



**Trabajo Final de Grado**  
**Artículo científico de revisión bibliográfica**

# **Efectividad de la Terapia del Mindfulness para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)**

---

**Estudiante: Agustina Bentancor Hernández (C.I: 5.107.229-8)**

**Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma Sánchez**

**Revisor: Doc. Asist. Mag. Alfredo Parra**

**Facultad de Psicología - Universidad de la República**

**Febrero, 2021**

## Índice

<b>Resumen</b> .....	p. 3
<b>Abstract</b> .....	p. 3
<b>Introducción</b> .....	p. 4
<b>1- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)</b> .....	p. 5
1.1 Obsesiones .....	p. 7
1.2 Compulsiones .....	p. 10
1.3 Prevalencia y Pronóstico .....	p. 12
1.4 Comorbilidad .....	p. 14
1.5 Factores de riesgo .....	p. 15
1.6 Etiología .....	p. 17
1.7 TOC: Principales tratamientos .....	p. 18
<b>2- Terapias Cognitivo Conductuales</b> .....	p. 21
<b>2.1 La terapia del Mindfulness</b> .....	p. 23
2.2 Principios del Mindfulness .....	p. 25
2.3 El Mindfulness y el Trastorno Obsesivo Compulsivo .....	p. 29
<b>3- Método</b> .....	p. 32
<b>4- Resultados</b> .....	p. 34
<b>5- Discusión</b> .....	p. 41
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	p. 47

## Resumen

El presente trabajo se enmarca en el Trabajo final de grado (TFG) de la licenciatura en Psicología de la UDELAR.

El mismo expone una revisión bibliográfica sistemática sobre los efectos de la terapia del Mindfulness/ Atención Plena en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Este trastorno tiene la característica de ser crónico y limitante en la vida del sujeto, con una frecuencia cada vez mayor en la población.

Por otro lado, se ha aumentado el estudio de la terapia del Mindfulness el cual pertenece a una tercera generación de terapias cognitivas.

A partir de una revisión sistemática (Restovich, Barrios, Bordón, Ferrigno, 2017); se realiza una nueva revisión de la temática propuesta entre los años 2017 y 2020 con el objetivo de relevar los estudios disponibles hasta este momento.

Se pudo concluir que la terapia del mindfulness es un tratamiento efectivo para el TOC (Hertenstein et al. 2012; Madani et al. 2013; Patel et al. 2007; Singh et al. 2004; Wahl et al. 2013; Wilkinson-Tough et al. 2010; Zoysa, 2011, Key, et al. 2017; Selchen, et al. 2018; Cludius, et al. 2018; Hasani, et al. 2019; Strauss, et al. 2018; Emerson, et al. 2018; Kroska, et al. 2017; Didonna, et al. 2019).

Los estudios consultados evidencian su potencial como terapia de aumento en los sujetos que posterior a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) presentan síntomas residuales o en ciertos casos, como una terapia independiente para dicho trastorno.

Finalmente se exponen las discusiones, limitaciones e interrogantes de la presente revisión así como posibles líneas futuras de investigación.

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Mindfulness, Atención Plena, Efectividad.

## Abstract

This work is part of the final degree project (TFG) of the degree in Psychology at UDELAR.

It presents a systematic bibliographic review on the effects of Mindfulness / Mindfulness therapy in Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

This disorder has the characteristic of being chronic and limiting in the life of the subject, with an increasing frequency in the population.

On the other hand, the study of Mindfulness therapy has increased, which belongs to a third generation of cognitive therapies.

Based on a systematic review (Restovich, Barrios, Bordón, Ferrigno, 2017), a new review of the proposed subject is carried out between 2017 and 2020 with the aim of surveying the studies available to date.

It could be concluded that mindfulness therapy is an effective treatment for OCD (Hertenstein et al. 2012; Madani et al. 2013; Patel et al. 2007; Singh et al. 2004; Wahl et al. 2013; Wilkinson-Tough et al. 2010; Zoysa, 2011, Key, et al. 2017; Selchen, et al. 2018; Cludius, et al. 2018; Hasani, et al. 2019; Strauss, et al. 2018; Emerson, et al. 2018; Kroska, et al. 2017; Didonna, et al. 2019).

The studies consulted show its potential as augmentation therapy in subjects who after Cognitive Behavioral Therapy (CBT) present residual symptoms or, in certain cases, as an independent therapy for said disorder.

Finally, the discussions, limitations and questions of the present review as well as possible future lines of research are exposed.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Mindfulness, Full Attention, Effectiveness.

## **Introducción**

El trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por la presencia de repetidas obsesiones y/o compulsiones. Dichas obsesiones generalmente son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que aparecen de forma intrusiva y muchas veces el sujeto da cuenta del malestar que le produce pero no de estos pensamientos.

Las compulsiones son conductas, comportamientos o actos mentales repetitivos que una persona se siente impulsado a realizar a raíz de la aparición del pensamiento/obsesión. De esta forma, al emitir esta conducta, generalmente se alivia el estrés o la ansiedad ocasionada por estos pensamientos iniciales (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo al DSM V (APA 2013) la mayoría de las personas diagnosticadas con TOC tienen tanto obsesiones como compulsiones, las mismas producen un malestar clínicamente significativo, y la ejecución de dichas compulsiones requieren más de una hora diaria, infiriendo de esta forma en la rutina del sujeto, produciendo deterioro en las áreas social, laboral, entre otras.

Dada la creciente frecuencia del trastorno en la población, el malestar que produce y la interferencia en varias áreas, considero relevante investigar nuevas formas de tratar el TOC. Por su parte, la terapia del Mindfulness está ganando estudio en el terreno de la psicología y mayormente en los trastornos de ansiedad.

Es por esto que considero oportuno el estudio de esta novedosa terapia abocada a un trastorno tan limitante para el sujeto como lo es el TOC.

## **1- Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Según Cascardo y Resnik (2018) las personas que padecen TOC generalmente perciben que esas ideas o pensamientos son ajenas a ellos y logran dar cuenta que no son racionales, las reconocen como producto de su propia mente sin entender el porqué de su aparición. Por otro lado, estas obsesiones no se identifican con preocupaciones como la de los sujetos que no tienen TOC, por el contrario, corresponden a temáticas como “el temor de contagiarse una enfermedad... la necesidad de determinado orden y simetría en los objetos, preocupaciones exageradas acerca de cuestiones morales, de la sexualidad y de la posibilidad de hacer daño a sí mismos o a terceros” (p 18-19).

Autores como Figueroa, Troya, López, González, Cruz (2018) exponen que las personas con TOC utilizan un pensamiento *sobreinclusivo*, es decir clasifican la realidad en exceso, su atención se centra en pequeños detalles y presentan dificultades al momento de la ejecución de tareas que requieran razonamiento intuitivo y una visión global. Poseen a su vez, una carencia en la flexibilidad cognitiva o atencional que repercute en la capacidad de cambios.

A continuación se presenta una tabla (Tabla 1) con las principales características del mencionado trastorno, la misma según los principales manuales diagnósticos tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM V, 2013), la Clasificación internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10, 1992) y el Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM, 2017).

**Tabla 1**

*Características del Trastorno Obsesivo Compulsivo según varios manuales*

	<b>DSM V</b>	<b>CIE - 10 (OMS) F42</b>	<b>PDM</b>
<b>¿Qué es el TOC?</b>	Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones	Se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes	Requieren para su diagnóstico, de síntomas ya sea de la rumiación de pensamiento excesiva (obsesión) o de la repetición compulsiva de conductas (rituales).
<b>Obsesiones</b>	Son pensamientos, impulsos, o imágenes recurrentes y persistentes, experimentados como intrusivos y no deseados	Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes, impulsos que irrumpen de forma estereotipada	Los pensamientos y fantasías del niño incluyen una preocupación por la ideación
<b>Compulsiones</b>	Son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo realiza en presencia de una obsesión	Los actos compulsivos son comportamientos estereotipados que se repiten una y otra vez	Los rituales obsesivos al servicio a la defensa contra la ansiedad subyacente.
<b>Objetivo de conductas compulsivas</b>	El objetivo de los comportamientos es prevenir, disminuir la ansiedad o evitar algún suceso	La función de las compulsiones es prevenir algún hecho improbable	El intento por controlar las situaciones y relaciones para mantener la ansiedad en un nivel de manejo aceptable.

<b>Frecuencia</b>	Requieren más de una hora diaria	Interfieren en el funcionamiento social o individual por el tiempo que consumen	Infieren gran parte del día
<b>Inicio del trastorno</b>	La media es de 19 años, un 25% de varones antes de los 10 años	Inicio temprano a los 12 años	Aparecen entre las edades de 6 y 9 años. La adolescencia temprana y la adultez joven son otros periodos comunes de inicio

### 1.1 Obsesiones:

Según Carmenate (2020) “la palabra obsesión se deriva del latín *obsessio*, que a su vez viene de *obsidere* (asediar), y hace referencia a la idea o preocupación, duda, deseo, que no pueden apartar de su mente, por lo que constituye un asedio a la persona que lo sufre” (s/p).

En el trastorno obsesivo compulsivo, las obsesiones son todo tipo de pensamiento, imagen, preocupación, mayormente catastróficos, que intrusivamente aparecen en nuestra mente generando un gran malestar. Una vez que estos se condicionan en el cerebro, suelen aparecer con mayor frecuencia provocando distress (Cascardo, Resnik, 2018). Se diferencia de la preocupación excesiva que puede presentarse en los sujetos frente a contextos estresantes, ya que estas son disparadas por situaciones donde es más esperable sentir ansiedad o preocupación, y al resolverse este problema que provoca el malestar, la ansiedad cesa. Por el contrario, las obsesiones presentes en el TOC, son sobre temáticas particulares que por lo general no suelen tener que ver con las preocupaciones habituales de la vida cotidiana, las mismas son difíciles de controlar, persistentes, reiterativas, intrusivas que despiertan una ansiedad más intensa (Cascardo, Resnik, 2018).

Estos autores refieren a que dichas obsesiones son intrusivas debido a que vienen desde afuera, no son de voluntad propia y se abren paso hasta los pensamientos

principales y cotidianos del sujeto. Son persistentes, porque se mantienen a lo largo del tiempo, pudiendo perdurar desde un mes hasta años (Cascardo, Resnik, 2018).

Por otro lado, las mismas se caracterizan por ser reiterativas, dado que si un estímulo distinto pasa por nuestra mente y logramos distraernos de la obsesión, nuevamente se nos impone y vuelve aparecer volviendo a generar la sintomatología ansiosa. A su vez, estos pensamientos se acompañan de gran inquietud ya que se siente una amenaza ansiosa que interpela a realizar algo que controle las supuestas consecuencias catastróficas que predicen. Otra característica es que ante la presencia de una obsesión, generalmente el sujeto da cuenta que son ideas absurdas e intenta apartarlas de la mente dejando de pensar en ellas, pero este mecanismo solo genera mayor ansiedad y más reiteración del pensamiento intrusivo. Por último Cascardo y Resnik (2018), las caracterizan como generadoras de un gran desgaste y agotamiento emocional, por un lado la preocupación por el contenido o tipo de idea, a su vez la persistencia y reiteración, todo el día o la mayor parte del día. Tal desgaste aumenta la ansiedad pudiendo aparecer estados depresivos.

Siguiendo por esta línea, estos autores identificaron varios tipos de obsesiones que predominan en los sujetos (Ver Figura 1 sobre obsesiones más frecuentes) como por ejemplo: la obsesión del chequeo compulsivo frente a una duda cotidiana, prolijidad y simetría, con rituales de orden, conteo, cálculos matemáticos o geométricos, contaminación, con compulsión de higiene personal y/o limpieza extrema y repetida del hogar, obsesiones de agresión, sexuales o religiosas, coleccionismo, compulsiones de acopio, conservación de objetos que pudieran resultar útiles en un futuro (Cascardo, Resnik, 2018).



## Figura 1

### *Obsesiones más frecuentes en el Trastorno Obsesivo Compulsivo*

<b>OBSESIONES MÁS FRECUENTES:</b>
De contaminación e higiene
De contenido agresivo
De contenido sexual
De necesidad de orden, simetría y exactitud
De contenido religioso y moral
De contenido cabalístico
De acumulación o acopio (coleccionismo)
Somáticas, de aspecto corporal, y referidas a la salud y enfermedades graves
Irrupción de sonidos, segmentos musicales y palabras o monosílabos
De rendimiento intelectual (preocupación por saber y recordar)
De necesidad de aprovechamiento del tiempo
Existenciales y referidas a la muerte y al más allá

Nota. Recuperado de: Cascardo. E, Resnik.P (2018)

Winston y Saif (2017) explican la existencia de dos factores que al presentarse en nuestra mente, hacen que los pensamientos invasivos se aferren y vuelvan a surgir constantemente una y otra vez de forma obsesiva.

