



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO -
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO -
COMPULSIVO**

PRESENTADA POR
DANIEL ARTURO MARISCAL DEL CASTILLO

ASESORA
GLADYS TORANZO PÉREZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL
EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

DANIEL ARTURO MARISCAL DEL CASTILLO

ASESORA:

MG. GLADYS TORANZO PÉREZ

LIMA - PERÚ

2018

A mis profesores de la universidad quienes contribuyeron significativamente en mi formación profesional brindándome sus conocimientos y desarrollando mi motivación e interés por la realización de este tipo de estudios. A mis asesoras de internado quienes siempre me han apoyado en mi crecimiento académico y personal. A la Lic. Nancy Chia Silva, quien desde hace 6 años es mi psicoterapeuta y es quien me ha ayudado a desarrollar innumerables estrategias de afronte y a utilizar mis recursos personales para resolver los problemas del día a día, para ella mi máximo cariño, respeto y admiración por su gran calidad como ser humano y como profesional. A mi amada mamá Antuca, quien es mi abuela materna, pero me crió, me educó y me dio todo su amor como si fuera mi propia madre; y a la memoria de mi amado papá Arturo, quien en vida fue mi abuelo materno y quien me enseñó con su ejemplo a ser un hombre íntegro, respetuoso, responsable y fiel a sus principios y valores. A ellos les debo mi eterna gratitud por todo su apoyo y amor brindados incondicionalmente.

Mi sincero agradecimiento a la Mg. Gladys Toranzo Pérez, por todas sus enseñanzas brindadas durante mis años de formación académica y en el año que realicé el internado en el Hospital San José del Callao, por su asesoría y el apoyo brindado en la realización del presente estudio de caso. Asimismo, agradezco a la Lic. Edith Romero Portal por incentivar me siempre a la investigación continua y compartir sus conocimientos y experiencia profesional conmigo. Finalmente, un agradecimiento especial a Helen, quien a través de su confianza depositada en esta psicoterapia, me permitió ser parte de su proceso de cambio personal.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	11
1.1 Trastorno obsesivo-compulsivo	11
1.1.1 Cuadro clínico y principales síntomas	13
1.1.2 Clasificación según los principales manuales diagnósticos	17
1.1.3 Etiología y principales modelos explicativos	22
1.1.3.1 Teorías biológicas	22
1.1.3.2 Teorías conductistas	23
1.1.3.3 Modelos cognitivos	24
1.1.4 Tipos de obsesiones más comunes	29
1.2 Tratamiento cognitivo conductual del trastorno obsesivo-compulsivo	33
1.2.1 Terapia conductual en el TOC	35
1.2.2 Exposición y prevención de respuesta (EPR)	35
1.2.3 Terapia cognitiva en el TOC	36

1.2.4 Formación del paciente	37
1.2.5 Distinción de las valoraciones con respecto a las obsesiones	37
1.2.6 Reestructuración cognitiva	38
1.2.7 Aserción encubierta	38
1.2.8 Explicación alternativa	39
1.2.9 Experimentación conductual	40
1.2.10 Eficacia de las terapias cognitivo-conductuales	40
CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO	43
2.1 Datos de filiación	43
2.2 Motivo de consulta	43
2.2.1 Episodios previos	45
2.3 Procedimiento de evaluación	47
2.3.1 Historia Personal	47
2.3.1.1 Etapa Prenatal	47
2.3.1.2 Etapa Perinatal	48
2.3.1.3 Etapa Postnatal	49
2.3.1.3.1 Alimentación	49
2.3.1.3.2 Psicomotricidad	49

2.3.2.3.3 Lenguaje	49
2.3.2.3.4 Escolaridad	50
2.3.2.3.5 Psicosexualidad	52
2.3.2.3.6 Rasgos de personalidad	53
2.3.2.3.7 Enfermedades	56
2.3.2.3.8 Intereses	57
2.3.2.3.9 Vida laboral	57
2.3.2 Historia familiar	58
2.3.3 Situación actual	62
2.3.4 Examen mental	63
2.3.5 Pruebas e instrumentos psicológicos aplicados	69
2.4 Informe psicológico	70
2.5 Análisis funcional	80
CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	84
3.1 Justificación	84
3.2 Especificación de los objetivos de tratamiento	86
3.2.1 Objetivo general	86
3.2.2 Objetivos específicos	87
3.3 Diseño de estrategias de tratamiento o método de intervención	88

3.4 Aplicación del tratamiento o procedimiento	89
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	223
4.1 Seguimiento	223
4.2 Criterio de la paciente	231
4.3 Criterio del familiar	232
4.4 Criterio del médico psiquiatra	232
4.5 Criterio psicométrico	233
4.6 Criterio clínico	237
CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	239
5.1 Resumen	239
5.2 Conclusiones	241
5.3 Recomendaciones	243
REFERENCIAS	244
ANEXOS	247

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es uno de los trastornos de ansiedad más comunes en la consulta psicológica y psiquiátrica. Según la Organización Mundial de la Salud (2006) tiene una prevalencia de vida estimada entre 2 y 3 % en la población general y diversos estudios lo ubican como el cuarto diagnóstico más frecuente (Rodríguez, 2013).

Según Lozano (2017), el TOC es una condición clínica heterogénea, es decir, los síntomas obsesivos y compulsivos pueden abarcar una amplia gama de temas y conductas en los pacientes causando en ellos una gran disminución de su funcionalidad. Asimismo, los síntomas suelen presentar de manera episódica y constante a lo largo de la vida con curso propenso a la cronicidad. La edad media de aparición suele estar entre los 22 y 35 años.

Por otro lado, Rodríguez (2013) indica que las diversas investigaciones surgidas desde la década de los 90 convergen en que el TOC produce un impacto negativo en el bienestar general del paciente, provocando severas alteraciones en su funcionamiento académico, laboral, familiar y social. Esto debido principalmente a que dicho trastorno dificulta el logro de metas vitales de importancia e impacta directamente en la autoestima, produciendo insatisfacción y aumento en la probabilidad de aparición de cuadros depresivos en quien lo padece.

Es en ese sentido que se consideró importante la elección del presente estudio de caso, que muestra el curso clínico de una paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, la cual presentaba un cuadro de marcadas obsesiones, siendo las principales aquellas referidas a su orientación sexual, las cuales se

evidenciaban a través de imágenes, ideas y pensamientos recurrentes e intrusivos que generaban malestar significativo en ella.

Se realizó el proceso de evaluación e intervención psicológica utilizando un enfoque cognitivo-conductual, siendo que este modelo y la utilización combinada de técnicas cognitivas y técnicas conductuales específicas tales como la identificación y corrección de creencias erróneas, el registro de obsesiones, la Exposición y Prevención de Respuesta (EPR) y la Aserción Encubierta son las que mayor efectividad han mostrado en conjunto con el tratamiento psicofarmacológico (Menchón & Vallejo, 2009; Vallejo, 2001).

El objetivo principal del tratamiento fue disminuir los niveles de ansiedad y malestar emocional en la paciente provocados por la presencia reiterativa de pensamientos intrusivos y generar conductas más adaptativas en ella a través de la modificación de creencias erróneas y falsas valoraciones que ella hacía de sus obsesiones. En este sentido la intervención se orientó hacia el desarrollo de pensamientos más racionales y adaptativos que le permitieran a la paciente responder y desenvolverse mejor en los diversos aspectos de su vida, así como la incorporación de estrategias adecuadas de afronte frente a la sintomatología obsesivo-compulsiva, mejorando su funcionalidad social, laboral y familiar.

Se inició el proceso psicoterapéutico con la psicoeducación, esto es explicando a la paciente acerca del trastorno obsesivo-compulsivo, sus características, los mecanismos por los cuales se refuerza el pensamiento obsesivo y la conducta compulsiva y los principales principios del modelo terapéutico cognitivo-conductual. Asimismo se trabajó sobre la relación entre la situación, emoción y la conducta y se psicoeducó a la paciente en la identificación

de los distintos niveles de pensamiento y la identificación de distorsiones cognitivas según el modelo cognitivo-conductual. Posteriormente, se le entrenó en técnicas de respiración abdominal y relajación muscular, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad y activación fisiológica de la paciente frente a las situaciones y los pensamientos que la producen. Por otro lado, se le explicó a la paciente cómo es que se realizan las valoraciones erróneas, se le entrenó en el registro de sus obsesiones y se hizo la reestructuración cognitiva de sus principales creencias erróneas y valoraciones con respecto a sus obsesiones.

Luego se trabajó con la paciente las técnicas de detención del pensamiento y aserción encubierta, las cuales buscan que ella sea capaz de detener el curso de la obsesiones y reemplazarlas por pensamientos más realistas y adaptativos. Posteriormente se aplicó la técnica de exposición y prevención de respuesta con el fin de generar una disminución de la ansiedad y malestar asociados a los pensamientos intrusivos basados en los principios de habituación a los mismos. Finalmente se entrenó a la paciente en comunicación asertiva y en la técnica de solución de problemas con el fin de generar en ella diversos recursos y estrategias de afronte que le permitieron adoptar respuestas más adaptativas a las demandas de su medio.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Trastorno obsesivo-compulsivo

Descrito como un trastorno variado, recurrente y de larga duración, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es una de las patologías asociada a los trastornos de ansiedad más comunes de encontrar en la práctica psicológica. Asimismo, es uno de los trastornos más limitantes para el individuo que lo padece, siendo que los pacientes con TOC suelen empezar a desarrollarlo desde su infancia o adolescencia y el cuadro clínico tiende a agravarse con el pasar de los años. (Rodríguez, 2013).

Según Lozano-Vargas (2017), presenta una prevalencia del 2% en la población en general, genera gran disfuncionalidad y muchas veces aparece comórbidamente a otras patologías tales como trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, fobias específicas, trastorno bipolar, trastorno dismórfico corporal, tricotilomanía, trastornos de conductas alimentaria, e incluso algunos estudios sugieren comorbilidad del TOC con la esquizofrenia, siendo que en pacientes psicóticos un 12,1% presenta síntomas de TOC y un 5,2 cumplirían con algunos criterios de dicho trastorno.

Asimismo, debido a que recientes investigaciones sugieren que existen diferencias no sólo a nivel fenomenológico y conductual, sino también a nivel neurobiológico entre los trastornos del espectro obsesivo con los trastornos de ansiedad, es que el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2013) retira en su quinta versión al TOC de la sección de trastornos de

ansiedad y lo integra en una nueva categoría de trastornos caracterizados por conductas repetitivas y/o compulsiones.

Sin embargo, para comprender la naturaleza de este trastorno es necesario revisar algunos conceptos. Ríos (1998) nos dice que la etimología de la palabra obsesión se remonta al latín “obsidere”, que quiere decir asediar o bloquear. Es así que “los Trastornos Obsesivos-Compulsivos se caracterizan por la inusitada aparición de vivencias irracionales, experimentadas como impuestas y extrañas al Yo y que producen angustia, malestar y disgusto”. (p. 194).

Es en ese sentido, que remontándonos a los antecedentes históricos, en la Edad Media, este tipo de dolencias eran consideradas fruto de la posesión demoníaca, en su mayoría porque el contenido de éstas era frecuentemente de tipo sexual o blasfemo, por lo que quienes padecían este problema eran sujeto de exorcismo y torturas, incluso eran penados con la muerte en la hoguera. (Ríos, 1998).

Más adelante, en el siglo XX, el trastorno obsesivo-compulsivo, influenciado por la teoría psicoanalítica sería incluido en el grupo de las neurosis. Actualmente, está dentro de los trastornos neuróticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima edición (CIE-10, 1994). (Menchón & Vallejo, 2009).

El trastorno obsesivo-compulsivo implica principalmente una alteración en el contenido del pensamiento del sujeto que lo padece. El psiquiatra peruano Honorio Delgado nos describe el tipo de pensamiento compulsivo como aquél en el que se ha perdido el orden monárquico normal, asaltando en la mente del individuo “determinados pensamientos, imágenes, sentimientos o impulsos (que)

se mantienen importuna y tenazmente en el foco de la conciencia a despecho de la voluntad” (Delgado, 1993, p. 51) generando malestar y angustia. Es así que la voluntad se queda impotente para desbaratar el contenido surgido en el pensamiento y además la constante lucha por intentar contrarrestarlo tiene como efecto paradójico el reforzamiento del mismo a través de procesos de rumiación y autoinducción.

Asimismo, se indica que el contenido del pensamiento y la situación resultante se tornan inexplicables para el sujeto, siendo que a pesar de que se identifica la invalidez lógica de las obsesiones, éstas pueden llegar a imponerse como verdades de manera absoluta, lo cual provoca sentimientos de angustia y desesperación. (Delgado, 1993).

1.1.1 Cuadro clínico y principales síntomas

Sadock & Sadock (2008) nos definen al Trastorno Obsesivo-Compulsivo como un grupo de síntomas que incluyen pensamientos intrusivos, rituales preocupaciones y compulsiones que causan una angustia grave a quien las padece, son laboriosas, consumen gran cantidad de tiempo del individuo e interfieren significativamente con su rutina normal, actividades laborales, sociales y relaciones interpersonales. Asimismo se define que una obsesión es un pensamiento, sentimiento, idea o sensación intrusiva y recurrente, mientras que la compulsión es una conducta consciente, estandarizada y recurrente, por ejemplo verificar, contar, rezar, entre otras que se realizan como un intento de disminuir la ansiedad generada por la obsesión; sin embargo esto no siempre es posible ya que puede incluso aumentarla cuando el individuo se resiste a efectuar la conducta. Ambas tanto obsesión como compulsión tienen la particularidad de ser

vivenciadas como irracionales para el paciente, es decir como egodistónicas o no deseadas por él.

Se afirma que usualmente los pacientes con TOC acuden primero a consulta con otros especialistas médicos debido a las consecuencias del trastorno (manos dañadas por el exceso de lavado, creencia insistente de padecer alguna enfermedad, lesiones en la boca, etc.) antes que por el trastorno en sí. Por otro lado, se refiere que hasta un 75% de pacientes presenta tanto obsesiones como compulsiones; sin embargo, esta proporción puede ser mayor si se considera que una compulsión no sólo es conductual sino que también puede ser mental, por ejemplo rezar o repetir internamente una plegaria cada vez que se tiene el pensamiento obsesivo de dañar a otra persona, aunque con fines de esclarecimiento se suele convenir en las obsesiones como pensamientos y las compulsiones como conductas. (Sadock & Sadock, 2008).

El mecanismo por el cual actúa el TOC consiste básicamente en un idea o impulso que surgen en el individuo, tales como ideas de contaminación, dudas sobre alguna conducta realizada o no, a esto se asocian sentimientos de ansiedad que motivan a que el individuo realice una conducta, que usualmente se reconoce como absurda, tales como verificar, persignarse un número de veces, rezar, lavarse las manos, entre otras. El paciente suele presentar poca resistencia a estos actos a pesar de que sabe que son irracionales, le quitan tiempo y pueden tener consecuencias negativas en su adaptación social.

Ríos (1998) propone la siguiente conceptualización de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo:

- **La idea obsesiva:** Es un pensamiento reconocido como absurdo y extraño que aparece en la vida psíquica del sujeto en contra de su voluntad. Asimismo, causa sentimientos de ansiedad, malestar y fastidio. Debe diferenciarse de la idea delusiva ya que en ésta el sujeto tiene plena convicción de su veracidad y de la idea sobrevalorada en la que el individuo la acepta y concuerda con ella.
- **La compulsión:** Es un deseo imperioso de realizar un acto que se sabe absurdo o innecesario, generando una actitud de oposición y rechazo en el sujeto lo cual da como resultado sentimientos de angustia por controlar el acto subsecuente. Se diferencia de los fenómenos psicóticos, en que éstos se vivencian de forma pasiva e impuestos desde el exterior, en cambio las compulsiones se vivencian de forma interna y propias.
- **El acto compulsivo:** Son las diversas actividades que pueden ir desde conductas muy simples, como movimientos pequeños hasta comportamientos complejos que obedecen a pulsiones internas que se imponen al Yo, generando rechazo en el sujeto por su incapacidad de resistirse a ellas.
- **La duda patológica:** Es la ansiedad creciente acerca de la sensación de haber realizado un acto incorrectamente, es decir el sujeto ante la duda de haber o no realizado una acción siente la imperiosa necesidad de verificarla y repetirla una y otra vez. Se distingue de la duda normal en que en ésta luego de rectificado el acto se experimenta un estado de conformidad y tranquilidad; sin embargo, en la duda patológica no se llega a una decisión final aceptada en su totalidad, pues siempre existirá inconformidad.

- **El ritual obsesivo:** Es una serie compleja de movimientos, actitudes y ceremonias que realiza el individuo para evitar la angustia y que se vivencian como imperativos e inevitables. Asimismo, estas conductas tienen diversos significados particulares y subjetivos aunque incomprensibles para el individuo.

Por otro lado es importante remarcar que se han descrito tres formas clínicas en las que se manifiestan los síntomas del TOC.

- **Síndrome obsesivo-compulsivo:** Cuando se dan uno o más de los síntomas como una afección autónoma o secundaria a una patología orgánica, como por ejemplo el síndrome orgánico cerebral, la epilepsia, entre otros.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Se presenta como un ente nosológico independiente de variada etiología. Implica un cuadro recurrente con tendencia a la cronicidad y que genera gran invalidez psíquica. El paciente experimenta angustia creciente junto a una lucha interna entre las vivencias obsesivo-compulsivas y el deseo de expulsarlas de la vida mental.
- **Trastorno anancástico de la personalidad:** Constituye un trastorno permanente de la actitud del sujeto frente a sí mismo y a los demás. El individuo adopta un estilo de vida caracterizado por inseguridad constante, dificultad para tomar decisiones, excesiva pulcritud e higiene, intensa necesidad de orden y limpieza, estricta gestión del tiempo y cumplimiento de normas, además de marcada tendencia hacia el perfeccionismo. (Ríos, 1998).

1.1.2 Clasificación según los principales manuales diagnósticos

El trastorno obsesivo-compulsivo ha sido clasificado según criterios específicos por diversos manuales diagnósticos, con el fin de estandarizar y facilitar el diagnóstico y comunicación entre los diversos profesionales de la salud mental.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10, 1994), los criterios para el diagnóstico del TOC son los siguientes:

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo

Este trastorno se caracteriza principalmente por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la mente del paciente de forma estereotipada. Éstos son casi siempre molestos y el paciente a menudo intenta sin éxito resistirse a ellos. El individuo reconoce los pensamientos intrusivos como propios, aunque sean involuntarios o repugnantes para él. Los actos y rituales compulsivos son conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez, no son placenteras y no llevan a completar tareas útiles de por sí. Tienen como función prevenir algún hecho objetivamente improbable, tales como recibir algún daño de alguien o que el paciente se lo pueda producir a otros. Usualmente, el paciente reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y realiza intentos repetidos para resistirse a ellos. Si se opone resistencia a los actos compulsivos la ansiedad empeora.

Excluye: Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (F60.5)

Criterios diagnósticos:

A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) la mayor parte de los días durante un período de al menos dos semanas.

B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas:

1. El paciente reconoce que se originan en su mente y no son impuestas.
2. Son reiteradas y desagradables, y debe haber al menos una obsesión o una compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional.
3. El paciente intenta resistirse a ellas (aunque la resistencia a obsesiones o compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Debe haber al menos una obsesión o una compulsión que es resistida sin éxito.
4. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).

