitación experiencial, medida a través del cuestionario *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II).

El tratamiento consistió en 12 sesiones realizadas en un mes y medio, con una frecuencia de dos sesiones semanales, e incluyó entrenamiento en defusión, clarificación de valores, exposición *in vivo* y prevención de respuesta. Se observaron reducciones significativas en la sintomatología obsesiva y compulsiva, así como un aumento en la flexibilidad psicológica. La paciente logró mejoras en su funcionamiento cotidiano, incluyendo la reanudación de su actividad laboral, la mejora en su relación de pareja y una mayor conexión con su proyecto de vida.

Conclusión: La combinación de ACT y Exposición demostró ser una estrategia eficaz, viable y contextualizada para abordar síntomas obsesivos relacionados con el VIH en salud pública, respaldando la utilidad de intervenciones centradas en procesos psicológicos flexibles.

Palabras clave: Terapia de Aceptación y Compromiso; Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Evitación Experiencial; Flexibilidad Psicológica; Terapia de Exposición; Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) characterized by fears of contracting HIV is a common clinical presentation, often associated with high distress and functional impairment, especially in public health contexts. This paper presents a case study using an A-B design, in which a brief intervention was implemented combining Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure and Response Prevention (ERP) strategies. The independent variable was the ACT+ERP intervention, while the dependent variables included obsessive-compulsive symptoms measured by the *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) and experiential avoidance assessed via the *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II).

The treatment consisted of 12 sessions delivered over a month and a half, with a frequency of two sessions per week. The intervention included defusion training, values clarification, *in vivo* exposure, and response prevention. Significant reductions in obsessive and compulsive symptoms were observed, along with increased psychological flexibility. The patient showed improvements in daily functioning, including returning to work, enhanced relationship quality, and greater connection with her life goals.

Conclusion: The combination of ACT and Exposure proved to be an effective, feasible, and contextually relevant strategy for addressing HIV-related obsessive symptoms in public health settings, supporting the utility of interventions focused on flexible psychological processes.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Obsessive-Compulsive Disorder; Experiential Avoidance; Psychological Flexibility; Exposure Therapy; Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Introducción

Desarrollar espacios de integración entre las teorías psicoterapéuticas y los hallazgos científicos representa un importante desafío para los países latinoamericanos (Espinosa-Duque y Krause, 2020), particularmente la investigación basada en el paradigma de la Evidencia Basada en la Práctica (EBP) (Trujillo y Paz, 2020). En este trabajo se presenta un estudio de caso cuyas características clínicas permiten aplicar la Terapia de Aceptación y Compromiso, que corresponde a una de las terapias de tercera generación (Hayes et al., 2014), en conjunto con estrategias de Exposición, lo que cobra especial relevancia, pues permite explorar intervenciones ajustadas a realidades específicas y sostenibles en sistemas de salud pública. El caso clínico corresponde a una mujer de nacionalidad colombiana de 50 años; el caso fue escogido dado que la paciente señala haber desarrollado procesos

psicoterapéuticos desde los 30 años para tratar el miedo a contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin cambios significativos.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico severo, cuya prevalencia es del 1 % al 3 % en personas adultas y adolescentes (Richter y Ramos, 2018; Fernández et al., 2018). La edad de aparición de este cuadro se presenta en un patrón bimodal, apareciendo con mayor frecuencia en la adolescencia y niñez para los hombres y durante la adultez temprana en mujeres (Richter y Ramos, 2018). Sin embargo, la refractariedad del cuadro es común, y pacientes que en los estudios clínicos han sido catalogados como respondientes a tratamiento mantienen sintomatología y morbilidad elevadas (Fernández et al., 2018). En Chile, la prevalencia total del TOC es de 1,2 %, siendo esta mayor en personas de sexo femenino, con un 1,6 % (Kohn et al., 2005). El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones que ocupan mucho tiempo y se relacionan con un deterioro del funcionamiento y la calidad de vida (APA, 2014). El contenido de los síntomas varía ampliamente entre las personas, pero suele relacionarse con la contaminación y el miedo a morir como resultado del contacto con suciedad o gérmenes. Estos contenidos suelen asociarse con esfuerzos extremos para evitar la contaminación o mantener las cosas limpias, ducharse varias veces al día, entre otros (David et al., 2018).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), por su elevada evidencia empírica, ha sido el tratamiento de primera elección para casos de TOC tanto en tratamientos desarrollados a nivel individual como grupal (David et al., 2018), hasta que en el año 2006 el equipo de Twohig et al. (2006) encontró resultados muy interesantes acerca de la eficacia, mantenimiento y mecanismos de cambio asociados al tratamiento con ACT en pacientes con esta sintomatología.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) fue desarrollada entre las décadas de 1980 y 1990, adoptando una perspectiva diferente de las teorías y técnicas cognitivas y conductuales tradicionales sobre la psicopatología, formando parte de la tercera ola de psicoterapias de base empírica (David et al., 2018). Con más detalle, ACT establece un modelo conjunto de flexibilidad psicológica vinculado a los procesos humanos básicos derivados de la ciencia experimental, que por su diseño constituye un modelo de salud psíquica, un modelo de psicopatología y un modelo de intervención psicológica (Hayes et al., 2014). Esta psicoterapia utiliza seis procesos básicos para aumentar la flexibilidad psicológica, que constituye su objeto

de intervención: (1) aceptación, (2) defusión, (3) yo como contexto, (4) valores, (5) estar presente y (6) acción comprometida (Hayes et al., 2014).