Se presenta como primer factor, el concepto de “mente adherente” para explicar el porqué cuando surge un pensamiento y el sujeto intenta apartarlo de su mente, vuelven a surgir con más fuerza tornándose recurrentes y manteniéndose atascados. Según estos autores, la mente adherente tiene dos factores causales, uno genético asociados a rasgos hereditarios

y estados relacionados con los circuitos cerebrales y la bioquímica, y otro factor es el estrés, una persona con estrés es más propensa a tener una mente adherente con pensamientos atascados, a su vez, proponen que a pesar de las causas mencionadas, se puede aprender a cambiar el cerebro para que disminuya la posibilidad de adherencia (Winston, Saif, 2017).

Por otro lado, un segundo factor que se presenta es el concepto de “esfuerzo paradójico”, este expone que cuanto con más insistencia se intenta no pensar en los pensamientos no deseados, más fuertes se vuelven de forma que el esfuerzo parece darse de forma inversa. Para comprender este fenómeno, los autores lo comparan con episodios como el esforzarse por dormir con o sin sueño, intentar no escuchar la televisión mientras estudiamos, tratar de ser gracioso cuando estamos malhumorados, esforzarnos para relajarnos cuando estamos ansiosos o tratar con arenas movedizas que mientras más se lucha por salir más nos terminamos hundiendo (Winston, Saif, 2017).

Según diversos autores, frente a la aparición de obsesiones, donde el sujeto es invadido por pensamientos intrusivos o imágenes ajenas a él que le generan un gran monto de ansiedad y angustia, éste recurre a ciertas conductas o rituales con la creencia que aliviarán su malestar, comportamientos que tienen el fin de disminuir la angustia generada (APA, 2013); cuando finalmente se produce un alivio de los síntomas, estos comportamientos se tornan repetitivos y compulsivos buscando el mismo resultado posteriormente.

A continuación se realiza una descripción y explicación de las mencionadas compulsiones.

## **1.2 Compulsiones:**

Según Carmenate (2020) “la palabra compulsión viene del latín *compellere* y significa obligar a hacer. Son actos irreprimibles de carácter repetitivo cuya ejecución no se puede impedir...se pretende evitar un determinado acontecimiento y se traduce en un descenso transitorio de la tensión del sujeto” (s/p).

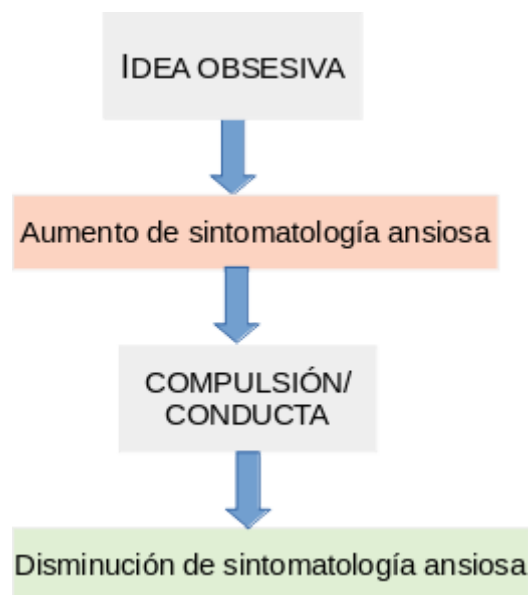
Las compulsiones son las conductas o rituales presentes en el sujeto que se generan a partir de la aparición de un pensamiento/imágen obsesivo, con el objetivo de aliviar el malestar producido por estos. Cuando la persona que posee este trastorno emite determinada conducta y cree que la misma atenúa las consecuencias que conllevan las

obsesiones, la vuelve a repetir en un momento posterior, o bien cada vez que se le presente un pensamiento/imágen intrusivo, buscando obtener los mismos resultados, de esta forma, esas conductas se tornan reiteradas y compulsivas (APA, 2013).

A mi entender lo podemos imaginar como sujetos víctimas de un “amuleto de la suerte”, donde éste siente que en presencia del amuleto (en el trastorno, sería emitiendo una conducta compulsiva) sus malestares disminuyen con la creencia y la idea distorsionada que fue por poseer el amuleto (compulsión). El término víctima hace referencia a que éstos están tan arraigados a sus amuletos que en ausencia de ellos se potencia su sintomatología ansiosa y obsesiva (Ver Figura 2).

## Figura 2

*Esquema del funcionamiento de obsesiones y compulsiones en el TOC*



Nota. Recuperado de: Cascardo. E, Resnik.P (2018)

Elaboración propia (2020)

Las compulsiones en los niños frecuentemente anteceden a las obsesiones, en estos muchas veces el juego y las actividades lúdicas son confundidas con las conductas compulsivas ya que ellos experimentan con frecuencia la repetición de gestos, canciones, juegos donde se interacciona con adultos favoreciendo esta repetición con la intención que desarrollen nuevas habilidades. Sus compulsiones suelen comenzar con un único síntoma pero puede persistir por varios meses o años (Carmenate, 2020).

Siguiendo a Cascardo y Resnik (2018) las compulsiones pueden ser de tipo motor (como las conductas que requieren lavado de manos, decir frases, contar números, limpiar, etc) o de tipo mental, las llamadas compulsiones mentales (pensamientos repetitivos, frases, cálculos, en el ámbito del pensamiento). A su vez, existen las compulsiones de evitación, donde el sujeto para disminuir sus obsesiones evita ir a determinado lugar que tenga relación con la temática que potencia el malestar.

De esta forma:

“ La necesidad de calmar la angustia y la ansiedad que estas obsesiones conllevan es neutralizada mediante acciones compulsivas (conductuales o mentales) que, de resultar exitosas, proveerán un rato de alivio. Esas compulsiones o rituales, dado el bálsamo momentáneo que proveen, comienzan a ser instrumentadas cada vez con mayor frecuencia, de manera rígida y sistemática, dando lugar a un círculo vicioso: aparece la idea obsesiva, se la domina mediante la conducta estereotipada o ritual, vuelve la idea obsesiva” (Cascardo, Resnik, 2018 p.37).

### **1.3 Prevalencia y Pronóstico:**

Torres y Lima (2005, citado en Hanstede, et al, 2008) refieren que estudios de diversos países muestran una prevalencia media de por vida del 2% al 2,5% de la población para ser diagnosticados con TOC.

Tomás, Bassas, Casas (2005) siguiendo los resultados de los estudios de la ECA (Epidemiologic Catchment Area), establecieron una prevalencia del TOC de entre el 1,2 y el 2,4 % de la población, anualmente y de por vida respectivamente. Estos autores establecen que el TOC es el trastorno más común después de la depresión mayor y las fobias.

A su vez, los mismos expresan ciertos antecedentes en la prevalencia del TOC, tales como, Berman (1942) encuentra el “fenómeno obsesivo-compulsivo” en 6 de 2800 pacientes,

representando un 0,2%. Judd (1965), en un estudio retrospectivo encontró 5 casos de 425 historias pediátricas, un 1,2%. A su vez, en 1980, Hollingsworth et al, encontraron 17 casos de TOC entre 8367 pacientes, equivalente a un 0,2 % de la población.

Siguiendo a la APA (2013) la prevalencia del Trastorno obsesivo compulsivo es anualmente en Estados Unidos de 1,2%, siendo las mujeres en edad adulta las más afectadas y los varones suelen tener mayor afectación en la infancia.

En relación a la edad de inicio del trastorno, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) visualizó que los niños tendían a tener un inicio de la enfermedad más temprano, alrededor de los 9 años, las niñas, tienen un comienzo más tardío, propensas a padecer el trastorno durante la adolescencia (Tomás, et al, 2005). A su vez Jenike, 2004; Singh et al., 2004 (citado en Hanstede, et al, 2008) señalan que hay un período de tiempo promedio de 17 años entre el inicio de los síntomas y tratamiento apropiado.

En Estados Unidos, un 25% de los casos se inician a los 14 años, la aparición de la sintomatología mayormente es de forma gradual o aguda (APA, 2013).

En cuanto a los factores pronósticos del TOC, si el trastorno no es tratado el curso suele ser crónico con síntomas crecientes y decrecientes. Sin acceso al tratamiento no suele haber remisión en la población adulta, y el inicio en la infancia o adolescencia conduce a una cronicidad del trastorno, solo un 40% de la población podría tener remisión en edad adulta (APA, 2013).

Tras diversos estudios, se investigaron una serie de factores que influyen en el TOC: Factores positivos como son la respuesta al tratamiento farmacológico, tratamiento con terapia cognitivo conductual y cumplimiento de tareas que desde allí se brindan. Por otro lado, se plantean factores que influyen de manera negativa en la aparición y mantenimiento del trastorno, tales como psicopatología de los padres, presencia o posterior aparición de tics, alteración de rasgos de personalidad, demora en comienzo del tratamiento, conflicto familiar que interfiera en el tratamiento de la terapia cognitivo conductual, y por último una dificultad en el transcurso del TOC es que por momentos la aparición de otros trastornos interfieren con este (Comorbilidad, ver siguiente apartado) (Vázquez, et al, 2003).

#### 1.4 Comorbilidad:

Tal como se hacía referencia anteriormente, la comorbilidad en el Trastorno Obsesivo Compulsivo dificulta en un principio establecer una intervención clara y acertada ya que es posible padecer comórbidos otros trastornos.

Es así que muchas de las personas que padecen TOC, sufren también otra patología asociada a este. Las más frecuentes son la ansiedad y la depresión.

Siguiendo por esta línea, con frecuencia el TOC presenta comorbilidad con trastornos como: un 76% de los adultos con TOC padecen de trastornos de ansiedad siendo esta la patología con mayor comorbilidad en el curso del trastorno. Un 63% padece de trastorno depresivo o bipolar (41% con trastorno depresivo mayor), siendo otras de las condiciones más comunes que aparecen asociadas a la patología principal. Con el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo la comorbilidad es del 23 al 32% (APA, 2013).

Asimismo, en la mitad de los individuos con TOC, se producen pensamientos suicidas y en una cuarta parte de las personas con el trastorno se presentan los intentos de autoeliminación (APA, 2013).

Autores como Tomás et al (2005) también presentan el porcentaje de patologías comórbidas al TOC, estos refieren que un 40% de los sujetos presentan trastornos de ansiedad de los cuales las fobias representan un 17%, trastorno de ansiedad generalizada 16%, trastorno de ansiedad por separación 7%.

Los trastornos afectivos aparecen en un 39% de la población con TOC, de los cuales un 26% cursa una depresión mayor y el 13% un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Otra de las patologías comórbidas más frecuentes es el trastorno de tics en el 31% de la población.

Por último en un porcentaje menor se presentan como trastornos comórbidos el trastorno oposicionista desafiante en el 11%, el trastorno por déficit de atención un 10%, la anorexia nerviosa un 8%, el trastorno de conducta en el 7%, la enuresis en 4% y encopresis en un 3% de la población con TOC como patología principal (Tomás, et al. 2005).

Por otro lado, la patología que nos convoca sufre el riesgo de ser subdiagnosticada, como es el caso de la infancia donde es probable que a causa del frecuente “secreto” de que afecta algo en los niños, y a su vez el rendimiento escolar que generalmente no disminuye (como indicador de bienestar en el niño), se produce la realización de un

diagnóstico incorrecto o directamente no se trata su padecer por la falta de introspección de este (Vázquez, et al. 2003).

De esta forma, al ser el TOC un trastorno concomitante, es preciso realizar diagnósticos diferenciales y proceder a una intervención psicológica que aborde los síntomas que generan.

### **1.5 Factores de riesgo:**

Cuando se habla de “factores de riesgo” se explicitan las variables que predisponen a un sujeto a mayor probabilidad de desarrollar el TOC.

El DSM V (APA, 2013) distingue tres categorías de factores de riesgo frente al trastorno obsesivo compulsivo: factores temperamentales, factores ambientales y factores genéticos/fisiológicos.

Por otro lado, Rodelo, Villabona, Galván (2019) en una reciente investigación sobre los factores desencadenantes del TOC, concluyeron que el primer factor de riesgo que desencadena la aparición del trastorno se relaciona con las alteraciones neuroquímicas (36%), seguido de factores genéticos (25%), patologías clínicas (20%), factores estresantes ambientales (15%) y por último las características de personalidad con rasgos obsesivos (3%).