C. Las obsesiones o las compulsiones producen malestar o interfieren con el funcionamiento social o individual del paciente, normalmente por el tiempo que consumen.

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Las obsesiones o las compulsiones no son resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

El diagnóstico puede especificarse más con los siguientes códigos para el cuarto carácter:

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.- casi siempre causan malestar al sujeto. Algunas veces las ideas son consideraciones indecisas y sin término de alternativas que se acompañan de incapacidad para tomar decisiones triviales, pero necesarias en la vida día a día. La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es especialmente próxima, y el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo es preferible hacerlo si las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).- La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se han prevenido situaciones potencialmente peligrosas, de pulcritud y orden. En esta conducta manifiesta subyace miedo, habitualmente a causar o ser objeto de un peligro, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de impedir ese peligro.

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

Asimismo, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V, 2013) asigna una categoría independiente al trastorno obsesivo-

compulsivo, retirándolo del apartado de trastornos de ansiedad descrito en su versión anterior. El DSM-V (2013) propone los siguientes criterios para su diagnóstico:

Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no

están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable.- El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

1.1.3 Etiología y principales modelos explicativos

Si bien el trastorno obsesivo-compulsivo es una patología heterogénea y que implica la convergencia de múltiples factores en la explicación del mismo, se han identificado diversas condiciones y factores en el estudio de su etiopatogenia. Brooks et al. (2016), en una investigación sobre los factores de la edad temprana y neurobiológicos del TOC sostienen que estudios en gemelos muestran que el 50% de la variabilidad de los síntomas del TOC es atribuible a factores ambientales no genéticos, entre los cuales los eventos estresantes y traumáticos de la vida han sido los más asociados a la patología. Asimismo, el trauma infantil, abuso emocional, negligencia emocional y negligencia física han sido asociados al trastorno, siendo que la interacción de factores ambientales y genéticos incrementa las probabilidades de desarrollar TOC especialmente en aquellos que sufrido abuso emocional infantil.

Dentro de las principales teorías explicativas del trastorno obsesivo compulsivo tenemos las siguientes:

1.1.3.1 Teorías biológicas

Dentro de las principales teorías biológicas se tienen las neuroanatómicas, las bioquímicas y las genéticas. Las primeras de ellas tienen su origen en la década de los años 20, en las cuales enfermedades como la encefalitis letárgica permitieron estudiar casos con secuelas de síntomas obsesivos. Asimismo, se han reportado síntomas obsesivos en pacientes con afectaciones neurológicas tales como en el síndrome de Gilles de La Tourette. Por otro lado, estudios de neuroimagen estructural y funcional revelan afectación de circuitos orbitofrontal-estriado-talámico-corticales, así como mayor volumen y actividad cerebral en

regiones orbitofrontales, cíngulo anterior y núcleo caudado (Brooks et. al, 2016). Por otro lado se han encontrado también asociaciones entre infecciones estreptocócicas en la infancia y posteriores síntomas obsesivos.

En segundo lugar, las teorías bioquímicas señalan que existe desregulación de la serotonina en pacientes en los que han aparecido síntomas obsesivos-compulsivos, siendo que diversos estudios han demostrado que la administración de serotoninérgicos tales como la clomipramina son los tratamientos farmacológicos más efectivos para reducir los síntomas (Sadock & Sadock, 2008). Sin embargo, otros estudios también sugieren “la posible participación de otros sistemas de neurotransmisión como el sistema dopaminérgico y el glutaminérgico” (Menchón & Vallejo, 2009, p.366).

Finalmente, Menchón & J. Vallejo (2009) refieren acerca de las teorías genéticas que existe una mayor prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo en familiares de primer grado de pacientes con TOC, siendo que se han llegado a encontrar cifras de entre 3% y 12% en algunos estudios. Asimismo, en estudios de gemelos, tales como en el de Rasmussen & Tsuang (1986), se ha encontrado en gemelos monocigóticos una relación de alrededor de 60%, mientras que en estudios de gemelos dicigóticos se halló un 30% de concordancia. Sin embargo, a pesar de haberse establecido estos componentes genéticos del TOC, aún no se ha podido establecer cuáles son estos genes exactamente ni su modo de transmisión.

1.1.3.2 Teorías conductistas

Estas teorías tienen como base la teoría del aprendizaje. En ellas se describe que la conducta compulsiva tiene un efecto de disminución de la

ansiedad asociada a situaciones específicas o pensamientos obsesivos, de modo que por reforzamiento negativo dichos comportamientos tienden a incrementar la posibilidad de desarrollarse y repetirse progresivamente.

Según Sadock & Sadock (2008), el mecanismo por el cual las obsesiones se asocian a la ansiedad siguen un proceso de condicionamiento clásico, por lo cual estímulos, tales como objetos o pensamientos, anteriormente neutros se emparejan con acontecimientos nocivos o ansiógenos condicionándolos a provocar también ansiedad o malestar.

Por otro lado, las compulsiones siguen un mecanismo distinto, asociado más al condicionamiento operante, pues cuando el individuo descubre que cierta acción reduce la ansiedad relacionada a las obsesiones, desarrolla estrategias de evitación bajo la forma de conductas rituales o compulsiones, fijándose como “patrones aprendidos de conductas compulsivas”. (Sadock & Sadock, 2008, p. 606).

1.1.3.3 Modelos cognitivos

Menchón & Vallejo (2009) proponen que las teorías cognitivas explicativas del TOC se dividen en dos grandes grupos: la teoría de los procesos cognitivos y la de la evaluación del riesgo. Dentro del primer grupo se refiere que dicha teoría postula que existe un déficit en los principales procesos cognitivos del paciente, tales como en la atención, expresada en la incapacidad de inhibir la atención dirigida a la información irrelevante; la memoria, a través de falta de confianza en el recuerdo de acciones anteriormente realizadas; y en la estructuración de la información, expresada en la tendencia a la hipercategorización.

Sin embargo, dentro del ámbito clínico se da mayor énfasis a las teorías centradas en la evaluación del riesgo y la capacidad del afronte del sujeto hacia la situación. Es en este sentido, que se señala que los síntomas obsesivos serían consecuencia del significado que los pacientes dan al contenido de sus pensamientos intrusivos, siendo que al interpretarlos como indicadores de mayor responsabilidad personal, la ansiedad aumentará y es así que se tratará de realizar conductas de neutralización.

Siguiendo las pautas de este modelo, Clark & Beck (2012) nos indican que dentro de la etiología del trastorno obsesivo compulsivo es importante considerar la presencia de esquemas disfuncionales y las falsas valoraciones como procesos críticos en la persistencia de obsesiones y compulsiones. Es en este sentido, que Clark (2004) citado por Clark & Beck (2012) propone un esquema representativo del modelo cognitivo-conductual del TOC, el cual se muestra en la Figura 1.

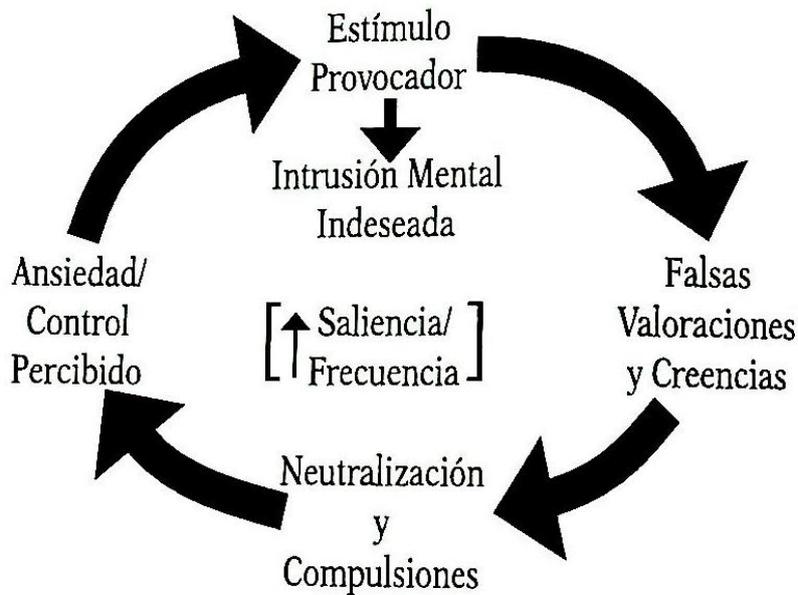


Figura 1. Modelo de aproximación cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo

Fuente: Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. De Clark & Beck (2012).

En este modelo de aproximación se describe que las obsesiones derivan de los pensamientos, imágenes e impulsos indeseados que aparecen en contra de la voluntad propia y que llevan contenido inaceptable, angustioso e impropio del sujeto. Estos pensamientos suelen tener temáticas relacionadas a la suciedad, contaminación, duda, sexo, agresión, injuria o religión y otros. Sin embargo, lo que los convierte en patológicos es la valoración que hace el individuo acerca de ellos. Si un pensamiento intruso se valora como irrelevante, benigno o carente de sentido, entonces suele ser ignorado, pero si es considerado como una amenaza personal importante que implica una acción que el sujeto pueda realizar para evitarla, entonces se suele experimentar angustia y el sujeto se siente obligado a hacer algo para evitar la situación. Son estas valoraciones erróneas las que llevan al sujeto a realizar los rituales compulsivos o las estrategias de neutralización. Sin embargo, a largo plazo la reducción de la ansiedad y la sensación de control

resultante de la conducta compulsiva llevarán a un aumento de la frecuencia de los obsesiones configurándose en un círculo vicioso. (Clark & Beck, 2012).

Asimismo, las valoraciones y creencias erróneas configuran procesos metacognitivos, es decir la evaluación sobre el propio pensamiento, y son estas valoraciones sumadas a la capacidad de controlarlas las que determinan la persistencia de la obsesión (Well & Mathews, 1994, citados por Clark & Beck, 2012). Dentro de las principales valoraciones erróneas en el TOC tenemos las descritas en la Tabla 1.

Tabla 1

Valoraciones primarias de las obsesiones

Valoración	Definición
Responsabilidad inflada	La creencia de que uno tiene el poder de producir o prevenir un resultado negativo subjetivamente crucial para uno mismo o para los demás. Ej: "He tocado algo sucio, si no me lavo las manos puedo contagiar de enfermedades a los demás".
Fusión del pensamiento-acción (FPA)	Creer que la aparición de un pensamiento intruso de por sí aumenta la probabilidad de que se produzca el resultado temido o que un pensamiento incómodo es equivalente a una acción prohibida. Ej: "Cuanto más piense en apuñalar a mis hijos, más peligroso soy porque podría debilitarme y hacerlo".
Sobrestimación de la amenaza	Estimación exagerada de la probabilidad y gravedad del daño asociado al pensamiento intruso. Ej: "Tengo que comprobar si he dejado la cocina prendida porque podría ocasionar un incendio".
Importancia y control de pensamiento	Sobreevaluación de la importancia de ejercer un control absoluto sobre los pensamientos intrusos y la creencia de que esto es posible y deseable". Ej: "Si no logro controlar mis pensamientos sobre la muerte, me veré agobiado por la ansiedad".
Intolerancia a la incertidumbre	Creencias sobre la necesidad de estar en lo cierto e incapacidad personal de afrontar cambios imprevisibles así como dificultad para funcionar en situaciones ambiguas. "Tengo que estar seguro de la puerta la he dejado cerrada con llave".
Perfeccionismo	Evaluar los pensamientos con un criterio absoluto, completo o perfecto. Creer que hacer algo perfecto, no solo es deseable sino necesario y que pequeños errores tendrán consecuencias graves. "Debo seguir comprobando mi trabajo hasta que esté completamente seguro que no hay ni un solo error".

1.1.4 Tipos de obsesiones más comunes

Como se ha expuesto en apartados anteriores, las obsesiones, las cuales adoptan la forma de pensamientos, imágenes o impulsos intrusos e incómodos, son el síntoma principal del trastorno obsesivo-compulsivo. Según Clark & Beck (2012), el contenido de éstas puede ser muy idiosincrático y estar relacionado directamente con experiencias personales del sujeto, influencias socioculturales y por incidentes vitales críticos. Asimismo, nos refieren la siguiente clasificación de las obsesiones mostrada en la Tabla 2.

Tabla 2

Temas comunes de las obsesiones (según Clark & Beck, 2012).

Tema obsesivo	Definición
Suciedad / contaminación	Preocupación excesiva por haberse contaminado al entrar en contacto con objetos sucios del ambiente y preocupación por contaminar a los demás.
Enfermedad y dolencia	Preocupación por infectarse debido a la interacción con el medio y contraer algún tipo de enfermedad potencialmente mortal o creencia de ya padecer alguna.
Dudas sobre la seguridad	Inseguridad sobre haber realizado un acto que prevenga un peligro potencial, como el haber cerrado la puerta con seguro luego de haber salido.
Violencia y lesiones	Pensamientos referentes a la posibilidad de dañar a las personas del entorno o a uno mismo.
Actos sexuales personalmente repulsivos	Ideas referentes a la comisión de actos sexuales incorrectos, repulsivos e inaceptables para el sujeto, tales como conductas homosexuales, pedofilia, etc.
Inmoralidad y religión	Pensamientos referidos a la blasfemia o pensamientos sacrílegos en relación a deidades o personajes santos.
Temas misceláneos	Preocupaciones relativas a la simetría, exactitud, rutina y números.

Por otro lado, algunos estudios han establecidos categorizaciones de entre tres a cinco dimensiones para la descripción de las obsesiones del TOC. Entre ellas tenemos la clasificación de Baer (1994) citado por Lozano-Vargas (2017), quien propone las dimensiones de simetría / acumulación, contaminación / chequeo y obsesiones puras, tales como los temas religiosos, agresivos o sexuales. Asimismo, Leckman et al. (1997), citado por Lozano-Vargas (2017) propuso un modelo de cuatro dimensiones: obsesiones (temas religiosos, agresivos, sexuales) /chequeo, simetría / orden, limpieza / lavado y acumulación. Finalmente, dentro de los estudios de cinco factores, Pinto et al. (2007), citado por Lozano-Vargas (2017) establecieron las siguientes temáticas de las obsesiones:

- Contaminación / limpieza.
- Acumulación.
- Simetría / orden.
- Ideas tabú.
- Duda / chequeo.

Es así que el trastorno obsesivo-compulsivo puede conceptualizarse como un trastorno heterogéneo con una alta variabilidad de síntomas, siendo que incluso podría llegar a considerarse como un conjunto de trastornos.

Por otro lado, Menchón & J. Vallejo (2009) hacen una categorización de ocho dimensiones acerca del contenido de los pensamientos obsesivos, la cual se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Tipos de contenido de las obsesiones (según Menchón & Vallejo, 2009).

Temas obsesivos	Definición
Religiosos, sagrados y metafísicos	Van desde las ideas de contraste, pensamientos sacrílegos y blasfemos, hasta las cavilaciones filosóficas, de contenido más o menos lógico, pero reiteradas y agobiantes.
Morales	Relacionados a la escrupulosidad moral y al sentimiento de culpabilidad.
De pureza y protección corporal	Obsesiones centradas en la limpieza y contaminación, suelen generar gran cantidad de rituales tales como los lavados que eliminan transitoriamente el temor fóbico.
De protección frente a peligros interiores o exteriores	Incluyen presagios catastróficos propios y ajenos, llevan al paciente a impedirlos con fórmulas “mágicas”. Ej: “Si digo, pienso o hago esto, no ocurrirá tal cosa”.
De orden y simetría	Necesidad de, orden y de controlar el mundo exterior. Puede llevar al sujeto a organizar, arreglar, programar, verificar, entre otros, de forma patológica.
De precisión o completud	El individuo puede mostrarse siempre insatisfecho de sí mismo, en su aspecto (pudiendo llegar a dismorfofobias), afectos (dudas sobre sus sentimientos hacia los demás), o de sus capacidades intelectuales o laborales.
Referentes al paso del tiempo	Referidas a la necesidad excesiva de controlar el tiempo, puede manifestarse en temor a olvidar hechos, personas, frases, etc. y puede llevar al paciente a anotar hechos y datos que desea recordar con exactitud.
Acumulación	Las conductas acumulativas suelen estar presentes en varios otros trastornos; sin embargo, también pueden aparecer en el TOC.

1.2 Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo

El tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo generalmente implica la utilización de técnicas de terapia cognitivo-conductuales junto con la administración de psicofármacos, lo cual suele ser considerada como una de las estrategias de mayor eficacia. Por otro lado, las terapias psicoanalíticas clásicas han perdido vigencia y han adquirido un papel de aporte más teórico que práctico, aunque aún se les considera un tratamiento complementario importante para la búsqueda de maduración emocional. (Ríos, 1998).

Vallejo (2001) refiere que los tratamientos pasados con orientación psicodinámica habían logrado mejorías mínimas y transitorias en los casos de pacientes con TOC, por lo cual este trastorno adquirió fama de intratable. Es en ese sentido que posteriormente, con el surgimiento de terapias conductuales, se produjo una mejoría en el tratamiento del problema, aunque ésta era limitada. Por otro lado, la aplicación de técnicas mayormente utilizadas en las fobias, como la desensibilización sistemática y la intención paradójica a través de la verbalización de las obsesiones, facilitaron el abordaje del TOC, aunque sin resultados claramente significativos.

A partir de la década de 1960 Víctor Meyer introdujo el tratamiento de “exposición con prevención de respuesta”, conocido como EPR, el cual obtuvo mejores resultados en un 40% a 75% de los pacientes tratados con este método, convirtiéndose en una de las técnicas más utilizadas en la tratamiento de dicho trastorno. Sin embargo, los resultados aún no llegaban a ser óptimos y se encontraba que algunos sujetos no mejoraban, rechazaban la exposición por ser aversiva (casi en el 30%) o solo tenían obsesiones sin realizar rituales

compulsivos (casi el 10%). Es por ello que McFall y Wollersheim, empiezan a incorporar elementos de terapia cognitiva a la EPR, generándose diferentes modelos cognitivos del TOC, los cuales siguen vigentes hasta la actualidad. (Behobi, García & Fernández-Álvarez, 2013).

Posteriormente fue en la década de 1970 cuando los trabajos de Beck acerca de la importancia de los factores cognitivos en los trastornos emocionales ejercieron influencia en la forma de abordar el trastorno obsesivo-compulsivo. Se dio una especial atención al papel de los pensamientos y en especial a la forma como el sujeto interpreta y valora los pensamientos intrusivos y obsesiones. Asimismo, según Salkovski (1985), citado por Vallejo (2001), “los pensamientos intrusivos son un fenómeno normal y común para la mayoría de personas. El 90% de las personas reconocen tener este tipo de pensamientos” (p. 420). Sin embargo, se refiere que aquellos quienes interpretan de manera catastrófica e inadecuada estos pensamientos los convierten en obsesiones y pueden desencadenar en un TOC.

Esta explicación de cómo lo que inicialmente se considera normal y se vuelve posteriormente patológico en función de la valoración e interpretación del pensamiento, supuso un avance sobre el modelo conductual acerca de la génesis del TOC.

A continuación se describen algunas de las principales terapias y técnicas utilizadas en el trastorno obsesivo-compulsivo.