La revisión de apoyo al tratamiento realizada por David et al. (2018) para el uso de la terapia ACT en el TOC presenta tres estudios con grupo control que apoyan la eficacia de ocho sesiones de ACT en la reducción del TOC autorreportado y/o certificado por un médico.

La misma revisión establece que Twohig y su equipo fueron los primeros en demostrar la eficacia de ACT para el TOC en un estudio de ocho sesiones, en donde ACT produjo reducciones clínicamente significativas en las compulsiones, manteniéndose las mejoras a los tres meses de seguimiento (Twohig et al., 2006, en David et al., 2018).

Asimismo, un metaanálisis realizado por Bluett et al. (2014) establece la existencia de resultados favorables y relaciones significativas entre el AAQ y la medición de estructuras de ansiedad, lo cual es consistente con la literatura respecto a la fuerza y dirección de las correlaciones entre la flexibilidad psicológica y los trastornos ansiosos. Entre las implicaciones clínicas propuestas por los autores Bluett et al. (2014) se destaca la recomendación del uso de ACT en conjunto con técnicas de exposición, dado que, con clientes indecisos o incompatibles con ejercicios difíciles como los de exposición, ACT puede favorecer la participación en el tratamiento. Esto se encuentra basado en investigaciones sobre ACT y la voluntad de participar en actividades en la inducción del pánico por sobre los grupos control.

La revisión de apoyo al tratamiento para ACT aplicada en TOC realizada por David et al. (2018) destaca la importancia de identificar los mecanismos hipotéticos de las psicoterapias y su posterior utilidad para el cambio sintomatológico. Esta revisión establece que solo un estudio probó directamente el mecanismo hipotético de ACT, correspondiendo a un estudio realizado por Twohig et al. (2015), quienes demostraron que los cambios en la flexibilidad psicológica predijeron cambios en la sintomatología pretratamiento y postratamiento para el TOC.

El presente estudio de caso tiene como propósito probar la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso con Terapia de Exposición en el contexto de salud pública chilena, en una paciente mujer casada de 50 años, de nacionalidad colombiana, con miedo al contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Método

Descripción del caso

La paciente es una mujer casada de 50 años, de nacionalidad colombiana, con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo desde los 30 años. La paciente sitúa el inicio de su malestar emocional en la adolescencia, en medio de una relación de pareja en la que sufría violencia física e infidelidad. Otro antecedente relevante es la muerte de la pareja por un disparo en la cabeza, en el contexto del conflicto armado interno de Colombia, así como el contacto que tenía con programas sensacionalistas y estigmatizantes sobre diversos temas, entre ellos la adquisición y consecuencias para la salud del VIH. Refiere haber iniciado su primera atención psiquiátrica en 2005, pero abandonó el tratamiento ante la estigmatización de los tratamientos psiquiátricos por parte de su entorno cercano.

En el año 2015 comenzó a ser tratada por el sistema de salud público chileno, en el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS). Ante la escasa respuesta al tratamiento farmacológico y terapéutico, fue derivada en el año 2017 a tratamiento intensivo al Hospital de Día de la comuna de La Serena, Región de Coquimbo. En este dispositivo se inició el tratamiento farmacológico y psicosocial comunitario presentado en este trabajo, el cual contó con 12 sesiones de psicoterapia de Terapia de Aceptación y Compromiso con estrategias de exposición, llevadas a cabo durante un mes y medio, lo que corresponde a una frecuencia de dos sesiones semanales (Tabla 4).

Durante la primera sesión se identificaron los siguientes síntomas (Tabla 1). Al momento de iniciar el tratamiento, la paciente se mantenía con una licencia médica prolongada de hace más de seis meses, dejando de trabajar y refugiándose en su casa por miedo al contagio de VIH, lo que generó un profundo deterioro psicosocial.

Instrumentos utilizados

A fin de recoger información general, se llevó a cabo una entrevista clínica al inicio de la terapia, donde se evaluó la sintomatología obsesiva y compulsiva de la consultante, descrita en la Tabla 1. Además, se aplicó el cuestionario *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II) para evaluar la flexibilidad psicológica, que corresponde al constructo central de ACT, y la escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) para valorar la sintomatología obsesiva y compulsiva.

El cuestionario AAQ-II corresponde a la medida más utilizada de evitación experiencial e inflexibilidad psicológica en ACT, en el cual niveles más altos de inflexibilidad psicológica o evitación experiencial son concurrentes con mayores síntomas depresivos y de ansiedad, y peor salud psicológica (Bond et al., 2011). El presente estudio utilizó la validación realizada en Yucatán por el equipo de Patrón Espinosa (2010), que tiene un coeficiente de Cronbach de 0,89, la cual se incorpora en el Anexo 2. El cuestionario consta de 10 reactivos que van desde “completamente falso”, “rara vez cierto”, “algunas veces cierto”, “a veces cierto”, “frecuentemente cierto”, “casi siempre cierto”, hasta “completamente cierto”. La paciente, en pretratamiento, presentó una medida de 61/70 puntos, lo que da cuenta de un alto nivel de evitación experiencial.