De esta forma, el primer factor referido a las alteraciones neuroquímicas resulta cuando los neurotransmisores y otras moléculas como las drogas neuroactivas que influyen en la función de las neuronas, se alteran produciendo dificultades en la operación de la red neuronal (Rodelo, et al. 2019).

El DSM V (APA, 2013) en su clasificación de factores fisiológicos remite a la implicación de la corteza orbitofrontal, de la corteza cingulada anterior y del cuerpo estriado (posteriormente se desarrollará este punto).

Los factores de riesgo genéticos señalan una gran frecuencia del trastorno en pacientes con familiares de primer grado con diagnóstico de TOC. Los hermanos homocigóticos tienen más predisposición que los hermanos heterocigóticos (Carmenate, 2020). En trastornos como el TOC, pero también en TDAH, esquizofrenia, entre otros, surgieron varias investigaciones sobre los factores de riesgo perinatal que proponen como un

relevante factor de riesgo el tabaquismo gestacional, el embarazo con presentación podálica, un parto por cesárea, parto pre término, peso al nacer entre los 1501 y 2500 g (Lozano.A, 2017).

Cascardo y Resnik (2018) refieren que la incidencia de TOC en hijos de padres biológicos afectados es mayor a la de la población general, aún así si el sujeto es criado por padres adoptivos; es así que el factor “heredobiológico” está puesto en juego.

Esta cuestión de adquirir el trastorno de padres adoptivos, da cuenta de la influencia del factor ambiental y/o de aprendizaje que surge más allá de variables biológicas/genéticas; esta forma como causante del trastorno es un tema con escasa información, propicio para futuras investigaciones.

Los factores de riesgo ambientales refieren al maltrato físico/sexual durante la infancia del sujeto así como otros sucesos estresantes. A su vez, hay niños que desarrollan el TOC asociado a factores tales como agentes infecciosos y síndrome autoinmune postinfeccioso (APA, 2013). Eventos traumáticos evaluados como excedentes o desbordantes tales como la aparición de enfermedades, problemas de pareja, el fallecimiento de un ser querido, la educación recibida en la infancia de forma demasiado rígida, abusos sexuales, entre otros (Rodelo, et al. 2019).

Por último, los factores temperamentales son los referidos a la personalidad, interiorización, inhibición comportamental, emotividad negativa (APA, 2013), rasgos permanentes que pueden llevar a tener rasgos característicos obsesivos, pudiendo ocasionar la aparición del TOC cuando no son manejadas (Rodelo, et al. 2019).

A continuación se procede a explicar la etiología o causas que inciden en la aparición del TOC.



## 1.6 Etiología:

La etiología del TOC parece ser multifactorial, las áreas mayormente implicadas en la misma son factores de tipo neurobiológicos, neurocognitivos, genéticos, entre otros.

Urbistondo, Macbeth, Kichic, Ibáñez (2011) exponen al “modelo frontoestriado” como “aquel que provee mayor evidencia y explica de manera más acabada los fenómenos neuropsicológicos del TOC” (p.120), las áreas cerebrales vinculadas a este modelo son la corteza cingular anterior (CCA), ganglios basales y corteza orbitofrontal, las mismas han sido funcionalmente asociadas a los déficits neurocognitivos de los pacientes con este trastorno.

Winston y Saif (2017) hacen referencia a las respuestas de alarma que genera el cerebro al reaccionar a situaciones estresantes, estas son la liberación de adrenalina, aumento de la frecuencia cardiaca, cambios en la respiración, hipervigilancia, y muchos otros cambios en la percepción.

Según estos autores, la amígdala es la receptora de las respuestas de alarma, activa los estímulos de miedo y peligro como respuesta a desencadenantes que no constituyen realmente un peligro, pero el sujeto actúa en concordancia con la respuesta generando un malestar significativo tornándose vulnerable a los pensamientos invasivos que se toman como predictivos.

En relación al área neurocognitiva, Clark et. al. (2009, citado en Urbistondo, et al, 2011) expresan que el TOC se caracteriza por un procesamiento y decodificación erróneo de la información .

A su vez se han reportado fallas en la memoria de reconocimiento y de trabajo, asociadas a problemas de control ejecutivo (Cielsielski et. al. 2010, Papageorgiu et. al. 2003, citado en Urbistondo, et al, 2011 ). La sintomatología del TOC está conectada con las dificultades en la planificación y en las funciones ejecutivas debido a la hipoactivación de los circuitos fronto-estriados durante el control inhibitorio (Urbistondo, et al. 2011).

Las alteraciones neuropsicológicas se integran a la etiopatogenia del TOC, ya que existen investigaciones sobre la relación de las bases neuroanatómicas y neurofisiológicas y el trastorno. Una disfunción primaria ante la presencia del TOC, es la alteración de

funciones ejecutivas tales como la planificación y modificación de conductas, también implicándose en este proceso las áreas frontoestriatales (Carmenate, 2020).

Martínez y Piqueras (2008) realizaron un estudio sobre el funcionamiento neuropsicológico en el TOC, donde se concluyó que este trastorno trae arraigado problemas en la capacidad de inhibición de respuestas, en la capacidad para cambiar el foco atencional y en la capacidad de planificación. De esta forma, se implicaría una alteración de los circuitos y áreas frontoestriatales.

En cuanto a las investigaciones sobre memoria verbal y no verbal en el TOC, se encontró que la memoria verbal no se encuentra afectada, mientras que sí lo está la memoria no verbal.

Una hipótesis que generó este estudio es que la disfunción cognitiva podría ser una característica general del TOC y de otros trastornos relacionados, pero a su vez resaltan que hay escasos estudios sobre la comparación neuropsicológica de subtipos de TOC y concluyeron que algunos efectos se deben a la medicación y otros estudios incluían a pacientes comórbidos con otros trastornos (Martinez, Piqueras, 2008).

En relación a los factores genéticos/ familiares en la etiología del TOC, es posible que estos factores se asocian con el aprendizaje de comportamientos dependiente de variables ambientales (modelo conductista). La perspectiva de la teoría de aprendizaje y los modelos conductistas explican el mantenimiento de rituales obsesivos, pero no así la aparición de pensamientos obsesivos, cuya génesis es más incierta (González, et al., 2013).

## **1.7 TOC: Principales tratamientos**

Al momento de buscar orientación o información sobre el tratamiento oportuno para un trastorno determinado, es importante tener en cuenta las “guías clínicas”, cuyo documento brinda recomendaciones basadas en la evidencia sobre las posibles formas de intervención frente a la patología a tratar.

Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté, Villalba (2004) refieren a la variedad de terapias que se utilizan y cuáles de ellas podrían corresponder según la singularidad del consultante. Estos refieren que “las guías clínicas ... son, en esencia, recomendaciones dirigidas a las personas involucradas en el cuidado de la salud, con el fin de mejorar la atención” (Bernardi et al, 2004. p,101).

Aquí presentan la importancia de los tratamientos con evidencia empírica, donde para ser considerada como tal “una psicoterapia debería basarse en la comparación de los resultados con un grupo control (sin tratamiento, con tratamiento alternativo o placebo), utilizando ensayos clínicos randomizados o diseños similares” (p. 115).

- Siguiendo a Janardhan Reddy, Shyam Sundar, Janardhanan Narayanaswamy, Suresh Bada Math (2017) varios son los tratamientos pertinentes para el TOC:

- Tratamiento farmacológico: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son significativamente más eficaces que el placebo en el tratamiento del TOC, la clomipramina es significativamente más eficaz que el placebo en varios estudios. Se ha demostrado eficacia de la clomipramina en cuanto a la disminución de la sintomatología obsesiva y aumentando la neurotransmisión serotoninérgica (Aldaz. J, Sánchez. M, 2005). Los antidepresivos serotoninérgicos, fueron comprobados efectivos en este trastorno con una tasa de respuesta del 40 al 60% (Didonna, 2009).

Otro de los fármacos es la venlafaxina, un inhibidor de la recaptación de serotonina-noradrenalina con acción serotoninérgica preferencial.

Según estos autores alrededor del 40-70% de los pacientes muestran una respuesta adecuada a un ensayo de ISRS con una tasa de remisión del 10-40% (Janardhan Reddy, et al. 2017).

A su vez, Vásquez .R, Rodríguez. E, Martín. E, Rodríguez. J (2003) también refieren al tratamiento del TOC donde la clomipramina y los inhibidores de recaptación de serotonina son fundamentales para disminuir los síntomas que genera este trastorno.

- Tratamientos neurológicos: Neurocirugía ablativa cuyo procedimiento implica la producción de lesiones en regiones específicas del circuito CSTC (cortico- estriado- tálamo-cortical), que se supone disfuncional en el TOC.

La estimulación cerebral profunda (DBS) es un procedimiento potencialmente reversible que implica la estimulación de alta frecuencia de electrodos implantados en el cerebro. Un metaanálisis reciente encontró una tasa de respuesta del 60% con una reducción media de Y-BOCS (Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale) de alrededor del 45% (Janardhan Reddy, et al. 2017).

- Tratamientos psicológicos: Terapia Cognitivo Conductual (TCC) / Exposición con Prevención de Respuesta (EPR).

Según Janardhan Reddy, et al. (2017) todas las pautas de tratamiento sugirieron el uso de la TCC como una opción de tratamiento de primera línea, incluyendo la EPR, siendo este el componente más importante de la TCC junto con la modificación de creencias. Otras de las terapias psicológicas efectivas para el TOC son: la Terapia de Aceptación y Compromiso cuyo objetivo es mejorar la flexibilidad psicológica a través de la práctica de la aceptación, la atención plena y ejercicios de compromiso. El entrenamiento para el manejo del estrés y la relajación; la Terapia cognitiva basada en la Atención Plena cuyos datos preliminares sugieren su utilidad en el tratamiento del TOC; los tratamientos familiares inclusivos que tienen como objetivo incluir a los miembros de la familia en el tratamiento para mejorar el funcionamiento familiar y la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR).

A raíz de esto se puede recomendar la monoterapia con TCC / EPR en pacientes leves a moderados y en pacientes gravemente enfermos se recomienda una combinación de TCC e ISRS (Janardhan Reddy, et al. 2017).

- Más allá de estos resultados, otras investigaciones revelaron que la farmacoterapia es asociada con una alta tasa de recaída en la interrupción completa del tratamiento con un 80-90% (Zohar-Kadouch, Zohar, 1998 citado en Didonna, 2009).

Siguiendo por esta línea, se han planteado limitaciones en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Prevención de Exposición y Respuesta (EPR), donde se puede asociar a la EPR con una tasa de abandono significativa de tratamiento (25%) debido a la naturaleza inductora de ansiedad (Kyrios, 2003 citado en Didonna, 2009).

Restovich, Barrios, Bordón, Ferrigno (2017) citando a varios autores plantean que a pesar de su demostrada eficacia, el tratamiento con TCC presenta ciertas limitaciones, tal como que un 20 o 30% de los pacientes con TOC la rechazan o abandonan y un 40% de quienes completan el tratamiento no muestran mejoría o respuesta significativa.

La EPR tiene como limitación en varios casos los altos montos de ansiedad que puede generarse en la exposición, un 50% de los pacientes no se compromete o abandonan el tratamiento (Foa et al. 2005, citado en Wilkinson-Tough et al. 2010).

## 2- Terapias Cognitivo Conductuales

A raíz de los cambios en las terapias a través del tiempo y sumado a estas limitaciones que vienen surgiendo, Steven Hayes resalta la necesidad de agrupar las terapias, de esta forma, llama “Tercera Ola de Terapias de Conducta” a las recientes terapias desde la tradición conductual.

Hayes (2004) llamó “Primera ola de terapias” o “Terapias de primera generación” a las llevadas a cabo a comienzos del siglo XX donde los psicólogos conductistas (que estaban en oposición al psicoanálisis freudiano) irrumpieron en el área de la psicología, comenzando por los estudios de Watson y Skinner. Estos pretendían superar las limitaciones de teorías predominantes psicoanalíticas en ese momento, para ello se crearon teorías basadas en el comportamiento humano validadas científicamente, focalizadas en conductas a partir de los principios de aprendizaje y condicionamiento.

Siguiendo por esta línea, Mañas (2006) refiere que estas últimas terapias no fueron eficaces en todos los tratamientos psicológicos para adultos, surgiendo de esta forma las “Terapias de segunda ola”.