1.2.1 Terapia conductual en el TOC

Utiliza principalmente técnicas de exposición y prevención de respuesta, buscan reducir la ansiedad asociada a las obsesiones mediante el mecanismo de habituación al realizar la exposición del paciente a los estímulos estresores. Por otro lado, la prevención de respuesta busca disminuir la realización de conductas y rituales compulsivos.

Estas terapias han demostrado mayor efectividad en pacientes con predominancia de conductas ritualistas, especialmente de limpieza o comprobación, aunque suele tener resultados más variables en sujetos en quienes predominan las ideas obsesivas y síntomas asociados al pensamiento.

Menchón & Vallejo (2009) refieren que según diversos estudios estas técnicas muestran una eficacia de entre 60% y 70%, mientras un 20% de pacientes se vuelven resistentes y otro 20% abandonan este tratamiento. Asimismo, “los estudios que han comparado la eficacia entre la terapia de conducta y el tratamiento farmacológico no muestran una eficacia superior de un abordaje respecto al otro”. (Menchón & Vallejo, 2009, p.372).

1.2.2 Exposición y prevención de respuesta (EPR)

La exposición y prevención de respuesta es una de las técnicas más utilizadas en el tratamiento del TOC. Abarca principalmente dos fases: En una primera instancia se confrontan paulatinamente los pensamientos, imágenes, objetos y/o situaciones que generan ansiedad o malestar emocional, para ello es necesario haber jerarquizado estos estímulos para ir exponiendo al paciente desde el menos aversivo hasta el que genera mayor angustia.

Posteriormente, mientras se realiza la exposición del sujeto a las situaciones temidas y evitadas se les indica que resistan los impulsos a realizar conductas neutralizadoras de la ansiedad, tales como compulsiones y rituales. A esta componente se le conoce como “prevención de respuesta”. Esto da como resultado que con la repetición de este ejercicio el malestar tiende a disminuir en el paciente pues se produce un efecto de habituación a las situaciones ansiógenas, siendo ésta una acción compensadora del organismo.

1.2.3 Terapia cognitiva en el TOC

Este tipo de terapia se enfoca en la identificación y modificación de las creencias y valoraciones erróneas del paciente con respecto a sus pensamientos intrusivos. Es decir, la terapia cognitiva está orientada a cambiar las apreciaciones de responsabilidad y creencias del sujeto, así como a no realizar conductas de neutralización, que se configuran en rituales mentales encubiertos.

Por otro lado, si bien la terapia conductual por sí misma logra que el paciente minimice su sobrevaloración del riesgo de situación consideradas peligrosas a través de la exposición, no está del todo definido que la terapia de conducta corrija creencias erróneas, es por ello que en la práctica clínica se suelen asociar tanto técnicas conductuales como técnicas cognitivas como estrategia de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. (Menchón & Vallejo, 2009).

En este sentido la terapia cognitiva logra la mejoría de los síntomas obsesivos-compulsivos y el alivio de la ansiedad a través de la modificación tanto de las falsas creencias y valoraciones de la obsesión y de los esfuerzos individuales por controlar las obsesiones. Sin embargo, aún la EPR es un

componente terapéutico central, sobre todo en casos con presencia de compulsiones, siendo que las intervenciones cognitivas se emplean a menudo para preparar al paciente para las técnicas de exposición (Clark & Beck, 2012).

Dentro de la terapia cognitiva se incluyen algunos componentes y técnicas terapéuticas descritas a continuación.

1.2.4 Formación del paciente

Esta fase incluye la psicoeducación del paciente acerca del trastorno obsesivo-compulsivo desde la perspectiva cognitivo conductual, así como la explicación de la naturaleza de la ansiedad y la justificación del programa de tratamiento a implementar. Es importante que en esta etapa se recalque al paciente sobre la normalidad de los pensamientos intrusos indeseados, el rol de las falsas valoraciones metacognitivas y su influencia en trastorno, y sobre los efectos nocivos a largo plazo de las conductas de neutralización. Se busca con ello que el paciente acepte la justificación del tratamiento a desarrollar.

1.2.5 Distinción de las valoraciones con respecto a las obsesiones

Se instruye al paciente acerca de la diferencia de las obsesiones con las valoraciones realizadas acerca de ellas, de modo que interiorice el concepto de “metacognición” o “pensar sobre la acción de pensar” (Clark & Beck, 2012, p.791). Principalmente se busca que el paciente se dé cuenta del sentido mal-adaptativo de la forma como valora la obsesión y que identifique que es lo que convierte a la obsesión en significativa para él y las falsas valoraciones asociadas a ella.

1.2.6 Reestructuración cognitiva

Busca desafiar las valoraciones erróneas relativas a las obsesiones y su control haciendo uso de técnicas como la recogida de pruebas, el análisis de coste-beneficio, la decatastrofización, la flecha descendente, el debate socrático, entre otras. El objetivo de esta reestructuración cognitiva no es modificar la obsesión misma, sino la valoración que de ella hace el paciente, buscando reeducarlo respecto a que la evaluación exagerada que hace de la importancia de las obsesiones es errónea.

Por otro lado, la debilitación de las creencias relativas a la peligrosidad de las obsesiones permite aumentar la voluntad del paciente a iniciar experimentos conductuales posteriores basadas en la exposición. Asimismo, se presta especial atención a las creencias y valoraciones relativas a la necesidad de control de la obsesión y el fracaso en la obtención del control completo. De este modo se promueve que el paciente utilice niveles de esfuerzo por controlar la obsesión o que postergue las estrategias de neutralización para luego valorar las consecuencias de la misma. Como resultado se llega a una decatastrofización de las valoraciones secundarias de fracaso de control de las obsesiones y permite aumentar la tolerancia del paciente al control imperfecto de las obsesiones.

1.2.7 Aserción encubierta

Esta técnica es utilizada tanto en el trastorno obsesivo-compulsivo como en otros trastornos de ansiedad y tiene como objetivo reducir los niveles de ansiedad y otras emociones negativas generadas por pensamientos recurrentes. El paciente logra esto a través del aprendizaje de dos habilidades separadas: la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento.

McKay, Davis & Patrick (1986) nos refieren que la interrupción del pensamiento es una técnica estudiada por Bain desde 1928 y que a partir de la década de 1950, Joseph Wolpe y otros conductistas la adaptaron para el tratamiento de pensamientos obsesivos y fóbicos. En esta técnica, el paciente ante la presencia de pensamientos intrusivos, subvocaliza una palabra específica, la cual puede ser “basta” o “stop” deteniendo y creando un espacio en la cadena de pensamientos para insertar luego una asección positiva.

La segunda habilidad está relacionada con la sustitución del pensamiento. Ésta fue inicialmente estudiada por Meichenbaum, quien denominó a este procedimiento como “entrenamiento de inoculación al estrés”. En ella se inserta una serie de asecciones positivas en el espacio creado por la interrupción del pensamiento, las cuales dan origen a unas emociones más confortables y que servirán como refuerzo para crear asecciones adicionales.

Asimismo, McKay et. al. (1986) indican que la asección encubierta es más eficaz cuando el conjunto de miedos u obsesiones es primariamente cognitiva más que conductual, siendo por ejemplo que es una mejor técnica para contrarrestar la tendencia a contar mentalmente las cosas u otro tipo de conductas encubiertas.

1.2.8 Explicación alternativa

Este enfoque promueve la aceptación benigna de las obsesiones y su control. El objetivo es que el paciente adquiera la perspectiva de que las obsesiones son intrusiones inocuas, carentes de sentido y que no tienen ninguna importancia personal en específico. Asimismo, se busca que sean aceptadas como manifestaciones normales de una mente activa y creativa. Esto conlleva a

que el paciente asuma que los esfuerzos por controlar la obsesión y la ansiedad a través de compulsiones y conductas neutralizadoras solo producen un alivio inmediato pero temporal que hará que las obsesiones aumenten intensidad y frecuencia en el futuro. Se busca finalmente que el paciente interiorice una visión alternativa por la cual acepta pasivamente la obsesión y elimine las estrategias de neutralización que solía utilizar.

1.2.9 Experimentación conductual

A diferencia de la terapia conductual en la cual la exposición tiene como objetivo reducir los niveles de ansiedad a través de la habituación, la exposición en la terapia cognitiva tiene como finalidad modificar las falsas creencias y valoraciones sobre la importancia y peligrosidad percibidas acerca de la obsesión. El terapeuta da ejercicios de exposición al paciente de forma que ponga en prueba empíricamente la validez de sus creencias de amenaza, responsabilidad, control, intolerancia a la incertidumbre, entre otros, al tiempo que se realiza la prevención de respuestas de neutralización.

1.2.10 Eficacia de las terapias cognitivo-conductuales

Si bien existen diversos estudios sobre la eficacia de la aplicación de estrategias de intervención tanto conductuales como cognitivas en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, los resultados obtenidos no han sido del todo concluyentes. Sin embargo, revisiones de estudios como la de Vallejo (2001), señalan que las técnicas conductuales de EPR muestran efectividad especialmente en casos con presencia de rituales compulsivos, siendo que las mejorías de los pacientes suelen estar entre el 40% - 75% (Steketee & Shapiro, 1993, citados por M. Vallejo, 2001).

Asimismo, estudios que comparan la eficacia de la EPR en relación a otras técnicas muestran que la EPR tiene mejores resultados que el entrenamiento en control de la ansiedad (Lindsay, Crino & Andrews, 1997), la relajación (Fals-Stewart, Mark y Schafer, 1993) y placebos farmacológicos (Kozack, Liebowitz y Foa, 2000).

Otro estudio de Foa y Goldstein (1978), citado por Vallejo (2001), aplicado en una muestra de 21 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, reveló que hubo una mejora del 86% en los rituales y de 57% en las obsesiones, lo que sugería que la EPR actuaría principalmente sobre el componente compulsivo.

Por otro lado, en cuanto a los aportes cognitivos en el tratamiento del TOC, Emmelkamp, Visser y Hoestra (1988) encontraron eficacia similar en la reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva entre la ERP y la terapia racional emotiva. Posteriormente, Emmelkap y Beens (1991) hallarían resultados similares luego de la aplicación de EPR y TRE en un grupo durante 12 y 6 semanas respectivamente, encontrándose que ambos tipos de terapia evidenciaban similar mejoría en los pacientes. (Vallejo, 2001).

Asimismo, Clark & Beck (2012) afirman que la Terapia Cognitivo-Conductual que incluye tanto la EPR como la terapia cognitiva es considerada tanto como tratamiento alternativo, único tratamiento o tratamiento combinado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para todos los casos de pacientes TOC adultos.

Si bien la EPR ha demostrado ser significativamente efectiva, por sí sola así como en combinación con tratamiento farmacológico, estudios recientes dan un peso equivalente a las intervenciones cognitivas con respecto a la EPR, siendo

que los pacientes tratados cognitivamente muestran una mejoría de su calidad de vida, más allá de la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos. (Diefenbach, Abramowitz, Norberg & Tolin, 2007, citados por Clark & Beck, 2012).

Por el momento, no hay resultados concluyentes que determinen una diferencia significativa entre TCC (terapia cognitiva más EPR) y EPR sola. Sin embargo, diversos estudios revelan que las terapias cognitivas exclusivas, es decir, sin instrucciones de realizar exposición y prevención de respuesta, pueden producir mejoría significativa de los síntomas obsesivos compulsivos. Jones y Menzies (1998), citados por Clark & Beck (2012), mostraron en un estudio que pacientes con rituales compulsivos de lavado, tuvieron reducción significativa de los síntomas pre-post tratamiento al recibir intervención exclusivamente cognitiva.

Finalmente, se concluye que a pesar de que los tratamientos conductuales basados en técnicas de exposición y prevención de respuesta suelen ser más eficaces para tratar casos de TOC, especialmente aquellos donde predominan las conductas compulsivas, el tratamiento cognitivo-conductual es más beneficioso para pacientes en quienes predominan las obsesiones puras sin compulsiones abiertas.

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 DATOS DE FILIACIÓN

Nombre : Helen

Edad : 31 años

Fecha de Nacimiento : 10/04/1987

Lugar de Nacimiento : Jesús María, Lima

Grado de Instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Operaria de Producción

Estado Civil : Soltera

Lugar de Residencia : Carmen de la Legua, Callao

Referente : La paciente

Motivo de evaluación : Área de Pensamiento, Inteligencia y
Personalidad

Fechas de Evaluación : 11/11/17, 25/11/17, 02/12/17, 09/12/17

Informante : La paciente

2.2 MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta refiriendo que desde hace diez meses le vienen a la cabeza una serie de pensamientos, ideas e imágenes que le incomodan durante gran parte del día. Ella reconoce estos pensamientos como propios de su mente; sin embargo indica que le generan malestar pues son ideas

que ella considera horribles y aversivas. Estas ideas intrusivas están referidas al cuestionamiento de su orientación sexual, pues la paciente manifiesta que a pesar de ella reconocerse como una persona heterosexual y no sentir atracción sexual por personas de su mismo sexo, le vienen pensamientos tales como “Soy lesbiana”, “Me puedo volver lesbiana”, “¿Qué pasaría si me enamoro de una mujer?” “Te has enamorado de tu amiga”. Asimismo, imagina que está besando a alguna mujer desconocida o a su compañera de trabajo, lo cual le genera malestar significativo ya que la paciente trata de luchar contra esas ideas al considerarlas inadecuadas y se repite a sí misma que ella no es lesbiana, pues siente atracción y siempre ha tenido parejas del sexo opuesto. Sin embargo, esto no suele tener mucha efectividad ya que logra reducir temporalmente el pensamiento intrusivo y la ansiedad desencadenada pero en otro momento del día éstos vuelven a aparecer. Por otro lado, la paciente indica que en ocasiones en la mañana suele dudar de haber cerrado correctamente la puerta de su cuarto al salir rumbo al trabajo y ante la ansiedad generada por la incertidumbre y el temor a que le puedan robar sus cosas, regresa a su casa a verificar que ha cerrado la puerta de su cuarto con seguro. Sin embargo, al salir vuelve a tener las mismas ideas de no haber dejado la puerta cerrada con seguro, pese a haber hecho la verificación previamente y puede repetir la conducta de regresar a su casa a cerciorarse que su puerta esté cerrada hasta en 4 oportunidades algunas mañanas. La presencia reiterativa de estas ideas e imágenes y la lucha que hace internamente por contrarrestarlas le ha afectado a nivel personal, social y laboral, pues se desconcentra con facilidad en el trabajo, está constantemente prestando más atención a sus pensamientos que a las tareas que tiene asignadas, y suele discutir con su pareja ya que a veces se pone irritable y discute con él cuando se

siente tensa. Asimismo, refiere sentirse triste la mayor parte del tiempo, desesperanzada y culpable al no poder controlar sus pensamientos. Por otro lado refiere sentirse menos interesada en cosas que antes le agradaban como ir a fiestas o salir con sus amigas, también indica que su deseo sexual ha disminuido, duerme un poco más, tiene menos apetito que de costumbre, le es difícil mantener la concentración en sus tareas diarias y se siente menos segura de las decisiones que toma. Finalmente, la paciente manifiesta que este malestar está asociado a sus pensamientos indeseados, pues de no tenerlos se sentiría contenta y conforme con su vida.

2.2.1 Episodios previos

La paciente refiere haber tenido un primer episodio obsesivo-compulsivo entre los 13 y 20 años de edad, durante el cual hubo periodos en los que predominaban ciertas temáticas obsesivas específicas. A los 13 años a raíz de que los compañeros del colegio la molestaban debido a su contextura física y la forma brusca con la se comportaba con los demás y empezaron a decirle “gorda”, “machona” y que “parecía un hombre”, la paciente empezó a presentar ideas intrusivas y recurrentes que cuestionaban su sexualidad. Ella indica que se sentía preocupada pues creía que podía volverse homosexual y constantemente se imaginaba escenas donde podía estar besando a una compañera o venía el pensamiento de “eres lesbiana”, lo cual le generaba malestar emocional ya que ella siempre se había sentido atraída hacia los varones en toda su etapa escolar y la idea de la posibilidad de ser homosexual le generaba repulsión, motivo por el cual trataba de luchar contra ella repitiéndose a sí misma que ella no era así. Esta situación le consumía varias horas del día y muchas veces le limitaba a nivel

académico y social pues no podía concentrarse en sus actividades cotidianas debido a la presencia de dichas intrusiones mentales.

Posteriormente, a los 15 años de edad, la ideación obsesiva disminuyó en intensidad, pero fue reemplazada por el pensamiento intrusivo con respecto a la posibilidad de haber contraído el virus de VIH y estar padeciendo SIDA. La paciente refiere que en ese entonces le salieron unas pequeñas heridas en la boca debido a un problema estomacal; sin embargo debido a que ella presencié el padecimiento de su madre quien murió víctima de SIDA dos años atrás, la paciente imaginó que ella también podría haberse infectado de VIH y se le venían a la mente constantemente imágenes de sí misma, postrada en cama, débil, excesivamente delgada y agonizando, lo cual le generaba malestar y miedo intenso pues le aterraba la posibilidad de morir de igual manera como lo hizo su madre. Esta idea intrusiva se mantuvo predominante y recurrente durante dos años más de su vida. Es así que cuando la paciente tuvo 17 años, la idea de la enfermedad de SIDA disminuyó, pero a raíz de que un día su padre al despedirse de ella luego de visitarla le dio una palmada en el trasero de broma, la paciente le dio una connotación sexual a este acto por lo cual empezó a desarrollar la idea obsesiva de que “podía estar enamorada de su propio padre”, la cual se manifestaba en imágenes recurrente de estar besando o teniendo relaciones sexuales con su progenitor. Esta nueva ideación obsesiva se transformó en una obsesión primaria por aproximadamente 3 años, durante los cuales sentía malestar constante, le dolía la cabeza, se sentía culpable de tener esos pensamientos incestuosos y no podía mantenerse tranquila ni concentrada en el trabajo, motivo por el cual solía pedir permiso constantemente en él. Asimismo, la paciente relata que no podía conciliar el sueño y tenía temor de contarle a su

enamorado de ese entonces acerca de las ideas que le venían a la mente, pues pensaba que iba a ser juzgada y/o rechazada por él.

Por otro lado, la paciente refiere que no fue a consulta psicológica o psiquiátrica a pesar del malestar que sentía por la presencia del pensamiento intrusivo. Posteriormente, cuando la paciente tenía 20 años, los síntomas fueron disminuyendo hasta remitir totalmente, siendo que se sentía tranquila, se podía concentrar en su trabajo, solía llevarse bien con sus amigas y salir a divertirse regularmente y no se presentaron las intrusiones mentales de los años anteriores. Este periodo de remisión se prolongó por aproximadamente 7 años, siendo que cuando al paciente tenía 27 años empezó a tener problemas y discusiones con una nueva pareja y en ese contexto notó que su enamorado solía expresarse mal de las personas homosexuales. La paciente refiere que empezó a sentir preocupación pues se preguntaba a sí misma que pasaría si su pareja se enterara que ella tuvo ese tipo de pensamientos durante muchos años en su adolescencia. Sin embargo, prefirió no decirle nada y no tocar el tema con su pareja, hasta que a los 29 años de edad, las obsesiones relacionadas al tema de la homosexualidad retornaron con mayor intensidad.