El segundo cuestionario aplicado, correspondiente a la escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), tuvo como objetivo medir las obsesiones y compulsiones de la consultante. Este cuestionario presenta una consistencia interna de 0,70–0,80 y una fiabilidad de 0,69–0,80, y correlaciona de manera positiva con otras puntuaciones en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Como refieren los autores, es un cuestionario sensible al cambio durante el tratamiento (Guilera et al., 2005). Los resultados del cuestionario son puntuados de la siguiente forma: 0–7: sin manifestaciones clínicas; 8–15: Trastorno Obsesivo-Compulsivo leve; 16–23: Trastorno Obsesivo-Compulsivo moderado; 24–31: Trastorno Obsesivo-Compulsivo severo; 32–40: Trastorno Obsesivo-Compulsivo extremo. La paciente, en la evaluación pretratamiento, presentó una puntuación de 40 puntos, lo que da cuenta de un TOC extremo.

La escala de valoración del TOC Y-BOCS permite además describir los cambios que ocurren durante el proceso de psicoterapia en torno a las obsesiones y compulsiones de la paciente, ya que la escala general se

subdivide en la subescala de obsesiones y la subescala de compulsiones, que se presentan en la Figura 2. Los resultados de las subescalas dan cuenta de que, al momento del pretratamiento, la paciente tenía el máximo puntaje para cada una de las dos escalas, correspondiente a 20 puntos.

Diseño

Se utilizó una metodología A-B, que corresponde a un diseño en donde el individuo es su propio control (Montero y León, 2005). En este diseño, la fase A correspondió a la conducta obsesiva y compulsiva previa a la intervención, descrita en la Tabla 1 y evaluada a través de la escala Y-BOCS, así como al nivel de inflexibilidad psicológica evaluado a través de la escala AAQ-II; mientras que la fase B corresponde a la misma conducta obsesiva y compulsiva y a la inflexibilidad psicológica valoradas a través del Y-BOCS y el AAQ-II con la aplicación del tratamiento. La fase de seguimiento corresponde a la estabilidad de los cambios que generó la intervención en el tiempo en torno a las áreas descritas.

En cuanto a las variables contempladas en este estudio, la variable independiente corresponde a la intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual está formada por 12 sesiones desarrolladas en **seis** semanas de intervención (Tabla 4). En cuanto a las variables dependientes, estas tienen que ver con la intensidad del trastorno de evitación experiencial evaluada a través del cuestionario *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II), así como con la sintomatología obsesiva y compulsiva evaluada a través de la escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS).

Procedimiento

Se realizó un análisis funcional descrito en la Tabla 3, que presenta las principales relaciones entre las situaciones, eventos privados, acciones y las consecuencias a corto, medio y largo plazo que la paciente experimentaba. Con más detalle, se describen situaciones vinculadas a la alimentación en su casa, el contacto con objetos punzantes o de color rojo, actividades de aseo personal, relaciones sexuales y actividades sociales, que afectaban la vida de la paciente, así como el contacto con sus valores.

En suma, la paciente presentaba un elevado nivel de inflexibilidad psicológica; en tanto, pasaba la mayor parte del tiempo en estado de “piloto automático”, no prestando atención flexible a lo que estaba ocurriendo en el momento presente, y luchando activamente con sus pensamientos y emociones vinculadas al peligro y al miedo al contagio por VIH. Presentaba un alto nivel de fusión cognitiva, tomando sus pensamientos y emociones como guías de conducta cuyo objetivo era disminuir o eliminar el malestar de los eventos privados a corto plazo, pero que tenían como consecuencia, a mediano y largo plazo, la distancia con los valores de la paciente, ya sea por la inacción para tomar contacto con sus valores o por la impulsividad o persistencia en la evitación para controlar los eventos privados.

A partir de la descripción de síntomas obsesivos y compulsivos, la valoración clínica con las escalas AAQ-II y Y-BOCS, así como el análisis funcional de la conducta y la valoración de las áreas de vida importantes para la paciente, se acordaron los siguientes objetivos terapéuticos: trabajar sobre la rigidez psicológica (evitación experiencial y fusión cognitiva) asociada a los intentos de supresión de la sintomatología obsesiva y compulsiva, y el impacto de estas conductas de evitación y supresión sobre los valores y vida de la paciente, recuperando actividades de la vida diaria familiar, laboral, social y de pareja significativas.

La terapia fue desarrollada en 12 sesiones de 45–60 minutos de duración a lo largo de seis semanas. Las primeras seis sesiones fueron realizadas en el Hospital de Día, las siguientes cuatro se realizaron en el domicilio de la paciente y las últimas dos se realizaron nuevamente en el centro de atención. La paciente asistió a todas las sesiones de manera puntual, involucrándose activamente durante todo el proceso terapéutico, a pesar del elevado malestar que le generaban los distintos ejercicios experienciales y técnicas de exposición que fueron acordados durante el proceso. En la Tabla 4 se describen las sesiones de terapia, los objetivos, procedimientos desarrollados y tareas entre sesiones.

Análisis de datos

Se utilizó el índice de no solapamiento de datos para estimar el tamaño del efecto del tratamiento, a partir de la aproximación estadística de Jacobson y Truax (1991) en Sans y García-Vera (2015), como técnica de análisis de datos de caso único para los tratamientos psicológicos.

La evaluación de la magnitud del cambio terapéutico o tamaño del efecto del tratamiento se realizó a partir de la estimación del Porcentaje de Datos No Solapados (PND), que corresponde al porcentaje de datos de la fase de tratamiento que exceden al dato más extremo de la línea base. Este se calcula contando el número de datos de la fase de tratamiento que superan el dato más extremo de la línea base, dividiendo este número por el total de datos en la fase de tratamiento (Sans y García-Vera, 2015).