Las “Terapias de segunda generación” o “Terapias de segunda ola” surgen en los años sesenta, con los estudios de Beck, Ellis, Meichenbaum, entre otros; éstas expresan que los pensamientos y cogniciones son la principal causa de las conductas. Muchas de estas teorías son las denominadas “teorías cognitivo conductuales” (Hayes, 2004, citado en Mañas, 2006).

Como la idea de estos autores era que un pensamiento genera conductas, se ligó a los pensamientos como punto central de las intervenciones con el objetivo de modificar o reducir malestares. Mañas (2006) significa que “si la causa de la conducta es el pensamiento... se ha de cambiar el pensamiento... para cambiar la conducta” (p.29). Pasadas varias investigaciones y experiencias se concluyó que a pesar de la gran eficacia de estas teorías y técnicas, las mismas no logran resolver todas las problemáticas ya que en parte se utilizan las técnicas de la “terapia de primera generación”, y por otro lado se investigó que en varias situaciones los intentos de reducción de eventos privados (cogniciones, actos mentales) genera en muchos casos efectos contrarios incrementando en intensidad y frecuencia (Mañas, 2006).

Es así como surgieron los estudios de las “Terapias de Tercera Generación” (TTG).

Parafraseando a Hayes (2004) la TTG está enfocada en principios de aprendizaje, sensibles al contexto y a las funciones de fenómenos psicológicos. Estas buscan la construcción de repertorios amplios y flexibles en lugar de tender a la eliminación de problemas previamente definidos. La “Tercera ola” o “Terapias de Tercera Generación” reformulan y sintetizan generaciones previas de terapias cognitivo conductuales conduciéndolas a la espera de mejor comprensión y resultados.

Estos tipos de terapias están focalizadas en la alteración de la función psicológica del evento privado a través de la alteración de contextos verbales donde los eventos cognitivos resultan problemáticos, la forma de intervención está basada en la experimentación. Se basan en una filosofía contextualista en lugar de mecanicista, dicha filosofía refiere focalizarse en un evento de forma holística tomándolo como un todo.

Siguiendo a Barraca (2009) las TTG poseen un planteamiento contextual, con un énfasis singular al análisis de la funcionalidad de la conducta, al contrario de centrarse en la desaparición del síntoma, la flexibilidad es el criterio de adaptación ante los problemas, siendo de relevancia la despsiquiatrización o desmedicalización de las categorías diagnósticas tradicionales.

Las TTG son sensibles al contexto con el objetivo de comprender la naturaleza y especificar metas las cuales son aplicadas bajo criterio de verdad pragmática.

Los distintos tipos de Terapias de Tercera Generación son: Terapia de aceptación y compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia de Conducta Dialéctica, Terapia Integral de Pareja, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mañas, 2006).

En este caso me enfocaré en el estudio del Mindfulness, el tipo de terapia basada en la atención plena.

La elección de esta terapia fue por interés personal, más allá de la conocida práctica referida a la meditación, me interesa conocer sus bases, principios, protocolos. Al practicar este tipo de terapia, uno suele visualizar los resultados que se logran, pero no se cuestiona los mecanismos, el cómo se logra la efectividad.

Es una temática que resulta sumamente atractiva y está teniendo trascendencia a nivel mundial por lo cual su estudio es sumamente relevante.

## 2.1 La terapia del Mindfulness

“Las vidas tan ajetreadas que llevamos en esta cultura controlada por la tecnología, que consume toda nuestra atención, suelen dar lugar a un frenesí de actividad multitarea que lleva a las personas a hacer constantemente, lo que no deja espacio alguno para respirar y limitarse a ser”

(Daniel Siegel, 2010)

Mañas (2009) manifiesta que el mindfulness tiene su origen en el Budismo Theravada correspondiendo con un tipo de meditación denominada meditación “vipassana bhavana” que significa “plena consciencia de la respiración”. El mismo irrumpió hace treinta años en Estados Unidos como tratamiento en la Psicología Clínica con el objetivo de contribuir al alivio del sufrimiento humano.

Walsh y Shapiro (2006, citado en Didonna, 2009) refieren que el budismo, se centra en la mente humana y en la consciencia como materias primarias de la investigación introspectiva, visualizandola como una génesis de la alegría y del sufrimiento.

Parfraseando a Siegel (2010), fue en la década de 1970, que Jon Kabat-Zinn, quien ha estudiado el mindfulness y su inclusión en la medicina moderna, en el centro médico de la Universidad de Massachusetts, inició la clínica de Reducción del Estrés Basada en el Mindfulness (MBSR) para personas con variedad de enfermedades crónicas, pudiendo demostrar que la formación en MBSR podía contribuir a reducir los estados de sufrimiento, mejorar el funcionamiento del sistema inmunitario, fomentar las relaciones interpersonales y alcanzar una sensación de bienestar.

Desde la perspectiva del mindfulness se visualizó que la meditación opera a través de mecanismos psicológicos tales como la relajación, la exposición, la desensibilización, la deshipnosis, la desautomatización, la catarsis y el contracondicionamiento (Murphy y Donovan, 1997 citado en Didonna, 2009).

La consciencia basada en la atención plena se ha incorporado a las intervenciones que abordan una variedad de afecciones de salud mental, esta fomenta un enfoque en el momento presente, incluye apertura, receptividad sin juzgar enfatizando en aceptar la

realidad tal como aparece sin tratar de cambiarla o modificarla simplemente observar y aceptar, la misma cultiva variedad de técnicas todas ellas con componentes meditativos Didonna (2009).

A continuación se presentan las definiciones de “mindfulness” según diversos autores:

**Tabla 2**

*¿Qué es el Mindfulness?*

Autor/ Autores	Definición de Mindfulness
Hanh (1976)	“Es el mantenimiento de una consciencia viva a la realidad del momento presente”
Marlatt y Kristeller (1999)	“Es el mantenimiento de una atención completa a la experiencia momento a momento”
Brown y Ryan (2003)	“Es una atención y consciencia receptiva a los eventos y experiencias presentes”
Kabat-Zinn (2003)	“Es la consciencia que emerge a través de poner atención intencional, en el momento presente, de manera no condenatoria”
Baer (2003)	“Es la observación no condenatoria del fluir de toda la estimulación externa e interna tal como ella aparece”
Bishop y Col (2004)	“Es la autorregulación de la atención para que se mantenga en experiencia inmediata, lo que permite un mayor reconocimiento de los eventos tales en el momento presente”
	“Es la acción de desarrollar y mantener un determinado tipo de atención especial a la



Mañas (2007)	experiencia presente, momento a momento, con una actitud de aceptación radical, libre de todo control y juicios de valor”
--------------	---

Nota. Recuperado de: Mañas (2009)

A raíz de las definiciones presentadas se puede destacar que esta práctica proporciona experiencias repetidas, la capacidad de relacionarse con los pensamientos como eventos pasajeros facilitando en una relación de atención, no cognitiva, frecuentemente corporal, donde la experiencia con pensamientos puede registrarse como simplemente otro evento en la conciencia (Teasdale, 1999, citado en Didonna, 2009).

La respiración tomada como un “ancla” clara y firme para los sujetos que traen su conciencia al momento presente, una forma de volver a la atención en su mayor plenitud, limitando la presencia de pensamientos rumiativos.

## 2.2 Principios del Mindfulness

A diferencia de la TCC estándar, en las intervenciones basadas en Mindfulness el objetivo principal no es modificar el contenido de pensamientos y cogniciones, sino generar un cambio en la forma que tienen las personas de relacionarse con este.

Se realiza un cambio en el enfoque, abandonando la perspectiva de pasado o futuro, condicionado por rumias, y prestando atención al momento presente desarrollando de esta forma un proceso de descentramiento y desidentificación de la experiencia personal (Segal et al., 2002, citado en Didonna, 2009).

Es así que la atención plena es facilitadora de crear una postura de observación a la experiencia interna, permitiendo que los sujetos acepten sus pensamientos tal como suceden y puedan diferenciarlos de la realidad (Didonna, 2009).

Las habilidades de atención sostenida se refieren a la capacidad de mantener un estado de vigilancia durante períodos prolongados de tiempo (Parasuraman, 1998; Posner y Rothbart, 1992 citado en Didonna, 2009) como se requiere para mantener una conciencia de experiencia. Las habilidades que se generan con la práctica le permiten al sujeto devolver la atención a un enfoque consciente (por ejemplo, la respiración). Cambiar implica

flexibilidad de atención para que uno pueda alterar el foco de un objeto a otro (Posner, 1980 citado en Didonna, 2009).

Ronald, Siegel, Germer, Olendzki (2009) refieren que el mindfulness se puede cultivar “así cómo podemos mejorar la aptitud física mediante ejercicio físico, podemos desarrollar la atención plena a través de prácticas” (p.53).

Parafraseando a estos autores, se significan aspectos que el mindfulness no implica: no trae consigo tener la mente en blanco, aunque las prácticas de concentración intentan vaciar pensamientos de la mente, este no es un objetivo de la atención plena, a su vez no hay pérdida de las emociones debido a que la atención no alivia la carga de la emoción, por el contrario al practicar esta meditación, al notar el contenido de la mente, las emociones pueden ser más intensas. En este punto Labrador (2011) refiere que la atención plena posibilita que las personas permitan que sus emociones y cambios fisiológicos activados por el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) se regulen de acuerdo a su sistema de autorregulación (atención, concentración, experiencias), es así que la falta de información sensorial, como técnicas de control, distracción, no atender de forma intencional, impide la información necesaria para que tengan lugar los modos de aprendizaje.

La práctica del mindfulness no implica escapar del dolor, en su lugar, aumenta la capacidad de soportarlo. Por otro lado, éstos refieren al mindfulness cotidiano lo que implica recordarse en el día lo que sucede en el momento, notando las sensaciones que experimentamos (Siegel, et al, 2009).

El mindfulness consiste en “despertarse de una vida en piloto automático y en ser sensible a la novedad en nuestras experiencias cotidianas” (Siegel, 2010, p.24). La meditación del “mindfulness” abre la posibilidad de conectar en el momento presente con las sensaciones, sentidos y experiencias que surgen en el momento; concentrarse en la respiración como una vía de conexión con el ahora, y a su vez ser conscientes de los pensamientos o preocupaciones que irrumpen sin necesidad de juzgarlos negativamente “no aferrarse a los juicios de valor...simplemente observar” (Jon Kabat-Zinn, 2003 citado en Siegel, 2010, p.27).

Autores como Goldstein y Stahl (2016) manifiestan que por lo general los sujetos solemos pensar en imágenes, con palabras o bien con una mezcla de ambas, pero aún así la mayor parte del tiempo no somos conscientes de lo que ocurre en nuestra mente. Es así

que plantean que al observar los pensamientos con atención plena, una de las cosas que daremos cuenta es del “diálogo interno” que tenemos, y con esta meditación es posible visualizar estos pensamientos que constantemente surgen y cómo los dejamos ingresar a la conciencia, de esta forma se intenta liberar de que esos pensamientos nos dicten cómo somos y lo que creemos. Se aprende que aunque hayan distracciones que irrumpen en la mente, cuando se está aplicando el ejercicio de atención plena siempre está la posibilidad de renovar la intención de permanecer presente manteniendo la atención en la respiración. Generalmente las personas tienden a verse dominadas por eventos internos que emergen hasta parecer perder el control de los pensamientos generando estos el poder, con esta técnica, la meditación cuando esto ocurre pretende tomar conciencia de ello y la persona da cuenta de que estamos inmersos continuamente en un flujo de pensamientos que aparecen en una sucesión muy rápida independientemente de nuestra voluntad, de esta forma, el problema no es eliminar los pensamientos que se generan sino desidentificarse de ellos (Didonna, 2009).

Siguiendo por esta línea, Baer et al. (2006) presentan un cuestionario donde describen cinco facetas existentes en el mindfulness: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar.

El componente atencional está compuesto por facetas relacionadas con actuar con conciencia y la observación de experiencias en el momento presente, mientras que el componente actitudinal del mindfulness fue capturado por facetas relacionadas con la suspensión del juicio (no juzgar) y las reacciones automáticas (no reactividad) en relación a las experiencias. Por último el quinto factor se relaciona con la tendencia a describir la propia experiencia para lograr ponerla en palabras.

A partir de las mencionadas facetas presentes en la terapia del mindfulness, diversos autores presentan componentes que a su parecer dan forma a dicha terapia.

En este sentido, el desarrollo de la atención plena se asocia con mejoras atencionales, a través de ésta, la persona puede aprender un nuevo sentido de equilibrio separándose de sus eventos mentales (Didonna, 2009).