2.3 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

2.3.1 HISTORIA PERSONAL

2.3.1.1 Etapa Prenatal

La paciente indica que cuenta con escasa información sobre su etapa prenatal, pues su madre murió hace 18 años a consecuencia del SIDA y su padre tiene poca información al respecto. Sin embargo, la paciente refiere que su madre le contó que tuvo tres abortos naturales antes de quedar embarazada de ella, por

lo cual tuvo un embarazo de riesgo con amenaza de un posible nuevo aborto. Por otro lado, el padre y la madre tenían ambos 23 años de edad en el momento de la concepción, convivían en una habitación de la casa materna, fue un embarazo planificado y la madre recibía el apoyo de su pareja aunque en ocasiones la relación entre sus padres se podía tornar conflictiva, pues él a veces tomaba alcohol y la madre le reclamaba por ello esporádicamente.

La paciente no cuenta con información respecto a si su madre asistió a sus controles prenatales ni a complicaciones durante esta etapa.

2.3.1.2 Etapa Perinatal

La paciente refiere que conoce que nació a los 9 meses de gestación por vía natural, no hubo complicaciones mayores durante el parto, no requirió hospitalización y no se utilizaron instrumentos como el fórceps u otros similares.

La recién nacida no presentó dificultades respiratorias en el momento de nacer y tuvo llanto inmediato. La paciente no tiene conocimiento de su peso y talla al nacer, pero refiere que su madre le contó que fue una bebé “gordita” y que los médicos le dijeron que su hija estaba sana y no padecía de ninguna malformación ni enfermedad congénita.

Asimismo, la paciente indica que su madre le contó que se sentía nerviosa al cargarla, pues durante el embarazo tuvo miedo de tener una nueva pérdida. Posteriormente ambos padres regresaron a la habitación donde convivían en casa de la madre, siendo el padre el que se dedicó a trabajar y sostener económicamente el hogar y la madre se dedicó a ser ama de casa y cuidar de la paciente.

2.3.1.3 Etapa Postnatal

2.3.1.3.1 Alimentación

La paciente refiere que no cuenta con información sobre el inicio ni el fin de su periodo de lactancia, pero indica que su madre le contó que desde su nacimiento se prendió adecuadamente del pecho materno y presentó el reflejo de succión. Asimismo, tiene conocimiento que tenía buen apetito y desde el primer año de edad su madre le empezó a dar distintos tipos de sopas y también la comida regular que ingerían sus padres en casa sin que haya algún tipo de rechazo ni problema estomacal asociado a ello.

Por otro lado la paciente indica empezó a comer sola alrededor de los 4 años de edad y que no solía tener caprichos alimenticios, pues su madre era muy estricta y desde que la paciente tiene uso de razón la recuerda como alguien agresiva tanto con ella como con su padre y que le inspiraba temor.

2.3.1.3.2 Psicomotricidad

La paciente indica que sus padres no le refirieron que hubiera tenido alteraciones en su desarrollo psicomotor, pues aprendió a gatear, a ponerse de pie y a caminar con normalidad, siendo que ya podía desplazarse sin ayuda pasados los doce primeros meses de edad.

2.3.2.3.3 Lenguaje

Asimismo, la evaluada no refiere tener información sobre el desarrollo de su lenguaje. Sin embargo, indica que sus padres nunca le contaron que haya tenido problemas para aprender a hablar y comunicarse, ni tampoco recuerda haber tenido dificultades de pronunciación durante la infancia.

2.3.2.3.4 Escolaridad

La paciente inicio su etapa escolar a los 3 años de edad aproximadamente cuando fue matriculada en un colegio inicial estatal cercano a su casa en el Callao. No fue llevada ni a estimulación ni a guardería alguna pues era su madre quien se quedaba con ella en casa. La paciente recuerda haber sido una niña tranquila en el colegio, tímida, no le gustaba hablar mucho y su círculo de amigos no era muy extenso, en gran parte debido a que el salón en el que estaba tenía pocos alumnos.

Durante la etapa primaria la evaluada refiere haber estudiado en un colegio estatal del Callao, en cual tenía un rendimiento promedio, siendo que el curso que menos le agradaba y en el cual tenía un rendimiento más bajo era el de matemáticas. Con respecto a su conducta indica no haber tenido problemas con los profesores por indisciplina, pero si recuerda no haber tenido muchas amigas, pues debido a que era una niña que en ocasiones era tosca al jugar con los demás, sus amigas le decían que parecía un niño y la molestaban diciéndole “machona”, ante lo cual la evaluada optaba por ignorar las burlas y no hacerles caso.

Posteriormente, cuando ingresó al nivel secundaria, la paciente continuó con un rendimiento promedio regular, pues a pesar que le gustaban los cursos de inglés y lenguaje, tenía dificultades para los cursos de física, matemáticas, geometría y trigonometría, según refiere porque no se sentía motivada a esforzarse en dichas materias, no solía prestar atención en dichas clases, se aburría con facilidad y prefería pedir a algunos compañeros que hagan su tarea en vez de ella o copiarse durante los exámenes.

Por otro lado, refiere durante esta etapa su círculo de amigos se amplió, ya que durante la adolescencia, desde los 15 años de edad, solía regresar del colegio en grupo a su casa y en algunas ocasiones se reunía con algunos compañeros para conversar o tomar alcohol. Sin embargo, también indica que cuando estaba en 3er, 4to y 5to año de secundaria, algunos compañeros la seguían molestando debido a su contextura física y a su tosquedad de su comportamiento y le decían “gorda”, “machona” y que “parecía un hombre”, lo cual le hacía sentir mal, empezó a sentirse preocupada, cuestionarse y dudar acerca de su sexualidad, apareciendo las primeras ideas intrusivas y molestas acerca de la posibilidad de ser homosexual, lo cual no era congruente con su preferencias sexuales, pues refiere haberse sentido siempre atraída sólo por varones desde su etapa escolar.

Asimismo, la paciente indica que no presentó problemas de conducta significativos durante la secundaria, solía portarse bien con los profesores y llegó a ser “policía escolar”. Sin embargo, no se sentía motivada a estudiar pues se consideraba mala para las matemáticas, física, química y otros cursos relacionados a las ciencias, le aburrían las clases y solo estudiaba lo necesario para no desaprobar el año. Además, refiere que cuando estaba en 3er año empezó a sentir vergüenza de salir a exponer en clase, pues pensaba que podría hacerlo mal o que los demás podrían burlarse de ella, se sentía ansiosa y le temblaban las manos por lo cual prefería no hacer presentaciones muy largas y ceñirse a decir lo necesario para las exposiciones.

2.3.2.3.5 Psicosexualidad

La paciente refiere que desde pequeña sus padres no solían hablarle de sexo, tenía poca confianza con ellos y preferían evitar el tema. Sus primeros conocimientos sobre el sexo los adquirió en el colegio, a través de los comentarios y bromas de sus compañeros en primaria y las charlas que daban algunos profesores en secundaria sobre educación sexual.

Por otro lado, la paciente indica que cuando tenía 6 años y sus padres ya se habían separado, fue víctima de tocamientos indebidos por parte de su padrastro, quien aprovechando que todos dormían en una misma cama y que su madre salía de la habitación en las mañanas, manoseaba sus partes íntimas y hacía que la niña también se las toque a él. La paciente refiere que este abuso continuó durante un año y que nunca contó nada a su madre pues su padrastro la amenazaba con hacerle daño a ella y a su madre si lo contaba a alguien más. Asimismo, la paciente recuerda que presenciaba las relaciones sexuales entre su madre y su padrastro pues todos compartían una misma habitación en la casa.

Su primera menstruación se dio a los 13 años de edad y la paciente refiere que tuvo que aprender a lidiar con el tema por sí misma pues por ese entonces su madre ya había muerto producto del SIDA que padecía y tenía poco contacto con su padre.

La paciente refiere haberse sentido atraída desde la adolescencia por personas del sexo opuesto, su primer enamorado lo tuvo a los 19 años y fue el primero con el que tuvo relaciones sexuales cuando tenía 20 años. Asimismo, indica que durante la primera relación sexual se sintió un poco culpable pues ella hubiera querido llegar virgen al matrimonio ya que cree que esto es lo que su

madre hubiera deseado. Sin embargo, en las siguientes veces que tuvo sexo este sentimiento fue disminuyendo.

Por otro lado, la evaluada refiere que nunca ha tenido una experiencia homosexual, ni ha sentido ganas de tenerlas. Considera que se ha sentido satisfecha sexualmente con la mayoría de sus parejas que ha tenido, a pesar de haber experimentado desde su adolescencia pensamientos intrusivos acerca de la posibilidad de volverse homosexual, lo cual le generaba angustia y hacía que la paciente luchara contra estas ideas repitiéndose a sí misma que siempre se ha sentido atraída por los hombres y que por lo tanto “no debería de pensar así”.

2.3.2.3.6 Rasgos de personalidad

La paciente refiere que desde pequeña era una niña tranquila, sumisa y temerosa. Esto debido a que desde que tiene uso de razón recuerda que su madre era violenta con ella, pues la castigaba severamente golpeándola con palos o quemándole la boca con una cuchara caliente cuando la paciente desobedecía, hablaba malas palabras, respondía mal o no hacía las cosas según como se lo ordenaba su madre. Asimismo, relata que su madre solía ser poco afectuosa con ella, no se preocupaba por cuidarla y se iba frecuentemente a tomar alcohol o salir con amigas dejándola sola en casa desde pequeña, lo cual la hacía sentirse triste pues no tenía amigas con quien jugar en su vecindario. Desde que tenía 4 años de edad, sus padres se separaron y su padre se fue de la casa debido a los maltratos que recibía por parte de la madre de la paciente quien le reclamaba por temas económicos y lo golpeaba al igual que a su hija. La paciente indica que no recuerda cómo era la relación con su padre, pero que sus tías le contaron que él sí la quería y que no era agresivo con ella. Sin embargo,

refiere que veía a su padre semanalmente o a veces varios días a la semana, pues él iba visitarla a la casa y la llamaba desde afuera para saber cómo estaba, por lo cual sentía mayor apego hacia él.

Desde pequeña recuerda que su madre, luego de la separación del padre, traía frecuentemente a sus amigos a la habitación para amanecerse tomando alcohol con ellos delante de ella, solía insultarla diciéndole a la paciente “no sirves para nada”, “eres una inútil”, y la obligaba a cocinar y hacer los quehaceres de la casa bajo amenaza de golpearla, lo cual hizo que la paciente creciera con un sentimiento de insatisfacción y resentimiento constantes, además de sentirse sobre exigida y obligada a cumplir de manera estricta las demandas de los demás.

Por otro lado, la paciente refiere haberse sentido poco querida por su madre, de quien no recuerda que haya tenido palabras o demostraciones de cariño hacia ella. Sin embargo, cree que el trato que recibió de pequeña era la “única forma de quererla que tenía su madre”. Asimismo, sentía que si bien su padre no la maltrataba, era una persona conformista y pasiva que no la protegió ni hizo nada por defenderla o sacarla de ese entorno. Es por ello que la paciente califica su infancia como una etapa en la que se sentía “infeliz y desdichada”.

La paciente recuerda también haber sido una niña introvertida, poco sociable, prefería jugar sola en casa a los “jazzes”, lanzando una pelota de vólibol contra la pared y con “taps” o “chapitas” de gaseosas, en parte porque su madre no le dejaba salir a la calle sola y en el vecindario solo tenía una amiga cuando tenía 11 años de edad aproximadamente. Además, recuerda no haber

hecho berrinches o pataletas pues tenía miedo de los castigos físicos que le daba su madre.

Desde pequeña recuerda haber sido una niña muy ansiosa, pues constantemente se sentía preocupada, nerviosa, con temor constante a ser golpeada, se comía las uñas (hábito que mantiene hasta la actualidad) y tenía miedo a que su madre muera y la abandone, pues recuerda que desde los 6 hasta los 7 años tenía pesadillas en las noches en las que veía a su madre muerta en un ataúd, por lo que se despertaba angustiada y llorando en la madrugada.

Al entrar en la adolescencia, la paciente se volvió más sociable, empezó a tener más amigos en el colegio. Sin embargo, refiere que siempre se sintió molestanda por algunos compañeros que debido a que ella era brusca en sus juegos y su contextura física mayor que el promedio le decían que parecía un hombre y le ponían apodos como “machona”, lo cual la hacía sentirse poco valorada por los demás. Relata también que tenía mayor facilidad para relacionarse con los chicos que con las mujeres, pues con estas últimas solía sentirse cohibida. Asimismo, desarrolló susceptibilidad a la crítica y ansiedad social, pues refiere que en el colegio no le agradaba salir a exponer, pues pensaba que los demás la juzgarían, se burlarían de ella o que le iría mal en las presentaciones, sin que tuviera alguna experiencia previa donde esto haya sucedido.

Al cumplir aproximadamente los 13 años, la paciente refiere empezar a desarrollar pensamientos intrusivos y repetitivos, la mayoría de ellos relacionados a su orientación sexual, pues tenía miedo que pudiera volverse homosexual y se

imaginaba besándose con alguien de su mismo sexo, lo cual le genera malestar emocional. La paciente trataba de luchar contra estos pensamientos, repitiéndose a sí misma que ella no era lesbiana y que no lo gustaban las mujeres, pero cuanto más trataba de rebatir estos pensamientos, más difícil le resultaba deshacerse de los mismos. Por otro lado, indica también haber tenido dificultad para desenvolverse en diferentes situaciones sociales, pues tenía temor de ser evaluada o criticada por los demás, y solía pensar bastante las cosas antes de decirlas para asegurarse que iba a decir algo de la forma correcta. Esta conducta se ha mantenido a lo largo de su desarrollo hasta la actualidad, en donde indica que suele ser perfeccionista y sobre demandante consigo misma, no permitiéndose caer en el error o buscando siempre la reafirmación de las personas de su entorno sobre las cosas que expresa o sobre sus decisiones.

2.3.2.3.7 Enfermedades

La paciente refiere no haber sufrido de enfermedades de consideración durante su desarrollo. Sin embargo, indica que tuvo sarampión en la infancia y que desde pequeña padeció de infecciones urinarias, las cuales los médicos le explicaron que podía deberse a inadecuada higiene personal o estar en contacto con superficies contaminadas. Asimismo, la evaluada manifiesta que desde pequeña recuerda haber padecido de estreñimiento y de hemorroides, problema que tiene hasta la actualidad, siendo que en ocasiones toma medicación para aliviar estas molestias.

2.3.2.3.8 Intereses

De niña la paciente solía mostrar interés por juegos individuales, tales como los “jazzes”, jugar con su pelota de volleyball lanzándola contra la pared y en algunas ocasiones se mostraba interesada por jugar con los pocos amigos que tenía en el vecindario a las escondidas o a pasear por las calles cercanas a su casa. Durante la adolescencia, mostró mayor preferencia por salir a pasear con sus amigos, reunirse con ellos a conversar y en ocasiones a tomar alcohol en dichas reuniones. En la actualidad, la paciente refiere recrearse algunos fines de semana saliendo con amigas o primas bailar, a tomar alcohol, y a conversar, lo cual indica hacer de forma esporádica para distraerse.

2.3.2.3.9 Vida laboral

La paciente manifiesta que de niña solía desear ser profesora de inglés cuando fuera adulta. Sin embargo, a la raíz de diversos problemas familiares, tales como la separación de sus padres, la muerte de su madre cuando la evaluada tenía 13 años de edad y la difícil situación económica que atravesó como consecuencia de no contar con el apoyo familiar adecuado, tuvo que ponerse a trabajar desde que terminó la secundaria como operaria de producción en una fábrica de alimentos, realizando tareas de manipulación de insumos y operación de la maquinaria.

Asimismo, refiere que al comienzo no le agradaba ese tipo de trabajo; sin embargo, ante la necesidad de ganar dinero para subsistir fue desarrollando gusto por sus actividades laborales y poco a poco fue dejando de lado sus deseos de estudiar inglés o convertirse en profesora.

Actualmente, la paciente trabaja como operaria de producción en una fábrica de reciclaje de cartón y papel, gana el sueldo mínimo (930 soles mensuales) y suele gastar casi todo su sueldo en su manutención. Por otro lado, a pesar de que puede ahorrar una mínima cantidad de su ganancia, refiere que tiene el deseo de juntar dinero y poder alquilar y mudarse a un espacio propio, pues aún vive en la habitación que compartía con sus padres en la casa familiar de su madre fallecida.

2.3.2 HISTORIA FAMILIAR

La paciente fue criada en una familia de tipo monoparental, desde que tiene 4 años de edad, pues sus padres, quienes convivían en una habitación de la casa familiar de la madre, se separaron debido a que, según refiere la paciente, su madre reclamaba constantemente a su padre que le dé más dinero para la manutención y solía insultarlo y pegarle. Dentro de la casa también vivían en otros ambientes su abuela materna, su abuelo materno, dos tías, un tío y cinco primos. Sin embargo, ella no tenía mucho contacto con ellos, pues solía estar la mayor parte del tiempo en la habitación que compartía con sus padres.

Su madre se llamaba Sonia, vivió con la paciente hasta que ésta tuvo 13 años de edad pues falleció a los 37 años víctima de SIDA. La paciente refiere que su madre no terminó sus estudios secundarios y se dedicó a ser ama de casa toda su vida. Su padre se llama Armando, actualmente tiene 55 años de edad, no concluyó sus estudios secundarios y se dedicó a ser obrero de construcción. Los dos se conocieron dentro de su vecindario pues vivían cerca el uno del otro cuando ambos tenían aproximadamente 20 años. Luego se fueron a convivir a la casa familiar de su madre en donde compartían una habitación. Posteriormente,

la madre que queda embarazada de la paciente cuando tenían ambos padres 23 años. Sin embargo, este fue un embarazo de riesgo, pues la madre ya había tenido 3 pérdidas espontáneas anteriores y tenía temor de que esto le volviera a suceder.

La relación entre ambos padre era buena en ese tiempo, existían discusiones esporádicas debido a temas económicos, pero el padre apoyaba en la manutención del hogar. Luego del nacimiento de la paciente, los 3 siguieron compartiendo la misma habitación en la casa de la madre, la paciente relata conoce que sus padres empezaron a discutir con mayor frecuencia por temas económicos. Su madre reclamaba a su pareja que le diera más dinero para los gastos del hogar y su padre no cumplía con las demandas de ella, motivo por el cual la madre empezó a tornarse violenta con su conviviente, le insultaba y le agredía físicamente.

Cuando la paciente tenía 4 años de edad, su padre decide separarse y marcharse del hogar. La paciente refiere que se sintió afectada emocionalmente ya era más apegada a él puesto que su madre se mostraba como una persona agresiva y no tenía gestos de afecto hacia ella. El padre empezó a visitar esporádicamente la casa materna, pero solo para saber cómo estaba su hija; sin embargo, no cumplía del todo con la manutención de la paciente, pues en ocasiones dejaba de pasarle dinero a su madre.

Luego de la separación, la evaluada indica que su madre se tornó más agresiva e irresponsable en el cuidado de la paciente, pues invitaba amigos a ingerir licor al cuarto estando la niña presente, se iba a fiestas y reuniones dejando a la paciente sola encerrada en el cuarto, no la atendía y la obligaba a

cocinar y hacer los quehaceres domésticos bajo amenaza. Asimismo, la paciente refiere que su madre le castigaba físicamente de forma continua, pues solía golpearla con palos, le quemaba los labios con objetos calientes, la insultaba y la menospreciaba desde que ella tiene uso de razón, porque lo considera que tuvo una infancia infeliz.