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total de n}^{\circ} \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

Según Scruggs y Mastropieri (1998) en Sans y García-Vera (2015), un índice de porcentajes no solapados < 50 % constituiría un tratamiento no efectivo; entre 50 % y 69 % sería de una efectividad cuestionable; y entre 70 % y 89 % sería un tratamiento bastante efectivo.

La terapia fue monitorizada a través de dos estrategias: una cuantitativa, que consistió en la aplicación semanal de los cuestionarios AAQ-II y Y-BOCS, los cuales permitieron a la paciente y a la terapeuta conocer los cambios que se producían entre sesiones y realizar la estimación del Porcentaje de Datos No Solapados.

La segunda estrategia de monitoreo fue la planificación y supervisión por parte de un psicoterapeuta con experiencia en la aplicación de Terapia de Aceptación y Compromiso, lo que permitió contar con una evaluación externa de la elección de metáforas y actividades durante el desarrollo de las sesiones.

Resguardos éticos

Según las normas internacionales CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la presente investigación contempla la participación de poblaciones vulnerables. El caso clínico se desarrolló con la participación de una paciente que estaba cursando una hospitalización parcial, por lo que su participación en el estudio de caso fue conversada con

ella y con su familiar responsable, señalando que las evaluaciones tomadas no interferían en su tratamiento y que su decisión respecto de la participación no interfería de ninguna forma en el acceso a tratamiento.

A su vez, es importante mencionar que una de las tareas de una psicóloga clínica que se desempeña en un HDD corresponde a planificar tratamientos psicoterapéuticos y monitorearlos para entregar la mejor atención posible, por lo que el tratamiento que recibió la paciente no implicaba un ejercicio fuera del ámbito de acción profesional de la terapeuta.

Con la finalidad de dar cumplimiento a las normas nacionales e internacionales de investigación con seres humanos, la paciente, así como su familiar responsable, firmaron un consentimiento informado (Anexo 1) para ingresar al programa de investigación y monitoreo de tratamiento en salud mental, el cual contiene información respecto a que su participación constituye una instancia valiosa, pues permite entregar nuevos tratamientos sin poner en riesgo el tratamiento habitual que se entrega en el Hospital de Día; que el procedimiento se llevaría a cabo resguardando la confidencialidad y los datos de la información de los cuestionarios, entrevistas y la historia clínica de la paciente, los que solo tendrían fines de investigación científica sin que existieran riesgos asociados para su salud, siendo más bien el uso de los cuestionarios un beneficio para la evaluación y monitoreo de su salud; y finalmente, que en cualquier momento del proceso, por voluntad de la paciente o de su apoderado, podrían retirarse del proceso de investigación y de su seguimiento, de modo que sus datos ya no podrían ser usados para los fines de investigación.

Resultados

En relación con los objetivos terapéuticos establecidos de forma conjunta, la paciente describe un mayor nivel de bienestar en torno a las áreas de vida exploradas en la evaluación inicial, disminuyendo a su vez las conductas obsesivas y compulsivas que limitaban las actividades de pareja, sociales, de salud, de ocio, laborales, educativas y familiares. Esto, además, fue confirmado por su pareja en la entrevista de cierre del proceso terapéutico. Algunos ejemplos que muestran estos avances son los siguientes: paseos por la naturaleza con su pareja, inicio de curso de inglés, mejora en la comunicación familiar y de pareja, asistencia a evaluación por ginecología dado el riesgo del aseo con lejía en la zona genital, y reincorporación

a su actividad laboral habitual. No obstante, la paciente refiere mantener las obsesiones y compulsiones, aunque en menor intensidad.

Desde una perspectiva cuantitativa, se observaron cambios en las dos escalas aplicadas durante el proceso terapéutico y en los seguimientos a seis meses y al año. Como se puede observar en la Figura 1, la paciente obtuvo una puntuación de 40 puntos en la escala Y-BOCS en la fase de pretratamiento, lo que corresponde a un TOC extremo, mientras que al término de las 12 sesiones la paciente puntuaba 17 puntos en la escala Y-BOCS (TOC moderado), 8 puntos (TOC leve) a los seis meses de seguimiento y 23 puntos al seguimiento del año, manteniéndose en el tiempo un TOC moderado.

Al utilizar la aproximación estadística del Porcentaje de Datos No Solapados (PND), donde existen ocho datos que exceden el dato más extremo de la línea base, de un total de ocho datos correspondientes a la suma del tratamiento más el seguimiento, el PND correspondería a $8/8 \times 100 = 100\%$, lo que daría cuenta de que el tratamiento fue bastante efectivo para reducir los síntomas obsesivos y compulsivos, como se aprecia en la Figura 1.

El monitoreo de las subescalas de obsesiones y compulsiones permitió establecer un resultado homogéneo en ambas subescalas, las cuales disminuyeron de forma simétrica durante el proceso terapéutico, tal como se aprecia en la Figura 2.