Este proceso es llamado “desidentificación mental” (Marlatt y Kristeller, 1999) y da cuenta del aprendizaje del sujeto cuando comienza a relacionarse de otra forma con su experiencia interna y aprende a quitarle peso a su previa identificación que le generaba malestar.

Otro de los componentes que se ponen en juego en el ejercicio del mindfulness es el “descentramiento” Segal et al (2002), donde se produce en el sujeto un cambio en el contenido de sus pensamientos y éstos aprenden a diferenciar los pensamientos que representan la realidad de los que se producen como evento interno.

La desautomatización (Deikman, 2007) se define como la acción de deshacer la automatización de los órganos perceptuales dirigidos al entorno. De esta forma, “con la concentración es posible que la desautomatización permita la conciencia de nuevas dimensiones de la gran variedad de estímulos, un proceso de “expansión de la percepción”” (Cadavid, 2013 p.161).

El primer paso hacia la “liberación” se hace omitiendo el automatismo de forma que se “invierte” la condición humana, oponiendo resistencia a cualquier “instinto” y a cualquier función vital (Eliade, 2005 citado en Cadavid, 2013).

Re-Percibir (Shapiro et al., 2006) es un metamecanismo en el que los individuos pueden desidentificarse de los contenidos de la conciencia. Puede definirse como “una rotación en la conciencia que sirve para convertir en “objeto” aquello que previamente era “sujeto”” (Kegan, 1982 citado en Vázquez, 2018 s/p)

Siguiendo por esta línea, el mindfulness permite al individuo pasar de la identificación a la observación, tomar conciencia de que este no es la experiencia sino que se encuentra experimentando la misma. La re-percepción como forma de terminar con hábitos automáticos que generan malestar para pasar progresivamente a estar menos controlados por pensamientos que irrumpen. Generar una respuesta más flexible y adaptable en oposición a la respuesta rígida que experimentan los sujetos con TOC que se encuentran identificados con la experiencia por la que pasan. Es un mecanismo fundamental en el mindfulness ya que permite al sujeto desapegarse del hecho para observar la realidad de forma objetiva y consciente (Vázquez. E, 2018).

Otro proceso cognitivo relacionado es la “defusión cognitiva” (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), es a través de la defusión que se genera un cambio de perspectiva. Se define este proceso como el cambio de “yo como contenido”... al “yo como contexto” (Hayes et al, 1999).

Generalmente las personas nos “fusionamos” con nuestros pensamientos de manera que llegamos a creer rápidamente que nos define lo que pensamos, no asumimos que son algo externo. “Defusionarse” de esos pensamientos implica tomarlos menos al pie de la letra,

(Blackledge, 2018) por lo que el mindfulness genera la atención y conciencia provocando que demos cuenta que lo que surge del exterior sean pensamientos, preocupaciones, rumias son ajenas a nosotros.

Santamaría, Cebolla, Rodríguez, Miró (2006) refieren siete actitudes que se promueven con el ejercicio del mindfulness:

- 1- No juzgar observando la experiencia con imparcialidad
- 2- Tener paciencia, comprender que todo sucede a su ritmo
- 3- Conservar la mente de principiante, abandonar previas expectativas y atender en el momento presente cada vez como si fuera la primera vez
- 4- Tener confianza en la práctica, ser uno mismo, no imitar a nadie
- 5- No esforzarse por conseguir propósitos, simplemente dejar que la experiencia suceda siendo conscientes de lo que surja
- 6- Proceder a la aceptación, visualizar las cosas como realmente son en cada momento
- 7- Evitar apegarse a pensamientos, sentimientos o deseos

### **2.3 El Mindfulness y el Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Desde hace unos años, varias son las investigaciones que se vienen generando sobre los efectos de la terapia del Mindfulness en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), diversos autores postulan sus estudios de la técnica para el trastorno.

Desde una concepción biologicista, el Mindfulness actúa sobre el circuito orbitofrontal del núcleo caudado córtex-giro cingulado anterior, que es hiperactivo en personas con TOC (Schwartz, 1999, citado en Hanstede, et al 2008).

A su vez la meditación a largo plazo afecta a los ganglios basales, que juegan un papel en la rumia (Graybiel, 1998 citado en Hanstede, et al 2008).

Por otro lado, siguiendo a Didonna (2009) las personas que padecen de TOC tienden a cosificar su relación con las cogniciones considerando su relación con los pensamientos como meramente real, verdadera y permanente a la realidad. Se les da una importancia mayor a esos eventos que ocurren tornándose insoportables en la cotidianeidad. Cuando el sujeto se da cuenta de la impermanencia de sus eventos internos, tiene más capacidad de relacionarse con una nueva experiencia, mediante la respiración que funciona

como “ancla” que enraiza al momento presente, desarrolla un mayor nivel de tolerancia a lo que se torna automático y mantiene el síndrome obsesivo.

Didonna (2009) relata que el entrenamiento en mindfulness puede ser una intervención eficaz para neutralizar las tendencias a rumiar que tienen los individuos obsesivos dando pie a aprender una nueva relación con dichos pensamientos pudiendo reaccionar ante ellos de una forma no disfuncional como suelen hacerlo. De esta forma la atención plena interviene para brindarle a los pacientes un sentido más realista frente a la aparición de un pensamiento. Un enfoque basado en la atención plena para los trastornos de ansiedad y el TOC se basa en cambiar la forma en que los individuos se relacionan con su propia experiencia. La aceptación de lo que va sucediendo en pacientes con TOC implica un abandono consciente de la conducta que funciona como evitación (compulsión) experimentando las emociones y cogniciones a medida que surgen, sin crear juicios o valoraciones.

A su vez, la práctica de la atención plena permite a los sujetos que padecen de TOC desarrollar la capacidad de reconocer y aceptar pensamientos no deseados y emociones como alternativa a la activación de modos habituales, automáticos y preprogramados que propagan el malestar y la vulnerabilidad (Didonna, 2009). Es posible lograr durante la práctica del mindfulness, un proceso de observación en los pacientes con TOC donde toma conciencia de lo que le sucede y cómo va surgiendo, propiciando un descentramiento y desidentificación del trastorno a su persona.

De esta forma se produce un cambio en el “modo de hacer”, donde generalmente se tiende a la evitación o reducción de eventos internos, a un “modo de ser”, caracterizado por el contacto directo con la experiencia orientada al aceptar permitiendo sentir (Segal et al. 2002, citado en Didonna, 2009).

Siguiendo por esta línea, la atención plena podría facilitar a las personas que experimentan obsesiones y compulsiones a tener progresivamente el control de cómo manejar sus pensamientos, pudiendo aumentar la comprensión de los procesos metacognitivos que mantienen el trastorno (Bocci, et al, 2010). A su vez este enfoque que enfatiza en el no juzgar, puede abordar la autocensura que genera el miedo o humillación en el TOC (Fairfax, 2008, citado en Bocci et al, 2010).

Restovich, et al (2017) manifiestan que “Las intervenciones basadas en mindfulness permiten un enfoque holístico para el tratamiento de pacientes con TOC y no buscan la disminución de los síntomas sino que apuntan a modificar la forma en que las personas se relacionan con su experiencia interna” (p.316).

Singh et al. (2004) plantean que la práctica del mindfulness permite al sujeto aceptar los comportamientos obsesivos compulsivos como fortalezas e incorporarlos a su repertorio cotidiano. De esta forma esta terapia puede lograr una forma alternativa de relacionamiento con los pensamientos obsesivos rompiendo reacciones y compulsiones (Fairfax, 2008).

Al ser conscientes del presente, el mindfulness podría desviar la atención de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas; y las personas con TOC podrían percibir los eventos menos displacenteros de lo que son en el preciso momento en que ocurren (Madani et al., 2013).

### 3- Método

Para el desarrollo de este trabajo se tomó como punto de partida una revisión sistemática titulada “Revisión sobre los Efectos del Mindfulness en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo” (Restovich, Barrios, Bordón, Ferrigno, 2017). Es así que todos los estudios empíricos de esta temática previos al año 2017, no fue necesario sistematizarlos al contar con esta revisión (de igual forma se tendrán en cuenta los resultados obtenidos).

De esta forma se prosigue a realizar una revisión sobre la efectividad de la terapia del Mindfulness en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) entre los años 2017 y 2020, con el fin de contar con una revisión sistemática más actual.

Se procedió a desarrollar una revisión sistemática en las bases y portales: Timbó, Science Direct, Google Scholar, Pubmed, PsycInfo, utilizando los siguientes criterios de búsqueda: “Trastorno obsesivo compulsivo” -TOC- y “Mindfulness”; “Trastorno obsesivo compulsivo” y “Atención Plena”; “TOC” y “Efectos del Mindfulness”; “Obsessive Compulsive Disorder” -OCD- y “Mindfulness; “Obsessive Compulsive Disorder” y “Effects of Mindfulness”, entre otras combinaciones.

Se encontraron más de 5.000 artículos empíricos y revisiones en una primera búsqueda (ver Figura 3).

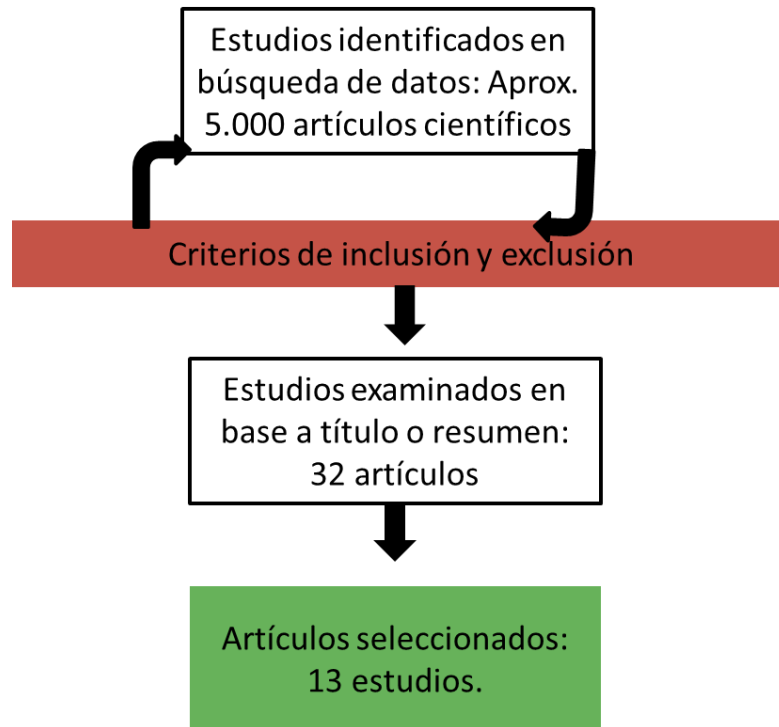
Luego se realizó un filtrado, seleccionando criterios de inclusión y exclusión, por lo cual se buscaron publicaciones empíricas en inglés y en español desde el año 2017 hasta el 2020 que evaluaran la efectividad de la intervención con mindfulness en el Trastorno Obsesivo Compulsivo. A su vez, se excluyeron los artículos con fecha de publicación previo al 2017, estudios que no fueran empíricos, monografías, libros, tesis y los que no evaluaban el efecto del mindfulness para el trastorno seleccionado.

Finalmente, se procedió a la lectura de 32 estudios y tomando en cuenta los filtros mencionados y realizando un análisis de los textos completos, fueron seleccionados 13 artículos.



**Figura 3**

*Selección de estudios para revisión sistemática*



Elaboración propia (2020)

#### 4- Resultados

Para realizar esta revisión, a los 13 artículos seleccionados, se le suman los 7 artículos revisados previamente, resultando un total de 20 estudios; de esta forma 16 de ellos fueron estudios controlados aleatorizados (ECA) y 4 fueron estudios de casos. En todos los estudios los participantes tenían diagnóstico de TOC de acuerdo a los criterios del DSM V. En varios de los estudios, el grupo control recibió psicoeducación sobre su trastorno de TOC, en otros estudios en el grupo control ingresaron participantes que se enfrentaron a la exposición con prevención de respuesta (EPR).

En seis de los estudios los participantes que recibieron sesiones de la terapia del mindfulness, ya habían completado previamente uno o más años de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y el objetivo de estos estudios fue investigar si la atención plena podría funcionar como terapia de aumento de la TCC.