Por otro lado, cuando la paciente tenía 6 años, su madre llevó a vivir a la casa a una nueva pareja durante un año, tiempo en el cual la paciente sufrió de tocamientos indebidos por parte de este hombre quien aprovechaba los momentos que estaba a solas con la niña en el cuarto para tocarle sus partes íntimas. La paciente indica que nunca le contó a su madre sobre estos hechos debidos a que su padrastro la amenazaba con hacerles daño si ella contaba el hecho a alguien más.

Dentro de la casa familiar, vive también Edilberto, su abuelo materno, con quien su madre no le permitía que tuviera mucho contacto. La paciente presume que esto es debido a que su madre sufrió también de violencia física y psicológica por parte de Edilberto cuando era joven y por eso no quería que se acerque a su hija. Asimismo, la madre de la paciente desde pequeña le inculcó a que sea desconfiada con su tío materno Jimmy y que le contara a su madre si alguna vez él trataba de tocarla de forma indebida o agredirla de algún modo. Sin embargo, la paciente no recuerda haber tenido episodios de violencia o tocamientos indebidos por parte de su tío o su abuelo.

Cuando la paciente tenía 13 años, su madre fallece de forma repentina de una enfermedad desconocida. Posteriormente se enteraría que su madre había padecido de SIDA pero que nunca había recibido atención médica ni tratamiento

alguno para su enfermedad. Fue en esta etapa de su vida que la madre de la paciente empezó a bajar de peso repentinamente, tenía vómitos y diarreas frecuentes y estaba postrada en cama. Desde ese entonces y a raíz de haber sido testigo del deterioro de la salud de su madre es que la paciente tiene también miedo a poder contagiarse de SIDA y en ocasiones aparece la idea recurrente de que se ha podido infectar de VIH de alguna manera. También refiere que a veces se imaginaba que tenía heridas en la boca o que perdía peso al igual que su madre.

A raíz de la muerte de su madre, fue donde una tía que vivía cerca a su casa la cual le brindó apoyo emocional y a la cual solía visitar para almorzar con ella y conversar. Asimismo, refiere ser muy apegada a dos primas hermanas, Selene quien actualmente tiene 38 años de edad y Fabiola de 33 años, con quienes suele salir algunos fines de semana a divertirse.

La paciente cuenta que desde que su madre murió su padre empezó a consumir mayor cantidad de alcohol, ya no iba a visitarla y constantemente se enteraba de que estaba en estado de ebriedad, lo cual hizo que se distanciaran y la relación entre ellos se resquebrajara hasta la actualidad, pues las visitas entre ellos son muy esporádicas.

Por otro lado, refiere que en el hogar no se profesaba religión alguna; sin embargo, adquirió algunas nociones de formación de la religión católica a través de las clases de religión del colegio. Además, la paciente asistía a veces a la iglesia durante su adolescencia por iniciativa propia.

Asimismo, la paciente indica que de pequeña pasó muchas necesidades económicas, en parte porque su padre no aportaba de forma constante para su

manutención y su madre adoptó una actitud irresponsable en su cuidado, prefiriendo las fiestas y salidas en vez de asegurarse del bienestar de su hija. Es así que luego de terminar el colegio la evaluada asume la responsabilidad de mantenerse por sí misma y empezó a trabajar como operaria de producción para poder subsistir.

2.3.3 SITUACIÓN ACTUAL

La paciente actualmente vive en una casa multifamiliar de material noble y 3 pisos construidos, siendo que sólo ocupa un cuarto en el segundo piso el cual solía compartir con su madre hasta que ésta falleció cuando la paciente tenía 13 años. En esta casa residen además sus abuelos maternos, dos tías maternas, un tío materno y su primo hermano menor, quienes ocupan los demás cuartos y el tercer piso de la vivienda.

Asimismo, la casa se encuentra en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso en el Callao en una zona en la cual existe un moderado nivel de pandillaje y delincuencia. La paciente actualmente se mantiene económicamente a sí misma, no tiene hijos ni otras personas que dependan de ella. Labora en una fábrica de reciclaje como operaria de producción manipulando bloques de cartón y papel, recibe remuneración mínima la cual utiliza casi en su totalidad para su manutención personal y eventualmente en recreación. Las demás personas en su hogar (tíos y primos) laboran para el sostenimiento de sus respectivas familias y no suelen interactuar mucho con ella. Su padre, con quien ya no vive desde que la paciente tenía cuatro años de edad, labora en actividades esporádicas de construcción de cercos, reparación de estructuras metálicas, entre otras. Asimismo, según refiere la evaluada su relación con el padre suele ser fría y

distante, pues éste no solía visitarle con frecuencia. Además relata que su progenitor consume alcohol en demasía, principalmente desde la muerte de la madre de la paciente.

Por otro lado, la paciente relata que suele pasar la mayor parte del día trabajando en la fábrica, regresa por las noches a casa, usualmente a descansar pues termina agotada luego de cada jornada laboral. Sin embargo, algunos fines de semana suele salir con sus primas Selena y Fabiola (de 38 y 33 años respectivamente, las cuales no viven con ella) a bailar a alguna discoteca, a caminar, o a pasear, siendo que con ellas tiene bastante confianza y se siente a gusto.

La situación económica actual de la paciente le permite cubrir sus necesidades básicas, aunque aún no ha podido independizarse de la casa materna, siendo que una de sus metas es juntar los recursos económicos necesarios y comprar o alquilar un espacio propio para ella. Sin embargo, relata que por el momento se siente bien en el lugar donde vive.

2.3.4 EXAMEN MENTAL

Porte

La paciente es una mujer de 31 años de edad, de contextura gruesa, tiene una estatura de 1.55 m y un peso de 65 kg aproximadamente, de biotipo pícnico y aparenta su edad cronológica. Tiene tez trigueña, ojos y cabello castaño oscuro. Llego a consulta con vestimenta acorde la situación, estación, sexo, edad y nivel socioeconómico, con moderado aseo y aliño personal, pues aunque su cabello estaba peinado, su ropa no estaba completamente limpia. Asimismo, no

evidenciaba cicatrices ni tatuajes visibles en su cuerpo y su piel no denotaba ningún tipo de coloración extraña o manchas.

Comportamiento

La paciente ingresó a consulta con marcha adecuada y espontánea, saludó al evaluador y se sentó en la silla. Su postura era semiencorvada y se mantuvo sentada durante toda la sesión. Por otro lado, denotaba facies de intranquilidad y preocupación con gestos espontáneos y acordes al discurso. Se mantuvo alerta y atenta a los estímulos de su alrededor durante la entrevista y denotó cierta tensión muscular en el rostro y cuerpo mientras relataba su problema.

Actitud

La paciente a pesar de mostrarse ansiosa y preocupada por su problemática mostró una actitud colaboradora durante toda la entrevista. Su discurso era expansivo y lleno de detalles; sin embargo, estaba predispuesta a dar la información necesaria y requerida para llevar a cabo el proceso de evaluación.

Conciencia

La paciente se encontraba lúcida y con nivel II de conciencia correspondiente a vigilancia atenta.

Orientación

La paciente evidenció estar orientada en tiempo, espacio y persona; es decir estaba orientada autopsíquica y alopsíquicamente.

Atención

La paciente mostró atención selectiva, sostenida y flexible frente a los estímulos de su alrededor.

Memoria

La paciente evidenció memoria remota y reciente conservadas.

Percepción

La paciente interpretaba los estímulos a través de los sentidos adecuadamente.

Pensamiento

La paciente presentó un pensamiento de curso coherente con contenido de obsesiones y preocupaciones.

Inteligencia

La paciente aparentaba una inteligencia promedio, con ausencia de algún tipo de alteración o retraso en esta área.

Lenguaje

La paciente evidenció un lenguaje espontáneo, fluido, con tono de voz adecuado pero de velocidad rápida. Su discurso era moderadamente expansivo y denotaba la preocupación que sentía la paciente por las obsesiones que le aquejaban.

Afectividad

La paciente se mostró intranquila y preocupada, además evidenció tristeza con respecto a su incapacidad de controlar el pensamiento obsesivo.

Sueño

La paciente no refirió problemas para conciliar el sueño ni para mantenerlo. Aunque relató que duerme un poco más que de costumbre y esporádicamente había tenido alguna pesadilla.

Apetito

La paciente refirió tener una ligera disminución del apetito, pero come a sus horas y en cantidades normales.

Conciencia de enfermedad

La paciente reconoció que su situación actual y la presencia de estas imágenes e ideas le afectaban su desenvolvimiento personal, social, familiar y laboral.

Signos	Síntomas	Síndromes
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo femenino - Tez trigueña - Contextura gruesa - Estatura de 1.55 m aprox. - Peso de 65 kg aprox. - Biotipo pícnico - Aparenta edad cronológica - Moderado aseo y aliño personal - Viste acorde a su sexo, edad, estación y situación socioeconómica - Marcha adecuada y espontánea - Posición sentada - Postura semiencorvada - Facies de preocupación e intranquilidad - Gestos acorde al discurso - Adecuado contacto visual - Actitud colaboradora - Lúcida - Orientada en persona, tiempo y espacio 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos intrusivos sobre su orientación sexual (Imágenes homosexuales, ideación de volverse homosexual) - Sensación de falta de control sobre estos pensamientos - Preocupaciones sobre su estado de salud y sobre estos pensamientos - Dificultades de concentración - Tensión muscular - Incapacidad para relajarse - Tristeza patológica - Anhedonia - Ideas de culpa - Dificultad para tomar decisiones - Disminución de la autoestima - Ligero aumento del sueño - Ligera disminución del 	<ul style="list-style-type: none"> - Obsesivo - Ansioso - Depresivo

<ul style="list-style-type: none"> - Atención selectiva, sostenida y flexible frente a estímulos de su alrededor - Memoria reciente y remota conservada - Interpreta estímulos a través de los sentidos adecuadamente - Pensamiento de curso coherente con contenido obsesivo y de preocupaciones - Lenguaje espontáneo, fluido, con tono de voz adecuado y velocidad rápida - Congruencia afectiva 	<p>apetito</p>	
---	----------------	--

Diagnóstico

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Episodio Depresivo Moderado secundario a Trastorno Obsesivo Compulsivo

2.3.5 PRUEBAS E INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICADOS

Cuestionario sobre la historia de la vida de A. Lazarus

Escala Obsesivo Compulsivo de Yale - Brown (Y - BOCS)

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos - III (WAIS - III)

Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II

2.4 INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos : Helen

Edad : 31 años

Fecha de Nacimiento : 10/04/1987

Lugar de Nacimiento : Jesús María, Lima

Grado de Instrucción : Secundaria completa

Ocupación : Operaria de Producción

Estado Civil : Soltera

Lugar de Residencia : Carmen de la Legua, Callao

Referente : La paciente

Motivo de evaluación : Área de Pensamiento, Inteligencia y Personalidad

Fechas de Evaluación : 11/11/17, 25/11/17, 02/12/17, 09/12/17

Evaluador : Daniel Arturo Mariscal Del Castillo

Técnicas utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica

Instrumentos utilizados : Cuestionario sobre la Historia de la Vida de Lazarus

Escala Obsesivo Compulsivo de Yale - Brown

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos - III

Escala de Ansiedad Estado – Rasgo

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude a consulta y refiere: “Desde hace 10 meses me viene a la cabeza una serie de pensamientos, ideas e imágenes la mayor parte del día. Éstos me generan gran malestar porque son ideas que considero horribles y por más que trato de luchar contra ellas no puedo dejar de pensarlas. Algunos de estos pensamientos son: “Soy lesbiana”, “Me puedo volver lesbiana”, “¿Qué pasaría si me enamoro de una mujer?” “Te has enamorado de tu amiga” o a veces también me imagino besando a alguna mujer, ante lo cual me repito a mí misma que no soy lesbiana, siento atracción por los hombres y siempre he tenido parejas del sexo opuesto. Por otro lado, en algunas ocasiones en la mañana dudo de haber cerrado correctamente la puerta de mi cuarto al salir rumbo al trabajo, luego ante la duda, regreso a mi casa y verifico que he cerrado la puerta de mi cuarto con seguro. Sin embargo, puedo volver a casa a cerciorarme que mi puerta esté cerrada hasta en 4 oportunidades algunas mañanas. Todo esto me ha afectado a nivel personal, social y laboral, pues me desconcentro con facilidad en el trabajo, estoy constantemente prestando mayor atención a mis pensamientos que a las tareas que tengo asignadas, y suelo discutir con mi pareja ya que a veces me pongo irritable y discuto con él cuando me siento tensa.

Asimismo, a consecuencia de ello, me siento triste, desesperanzada y culpable al sentir que no soy capaz de controlar mis pensamientos. Por otro lado, estoy menos interesada en cosas que antes me agradaban como ir a fiestas o salir con mis amigas, además mi deseo sexual ha disminuido, duermo algo más y

tengo menos apetito que de costumbre, me es difícil mantener la concentración en mis tareas diarias y me siento menos segura de las decisiones que tomo. Este malestar tiene que ver con esto de los pensamientos indeseados, pues cuando no los tengo me siento contenta y conforme con mi vida, lo que me pone triste es ser incapaz de controlar mis propias ideas”.

III. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA

Paciente de sexo femenino, tez trigueña, contextura gruesa, con una estatura de 1.55 m y 65 kg de peso aproximadamente, biotipo pícnico y aparenta su edad cronológica. Se encuentra vestida de acuerdo a la situación, estación, sexo, edad y nivel socioeconómico. Se percibe moderado aseo y aliño personal. Al ingresar a consulta presenta marcha adecuada y espontánea; se mantiene sentada y su postura es semiencorvada. Asimismo, denota facies de preocupación e intranquilidad y sus gestos son espontáneos y acordes al discurso. La paciente realiza adecuado contacto visual con el entrevistador y su actitud es colaboradora durante la entrevista. En cuanto a la conciencia, la evaluada se encuentra lúcida y orientada en persona, tiempo y espacio, ya que refiere su nombre completo, el día actual y el lugar donde se encuentra. Con respecto a la atención, ésta es selectiva, sostenida y flexible frente a los estímulos ya que logró atender a los estímulos de su interés durante toda la entrevista y también es capaz de enfocar su atención en más de un estímulo a la vez. En cuanto a la memoria remota y reciente, éstas se encuentran conservadas pues la evaluada recuerda actividades que ha realizado días atrás y también información reciente presentada durante la entrevista. Sobre la percepción, la paciente interpreta los estímulos a través de los sentidos adecuadamente. Asimismo, sobre el pensamiento, éste es de curso coherente con contenido de obsesiones y

preocupaciones. Con referencia al lenguaje, éste es espontáneo, fluido, con tono de voz adecuado y velocidad rápida. Finalmente, con respecto a la afectividad, la paciente se mostraba intranquila y preocupada, lo cual es congruente con su discurso y la expresión de sus facies.

IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la evaluación del contenido del pensamiento y a criterio clínico, desde hace 10 meses la examinada presenta ideas obsesivas recurrentes que le causan malestar significativo acerca de que es lesbiana, le gustan las mujeres, se ha enamorado de alguna de sus amigas o ha dejado abierta la puerta de su cuarto. Asimismo, se le presentan imágenes donde se ve a sí misma teniendo relaciones con una mujer. Estos pensamientos e imágenes se producen hasta alrededor de ocho horas al día, le provocan un deterioro sustancial en su desempeño laboral, pues no puede concentrarse en realizar sus actividades en el trabajo. Por otro lado, Helen considera estas ideas como sumamente inquietantes y aunque intenta resistirse y tratar de no pensar en ellas, raras vez puede detener las obsesiones y solo consigue repetirse constantemente a sí misma la idea de “no ser lesbiana” en base a que “le gustan los hombres” y “siempre ha tenido parejas del sexo opuesto”, lo cual reduce en algo su ansiedad. Asimismo, en ocasiones suele verificar hasta en cuatro oportunidades que ha cerrado correctamente la puerta de su cuarto en las mañanas. La realización de estas compulsiones, solo reduce temporalmente sus niveles de ansiedad, pues posteriormente su ideación obsesiva vuelve a aparecer durante el día.

En la evaluación de las habilidades cognitivas, la paciente presenta un Cociente Intelectual Total de 87, correspondiente a la categoría Promedio Bajo.

Asimismo, en la escala verbal, la examinada obtiene un Cociente Intelectual Verbal de 87, lo que corresponde a la categoría Promedio Bajo. En cuanto al Índice de Comprensión Verbal (ICV), la evaluada obtiene un puntaje de 88, lo cual la ubica en la categoría Promedio Bajo, caracterizada por una adecuada capacidad de conferir significado a las palabras y adecuada capacidad de análisis y síntesis para elaborar conceptos a nivel abstracto y asociativo. Sin embargo, la examinada denota un bajo nivel de bagaje cultural y dificultades para determinar lo que es correcto en diferentes situaciones sociales. Esto estaría relacionado con las limitaciones socioeconómicas de la paciente, quien no ha tenido los recursos suficientes para acceder a un adecuado sistema educativo, llegando solo a culminar la educación secundaria. En relación al Índice de Memoria Operante (IMO), la evaluada muestra un puntaje de 94, lo que la ubica en un nivel Promedio. En el análisis cualitativo de este índice se encuentra que la paciente denota una adecuada capacidad de atención, concentración y uso de la memoria inmediata para retener información a corto plazo, así como para realizar conceptualizaciones a partir de las 4 operaciones básicas. Por otro lado, en relación a la escala ejecutiva, la examinada obtiene un Cociente Intelectual Ejecutivo de 89, lo que corresponde al nivel Promedio Bajo. Asimismo, con respecto al Índice de Organización Perceptual (IOP), la examinada alcanza una puntuación de 88, lo cual la sitúa en la categoría Promedio Bajo. En este sentido, la paciente denota una adecuada capacidad de análisis y síntesis para descomponer el todo en partes y luego reagruparlos, adecuado razonamiento abstracto y serial y adecuada capacidad de organización visual para discriminar detalles esenciales de los no esenciales. Sobre el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP), la evaluada obtiene un puntaje de 111, lo que la ubica

en la categoría Promedio Alto, caracterizada por una buena habilidad de coordinación visomotora y uso de la memoria visual para la reproducción de estímulos a través de la imitación, así como una buena capacidad para establecer asociaciones simbólicas. Por lo descrito anteriormente, se concluye que la paciente a pesar de denotar limitaciones en cuanto a su bajo nivel de bagaje cultural, posee las suficientes habilidades cognitivas que potencialmente le permitirían adaptarse a su medio laboral, familiar y social.