Los resultados en el cuestionario AAQ-II, presentados en la Figura 3, establecen que en el pretratamiento la paciente obtuvo 61/70 puntos, presentando un elevado nivel de rigidez psicológica; 27 puntos al término de las 12 sesiones; 24 puntos a los seis meses de seguimiento; y 38 puntos al año de seguimiento. Como se observa, la puntuación de la escala aumentó al año de seguimiento; sin embargo, se mantiene una disminución significativa del nivel de inflexibilidad psicológica en relación con la línea base. Al realizar la estimación del PND, donde existen seis datos que exceden el dato más extremo de la línea base, de un total de ocho datos correspondientes al tratamiento más el seguimiento, el índice PND corresponde a $6/8 \times 100 = 75\%$, lo que daría cuenta de que el tratamiento fue bastante efectivo para reducir la inflexibilidad psicológica, como se observa en la Figura 3.

En suma, los cambios en la vida de la paciente, así como los resultados de las escalas aplicadas y las estimaciones de porcentajes de datos no solapados, son coherentes entre sí, dado que ofrecen una perspectiva de los cambios producidos durante el proceso terapéutico y de un asentamiento de mejoría al término de la terapia, hasta el año de seguimiento, donde las puntuaciones disminuyen. Sin embargo, como ya se ha señalado, la paciente no retornó a la gravedad de la sintomatología inicial al año de seguimiento.

Una posible explicación al leve aumento observado en los puntajes del seguimiento podría relacionarse con las características naturales del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, que tiende a mostrar un curso crónico con fluctuaciones en la sintomatología (APA, 2014). Asimismo, es plausible que, al disminuir la frecuencia del contacto terapéutico y enfrentar nuevos estresores del entorno, la paciente haya experimentado un repunte parcial de sus síntomas. Desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso, esto puede interpretarse como una oscilación esperable en el proceso de aprendizaje de habilidades de flexibilidad psicológica, donde la exposición continua y el contacto con valores requieren mantenimiento activo para consolidarse a largo plazo. Pese a ello, se observa que la paciente mantuvo niveles significativamente mejores que los del inicio, lo cual sugiere que los recursos terapéuticos adquiridos siguen operando como factores protectores.

Discusión

El presente estudio de caso muestra el uso combinado de ACT con ERP, disminuyendo la sintomatología obsesiva y compulsiva y favoreciendo la toma de contacto con las áreas de vida valiosas, en un tratamiento intensivo de 12 sesiones desarrollado en seis semanas.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un trastorno psicopatológico severo que puede deteriorar de forma significativa el funcionamiento y la calidad de vida de las personas, siendo su prevalencia del 1 % al 3 % en personas adultas y adolescentes (Richter y Ramos, 2018; Fernández et al, 2018).

Los resultados del presente estudio permiten señalar la importancia del uso de ACT integrada con la ERP para el tratamiento del TOC en entornos de salud pública, siendo estos resultados coherentes con diversos estudios

experimentales que han mostrado la eficacia de ACT para el TOC (Twohig et al., 2006, 2015, 2018).

A partir de los resultados, es posible sugerir la aplicación de los principios y técnicas de ACT con ejercicios de exposición tradicional, dado que tales métodos de intervención constituyen una parte intrínseca del modelo ACT, ya que al confrontar un estímulo temido, la persona está favoreciendo el trabajo en flexibilidad psicológica y, en muchos casos, puede favorecer a la vez el contacto con áreas valiosas de la vida del consultante.

En cuanto a las limitaciones, al ser un estudio de caso único, no se puede afirmar que ACT es una terapia eficaz para el TOC; no obstante, los hallazgos aquí presentados resultan interesantes para fundamentar futuros estudios experimentales en el contexto de la salud pública con una muestra más amplia. Asimismo, solo fue posible realizar intervenciones dos veces por semana en Hospitales de Día, dado que estos dispositivos tienen una cantidad de pacientes bajo control mucho menor que los otros dispositivos de salud mental, siendo limitada la viabilidad que pueden tener otros dispositivos de la red de salud pública de atención secundaria y primaria en Chile para realizar este tipo de intervenciones. Esto invita a preguntarse si los resultados obtenidos se hubieran podido lograr con un menor número de sesiones o una menor frecuencia de estas.

Finalmente, otra de las limitaciones del presente estudio tiene que ver con el número de instrumentos de evaluación utilizados, ya que esto puede disminuir la información sobre la mejora de la paciente desde un punto de vista cuantitativo. Por tanto, se alienta el desarrollo de futuras líneas de investigación que estudien el uso de ACT en el TOC en entornos de salud pública con una mayor muestra e instrumentos de evaluación, dadas las limitaciones antes presentadas.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5^a ed.) [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5]. Editorial Médica Panamericana.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E. y Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Council for International Organizations of Medical Sciences y World Health Organization. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. Council for International Organizations of Medical Sciences. <https://doi.org/10.56759/rgxl7405>
- David, D., Lynn, S. J. y Montgomery, G. H. (Eds.). (2018). *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. Wiley.
- Espinosa-Duque, D. y Krause, M. (2020). El desafío de integrar teoría, investigación y práctica clínica en psicoterapia. *Revista CES Psicología*, 13(3), i-ix. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.15>
- Fernández, A., Leckman, J. F. y Pittenger, C. (2018). Neurobiología del trastorno obsesivo-compulsivo [Neurobiology of obsessive-compulsive disorder]. *Revista de Neurología*, 66(Supl. 1), S3-S11.
- Guilera, G., Gómez-Benito, J., Tomás, J. y Carreras, V. (2005). Fiabilidad y validez de la versión española del Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). *Interpsiquis*. Recuperado el 10 de abril de 2024, de <https://www.interpsiquis.com>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)* [Acceptance and commitment therapy: Process and practice of mindful change]. Desclée de Brouwer.

- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. d., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000900002>
- Kohn, R., Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P. y Torres, S. (2002). Mental disorders in the Chilean population: Prevalence and treatment [Trastornos mentales en la población chilena: Prevalencia y tratamiento]. *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan nacional de salud mental 2017-2025*. <https://www.minsal.cl/salud-mental/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Salud mental: Orientaciones técnicas para atención primaria de salud*.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación [A classification system for method within research reports in Psychology]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición en Yucatán por medio del AAQ-II. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Richter, M. A. y Ramos, L. (2018). Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. En A. Martin y F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (5^a ed., pp. 819-824). Wolters Kluwer.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: Ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinical and Health*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Trujillo, A. y Paz, C. (2020). Practice-based evidence in psychotherapy: The challenge in Latin America. *Revista CES Psicología*, 13(3), 2-14. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.1>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M. y Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized

controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>

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

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H. y Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>

Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E. y Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001>

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>

Tabla 1*Sintomatología obsesiva y compulsiva de la consultante*

Síntomas	Tipo	Descripción
Obsesión	Agresiva	Miedo a no poder ayudar a alguien en peligro de muerte por miedo a sangre.
Obsesión	Contaminación	Preocupación por los productos del hogar como detergentes para evitar el contagio de VIH, por utensilios afilados, y por contacto físico.
Obsesión	Limpieza	Preocupación por tener las manos, cuerpo y genitales limpios, preocupación excesiva por limpiar los baños y utensilios de la casa.
Compulsión	Comprobación	Comprobar con profesionales y pareja que no se contagió con VIH.
Compulsión	Repetición	Preocupación por desinfectar comida, jabón, y el baño más de una vez con detergente.

Tabla 2*Evaluación de impacto en valores de la consultante*

Área	Descripción de impacto
Relaciones Sociales	Las relaciones se limitaban al contacto con su pareja y equipo tratante, debido a que las obsesiones de contaminación por VIH.
Familia	Su familia se molesta por las conductas de comprobación que han limitado la dinámica familiar. Con su hijo se aprecia una relación libre de conflicto.
Relaciones Pareja/intimas	Relación de pareja deteriorada debido a limitación de actividades sociales, mantiene relaciones sexuales, no obstante, posterior al coito aparecen compulsiones de limpieza con detergente.
Ocio	No sale de su casa, solo asiste al Hospital de Dia, no presenta ningún tipo de actividad de distracción, solo cuida de su casa y ve televisión.
Educación/trabajo	En licencia médica por más de un año en su trabajo en estación de servicios.
Salud/cuidado personal	No ha realizado controles médicos, a pesar de exponer sus manos y genitales a desinfectantes fuertes de manera recurrente.

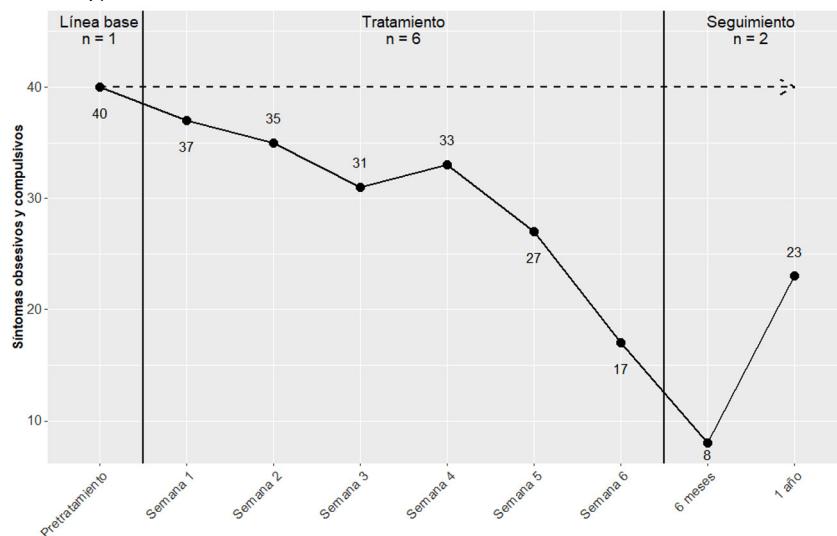
Tabla 3
Ánalisis funcional de la conducta clínicamente relevante

Situación	Evento privado	Conducta	Consecuencia a corto plazo	Consecuencia a mediano plazo	Consecuencia a largo plazo
Comer un alimento en casa	Puede estar contaminado con VIH	Lavarlo con lejía repetidamente	Disminución del miedo al contagio	Tardar mucho tiempo en comer	Distancia en su relación de pareja, al no compartir comidas.
Desayuno en Hospital de Dia	Si uso los utensilios del HDD me contaminare de VIH	No compartir el desayuno	Disminución del miedo a contagio de VIH	Sentirse aislada del grupo del Hospital de Día	Sentirse incompetente socialmente
Estar en contacto con objeto de color rojo o punzante	Estoy contagiad@ de VIH	Preguntar a su familia, pareja si es posible el contagio por contacto	Leve disminución de miedo a contagio	Distancia o molestia por parte de pareja y familia por las preguntas reiterativas	Sensación de incomprendión y distancia con su pareja o familia
Bañarse en la mañana	Me puedo contagiar de VIH en el baño	Limpiar por mucho tiempo y abundante lejía el baño antes y después	Disminución del miedo al contagio	Tardar mucho tiempo en la ducha, y discusiones de pareja.	Aumento de la sensación de vulnerabilidad
Relaciones sexuales con pareja	Me pude contagiar de VIH, aunque sabe que él no es infiel	Lavar su cuerpo y genitales con lejía	Disminución del miedo a contagio de VIH	Pareja se siente rechazado por su pareja	Deterioro de la relación de pareja
Invitación a asado con amigos	Me pueden contagiar de VIH	Evitar realizar actividades sociales	Leve disminución de miedo a contagio	Distancia o molestia por parte de pareja	Sensación de incomprendión y distancia con su entorno social y de pareja