Los resultados de la presente revisión (expuestos en Tabla 3) respaldan la eficacia de la terapia del Mindfulness para el TOC, principalmente en la disminución de los síntomas obsesivos compulsivos (Hertenstein et al. 2012; Madani et al. 2013; Patel et al. 2007; Singh et al. 2004; Wahl et al. 2013; Wilkinson-Tough et al. 2010; Zoysa, 2011, Key, et al. 2017; Selchen, et al. 2018; Cludius, et al. 2018; Hasani, et al. 2019; Strauss, et al. 2018; Emerson, et al. 2018; Kroska, et al. 2017; Didonna, et al. 2019).

A su vez, se evidenciaron efectos positivos tales como la reducción de síntomas depresivos (Singh et al., 2004); disminución del malestar subjetivo (Singh et al. 2004; Patel et al. 2007; Hertenstein et al. 2012; Key, et al. 2017; Selchen, et al. 2018, Didonna, et al. 2019); mejoría en las actividades laborales y académicas (Singh et al., 2004; Zoysa, 2011); aumento de las habilidades mindfulness (Hertenstein et al., 2012; Patel et al., 2007; Singh et al., 2004; Wilkinson-Tough et al., 2010; Zoysa, 2011, Key, et al. 2017; Selchen, et al. 2018, Didonna, et al. 2019); y mejoras en el estado de ánimo y en el sueño (Hertenstein et al., 2012).

Respecto a la escala de medición para el TOC, con esta terapia las puntuaciones Y-BOCS disminuyeron marcadamente uno o dos niveles (Palet, et al, 2007). En el grupo post TCC con las sesiones del Mindfulness también hubo una notoria disminución de rango (Wilkinson, et al. 2010; Selchen, et al. 2018; Didonna, et al. 2019).

Autores como Hertenstein, et al. (2012), Key, et al (2017), Cludius, et al. (2018) y Selchen, et al. (2018), estudiaron el programa de 8 semanas de mindfulness adaptado de Segal et al. (2013) para el tratamiento del TOC y los resultados proporcionan aceptabilidad, factibilidad, y eficacia.

A su vez, las estrategias basadas en la atención plena y la aceptación han demostrado ser beneficiosas para reducir la angustia asociada a los pensamientos intrusivos característicos de este trastorno (Landmann, et al, 2019; Hasani, et al. 2019).

Otro de los efectos que generó la práctica del mindfulness fue el descentramiento de la experiencia interna, motivando a los pacientes que participaron del estudio a observar sus pensamientos como pasajeros o transitorios, pudiendo devolver su atención al momento presente. Durante el transcurso de esta terapia, las personas aprendieron habilidades como la desconexión de sus rutinas u obsesiones disfuncionales y ser menos reactivos a la experiencia interna como una forma de reducir el riesgo de recaída depresiva (Segal et al. 2002; citado en Key, et al. 2017).

Siguiendo por esta línea, Wilkingson, et al. (2010) sugieren que las habilidades de atención plena, como la observación, la conciencia y la aceptación se consideran útiles para gestionar la fusión y la supresión del pensamiento y la acción.

A su vez, los participantes del grupo mindfulness notaron aumentos significativos en la no reactividad, lo cual podría permitir que las personas con TOC noten menos deseos de realizar compulsiones y elegir en su lugar comportamientos alternativos más adaptativos (Key, et al. 2017). Las facetas específicas de la atención plena están relacionadas con la actuación con conciencia y aceptación, mientras que no juzgar y no reactividad están relacionadas con experiencias menos negativas de los pensamientos obsesivos intrusivos (Emerson, et al. 2018).

La reducción de síntomas del TOC se asoció con un aumento en las habilidades de atención plena, en particular en las facetas de actuar con conciencia, no juzgar y no reactividad (Didonna, et al. 2019), de esta forma las facetas actuar con conciencia, no juzgar, no reactividad no fueron relacionadas con los síntomas del TOC (Kroska, et al. 2017).

Con relación a los estudios donde los participantes integraban los grupos MB- EPR, varios de estos concluyeron con el relato de los participantes que en su mayoría les pareció

favorable la integración de la atención plena con EPR para reducir síntomas ansiosos previo a la exposición (Strauss, et al. 2018, Hasani, et al. 2019, Leeuwerik, et al. 2020).

Con respecto al programa psicoeducativo que funcionaba en ciertos casos como grupo control (Lu. et al. 2018; Cludius, et al. 2018; Landmann, et al. 2020; Leeuwerik, et al. 2020), se concluyó que este grupo era favorable en los sujetos con diagnóstico de TOC ya que se les informaba sobre la etiología del trastorno, los factores de mantenimiento y se compartían estrategias personales para afrontar los padecimientos.

Por otro lado, se presenta la distracción utilizada por el grupo control (Wahl, et al. 2013), en este caso se concluyó que una estrategia basada en la atención plena reduce la ansiedad mientras que una estrategia de distracción no lo hace. Los datos ofrecen evidencia de que el uso de metáforas basadas en la atención plena durante una breve exposición con pensamientos obsesivos puede ser una alternativa útil a la distracción.

Por último es importante destacar que varios autores concluyeron que la terapia del mindfulness es un tratamiento efectivo para el TOC con potencial como terapia de aumento en los sujetos que posterior a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) presentan síntomas residuales o en ciertos casos, como una terapia independiente para dicho trastorno (Wilkinson, et al. 2010; Selchen, et al. 2018; Hasani et al. 2019; Didonna, et al. 2019; Leeuwerik, et al. 2020).

**Tabla 3**

*Estudios seleccionados para revisión*

<b>Referencia artículo</b>	<b>Muestra (n) y edad</b>	<b>Intervención</b>	<b>Duración</b>	<b>Resultados principales</b>
Singh, Wahler, Winton, Adkins (2004)	n= 1 Edad= 25	MCBT	16 semanas	El MCBT ayudó a adoptar una postura de aceptación hacia los pensamientos intrusivos, disminuyendo el grado de malestar subjetivo.
Patel, Carmody, Simpson (2007)	n= 1	MBSR	8 semanas	Se encontraron reducciones significativas en los síntomas del TOC, así como una mayor

				capacidad para evocar un estado de atención plena.
Wilkinson-Tough, Bocci, Thorne, Herlihy (2010)	n= 3	MBCT	6 semanas	Todos los participantes demostraron reducciones en las puntuaciones de la Y-BOCS por debajo de los niveles clínicos.
Zoysa (2011)	n= 1 Edad= 21	MBCT	14 semanas	El paciente reportó una mejora en su condición, disminuyó su tendencia a la rumiación y su ritual mental.
Hertenstein, Rose, Voderholzer, Nissen, Thiel, Herbst, Kulz (2012)	n= 12	Grupo MBCT o Grupo control	8 semanas	Dos tercios de los pacientes informaron una disminución de los síntomas del TOC.
Wahl, Huelle, Zurowski, Kordon (2013)	n= 30	Grupo MBCT o Grupo control	-	Los participantes que utilizaron MBCT experimentaron disminución de la ansiedad y del impulso a neutralizar sus pensamientos.
Madani, Kananifar, Atashpour, Hussain Bin Habil (2013)	n= 24	Grupo MBCT o Grupo control	4 semanas	Los resultados indican una correlación significativa entre el entrenamiento en mindfulness y la disminución de síntomas del TOC.
Key, Rowa, Bieling, McCabe, Pawluk (2017)	n= 38	Grupo MBCT o grupo control	8 semanas	23% de participantes MBCT experimentaron disminución significativa de síntomas de TOC, un aumento en su nivel de habilidades de atención plena y autocompasión, y aumentos significativos en la no reactividad.
Kroska, Kroska, Miller, Roche, Ohara * (2017)	<b>Estudio A</b> n= 53 Edad=Adolescentes	Estudio de intervención longitudinal para	-	A= La evitación se relaciono con síntomas de TOC. La atención plena se relaciono

	<b>Estudio B</b> n= 400 Edad= 16- 19	medir el trauma infantil		con síntomas de TOC, la evitación y la atención plena son determinantes para predecir los síntomas obsesivo compulsivos. B= El trauma se relaciono con el actuar con conciencia y no juzgar. Las facetas: actuar con conciencia, no juzgar, no reactividad no se relacionaron con los síntomas del TOC
Lu, Gao, Zhang, Cao, Chen, Liu, Zhang, Zheng, Sun, Bai, Wang, Didonna, Zhang, Fan (2018)	n= 120 Edad= 18- 54	Grupo MBCT, Grupo ISRS, o Grupo psicoeducación	10 semanas	El estudio tendrá relevancia para las decisiones sobre las opciones de tratamiento para los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo no medicados, aún no se llevaron a cabo resultados concretos.
Cludius, Landmann, Rose, Heidenreich, Hottenrott, Schroder Jelinek, Voderholzer, Kulz, Moritz (2018)	n= 125 Edad= 18- 70	Grupo MBCT o Grupo Psicoeducación	8 semanas	Los pacientes del grupo MBCT lograron una reducción significativamente mayor de las creencias obsesivas y una mejora de las creencias metacognitivas (MCQ).
Strauss, Lea, Hayward, Forrester, Leeuwerik, Jones, Rosten (2018)	n= 37 Edad= 18 o +	Grupo MB- ERP o Grupo ERP	10 semanas	MB- ERP puede no conducir a mejoras significativas en los resultados de la gravedad de los síntomas del TOC en comparación con el ERP solo. MB-ERP tiene el potencial de mejorar la atención plena en comparación con ERP.
Emerson, Heapy, Garcia-Soriano (2018)	n= 583 Edad= Media de 25 años	Grupo MBCT o grupo control	-	No juzgar, no reactividad y actuar con conciencia, predijeron menos

				uso de estrategias de control para los OIT.
Selchen, Hawley, Regev, Richter, Rector (2018)	n= 37	Grupo MBCT pre TCC o Grupo MBCT post TCC	8 semanas	Eficacia de MBCT para el TOC con reducciones significativas de los síntomas obsesivo compulsivos desde antes hasta después del tratamiento. MBCT para TOC podría ser una opción terapéutica, ya sea como complemento de la TCC cuando hay síntomas residuales o como tratamiento independiente.
Richter, Hawley, Da Silva, Rector (2018)	n= 33	Grupo MBCT o Grupo control	8 semanas	Se encontraron posibles beneficios clínicos de la práctica meditativa para pacientes que experimentan TOC.
Didonna, Lanfredi, Xoo, Ferrari, Rossi, Pedrini (2019)	n= 35	Grupo MBCT con elementos de TC, TAC o grupo control	11 semanas	Un tercio de los participantes mostró una reducción del 25% en el Y-BOCS, y el 40% de la muestra se asignó a una categoría de gravedad de Y-BOCS más baja después del tratamiento. La reducción de síntomas del TOC se asoció con un aumento en las habilidades de atención plena.
Hasani, Seyed, Khodabakhsh (2019)	n= 64 Edad= 25- 40	Grupo MBCT, Grupo MB- EPR o Grupo EPR	-	MB- EPR fue significativamente efectivo para reducir los síntomas obsesivo compulsivos. No se observaron diferencias significativas entre la exposición y la atención plena como grupos individuales.

Landmann, Cludius, Tuschen-Caffier, Moritz, Külz (2019)	n= 50	Grupo MBCT o Grupo control	-	El insight en el TOC está muy ligado a la situación e influenciado por su contexto temporal. MBCT ha demostrado ser beneficiosa para reducir la angustia asociada a los pensamientos intrusivos.
Landmann, Barbara, Tuschen-Caffier, Moritz, Kulz (2020)	n= 38 Edad= 18- 70	Grupo MBCT o Grupo Psicoeducación	-	La percepción fue significativamente mayor en el grupo MBCT con presencia de síntomas TOC que en el grupo psicoeducativo.
Leeuwerik, Cavanagh, Forrester, Hoadley, Jones, Lea, Rosten, Strauss * (2020)	<b>Estudio A</b> n= 25 Edad= 18 o +  n=14 Edad= 18 o +	A= Grupo MB-EPR o Grupo EPR  B= Grupo MBCT post TCC o Grupo control	10 semanas	A= Pareció favorable la MB-EPR, los participantes sintieron que tenía un beneficio para ERP y psicoeducación. B= Parecieron encontrar beneficios en la combinación de MBCT con TCC, sugiriendo que estos enfoques se complementan bien entre sí.

Elaboración propia (2020)

*Notas: \* Estudios con dos investigaciones; n= muestra; MBCT= Terapia cognitiva basada en Mindfulness; MBSR= Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena; TCC= Terapia Cognitivo Conductual; ISRS= Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina; MB-EPR= Exposición con Prevención de Respuesta basado en Atención Plena; EPR= Exposición con Prevención de Respuesta; OIT= Pensamientos Obsesivos Intrusivos; TC= Terapia centrada en la Compasión; TAC= Terapia de aceptación y compromiso; Y-BOCS= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman et al., 1989).*



## 5- Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática que sintetice la evidencia empírica sobre la intervención con atención plena/ mindfulness en el TOC.