En el área de personalidad, la evaluada presenta rasgos evitativos, pues tiende a estar constantemente a la defensiva y desconfía de las demás personas, es en ese sentido que Helen refiere que suele malinterpretar la actitud de los demás ya que cree que pueden querer aprovecharse de ella y solo confía en algunos familiares y amigos más cercanos. Asimismo, tiende a tomar distancia de las experiencias negativas y se anticipa ansiosamente a los aspectos dolorosos de la vida, es así que la evaluada suele sentirse insegura frente a las demandas de su medio y cree que las cosas pueden salir mal en cuanto a sus relaciones interpersonales, familiares y sentimentales. Por otro lado, denota rasgos compulsivos, pues suele ser perfeccionista por temor a la desaprobación social, lo cual la lleva a ser sobre-exigente consigo misma, es así que Helen siempre quiere realizar las cosas lo más perfectas posible, no le gusta que otras personas se entrometan en sus actividades y cuando éstas no le salen como ella desea, se suele sentir frustrada y enojada. En este sentido, la examinada refiere haber vivido experiencias tempranas adversas, pues desde la niñez y adolescencia la evaluada ha ido desarrollando esquemas de exagerada responsabilidad personal influenciada por la sobre-exigencia que su madre demostraba hacia ella, siendo que la paciente se sentía constantemente descalificada pues su progenitora le

solía repetir que “no servía para nada” y que “todo lo hacía mal”, además de castigarla severamente haciendo uso de violencia física de forma reiterativa. Asimismo, la evaluada evidencia rasgos pasivo agresivos y auto-derrotistas, pues suele verse en conflicto entre seguir los esfuerzos de los demás y los deseados por sí misma; además, su comportamiento fluctúa entre el enfado explosivo y la culpabilidad y vergüenza por su conducta. Por otro lado, Helen se relaciona con los demás de manera auto-sacrificada, pues puede fomentar que los demás se aprovechen de ella, es en este sentido que la evaluada refiere que suele discutir con los miembros de su familia y reaccionar de forma impulsiva, gritándoles e insultándoles para luego sentirse avergonzada de su conducta; asimismo, indica que suele anteponer los deseos de su pareja al suyo propio, siendo que teme al abandono y a que los demás se aprovechen de ella y puedan serle infiel en algún momento. También se encuentran rasgos límite de personalidad, pues la evaluada presenta un estado de ánimo inestable y lábil, no mantiene un claro sentimiento de identidad y tiene dificultades para controlar sus impulsos; en este sentido, Helen refiere que tiene mal carácter, sus sentimientos hacia su pareja suelen fluctuar entre el amor, el resentimiento y la culpa con facilidad y tiene dificultad para controlar sus impulsos. Finalmente, se encuentra también un síndrome clínico de ansiedad en la evaluada, pues suele ser indecisa e inquieta y refiere síntomas constantes de tensión muscular, sudoración, incapacidad de relajarse. Asimismo, Helen se muestra sobre excitada, alerta y con preocupación constante acerca de su estado de salud y su incapacidad de controlar sus obsesiones.

En el área de afectividad, a nivel psicométrico, la evaluada denota nivel grave de depresión. Sin embargo, a criterio clínico, la examinada denota un nivel

moderado de depresión, ya que aunque los pensamientos obsesivos le producen un malestar significativo a la paciente, ésta es capaz de continuar con sus actividades laborales y obligaciones en casa. En este sentido, Helen manifiesta sentirse triste todo el tiempo porque estos pensamientos la hacen sentirse así y que si no los tuviera se sentiría bien y conforme con su vida. Asimismo, refiere que ha perdido toda esperanza acerca del futuro, piensa que su problema no se solucionará por lo que se considera un fracaso como persona y se siente culpable de tener estos pensamientos. De igual forma, piensa que esos pensamientos son horribles y que son parte de ella, por lo que manifiesta que siente que está siendo castigada por la vida y ha perdido la confianza en sí misma al no poder controlarlos. Por otro lado, Helen refiere que se siente inquieta, le es difícil relajarse o quedarse quieta por mucho tiempo, y ha perdido el interés por cosas que antes le agradaban, tales como ir a fiestas o salir con sus amigas, aunque esporádicamente lo realiza, lo cual la distrae de la ideación obsesiva que presenta de forma recurrente. Además, la evaluada indica tener dificultades de concentración, pues suele estar pensando constantemente en la idea de ser lesbiana, estar enamorada de sus amigas o de su padre, lo cual no le permite poner atención adecuada a sus actividades laborales. Asimismo, refiere estar más cansada que de costumbre, estar menos interesada en el sexo que antes y haber experimentado ligeros cambios en el patrón de sueño y apetito. Todo esto le ha afectado parcialmente en el ámbito laboral, personal, social y de pareja, pues el malestar emocional suele generarle irritabilidad hacia los demás, lo cual limita sus relaciones interpersonales.

En el área emocional, la evaluada evidencia un nivel de ansiedad estado promedio, pues en el momento de la evaluación, refería sentirse relativamente

tranquila y calmada al estar recibiendo ayuda profesional; sin embargo, mientras describía la naturaleza de sus obsesiones, se mostraba por momentos preocupada, ansiosa y se sobreexcitaba con facilidad. Por otro lado, la evaluada denota un nivel de ansiedad rasgo alto, pues indica que generalmente no suele sentirse bien consigo misma, se cansa rápidamente, le gustaría ser tan feliz como otras personas, percibe perder las oportunidades de la vida por no tomar decisiones a tiempo. Asimismo, Helen indica que siente que las dificultades se le amontonan y no se organiza bien para lidiar con ellas, se preocupa por cosas sin importancia, siempre está a la expectativa de lo que digan los demás, pues en ocasiones puede sentirse amenazada y teme que se aprovechen en de ella. Por otro lado, pocas veces suele sentirse segura de sí misma y refiere que le falta tener confianza en su persona. Por otro lado, manifiesta no ser una persona establemente emocionalmente, pues cambia de estado de ánimo con facilidad, aunque eso a veces le haga arrepentirse de la forma impulsiva en la que reacciona y que cuando piensa sobre asuntos y preocupaciones actuales se pone tensa o agitada.

V. CONCLUSIONES

- En el área del contenido del pensamiento, a criterio clínico, la evaluada presenta ideas obsesivas recurrentes referidas a su orientación sexual las cuales le causan malestar significativo.

- En el área de inteligencia, la evaluada presenta un Cociente Intelectual de 87 que corresponde a la categoría Promedio Bajo. Asimismo, la paciente a pesar de denotar ciertas limitaciones en relación a su bajo nivel de bagaje cultural,

posee las suficientes habilidades cognitivas que potencialmente le permitirían tener un adecuado desenvolvimiento personal, laboral, familiar y social.

- En el área de personalidad, la examinada se caracteriza por presentar rasgos evitativos, compulsivos, pasivo-agresivos, auto-derrotistas y límite. Asimismo, se encuentra un síndrome clínico de ansiedad.

- En el área de afectividad, a criterio clínico, la examinada denota un nivel moderado de depresión. Lo cual afecta parcialmente su desempeño personal, social y laboral.

- En el área emocional, la paciente presenta un nivel promedio de ansiedad estado y un nivel alto de ansiedad rasgo, asociado a la preocupación y malestar constante que le causan sus obsesiones y conductas compulsivas.

VI. RECOMENDACIONES

- Terapia cognitivo conductual.
- Realizar interconsulta con servicio de Psiquiatría.

2.5 ANÁLIS FUNCIONAL

Estímulo antecedente	Conducta	Estímulo consecuente
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ve a una pareja de enamorados besándose en la calle. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda a dos primas lejanas que son lesbianas. 	<p>Cognitivo:</p> <p>Pensamientos automáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me puedo volver lesbiana” • “¿Y si me enamoro de una mujer?” • “Me puedo volver lesbiana como mis primas” <p>Creencias intermedias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Yo no debería pensar en estas cosas” • “Sería horrible si me vuelvo lesbiana” • “Si mi familia o amigos creyeran que soy lesbiana me sentiría muy mal” <p>Creencias nucleares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ser homosexual es malo” 	<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aleja de las demás personas en el momento <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se repite a sí misma que ella no es lesbiana pues le gustan los chicos y siempre ha tenido parejas hombres.

	<ul style="list-style-type: none"> • “Ser homosexual es asqueroso” <p>Emocional: Ansiedad</p> <p>Fisiológico: Tensión muscular Sudoración Acaloramiento</p> <p>Motor: Agitación psicomotriz</p> <p>Intensidad: 9/10</p> <p>Duración: 30 minutos</p> <p>Frecuencia: Cada vez que tiene pensamientos intrusivos</p> <p>Latencia: Inmediata</p>	
<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sale de su cuarto rumbo al trabajo en la mañana. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda el momento que cerró la puerta de su cuarto. 	<p>Cognitivo:</p> <p>Pensamientos automáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Puede que no haya echado seguro a la puerta” • “¿Y si dejé la puerta sin seguro?” • “No sé si le puse llave 	<p>Externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da media vuelta y regresa a su cuarto para verificar si ha cerrado o no la puerta con llave <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dice a sí misma que al verificar la

	<p>o no a la puerta”</p> <p>Creencias intermedias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si la puerta está sin seguro me pueden robar todo lo que tengo” • “Es horrible no saber si cerré o no la puerta” • “Si me roban sería mi culpa” • “Debería ir y asegurarme que está cerrada” <p>Creencias nucleares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Soy la única responsable si pasara algo malo” <p>Emocional:</p> <p>Ansiedad</p> <p>Fisiológico:</p> <p>Tensión muscular</p> <p>Sudoración</p> <p>Acaloramiento</p>	<p>puerta ya puede estar más tranquila y si no lo hubiera hecho sería responsable si le roban.</p>
--	---	--

	<p>Motor:</p> <p>Agitación psicomotriz</p> <p>Intensidad: 7/10</p> <p>Duración: 10 minutos</p> <p>Frecuencia: Cada vez que tiene dudas sobre haber cerrado la puerta</p> <ul style="list-style-type: none">• Latencia: Inmediata	
--	---	--

CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1 JUSTIFICACIÓN

Con respecto a la información recopilada durante el proceso de evaluación, se encontró que la paciente evidencia esquemas disfuncionales con respecto a los pensamientos intrusivos que presenta, lo que la lleva a realizar compulsiones, siendo éstas la mayor parte del tiempo mentales, lo cual limita su desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral. Como indica la “American Psychiatric Association” (APA) en 1995 en el manual “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV”, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente y lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas, un deterioro de la actividad general o malestar clínicamente significativo. Asimismo, en algún momento del trastorno el sujeto reconoce que estas obsesiones o compulsiones son irracionales o exageradas. Es en ese sentido que la paciente presenta ideas obsesivas recurrentes relacionadas al temor de enamorarse de alguien de su mismo sexo o volverse homosexual. Estos pensamientos se presentan entre 3 y 8 horas diarias, son sumamente inquietantes e interfieren con el desempeño laboral de la examinada, pues refiere que a se distrae con facilidad y se desconcentra en sus actividades en el trabajo debido a la a la aparición de las ideas obsesivas. La paciente presenta también, aunque en menor intensidad, ideación obsesiva respecto a no haber cerrado la puerta de su habitación en las mañanas. Asimismo, la paciente mantiene una actitud hipervigilante, pues intenta resistirse a estas ideas y no logra realizarlo pues son involuntarias. Por otro lado, presenta actos que realiza con el fin de bloquear estos pensamientos tales como decirse a sí misma que no es

homosexual pues tiene una pareja del sexo opuesto, le atraen los hombres y siente placer con su pareja en la intimidad; además en algunas ocasiones puede llegar a verificar hasta 3 veces si ha cerrado correctamente la puerta de su cuarto antes de salir. La paciente trata de resistirse a realizar estos actos, pero si no los realiza los pensamientos intrusivos continúan y sus niveles de ansiedad se elevan. Del mismo modo, la paciente presenta sintomatología depresiva originada por el malestar emocional significativo que le genera el trastorno obsesivo-compulsivo que presenta, evidenciando esquemas mentales desadaptativos, errores en el procesamiento de la información y una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro.

Por lo expuesto anteriormente, se creyó conveniente trabajar con el modelo cognitivo conductual para el proceso de psicoterapia; empleando técnicas que permitieron a la paciente darse cuenta de la manera en que interpreta las situaciones a las que está expuesta, logrando que identifique sus pensamientos distorsionados para que posteriormente aprenda nuevas formas más realistas y racionales de interpretar la realidad, lo cual permitió que afronte de manera más eficaz las diversas situaciones que se le presenten en la vida y mejoró su desempeño a nivel personal, social y familiar.

Los objetivos planteados para que la examinada aprendiera nuevas formas de afrontamiento de las situaciones que se le presentan se lograron por medio de la psicoeducación sobre su problemática actual y sobre lo que es el trastorno obsesivo compulsivo, se trabajó con técnicas para disminuir y controlar los niveles de ansiedad, tales como la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva de Jacobson. Asimismo, se trabajó con la técnica de reestructuración cognitiva a través del debate socrático con la finalidad de que la paciente pueda

identificar sus distorsiones cognitivas, sus falsas valoraciones y creencias con respecto a sus obsesiones, las cuales fueron debatidas y sometidas a pruebas de realidad llegando a reemplazarlas por pensamientos más flexibles y racionales. Posteriormente, se entrenó a la paciente en técnicas de aserción encubierta con el fin de que logre interrumpir la cadena de pensamientos obsesivos y sean éstos reemplazados por ideas más asertivas, realistas y constructivas. También, se aplicará con la paciente la técnica de exposición con prevención de respuesta con la finalidad de disminuir las obsesiones y compulsiones que presentaba. Por último, se buscó establecer en la paciente un mejor manejo de las situaciones problemáticas; además se le entrenó en técnicas de comunicación asertiva para reforzar sus habilidades sociales y se empleó la técnica de ensayo conductual para poner en práctica lo aprendido.

3.2 ESPECIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

3.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Generar conductas adaptativas en la paciente que le permitan adecuarse a las demandas de su medio de manera eficaz mejorando así su estado a través de la modificación de sus pensamientos distorsionados, falsas valoraciones y creencias sobre sus obsesiones e incorporar pensamientos más racionales que le permitan desenvolverse mejor en los diversos aspectos de su vida.

3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Psicoeducar a la paciente sobre su problemática actual y sobre el modelo cognitivo-conductual.
- Lograr que la paciente identifique la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Explicar a la paciente los errores de procesamiento de la información según A. Beck.
- Explicar a la paciente la diferencia entre valoraciones y obsesiones.
- Explicar a la paciente los diferentes tipos de valoraciones erróneas en el TOC.
- Entrenar a la paciente en el registro diario de obsesiones.
- Explicar a la paciente la técnica de reestructuración cognitiva.
- Entrenar a la paciente en las técnicas cognitivas para modificar sus pensamientos distorsionados por otros más adaptativos.
- Reestructurar los pensamientos distorsionados de la paciente a través del debate socrático.
- Entrenar a la paciente en ejercicios de respiración abdominal.
- Entrenar a la paciente en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
- Psicoeducar y entrenar a la paciente en la técnica de aserción encubierta.

- Psicoeducar y entrenar a la paciente en la técnica de exposición y prevención de respuesta.

- Entrenar a la paciente en la identificación de estilos de comunicación y el uso de la comunicación asertiva.

- Entrenar a la paciente en la técnica de solución de problemas.

3.3 DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO O MÉTODO DE INTERVENCIÓN

El desarrollo de la terapia se llevó a cabo en 21 sesiones, las cuales duraron 45 minutos cada una, y se realizaron una vez cada dos semanas, en donde se aplicaron las diversas técnicas cognitivas y conductuales para lograr los objetivos propuestos. En un inicio se estableció la alianza terapéutica con la paciente, en donde se comprometió a participar activamente en el proceso de terapia, asistiendo con puntualidad a las sesiones, haciendo preguntas en caso de tener dudas y realizando todas las actividades y tareas asignadas para la casa. Asimismo, se pidió a la paciente el consentimiento informado correspondiente. (Anexo A). Se inició el proceso explicando a la paciente su problemática actual y el modelo cognitivo-conductual. Posteriormente, se disminuyeron sus niveles de ansiedad a través de las técnicas de respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson, para luego pasar a identificar, debatir y modificar las creencias irracionales de la paciente. Luego, se entrenó a la paciente en el las técnicas de aserción encubierta y exposición y prevención de respuesta. Finalmente se le entrenó en comunicación asertiva y en técnicas de solución de problemas con el fin de mejorar sus relaciones interpersonales, su estado afectivo y su calidad de vida en relación a su adaptación al medio familiar, laboral y social.

3.4 APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO

Sesión 1

Fecha: 16/12/2017

Objetivos:

- Establecer la alianza terapéutica
- Explicar a la paciente su problemática desde el modelo cognitivo-conductual.

Técnicas:

- Alianza terapéutica
- Diálogo expositivo.
- Escucha activa
- Psicoeducación

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente al proceso de tratamiento. Asimismo, se estableció ciertas normas y pautas para poder realizar el proceso de tratamiento de manera adecuada. Se le recalcó a la paciente la importancia de la puntualidad a las sesiones, la toma de apuntes durante la sesión, el cumplimiento de las tareas y asignaciones dejadas para la casa y el realizar preguntas cuando la paciente tenga alguna duda de los temas tratados. Asimismo, se le explicó su problemática acerca del trastorno obsesivo compulsivo a través del modelo cognitivo conductual.

T: Buenos días Helen.

P: Buenas días doctor.

T: ¿Cómo estás?

P: Pues más a menos.

T: ¿Cómo así? Cuéntame.

P: A veces he estado tensionada por mis ideas que vienen una y otra vez. En el trabajo me distraigo por estar pensando en eso.

T: ¿Y esas ideas con qué están relacionadas?

P: Con varios temas, uno de ellos es orientación sexual, a veces dudo de ella a pesar que sé que me gustan los chicos, pero la idea de que eso pudiera no ser así me preocupa y está allí constantemente.

T: Entiendo Helen, justamente con respecto a ello es que hoy empezaremos el proceso de tratamiento, pero para ello es importante que conozcas unos puntos.

P: Si, está bien.

T: En función al problema que hemos explorado en el proceso de evaluación hemos obtenido como resultado que tú presentas dificultades en el área de afectividad y en el pensamiento relacionadas a un trastorno obsesivo compulsivo. Ahora vamos a ver más en detalle que significa esto. Es ese sentido se ha determinado que el programa de tratamiento se dará en 18 sesiones aproximadamente, con una frecuencia de 1 vez cada 2 semanas. Cada sesión durará 45 minutos y en ella se te enseñarán una serie de técnicas que te permitirán afrontar y superar la problemática por la que acudes a consulta.

P: Sí, ya llevo meses con este problema y deseo poder mejorar.

T: Y nosotros te ayudaremos a que eso pueda ser así. Asimismo, debes saber que para que logremos tu mejoría es importante que acudas con puntualidad a todas tus citas, ya que así aprovecharemos cada sesión al máximo, pues el éxito del tratamiento depende en un 80% en el compromiso del paciente en realizar las tareas que se le asignan en cada sesión pues tú cumples un rol activo en ellas. Es necesario que te comprometas a poner en práctica aquellas técnicas que te enseñamos. El otro 20% del éxito está en la capacidad del terapeuta en explicar y transmitir de forma didáctica y comprensible las técnicas. Entonces te pregunto: ¿Estás dispuesta a comprometerte con el tratamiento, realizar las asignaciones y cumplir un rol activo en la terapia?

P: Si doctor.

T: ¡Muy bien! Ahora pasaré a explicarte el tema de hoy: el trastorno obsesivo compulsivo. Me gustaría saber que entiendes tú por “obsesión”.

P: Cuando piensas mucho en algo o deseas mucho algo.

T: ¿Diría que es más un pensamiento o una emoción?

P: Es como una idea que siempre está allí.