Tabla 4*Descripción de las sesiones de terapia*

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Tarea entre sesión
1	Establecer Setting Iniciar Monitoreo del proceso terapéutico	Metáfora (ACT) de los dos escaladores. Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	Leer listado de síntomas y reconocer los que le generan mayor malestar, con el objetivo de conocer las posibles conductas problema.
2	Conocer las variables históricas, y presentes de la conducta clínica, así como su valor funcional.	Ánalisis funcional de la conducta.	Completar auto registros que contengan la situación, evento privado, conducta, y consecuencias a corto, mediano y largo plazo.
3	Favorecer la desesperanza creativa Monitoreo del proceso terapéutico a través de escalas	Se utiliza la metáfora (ACT) del pozo y la pala. Se inicia reconocimiento del pozo y la pala. Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	Se mantienen auto registros, y se solicita describir las conductas que mantienen el problema.
4	Desesperanza creativa	Se realizan ejercicios experienciales con apoyo de cartas, y de cuerda.	Se mantiene el reconocimiento de conductas problemas a partir de los ejercicios experienciales.
5	Defusión cognitiva Monitoreo del proceso terapéutico a través de escalas.	Se trabaja sobre la metáfora del cumpleaños y el invitado indeseado. Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	Hacer un listado de acciones que realizaría si no estuviera luchando con sus eventos privados.
6	Clarificación de valores Favorecer procesos de aceptación	Metáfora del Jardín (ACT) Ejercicio del tiro al blanco (ACT)	Realizar una acción comprometida en su casa (Diluir la lejía en dos litros de agua para lavar objetos y no usar directamente)
7	Contacto con valores y procesos de aceptación Monitoreo del proceso terapéutico a través de escalas	Construir listado de acciones comprometidas en base a valores Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	Realizar acciones comprometidas en su casa (No lavar comida con lejía)

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Tarea entre sesión
8	Favorecer procesos de Aceptación y contacto con el momento presente.	Enseñar respiración profunda Elegir una acción valiosa, y una conducta problema realizando exposición durante la sesión.	Realizar exposición hasta disminuir en un 50 % el nivel de ansiedad subjetiva, una vez al día hasta la próxima sesión. (Participar del desayuno con pacientes en HDD)
9	Favorecer procesos de Aceptación y contacto con el momento presente.	Elegir una acción valiosa, y una conducta problema realizando exposición durante la sesión.	Realizar exposición hasta disminuir en un 50 % el nivel de ansiedad subjetiva, una vez al día hasta la próxima sesión.
	Monitoreo del proceso terapéutico a través de escalas	Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	(sostener un objeto punzante por el filo)
10	Favorecer procesos de Aceptación, contacto con el momento presente y acción comprometidas.	Elegir una acción valiosa, y una conducta problema realizando exposición durante la sesión.	Realizar exposición hasta disminuir en un 50 % el nivel de ansiedad subjetiva, una vez al día hasta la próxima sesión. (no limpiar su cuerpo y genitales con lejía), solicitar hora con medico ginecólogo.
11	Favorecer procesos de Aceptación, contacto con el momento presente y acción comprometidas.	Elegir una acción valiosa, y una conducta problema realizando exposición durante la sesión. Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	Realizar exposición hasta disminuir en un 50 % el nivel de ansiedad subjetiva, una vez al día hasta la próxima sesión. (salir a dar paseos con su pareja a espacios públicos)
	Monitoreo del proceso terapéutico a través de escalas		
12	Compromiso y cambio de conducta	Se trabaja con la matrix de Kevin Polk, como estrategia de mantenimiento y prevención de respuesta.	Mantener ejercicios de exposición y acción comprometida a partir del uso de la matrix
	Monitoreo del proceso terapéutico a través de escalas	Aplicación de escalas AAQ-II, e Y-BOCS.	

Figura 1*Escala de gravedad del TOC Y-BOCS*

Nota: 0-7: sin manifestaciones clínicas, 8-15: Trastorno Obsesivo Compulsivo leve, 16-23: Trastorno Obsesivo Compulsivo moderado, 24-31: Trastorno Obsesivo Compulsivo severo, 32-40: Trastorno Obsesivo Compulsivo extremo.