Los resultados de la presente revisión que contempló la literatura disponible hasta la fecha, en general plantean que el mindfulness es un tipo de terapia eficaz para el tratamiento del TOC.

Varias facetas de la atención plena fueron efectivas sobre los síntomas obsesivos compulsivos presentes en este trastorno: la faceta de aceptación y actuar con consciencia sobre pensamientos obsesivos disminuyeron síntomas, compulsiones y el grado de malestar subjetivo (Singh et al. 2004; Patel et al. 2007; Hertenstein et al. 2012; Key, et al. 2017; Selchen, et al. 2018, Didonna, et al. 2019). La faceta no juzgar los pensamientos que irrumpen y en su lugar simplemente observar, potenciaron la reducción de síntomas (Singh et al. 2004; Patel et al. 2007; Wahl et al. 2013; Wilkinson-Tough et al. 2010; Emerson, et al. 2018; Leeuwerik, et al. 2020). Y la faceta de no reactividad potenció la disminución de la alteración del comportamiento como compulsiones en los sujetos con el trastorno (Key, et al. 2017; Emerson, et al. 2018; Didonna, et al. 2019).

Como la terapia del mindfulness presenta distintas facetas en su aplicación, muchos de los síntomas del TOC fueron disminuyendo al aumentar las habilidades en atención plena. Es muy relevante en el ejercicio del mindfulness, una posición libre de prejuicios y críticas sobre nuestras experiencias internas; una actitud sin prejuicios puede conducir a un cambio metacognitivo que fortalezca las creencias tales como "los pensamientos no son hechos", y debilitando las creencias desadaptativas consistentes con la fusión pensamiento acción (Hale et al., 2013, citado en Key, et al. 2017). La aceptación de la experiencia es valiosa en el tratamiento del TOC, el enseñar un estilo de respuesta alternativo a los pensamientos obsesivos reduciendo las respuestas habituales (Key, et al. 2017).

Planteado esto y siguiendo el discurso de los autores, se llegó a la conclusión que esta terapia podría ser de aumento (aumentar beneficios) para los sujetos que solo responden parcialmente a la TCC o como una terapia independiente para dicho trastorno (Selchen, et al. 2018; Didonna, et al. 2019; Leeuwerik, et al. 2020). En este sentido, la técnica de la atención plena podría ser favorable una vez culminado un proceso de terapia cognitivo

conductual con síntomas residuales, el primero potenciaría los efectos de este, o bien, según estos autores el mindfulness podría ser la terapia de primera línea para el TOC.

Didonna (2009) concluye que la atención plena ofrece una integración eficaz con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y con la Exposición con Prevención de la Respuesta (EPR) ya que la misma reduce la ansiedad y el alto riesgo de deserción en sujetos con TOC que inician una intervención cognitivo conductual basada en técnicas de exposición. Se puede pensar entonces, como la literatura expone, que la TCC es una de las terapias más recomendadas para tratar el TOC, la EPR es la técnica principal a utilizar en este tipo de trastorno, pero aun así, es posible que no todos los sujetos accedan a la exposición o bien que la TCC, según la persona, no sea del todo efectiva dejando síntomas residuales. De esta forma, con el estudio de la terapia del mindfulness, las investigaciones remiten muchas veces en palabras de los participantes, que se potencian los efectos de la TCC al incluir el componente meditativo a los efectos de su terapia previa (Strauss, et al. 2018; Selchen, et al. 2018; Didonna, et al. 2019, Leeuwerik, et al. 2020).

En cuanto a los efectos propios del mindfulness, según el estudio o la investigación, y tal vez según el número de la muestra, surgen discursos muchas veces contradictorios. Es así que con esta terapia los sujetos aprenden a observar sus pensamientos sin negarlos y sin haber requerido previamente un tratamiento (Singh, et al. 2004), o bien que los efectos registrados con la atención plena se mantienen prolongados en el tiempo (Patel et al. 2007). Pero por otro lado, otros autores refieren que en el seguimiento el usuario (en un estudio de caso) reportó que había abandonado la práctica del mindfulness resurgiendo así varios de sus síntomas (Zoysa, et al. 2011), a su vez se encontró que un tercio de los participantes que integraron el grupo MBCT no observaron ninguna mejora en los síntomas de TOC luego de la intervención (Hertenstein et al. 2012).

Esto me hace pensar que la terapia de la atención plena si bien es eficaz para tratar el TOC y en general los síntomas se redujeron en varios casos, también se encontraron efectos no esperables como el resurgir de los síntomas. Es propicio entonces dar cuenta que como todo tratamiento, es subjetivo según el padecer singular de cada sujeto, y a su vez muchas veces las muestras de los estudios son escasas pudiendo no comprobar en su totalidad la eficacia como terapia independiente.

Por otro lado, diversos autores concluyeron que los métodos de integración entre atención plena, y la exposición con prevención de respuesta (EPR), fueron significativamente efectivos para reducir los síntomas obsesivos compulsivos. De esta forma, el mindfulness combinado con la EPR generaron mayores resultados que la aplicación únicamente de la EPR. (Selchen, et al. 2018; Didonna, et al. 2019; Hasani, et al. 2019).

Tomando en cuenta estos resultados, se puede pensar que la EPR no es suficiente para el tratamiento del TOC, o bien que no todos los sujetos están dispuestos a realizarlo, pero cuando previo a esto se practica el mindfulness, es posible que la persona sea consciente del aquí y ahora y no juzgue su actuar, de esta forma tenga una nueva relación con su experiencia interna y al momento de someterse a la EPR lo haga de manera diferente. Sin embargo, Strauss, et al. (2018) manifiesta según su estudio, que agregar una intervención basada en atención plena al ERP puede no conducir a mejoras significativas en los resultados de la gravedad de los síntomas del TOC en comparación con el tratamiento únicamente con ERP. De igual forma remiten que la MB- EPR tuvo el potencial de mejorar la atención plena en comparación con la EPR.

Según diversos autores la potencia del mindfulness fue eficazmente comprobada en el tratamiento del TOC, y a su vez como se hace mención anteriormente, la EPR es una de las técnicas más utilizadas en sujetos con tratamiento de TCC, es posible que según la muestra del estudio y la singularidad de cada persona haya determinado estos resultados tan divergentes, donde por un lado parece más favorable la combinación de MB- EPR y por el otro remiten mayor efectividad con el tratamiento de la EPR.

A su vez, siguiendo con las divergencias encontradas en los distintos estudios, Landmann, et al (2020) plantean que en los pacientes con TOC que no hayan respondido totalmente a la TCC, la aplicación del mindfulness en ocho semanas puede ser insuficiente para producir cambios beneficiosos en la experiencia de la vida diaria del sujeto.

Al encontrar estas discrepancias con los planteos de otros autores, resulta interesante cuestionar si el programa del mindfulness es limitante en cuanto a número de sesiones o en cuanto al trabajo con sujetos con gran sufrimiento severo quienes normalmente tienen esquemas rígidos sobre y hacia su experiencia interna, de esta forma me pregunto: ¿Podría el mindfulness ser la técnica que potencie e integre a la TCC? ¿Y dentro de ella a la EPR?.

Sabiendo que está estudiado la efectividad de esta técnica y terapia para el TOC, sumado ahora a las recientes investigaciones sobre el efecto favorable del mindfulness para el tratamiento de este trastorno, y las diferentes opiniones sobre la efectividad de ambas terapias por separado, considero la integración como sumamente potente y aditiva. Gran parte de los participantes de los estudios tenían experiencia previa de TCC y encontraron beneficiosa la combinación de la terapia del mindfulness con su terapia previa, dando cuenta que esta integración podría conducir a mejores resultados que cualquiera de ellas por separado.

Con respecto al programa psicoeducativo, y a la eficacia demostrada en los participantes que integraban en varios casos grupos de psicoeducación sobre el TOC (Cludius, et al. 2018; Landmann, et al. 2020; Leeuwerik, et al. 2020), se puede reflexionar sobre la psicoeducación como el conocimiento y entendimiento de lo que les sucede, el sujeto de esta manera entiende los síntomas y el porqué de su afectación, entiende el procedimiento de cómo actúan sus pensamientos como alarmas que no cesan.

¿Puede la psicoeducación funcionar como la consciencia de lo que nos sucede?.

Si con el mindfulness el sujeto lleva su atención al presente e intenta hacerse consciente de todo lo que le surge sin intentar modificar o juzgar nada. ¿Sería la psicoeducación un primer paso para prestar atención a lo que me pasa desde otra postura?.

Comprender el padecer desde el porqué y qué debo hacer, desde el conocimiento del cuerpo y mente, el entender porque se piensa de tal forma en determinadas repetidas situaciones.

Al analizar cada uno de los artículos por separado, y encontrar resultados similares pero en ocasiones otros que se contraponen, pienso en las limitaciones que tuvo esta revisión. Como principal limitación considero que el TOC presenta diversas comorbilidades, como ya fueron expuestas, y el diagnóstico propiamente del trastorno constituye un problema ya que muchas veces, es tal la comorbilidad con otro trastorno que los síntomas obsesivos compulsivos son solo una parte de todo el padecer del sujeto. En este sentido, al limitarse el estudio a buscar efectividades para el tratamiento únicamente del TOC, deja afuera otros individuos que tal vez presentan el trastorno comórbido a otra patología o viceversa. A su vez, pienso en los grados de severidad del trastorno, ya que difiere el malestar y flexibilidad que posea la persona cómo va a llevar a cabo eficazmente el tratamiento del mindfulness. Sumado al tipo de obsesiones y compulsiones que tenga debido también a la

rigurosidad que conlleva y del cómo va a sacar provecho de esta terapia de atención plena en un relativamente corto periodo de tiempo. Se puede pensar, que los efectos de esta terapia se prolongan o no en el tiempo según la rigidez con la que el sujeto lleva el trastorno, una vez que culmina el tratamiento; por eso por momentos los participantes quedan totalmente satisfechos, otros preferían la integración con otra terapia, y otros no encontraban resultados positivos sobre sus síntomas.

Otra de las limitaciones de este trabajo es que se acotó específicamente a la sintomatología obsesiva compulsiva dejando por fuera otros trastornos tal vez de ansiedad donde también sería relevante comprender los efectos de las prácticas de Mindfulness con malestares similares.

La barrera del idioma también fue una limitación al realizar la revisión, ya que todos los estudios seleccionados están en idioma inglés y la mayor parte de ellos fueron publicados en Estados Unidos, dejando por fuera evidencias de otros países tal vez con otras culturas donde podría variar en los resultados.

Los estudios con diseño de estudios de caso, si bien demostraron los efectos generados y se encontraron resultados esperados, no son generalizables por contar con una muestra tan escasa, por lo cual son parte de la limitación del estudio.

Es importante destacar también, que en los estudios seleccionados para el presente trabajo, en su mayoría los participantes ya habían experimentado previamente la TCC y la EPR, por lo cual no fue posible dar cuenta en su totalidad los efectos de la atención plena para sujetos con TOC como terapia de primera línea.

Un área vacante en este estudio, son las muestras con niños/as y adolescentes, ya que en todos los seleccionados la población era mayor de edad, sería favorable el estudio de esta nueva terapia en población infanto juvenil para investigar si los resultados son similares a los de la población adulta o difiere en algún aspecto. A su vez, es relevante destacar que el TOC es un trastorno de inicio temprano, por lo cual el estudio de una terapia que resulte eficaz para el trastorno y un tratamiento oportuno a temprana edad sería sumamente propicio.

Es relevante que en futuras investigaciones se tengan en cuenta estas limitaciones y se continúe estudiando distintas formas de mejorar la calidad de vida de los sujetos con esta patología crónica que dificulta varias áreas de su vida. A su vez, dado que se está

incrementando el estudio de esta nueva terapia del mindfulness en la psicología, y están encontrando efectos esperables para tratar el TOC, sería favorable el estudio de ésta en otros trastornos con el fin de avanzar en la investigación y tratamiento de las patologías más frecuentes y limitantes que se visualizan en la actualidad.

Es un tema interesante para seguir analizando y reflexionando, sobre las posibles intervenciones eficaces para este trastorno que es muy relevante su estudio e investigación ya que es una patología crónica, limitante para el sujeto y es un problema de salud pública a nivel mundial.