T: Así es. Si bien pueden llevarnos a sentir emociones de ansiedad y malestar significativo, las obsesiones son pensamientos o ideas recurrentes e intrusivas, que aparecen constantemente y de las cuales no podemos librarnos aunque lo intentemos.

P: Eso me pasa durante el día.

T: Es importante saber que las obsesiones pueden presentarse en forma de ideas o imágenes que aparecen de forma insistente y que reconocemos como irracionales o carentes de lógica. ¿Recuerdas algunos de los principales pensamientos que te causan malestar durante el día?

P: Sí. A veces tengo la idea de que “me volveré lesbiana”, “que quizás me puedo llegar a enamorar de una amiga del trabajo”, o si no que “he dejado la puerta abierta de mi cuarto en la mañana y me podrían robar mis cosas”, y aunque yo sé que todo esto nos es cierto, las ideas siguen ahí dando vueltas en mi cabeza.

T: Y en cuánto a imágenes, ¿cuáles son aquellas que aparecen en tu mente y te generan malestar?

P: Bueno a veces me puedo imaginar que me doy un beso en la boca con mi padre, o que me vuelvo lesbiana y estoy con una mujer, lo cual me desagrada y me pone molesta ya que no puedo sacarme esas ideas de la cabeza.

T: ¿Y cómo afectan estas ideas y pensamientos en tu desempeño diario?

P: Bueno como estoy dándole vueltas y vueltas a esas ideas y trato de luchar con ellas, me distraigo en el trabajo, me aísla de mis compañeros, ya no presto tanta atención a mis actividades diarias por estar pensando y pensando.

T: ¿Y afecta también en tu vida de pareja?

P: Sí, porque a veces me pongo de mal humor con mi pareja y me irrito, también me siento culpable porque yo sé que no me gustan las chicas, a mí me gustan los hombres y quiero a mi enamorado; sin embargo, el estar pensando así me hace sentir molesta y triste también.

T: Y cuándo tienes esas ideas que te generan ansiedad, ¿qué haces para tranquilizarte o reducir tu angustia?

P: Depende, a veces repetirme a mí misma que no soy lesbiana ya que me gustan los hombres, cuestionarme porque pienso así o si es sobre la idea que he dejado la puerta de mi cuarto abierta pues regreso a mi casa y verifico que mi puerta está cerrada.

T: ¿Y eso calma tu ansiedad permanentemente?

P: Bueno no, solo por un momento, porque por ejemplo al volver salir de casa por la mañana vuelvo a pensar que dejé abierta la puerta y regreso de nuevo a verificarla.

T: ¿Cuántas veces puedes llegar a verificar si cerraste la puerta en un día?

P: Hasta 3 veces.

T: Bueno justamente ahora vamos a hablar sobre ese componente que me has descrito: las compulsiones. Las compulsiones son actos que uno realiza para disminuir la ansiedad producida por la obsesión. Tienen el efecto de reducirla temporalmente pero esto solo refuerza la conducta compulsiva en sí, pues al volver las obsesiones buscarás volver a reducir el malestar que te causan a través de estos actos o rituales.

P: ¿Cómo el regresar a mi casa y verificar que la puerta estaba cerrada?

T: Así es.

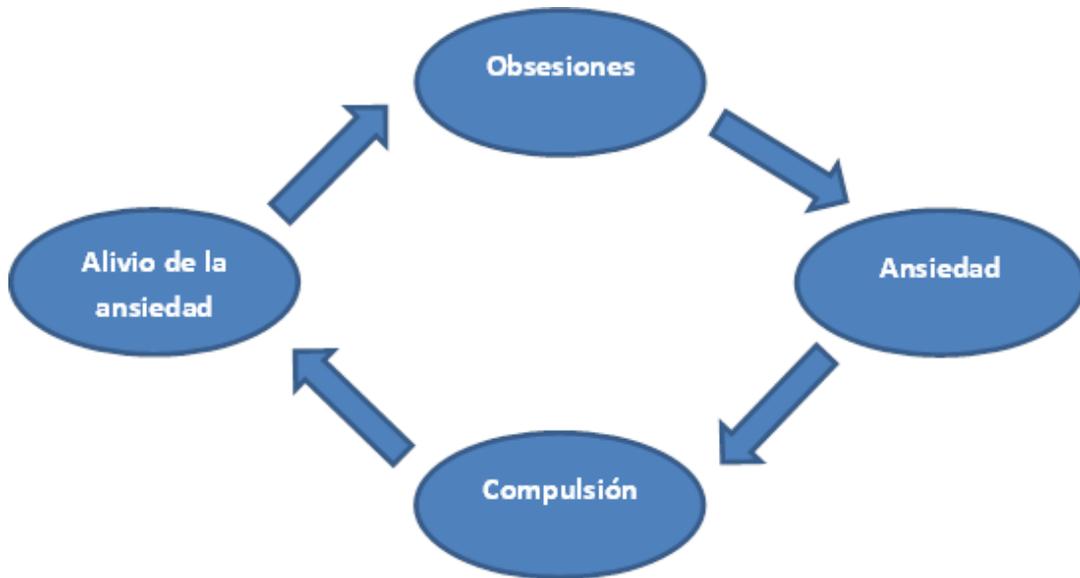
P: Pero no siempre “hago algo”. Por ejemplo cuando viene la idea de que quizás me puedo volver lesbiana, sólo me repito constantemente a mí misma que no lo soy y que me gusta los chicos.

T: Es que una compulsión puede ser externa (manifiesta), es decir un acto que realizas, como la verificación de tu puerta, o puede ser interna (encubierta), como el repetirte a ti misma que no eres lesbiana, insultarte, contar mentalmente, entre otras.

P: Entiendo. ¿Y por qué las obsesiones y compulsiones siempre vuelven una y otra vez?

T: Como te decía, las obsesiones te generan una ansiedad significativa, mientras que la compulsión que realizas tiene un efecto compensatorio, que disminuye tu malestar lo cual hace que se refuercen a sí mismas; es decir, como te alivian, cuando vuelven la obsesiones es muy probable que vuelvas a repetir el acto que disminuye tu ansiedad temporalmente, y así este efecto se repite en un círculo constante.

Se procedió a explicar a la paciente el círculo del TOC mediante el siguiente esquema:



T: ¿Has comprendido como es que las obsesiones y compulsiones se dan una después de otra?

P: Sí. Es por ello que nunca paran, por el alivio que me causa el realizar los actos o decirme a mí misma cosas.

T: Así es, las obsesiones aparecen de forma intrusiva y recurrente provocando malestar en ti debido a las valoraciones que haces acerca de ellas. Cuanto más trates de luchar contra tus obsesiones o más atención les prestes mayor será la fuerza con la que aparecerán. Vamos a poner un ejemplo.

P: Dígame.

T: Quiero que cierres los ojos por un momento y que trates de no pensar en un árbol. No quiero que pienses en ningún árbol.

P: Ya.

T: ¿Cuál es la primera imagen que se te viene a la mente cuando te digo ello?

P: Pues un árbol. No puedo dejar de pensar en él, me venía el pensamiento de que no debo pensar en él pero más lo hacía.

T: Así es. Mientras más intentamos no pensar en algo, más difícil es evitar dicho pensamiento; de igual manera las obsesiones y el pensamiento intrusivo los podemos tener todos, padezcamos o no de TOC, la diferencia está en las valoraciones que hacemos de esos pensamientos, en la atención que les pongamos y en cuánto luchemos con ellos. ¿Entiendes?

P: Sí. O sea que cuánto más luche contra mis obsesiones, más fuertes serán éstas.

T: Exacto. Veo que has comprendido bien los mecanismos por los que funcionan y se mantiene el TOC. La idea es que poco a poco vamos a romper ese círculo que te describí y vamos a encontrar mejores alternativas de afronte frente a los pensamientos intrusivos. Por ahora vamos a dejar la sesión aquí. Deseo que la para la siguiente consulta traigas tu cuaderno de apuntes y vamos a ver más en detalle los temas que tocamos hoy.

P: Así lo haré.

T: Muy bien Helen.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se entabló la alianza terapéutica con la paciente y la paciente logró entender la problemática del Trastorno Obsesivo Compulsivo bajo el modelo cognitivo conductual.

Objetivos:

- Lograr que la paciente identifique la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.
- Retroalimentar los temas vistos en la sesión anterior.

Técnicas:

- Diálogo expositivo.
- Escucha activa
- Columnas paralelas

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente, se realizó una retroalimentación de los temas vistos en la sesión anterior y se revisó el tema de relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta.

T: Hola Helen, ¿Cómo estás?

P: Un poco mejor porque ya entiendo lo que tengo, pero aun así a veces las ideas vienen y me molestan o me distraen.

T: ¿Y cómo van tus compulsiones?

P: Igual, siempre me trato de decir a mí misma que yo no soy así como lo que me dicen mis ideas o tiendo a verificar todo, aun cuando sé que ya he hecho bien las cosas.

T: Entiendo, para que podamos entender mejor tus pensamientos te voy a explicar el modelo que utilizamos en terapia. Aquí trabajamos con el modelo cognitivo-conductual, el cual nos plantea que no son las situaciones las que nos generan malestar por sí mismas, sino que la manera en que las interpretamos es lo que influye en nuestra manera de sentir y actuar. Vamos a poner un ejemplo.

P: Está bien.

Se procedió a explicar a la paciente mediante el siguiente esquema la relación que existe entre situación, pensamiento, emoción y conducta:

Persona	Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Pedro	Está en su cuarto de noche y escucha un ruido fuerte abajo en la cocina.	<i>“Ha entrado un ladrón a mi casa”</i>	Ansiedad (8/10)	Llama a la policía y se esconde en el armario.
Juan	Está en su cuarto de noche y escucha un ruido fuerte abajo en la cocina.	<i>“Debe ser el viento que ha movido algún objeto en la cocina”</i>	Ansiedad (2/10)	Sigue en su cama durmiendo

T: Vemos que para Pedro y Juan la situación es la misma; sin embargo, ambos tienen emociones distintas y actúan en consecuencia de forma diferente. ¿Qué crees que ha causado ello?

P: Que Pedro ve las cosas de forma más negativa, él cree que el ruido lo hacen ladrones que entran a su casa, mientras que Juan cree que es el viento.

T: Así es, cada persona interpreta la misma situación de forma diferente, lo cual determina su forma de sentir y actuar. Es por ello, que en la terapia, utilizaremos técnicas y herramientas que nos ayuden a identificar, debatir y cambiar aquellos pensamientos y valoraciones que tengas que te lleven a sentirte ansiosa, molesta o triste, por pensamientos que te ayuden a sentirte bien y a adaptarte mejor a tu medio.

P: Sí, comprendo.

T: Bien, ahora vamos a ver con un ejemplo de una situación que te haya pasado a ti. Cuéntame acerca de alguna de las situaciones que te genere malestar.

P: En el trabajo cuando de repente veo a una compañera que es mi amiga.

T: ¿Qué es lo que piensas cuando la ves?

P: Pues pienso que quizás me voy a enamorar de mi compañera, que me volveré lesbiana y eso me molesta y me pone ansiosa.

T: Entonces la idea que se te viene a la cabeza es: “Me voy a enamorar de mi amiga”, “Me volveré lesbiana”?

P: Así es.

T: ¿Y cómo te hace sentir esa idea?

P: Mal. Yo sé que no soy lesbiana, no me gustan las mujeres, solo los hombres, entonces me pongo intranquila, ansiosa y molesta. Sobre todo porque la idea está allí una y otra vez dándome vueltas.

T: ¿Y qué conductas realizas cuando piensas eso?

P: Pues a veces trato de no mirar a la chica, esquivar la mirada, me aílo de mis compañeros y empiezo a trabajar sola, deseo estar lejos de ellos.

T: ¿Te dices algo internamente?

P: Sí. Me repito a mí misma que no soy lesbiana, que siempre he tenido parejas hombres y así me repito por dentro como tratando de luchar con ese pensamiento.

T: ¿Y eso te hace sentir mejor?

P: Bueno, temporalmente sí. Me calma un poco hasta que más adelante vuelvan esas ideas.

T: Entiendo, mira vamos registrar esa situación en un cuadro de 4 columnas, esta técnica se llama SPEC y hace referencia a la relación Situación – Pensamiento – Emoción – Conducta que ya hemos identificado.

Se procedió a realizar junto con la paciente el siguiente cuadro:

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Estoy en el trabajo y veo a mi amiga.	<i>“Me voy a enamorar de mi amiga”</i> <i>“Me volveré lesbiana”</i>	Ansiedad (9/10)	Dejo de mirar a mi amiga, esquivo su mirada. Me aílo y me pongo a

			<p>trabajar sola.</p> <p>Me repito a mí misma</p> <p>que yo no soy</p> <p>lesbiana, que me</p> <p>gustan los hombres y</p> <p>que no debo pensar</p> <p>así.</p>
--	--	--	--

T: ¿Entendiste la relación que hay entre los 4 componentes?

P: Sí, o sea que mi preocupación no es debido a ver a mi amiga, sino a esas ideas que vienen a mi mente sobre el hecho de ver a la chica, y eso también tiene que ver con lo que hago cuando tengo esos pensamientos.

T: Así es. El cómo te sientes y actúas está relacionado con esas ideas e imágenes en las que piensas cuando estás en determinadas situaciones, así como de la valoración que haces de tus pensamientos. Por ahora deseo asignarte una tarea. Te daré un cuadro en blanco que contiene estos 4 elementos del SPEC, allí deberás anotar los pensamientos, conductas y situaciones asociados a aquellas emociones de malestar que puedas tener durante el día a lo largo de la semana. Recuerda que las situaciones, pensamientos y conductas deben ser descritos de manera específica y concisa.

P: Está bien doctor, haré mi cuadro para la siguiente sesión.

T: Muy bien Helen, nos vemos la siguiente semana.

P: Gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró comprender la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta. Asimismo se comprometió a identificar y hacer un registro de las principales situaciones que lo perturban y de los pensamientos, emociones y conductas asociados a ellas.

Objetivos:

- Explicar a la paciente los diferentes niveles de pensamiento según A. Beck.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa
- Flecha descendente

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente, se trabajó sobre el tema de niveles de pensamiento y errores de procesamiento de la información.

T: Buenos días Helen, ¿Cómo has estado?

P: Bien, he estado un poco más tranquila.

T: ¿Hiciste el registro de pensamientos que dejamos como tarea?

P: Si doctor. Aquí lo he traído.

T: Muy bien. Veo que estás cumpliendo con las asignaciones. Te felicito por ello. Ahora vamos a usar tu registro de pensamientos para ver el tema de hoy: Los niveles de pensamiento.

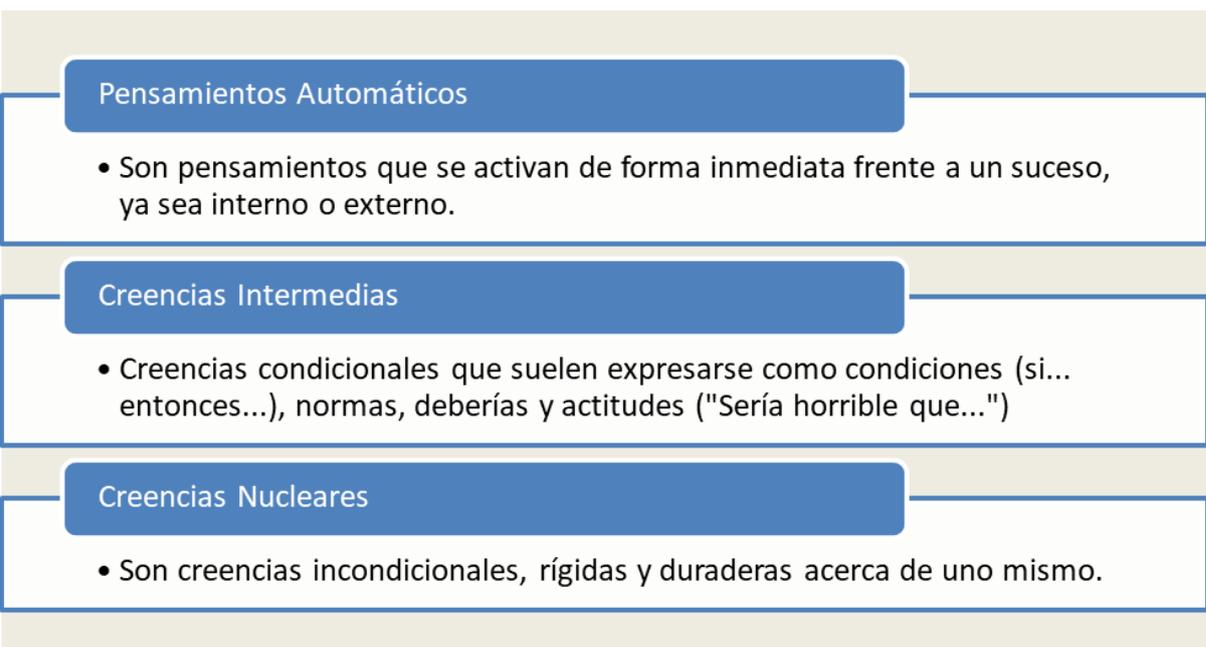
P: Está bien.

T: ¿Recuerdas que vimos que nosotros tenemos esquemas, patrones estables de pensamiento y formas de interpretar el mundo; asimismo, que éstos se activaban en determinadas situaciones e influían en nuestra forma de sentir y actuar?

P: Sí. Eran nuestras ideas y pensamientos lo que influye en nuestras emociones y acciones y no la situación en sí misma.

T: Bueno, el autor que nos plantea este modelo es Aaron Beck, y es él quien además plantea que existen tres niveles de pensamiento: Pensamientos Automáticos, Creencias Intermedias y Creencias Nucleares. En un inicio vamos a trabajar con los pensamientos automáticos, pues son los más fáciles de acceder ya que se activan rápidamente y en ocasiones no somos conscientes de ellos. Éstos equivalen a los pensamientos que tú ya has registrado en el SPEC antes las situaciones que te causan malestar emocional.

Se procedió a explicar a la paciente mediante el siguiente esquema los niveles del pensamiento según A. Beck:



T: Ahora lo veremos con un ejemplo. Descríbeme alguna situación que te haya causado malestar en esta semana.

P: Bueno, a veces discuto con mi pareja, Martín, y eso me pone triste.

T: ¿Por qué discutes con él?

P: Pues, es que a veces no me llama tan seguido, pueden pasar horas y no se comunica conmigo y eso me molesta.

T: Bien, vamos a poner como ejemplo esa situación. Martín no te ha llamado luego del trabajo y ya han pasado 3 horas. ¿Cómo te hace sentir ello?

P: Molesta. Furiosa.

T: Del 1 al 10, ¿Cuánto?

P: 7.

T: ¿Qué es lo primero que piensas cuando han pasado esas horas y él no ha llamado?

P: Qué Martín es un desconsiderado, yo espero que él llame y no lo hace.

T: ¿Y por qué es un desconsiderado?

P: Porque el debería llamarme si ya salió del trabajo o ya se desocupó.

T: ¿Y qué significa para ti que él no te llame?

P: Bueno, si él no me llama debe ser porque yo no le importo tanto.

T: ¿Y qué diría de ti el hecho de que tú no le importes?

P: No lo sé, quizás que no soy suficiente para él o que no merezco su cariño.