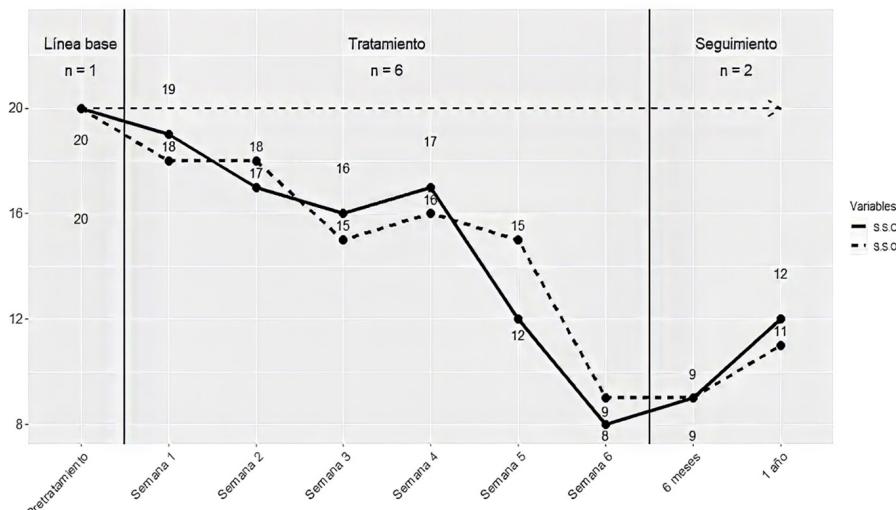
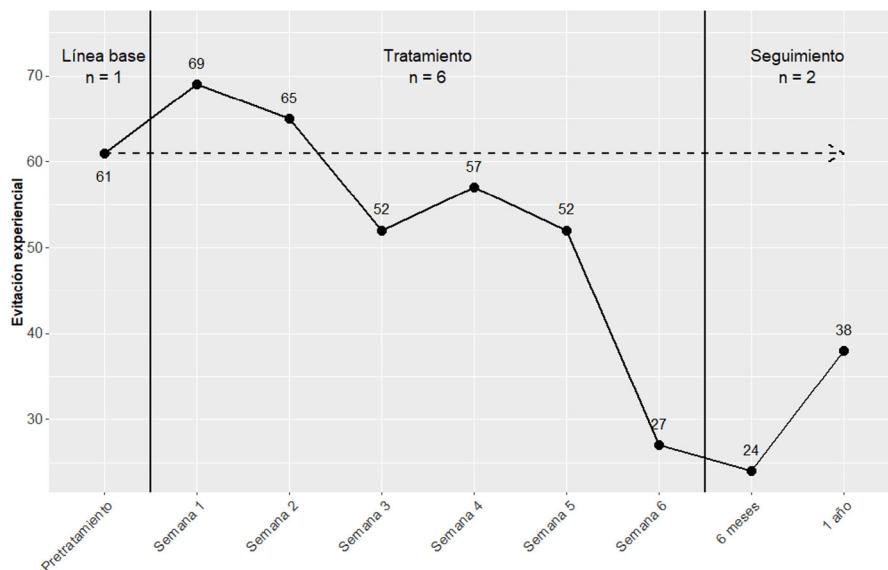
Figura 2*Sub escalas de síntomas obsesivos (s.s.o) y compulsivos (s.s.c) Y-BOCS*

Figura 3
Evitación experiencial



Nota. Escala construida de 0-70 donde 0 corresponde a un bajo nivel de evitación experiencial, y 70 un alto nivel de evitación experiencial.

Anexo 1

HOSPITAL DE LA SERENA

CONSENTIMIENTO PARA INGRESO PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN Y MONITOREO DE TRATAMIENTO PARA SALUD MENTAL

En con fecha de de 2018
a las hrs., los firmantes:

Paciente:

Nombre:

RUT:

Familiar Responsable o Representante autorizado

Nombre:

RUT:

Declaran haber sido informado (s) por el **Profesional**
..... **RUT** acerca de la relevancia
que tiene para su caso el participar de un programa de evaluación y seguimiento
en una modalidad de tratamiento basado en la evidencia.

Autorizo mi (nuestra) participación en todo el proceso, si es que este se lleva a cabo con los resguardos que se detallan a continuación:

- El proceso de investigación se constituye en una instancia valiosa, pues permite evaluar nuevos tratamientos sin poner en riesgo el tratamiento habitual que se entrega en estos casos.
- Este proceso se llevará a cabo resguardando la confidencialidad y los datos de la información de los cuestionarios, entrevistas y de la historia clínica del paciente, cuyo uso sólo tendrá fines científicos y de beneficio para el paciente.
- Según la evidencia científica, la participación en investigación, entrevistas y realización de cuestionarios no reviste riesgos para la salud ni genera en sí misma sintomatología de relevancia, siendo más bien una ayuda para la evaluación de salud del paciente.
- En cualquier momento de la investigación, por voluntad del paciente y su apoderado puede retirarse del proceso de investigación y su seguimiento, y sus datos clínicos no podrán ser utilizados para los fines de la investigación sin ninguna consecuencia en su tratamiento habitual.

Nombre y firma
Investigador del paciente

Nombre y firma
paciente

Nombre y firma
Familiar/representante

Anexo 2

AAQ-II (YUC)

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente falso	Rara vez cierto	Algunas veces cierto	A veces cierto	Frecuentemente cierto	Casi siempre cierto	Completamente cierto
Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.	1	2	3	4	5	6
Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.	1	2	3	4	5	6
Evito o escapo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6
Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.	1	2	3	4	5	6
Mantengo el control de mi vida.	1	2	3	4	5	6
Mis emociones me causan problemas en la vida.	1	2	3	4	5	6
Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6
Mis preocupaciones obstaculizan mi superación.	1	2	3	4	5	6
Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.	1	2	3	4	5	6

Los reactivos 1, 6 y 10 se suman de forma inversa; es decir, el 7 equivale a 1 y viceversa.

Nota. Para el uso o la traducción de este instrumento es necesario solicitar permiso al autor (hayes@unr.edu).