## Referencias Bibliográficas:

Aldaz, J, Sánchez. M (2005) *Obsesiones y Compulsiones* Editorial Síntesis, S.A., Madrid

Alliance of Psychoanalytic Organizations, (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2° Ed. New York: Autor. (Traducción no oficial Lic. Ana Inés Machado, Universidad Católica del Uruguay)

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5° ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

Barraca. J (2009) *Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación* Clínica y Salud vol.20 no.2 Madrid

Beck. J (1995) *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa

Bernardi.R, Defey.D, Garbarino.A, Tutte.J, Villalba.L (2004) *Guía clínica para la psicoterapia* |Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 68 N° 2 Diciembre 2004

Blackledge. J (2018) *COGNITIVE DEFUSIÓN IN PRACTICE A Clinician's Guide to Assessing, Observing & Supporting Change in your Client* EDITORIAL Desclée De Brouwer, S.A

Bocci. L, Herlihy. J, Thorne. K, Wilkinson. M (2010) *Is Mindfulness-Based Therapy an Effective Intervention for Obsessive–Intrusive Thoughts: A Case Series* Clin. Psychol. Psychother. 17, 250–268 (2010)

Cadavid, L. (2014). *Liberación y desautomatización. La experiencia mística en perspectiva naturalizada*. Ideas y Valores, 63 (156), 145-164.

Carmenate. I (2020) *Particularidades del trastorno obsesivo compulsivo en el niño y el adolescente* Medicentro Electrónica vol.24 no.1 Santa Clara ene.-mar. 2020

Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000100174&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000100174&lang=es)

Caro. I (2007) *Manual teórico - práctico de Psicoterapias Cognitivas* EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2007

Cascardo. E, Resnik.P (2018) *TOC: Obsesiones, compulsiones y rituales* 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ediciones B, 2018.

Cludius. B , Landmann. S , Rose. N , Heidenreich. T , Hottenrott. B , Schroder. J , Jelinek. L, Voderholzer. U, Kulz. A , Moritz. S (2018) *Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial*

Marzo de 2019; 269 (2): 223-233. doi: 10.1007 / s00406-018-0957-4. Epub 2018 16 de noviembre. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30446822/>

Didonna. F (2009) *Clinical Handbook of Mindfulness* En F. Didonna. (Ed.), New York, United States of America: Springer.

Didonna. F. (2009). *Mindfulness y trastorno obsesivo-compulsivo: desarrollar una forma de confiar y validar la propia experiencia interna*. Manual clínico de Mindfulness and Obsessive-Compulsive Disorder (Ed.), New York, United States of America: Springer.

Didonna. F, Lanfredi. M, Xodo. E, Ferrari. C, Rossi. R, Pedrini. L (2019) *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Pilot Study*

Journal of Psychiatric Practice: [marzo de 2019 - Volumen 25 - Número 2 - p 156-170](#)

Disponible en:

[https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Abstract/2019/03000/Mindfulness\\_based\\_Cognitive\\_Therapy\\_for.13.aspx](https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Abstract/2019/03000/Mindfulness_based_Cognitive_Therapy_for.13.aspx)

Emerson. L, Heapy. C, Garcia-Soriano. G (2018) *What facets of mindfulness protect people from the negative experiences of intrusive obsessive thoughts?*

Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield, Floor F,



Cathedral Court, 1 Vicar Lane, Sheffield S1 2LT, UK

Disponible en:

<https://link-springer-com.proxy.timbo.org.uy/article/10.1007/s12671-017-0854-3>

Figuroa. M, Troya. T, López. S, González. G, Cruz. A (2018) *Estudio neuropsicológico de la dismorfia muscular y del trastorno obsesivo-compulsivo* Univ. Psychol. vol.17 no.3 Bogotá July/Sept. 2018

Recuperado de:

[scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672018000300042&lang=es](https://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672018000300042&lang=es)

Goldstein. E, Stahl. B (2016) “ *El manual del mindfulness: Prácticas diarias del programa de reducción del estrés basado en el mindfulness*” (MBSR) EDITORIAL KAIRÓS: 2016

González Santos, M.; Vicente Alba, J.; Román Fernández, E.; Ortega Ruibal, F.; Alberdi Sudupe, J. (2013) *Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica* Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Hanstede, M., Gidron, Y. y Nyklíček, I. (2008). *Los efectos de una intervención de atención plena sobre los síntomas obsesivo-compulsivos en una población estudiantil no clínica.*

The Journal of Nervous and Mental Disease. Volume 196, Number 10, October 2008

Disponible en:

[https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2008/10000/The\\_Effects\\_of\\_a\\_Mindfulness\\_Intervention\\_on.9.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2008/10000/The_Effects_of_a_Mindfulness_Intervention_on.9.aspx)

Hasani. S, Seyed. M, Khodabakhsh. R (2019) *Comparison of the effectiveness of exposure, mindfulness and mindfulness-integrated exposure on arak women obsessive-compulsive disorder*

[JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE](#) [may 2020 . Volume 19 . Number 86](#); Page(s) 137 To 145.

Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N. & Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences. BMC Psychiatry 12, 185.

Janardhan Reddy, Shyam Sundar, Janardhanan Narayanaswamy, Suresh Bada Math (2017) *Guías de práctica clínica para el trastorno obsesivo-compulsivo* Indian J Psychiatry . 2017 Jan; 59 (Supl. 1): S74 – S90.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310107/>

Key. BL, Rowa. K, Bieling. P, McCabe. R, Pawluk. EJ (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive–compulsive disorder*

Septiembre de 2017; 24 (5): 1109-1120. doi: 10.1002 / cpp.2076. Epub 2017 13 de febrero.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28194835/>

Kroska. E, Kroska. S, Miller. M, Roche. A, Ohara. M (2017) *Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: the role of avoidance and mindfulness*

2018 1 de enero; 225: 326-336. doi: 10.1016 / j.jad.2017.08.039. Epub 2017 31 de agosto.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28843915/>

Labrador Encinas, F.J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide. 225-242

Landmann. S, Cludius. B, Tuschen-Caffier. B, Moritz. S, Külz. A (2019) *Mindfulness predicts insight in obsessive compulsive disorder over and above OC symptoms: An experience sampling study* Behaviour Research and Therapy 121 (2019) 103449

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31437777/>

Landmann. S, Barbara. C, Tuschen-Caffier. B, Moritz. S, Kulz. A (2020) *Changes in the daily life experience of patients with obsessive compulsive disorder following mindfulness-based cognitive therapy: Looking beyond symptom reduction using ecological momentary assessment*. Investigación en psiquiatría, (), 112842–.doi: 10.1016 / j.psychres.2020.112842

Leeuwerik. T, Cavanagh. K, Forrester. E, Hoadley. C, Jones. A, Lea. L, Rosten. C, Strauss. C (2020) *Participants' perspectives on the acceptability and efficacy of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy approaches for obsessive compulsive disorder* PLoS ONE 15 (10): e0238845. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238845>

Lozano. A (2017) *A spectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos*

relacionados. *Rev Neuropsiquiatr* 80 (1), 2017 Recuperado de:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n1/a06v80n1.pdf>

Lu. L., Zhang. T., Gao. R., Zhang. Z., Cao. X., Chen. Y, Liu. Y, Zhang. F, Zheng. Y, Sun. Y, Bai. Y, Wang. J, Didonna. F, Zhang. H, Fan. Q (2018) *Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: Study protocol for a randomized controlled trial with functional magnetic resonance imaging and a 6-month follow-up* Noviembre-diciembre de 2020; 25 (13-14): 2072-2084. doi: 10.1177 / 1359105318780540. Epub 2018 5 de julio. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29974808/>

Madani. N. A. M., Kananifar, N., Atashpour, S. H. & Hussain Bin Habil, M. (2013). The Effects of Mindfulness Group Training on the Rate of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms on the Women in Isfahan City (Iran). *International Medical Journal*, 20, (1), 13-17.

Mañas. I (2006) *Nuevas Terapias Psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapia de tercera generación*. Gaceta de Psicología N° 40, pp 26-34.

Mañas, I. M. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en Psicología Clínica. *Gaceta de Psicología*, 13-29

Martinez. A y Piqueras.J (2008) *ACTUALIZACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO* *Revista de neurología* · May 2008

Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Piqueras/publication/5385415\\_Neuropsychological\\_update\\_on\\_obsessive-compulsive\\_disorder/links/549ae2970cf2b803713715be/Neuropsychological-update-on-obsessive-compulsive-disorder.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Piqueras/publication/5385415_Neuropsychological_update_on_obsessive-compulsive_disorder/links/549ae2970cf2b803713715be/Neuropsychological-update-on-obsessive-compulsive-disorder.pdf)

Melbourne Academic Mindfulness Interest Group (2006) Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:285–294

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (10.ª ed.) (CIE-10)*. Madrid: (OMS).

Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting Mindfulness-based Stress Reduction for the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 375–380.

Restovich.G, Barrios.M, Bordón.A, Ferrigno.M (2017) *Revisión sobre los Efectos del Mindfulness en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo*  
II Congreso Internacional de Psicología - V Congreso Nacional de Psicología  
Año 2017, Vol. 3, N°2, 307-317 [www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp](http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp)

Richter. M., Hawley. L., Da Silva. A, Rector. N (2019) *OCD Treatment Response to Technology-Supported Mindfulness Meditation and changes in EEG Oscillatory Activity*  
*Biological Psychiatry* May 15, 2019; 85:S130eS379 w

Rodelo. G, Villabona. L, Galván. F (2019) Revisión documental: Factores desencadenantes del trastorno obsesivo- compulsivo desde el año 2000 al 2019.  
Universidad Cooperativa de Colombia, 2019.

Santamaría. M, Cebolla. A, Rodríguez. P, Miró. T (2006) LA PRÁCTICA DE LA MEDITACIÓN Y LA ATENCIÓN PLENA: TÉCNICAS MILENARIAS PARA PADRES DEL SIGLO XXI en *Revista de Psicoterapia: Mindfulness y Psicoterapia* Época II, Volumen XVII - 2º/3er. trimestre 2006 Recuperado de:  
<http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/mindfulness-padres-2006.pdf>

Selchen. S, Hawley. L, Regev. R, Richter. P, Rector. N (2018) *Mindfulness- Based Cognitive Therapy for OCD: Stand-Alone and Post-CBT Augmentation Approaches*  
*Revista Internacional de terapia cognitiva*, volumen 11 , páginas 58 - 79 ( 2018)  
Disponible en:  
<https://link-springer-com.proxy.timbo.org.uy/article/10.1007/s41811-018-0003-3>

Siegel. D (2010) *Cerebro y Mindfulness: La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar*. Editorial Paidós

Singh, N. N. Robert G. Wahler, R. G., Winton, W. A., & Adkins, A. D. (2004). A Mindfulness-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, 3, (4), 275-287.

Strauss.C, Lea. L, Hayward. M, Forrester. E, Leeuwerik. T, Jones. A, Rosten. C (2018) *Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: results of a randomized controlled pilot trial*

Revista de trastornos de ansiedad, volumen 57, junio de 2018 , páginas 39-47

Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517305315>

Tomás. J, Bassas.N, Casas.M (2005) *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos en paidopsiquiatría (Guía práctica)* Laertes, S. A. de Ediciones, Barcelona.

Urbistondo, Macbeth, Kichic, Ibáñez (2011) *EL MODELO FRONTOESTRIADO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: EVIDENCIA CONVERGENTE DE ESTUDIOS DE POTENCIALES EVOCADOS RELACIONADOS A EVENTOS* Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador 2011, 25 (1), 120-133 Recuperado de: <https://racimo.usal.edu.ar/4477/1/106-488-1-PB.pdf>

Vázquez. E (2018) *Repercepción como mecanismo de acción en mindfulness*

Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo

Vásquez .R, Rodríguez. E, Martín. E, Rodríguez. J (2003) *Factores de pronóstico en trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes* rev.colomb.psiquiatr. vol.32 no.3 Bogotá JulySep. 2003

Wahl, K., Huelle, J. O., Zurowski, B. & Kordon, A. (2013). Managing Obsessive Thoughts During Brief Exposure: An Experimental Study Comparing Mindfulness-Based Strategies and Distraction in Obsessive–Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 752–761.

Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K. & Herlihy, J. (2010). Is Mindfulness- Based Therapy an Effective Intervention for Obsessive-Intrusive Thoughts: A Case Series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 250–268.

Winston. S, Saif. M (2017) *Guía para superar los pensamientos atemorizantes, obsesivos o inquietantes*. New Harbinger Publications, Inc

Zoysa, P. (2011). The Use of Mindfulness Practice in the Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder in Sri Lanka. *Journal of Religion and Health*, 52, 299–306.