T: Ahora vamos a analizar lo que me has dicho y lo relacionaremos con el tema de los niveles de pensamiento. Lo primero que piensas cuando Martín no te llama y estás esperando su comunicación es “Él es un desconsiderado”, esto es un pensamiento automático, pues se activa de forma inmediata a una situación. Sin embargo, si analizamos más profundamente encontramos la creencia intermedia de que “él debería llamarme” y “si no me llama o no se comunica conmigo es porque no le importo”, estas creencias hacen referencia a normas, reglas estrictas que para nosotros explican el porqué de nuestros pensamientos automáticos. Finalmente, encontramos la creencia nuclear “No soy suficiente para él” o “No merezco su cariño”, las cuales son autorreferenciales, es decir hablan y te califican a ti. ¿Entiendes?

P: Sí, es como ir escarbando en cada nivel para ir encontrando más ideas.

T: Así es, por ahora vamos a ir trabajando con los pensamientos automáticos pero más adelante iremos analizando tus creencias intermedias y nucleares para ir las modificando con el fin de ir las modificando y que puedas sentirte mejor.

P: Esta bien.

T: Bueno, por ahora vamos a dejar la sesión aquí. En la siguiente consulta vamos a entrar más en detalle sobre el tema de los pensamientos.

P: Gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró comprender los niveles de pensamiento según A. Beck

Objetivos:

- Explicar a la paciente las principales distorsiones cognitivas según el modelo cognitivo-conductual.

Técnicas:

- Diálogo expositivo.
- Escucha activa
- Psicoeducación
- Debate socrático

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente, se trabajó sobre el tema de errores del procesamiento de la información y principales distorsiones cognitivas.

T: Hola Helen, ¿Qué tal? ¿Cómo has estado?

P: Pues un poco mejor estas dos últimas semanas, aunque a veces venían los pensamientos y eso me ponía ansiosa.

T: ¿Hiciste tu registro de pensamientos?

P: Sí aquí lo tengo.

T: ¿Y qué situación es la que te ha producido mayor malestar?

P: Cuando estoy en el trabajo y de repente veo a una amiga.

T: ¿Y qué pensamiento viene en ese momento?

P: Pues me da miedo el hecho que puedo volverme lesbiana.

T: El miedo es una emoción. Del 1 al 10, ¿Cuánto le pondrías a ese miedo?

P: Lo registré como 9, pues es intenso al comienzo.

T: Bien, ahora vamos al pensamiento: La idea que te viene en ese momento es “Puedo volverme lesbiana”, ¿no?

P: Sí, y también pienso: “¿Y si me vuelvo lesbiana?” “¿Y si me enamoro de mi amiga?”

T: ¿Te sientes atraída por tu amiga?

P: No, para nada.

T: ¿Te sientes o te has sentido atraída por alguna mujer?

P: No, nunca, justamente por eso es que la idea me molesta más.

T: Bien, ahora, si nunca te han gustado las mujeres, ¿por qué te podrías enamorar de tu amiga o volver lesbiana?

P: Bueno, porque a veces las chicas se vuelven así.

T: ¿En qué situación podría pasar eso?

P: Por ejemplo cuando una mujer ha pasado por una decepción amorosa se puede volver lesbiana.

T: Es decir, ¿”Si una mujer sufre una decepción amorosa se volvería lesbiana?”

P: Pues sí, eso creo.

T: ¿Conoces casos de alguien que se haya vuelto lesbiana luego de una decepción amorosa?

P: Sí. Una prima que tengo, no le fue bien con su esposo y ahora tiene enamorada.

T: ¿Cuántos casos más similares a ese conoces?

P: Solo ese.

T: Ahora, ¿Conoces casos de chicas que han tenido decepciones amorosas y no se han vuelto lesbianas?

P: Sí, tengo amigas que han terminado con sus enamorados.

T: ¿Muchas o pocas?

P: Bastantes.

T: ¿Y se han vuelto homosexuales por ello?

P: Uhm, bueno la verdad no, solo han estado solas un tiempo y luego algunas después están con otro chico.

T: Entonces, ¿Sería válido afirmar que por un caso que conoces de una chica que se volvió lesbiana a todas las mujeres les sucede lo mismo tras una decepción amorosa?

P: Pues creo que no, porque solo conozco un caso.

T: Así es, primero que nada no podemos decir que una persona cambia su orientación sexual debido a una decepción con su actual pareja, pues en el tema de la orientación sexual intervienen muchos más factores. Además, al afirmar que

a las mujeres les sucede eso a partir de un caso que has observado estaríamos haciendo una sobregeneralización, es decir elaboramos una regla o conclusión general a partir de casos aislados o individuales. ¿Me comprendes?

P: Sí, y ese error mío es el que hace que tenga ese malestar.

T: Así es, recuerda que no son las situaciones las que determinan la emoción y conducta, sino la interpretación que nosotros hagamos de ellas. Si nuestra interpretación es errónea, entonces deformaremos negativamente la realidad. Estos pensamientos sesgados se denominan distorsiones cognitivas y tienen la particularidad de ser automáticos, aprendidos, creíbles, es decir le asignamos un alto grado de validez, específicos y nos generan malestar.

Se le explicó a la paciente cada uno de los errores del procesamiento de la información a través del siguiente esquema:

Tipos	Descripción
Filtraje	<p>Se toman en cuenta solo los detalles negativos y se magnifican mientras que no se toman en cuenta los aspectos positivos de la situación.</p> <p>Ej: <i>“La discusión que tuve con mi novio me malogró todo el día, todo mi día fue horrible”.</i></p>
Pensamiento Polarizado	<p>Las cosas son blancas o negras, buenas o malas, la persona ha de ser perfecta o una fracasada. No existen los términos medios.</p> <p>Ej: <i>“Si no estás conmigo estás contra mí”.</i></p> <p><i>“Si vas a equivocarte es mejor no hacer nada”.</i></p>

Sobregeneralización	<p>Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión se espera que ocurra una y otra vez.</p> <p>Ej: <i>“Nunca se preocupan por mí”.</i></p> <p><i>“Todos los hombres son infieles”.</i></p> <p><i>“Nadie me quiere”.</i></p>
Interpretación del Pensamiento	<p>La persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. Es capaz de adivinar que sienten o piensan los demás con respecto a ella.</p> <p>Ej: <i>“Puedo ver el su rostro que él está pensando que soy aburrido”.</i></p>
Visión Catastrófica	<p>Se espera el desastre. La persona escucha un problema y piensa “¿Y si... me sucede a mí?” Se espera que todo lo malo le pase a uno.</p> <p>Ej: <i>“Mejor no salgo de casa porque me pueden robar”</i></p> <p><i>“Me va a ir mal en la exposición”.</i></p>
Personalización	<p>Se cree que todo lo que la gente hace o dice es una forma de reacción o está relacionado a uno mismo.</p> <p>Ej: <i>“María no quiso venir a la fiesta, debe ser porque no le caigo bien”.</i></p>
Falacia de Control (Externo e Interno)	<p>Si uno se siente externamente controlado, se ve a sí mismo desamparado, como una víctima del destino. En el caso de la falacia de control interno, la persona se convierte en responsable del sufrimiento o felicidad de</p>

	<p>aquellos que le rodean.</p> <p>Ej: <i>“No puedo hacer nada por cambiar mi forma de actuar, así nací”.</i></p>
Falacia de Justicia	<p>La persona se resiente porque cree que conoce que es lo justo, aunque los demás no están de acuerdo con ella. Se expresa en términos condicionales</p> <p>Ej: <i>“Si él me quisiera, volvería a casa directamente después del trabajo”.</i></p> <p><i>“Si apreciaran mi trabajo, me proporcionarían una mejor oficina”.</i></p>
Culpabilidad	<p>La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos os problemas ajenos.</p> <p>Ej: <i>“Si no hubiera actuado así, nada de esto hubiera pasado. Todo es mi culpa”.</i></p>
Los “Debería”	<p>La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que trasgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.</p> <p>Ej: <i>“Mi esposo debería sacarme a pasear todos los domingos”.</i></p> <p><i>“Yo debería ser capaz de encontrar una solución rápida a todos los problemas”.</i></p>
Razonamiento Emocional	<p>Se cree que lo que uno siente tendría que ser verdadero automáticamente.</p>

	Ej: <i>“Me siento triste, la vida no tiene sentido”.</i>
La Falacia de Cambio	<p>Se espera que los demás cambien para adaptarse a nosotros si se le presiona lo suficiente. Se necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.</p> <p>Ej: <i>“Mi novio tiene cambiar y ser más puntual, se lo he exigido varias veces, me molesta que aún no lo haya hecho”.</i></p>
Las Etiquetas Globales	<p>Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.</p> <p>Ej: <i>“Soy un torpe”.</i></p> <p><i>“Mi hermano es un completo egoísta”.</i></p>
Tener razón	<p>La persona continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.</p> <p>Ej: <i>“Tú no me entiendes, estás completamente equivocado”.</i></p>
Falacia de Recompensa Divina	<p>Se espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.</p> <p>Ej: <i>“Trabajé mucho para criar a mis hijos y ellos ahora ellos me pagan mal”.</i></p>

T: Bien Helen, como verás estas formas de pensar son muy rígidas y no nos permiten que nos adaptemos a las demandas del medio, pues actuamos de manera automática en función de estas distorsiones.

P: ¿Cómo en el caso de mi creencia de que las personas se pueden volver homosexuales al tener una decepción amorosa?

T: Así es. La idea es que poco a poco vamos a ir identificando este tipo de distorsiones cognitivas con el fin de ir las modificando progresivamente y reemplazarlas por pensamientos alternativos más realistas y que nos permitan interpretar mejor nuestras experiencias. ¿Comprendes?

P: Sí, entiendo.

T: Bueno, por ahora nos vamos a quedar allí. Para las siguientes sesiones deseo que vayas identificando algunas de estas distorsiones cognitivas según los pensamientos que puedas registrar en tu SPEC o en las situaciones que te generen malestar.

P: Esta bien, gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró comprender que son las distorsiones cognitivas e identificar cada uno de sus tipos.

Objetivos:

- Psicoeducar y entrenar al paciente en ejercicios de respiración abdominal.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Respiración abdominal.

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente. Se entrenó a la paciente en ejercicios de respiración abdominal.

T: Buenos días Helen. ¿Cómo te ha ido?

P: Buenos días doctor. Hoy día un poco mejor, más animada.

T: ¿Y en el resto de la semana?

P: A veces venían esas ideas de la homosexualidad y me molestaban.

T: ¿Cómo te hacía sentir ello?

P: Angustiada, preocupada como algo que me desespera.

T: ¿Y qué sensaciones tienes en tu cuerpo cuando estás así?

P: Pues calor en la cara, a veces sudo o me pongo intranquila, también como tensión en mi cuerpo.

T: Bien, lo que me refieres son síntomas fisiológicos de la ansiedad, asociados al pensamiento obsesivo que presentas. Justamente hoy vamos a ver una técnica

que nos permitirá tener un mayor control sobre los niveles de activación fisiológica relacionados a la ansiedad: la respiración abdominal. Aquí nos basamos en el principio de que no podemos estar tensos emocionalmente y relajados físicamente o relajados emocionalmente y tensos físicamente al mismo tiempo, es por ello que a través de ejercicios de respiración vamos a poder disminuir los niveles de activación fisiológica relacionados a la ansiedad y por ende disminuir el nivel de tensión emocional.

P: ¿O sea aprenderé a relajarme?

T: Sí. El efecto de este ejercicio es similar al que tienen las pastillas que tomas y disminuyen tu ansiedad, es decir disminuyen la tensión tanto física como mental.

P: Entiendo.

T: Es importante que estos ejercicios los practiques dos veces al día, en un ambiente cómodo de tu casa, donde no haya mucho ruido ni estímulos distractores. Además, es importante notar que el propósito del ejercicio es “llegar a un estado de relajación y disminuir los niveles de ansiedad”, más no “dormirse”. Es por ello, que debes realizarlos en una posición cómoda para ti, tal como en un sofá cómodo, o en una posición semi-sentada, pero no mientras ya estés acostada en tu cama justo antes de dormir.

P: Esta bien.

T: Bien. Ahora para medir los niveles de activación fisiológica vamos a usar dos tipos de medidas: una objetiva y una subjetiva. En la medida objetiva tenemos las “pulsaciones por minuto” o “ppm”. Para hallar este valor pondremos los dedos índice y medio en la parte anterior de la muñeca opuesta. Una vez ubicado el

pulso, éste se contabiliza por un periodo de 15 segundos, para luego multiplicar este valor por 4.

Se procedió a guiar a la paciente en la medida de su pulso a través de la técnica descrita.

P: He contado 21 pulsaciones en 15 segundos. Ahora por 4 equivaldría a 84.

T: Debemos recordar que la cantidad natural de pulsaciones por minuto está entre 60 y 80 ppm y esto variará en función del nivel de ansiedad que se tenga en el momento. Además, te hablé de una medida “subjetiva”, es decir que depende de la propia percepción y valoración de tus niveles de ansiedad. Me refiero a las USAs o “Unidades Subjetivas de Ansiedad”. Las USAs nos permiten asignar una puntuación a nuestra ansiedad, donde 0 es “nada de ansiedad”, 5 es más o menos, y 10 es “demasiada ansiedad”. Es cómo un termómetro y el valor que asignes depende de tu propia percepción de cuán ansiosa te sientes tú en un momento determinado. En este momento, ¿cuán ansiosa crees que estás del 0 al 10?

P: Diría que un 5 de 10.

T: Muy bien, como ves aquí no hay un valor bueno o malo, porque todo depende de la propia valoración que tú asignes a tu nivel de ansiedad. Ahora que ya tomamos nota de estos datos, vamos a proceder a la explicación de la técnica de respiración abdominal.

P: Ok doctor.

T: La técnica de respiración abdominal requiere la aplicación de ciertos requisitos y la realización de algunos pasos. Vamos a verlos en este cuadro:

Requisitos	Pasos
<p>Lugar de aplicación: Tranquilo, sin ruidos ni distractores, ventilado y con iluminación apropiada.</p> <p>Vestimenta: No ropa ajustada, al contrario tiene que ser ropa suelta y evitar el uso de accesorios: anillos, reloj, aretes.</p>	<p>En una posición cómoda con las piernas separada, los brazos sobre ellas, con postura erguida.</p> <p>Se colocan las manos sobre el abdomen, inspirando lentamente pero de forma profunda por la nariz, se retiene el aire por 3 segundos, sintiendo como el abdomen se infla como un globo.</p> <p>Se expulsa el aire lentamente, percibiendo la respiración.</p>

Se procedió a realizar la técnica. Primero se le pidió a la paciente que observe como se realiza el ejercicio. Posteriormente ella lo realizó tomando previamente la medida de sus pulsaciones por minutos y sus USAs. Se le pidió a la paciente que con su mano derecha puesta en el abdomen sienta como éste se va a inflando como un globo y cuando exhale se concentre en la respiración. Se repitió el ejercicio 10 veces y se le dejó como tarea que practique esta técnica al retornar a casa en un ambiente cómodo y tranquilo, registrando las USAs y ppm antes y después del ejercicio. Los niveles de ansiedad de la paciente durante la sesión fueron:

ANTES		DESPUÉS	
USA	5/10	USA	3/10
PPM	84	PPM	68

T: ¿Cómo te sientes ahora Helen luego de haber realizado la técnica?

P: Más tranquila, siento que respiro mejor y que estoy relajada.

T: Bien, recuerda que esto debes practicarlo de forma diaria en tu casa y deberás llevar un registro de tus USAs y PPM antes y después de haber realizado al respiración abdominal durante la semana, y recuerda que como toda técnica requiere que la practiquemos para poder dominarla.

P: Entonces haré mi registro para la siguiente semana.

T: Por ahora nos vamos a quedar allí. Nos vemos en la siguiente sesión.

P: Gracias.

Conclusión:

Se lograron lo objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró entrenarse en la técnica de respiración abdominal.

Objetivos:

- Entrenar a la paciente en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1er grupo de músculos).

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente. Posteriormente se trabajó con ella la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1er grupo).

T: Hola Helen, ¿Cómo estás?

P: Buenas tardes doctor, estoy mejor. Un poco más concentrada en el trabajo.

T: ¿Y con respecto a tus obsesiones?

P: No han sido tan intensas esta última semana.

T: ¿Practicaste los ejercicios de respiración abdominal?

P: Sí. Los hice a diario, al regresar a mi casa del trabajo, en mi cuarto ya que es un ambiente cómodo para mí. Así como me dijo.

T: ¿Y cómo te sentiste?

P: Mejor, más tranquila, me relajaba bastante y ya no sentía tanta preocupación.

T: Muy bien. ¿E hiciste tu registro de las USA y PPM antes y después del ejercicio?

P: Sí, aquí lo tengo en mi cuaderno.

T: Veamos. Veo que existe una disminución tanto de las USA como de las PPM cada día.

P: Sí, siempre tiende a disminuir.

T: Bien. Como puedes ver el efecto de esta técnica es disminuir los niveles de activación fisiológica asociados a la ansiedad a través de la relajación que se obtiene producto de controlar la respiración. Hoy día continuaremos con otra técnica llamada Relajación Progresiva Muscular de Jacobson. Esta técnica se basa en el principio de que es imposible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente al mismo tiempo, por lo que de esta relación natural fisiológica entre el cuerpo y la mente se puede sacar ventaja para aprender a relajar los músculos a voluntad. Al estar el cuerpo relajado y sin tensión, se puede alcanzar una relajación mental lo cual te brindará una sensación de calma y tranquilidad. Más adelante, podrás utilizar esta técnica para poder relajarte cuando empieces a reconocer que te sientes ansiosa y tensa.

P: Entiendo. Así me será más fácil relajarme cuando me sienta tensa.

T: Así es. Nosotros iniciaremos tensando distintos músculos ya que así es como reaccionamos ante situaciones estresantes y de peligro. Luego procederemos a la relajación de estos músculos para que notes la diferencia entre ambos estados.

P: Esta bien.

T: Hoy trabajaremos el primer grupo de músculos los cuales incluyen puños, antebrazos, brazos y bíceps. Primero realizaré yo el ejercicio para que mires y lo puedas hacer luego.

Se procedió a realizar el modelado de los ejercicios y se le explicó a la paciente que durante la técnica se seguirían los siguientes pasos:

1. Tensar el primer músculo.
2. Focalizar la atención en la tensión del músculo.
3. Relajar lentamente el músculo
4. Focalizar la atención en la relajación del músculo y la diferencia con el estado anterior.

Se le explicó a la paciente que el primer grupo consistía en los siguientes ejercicios:

1. Puños: Apretar el puño hasta sentir tensión en él.
2. Brazos: Extender el brazo haciendo puño hacia adelante y mantenerlo rígido.
3. Bíceps: Doblar el brazo y tensarlo como si levantara una pesa.

Se procedió a relajar a la paciente y llevar a cabo los ejercicios modelados.

T: Bueno, ahora vamos a medir tus niveles de ansiedad a través de las USA y PPM que vimos en la sesión anterior.

P: Mis pulsaciones están en 84 y en USA diría que 6/10.

T: Bien. Ahora vamos a proceder con la respiración abdominal. Hagamos 10 inhalaciones y exhalaciones lentamente.

Se verificó que las PPM de la paciente disminuyeron a 80 luego del ejercicio de respiración abdominal. A continuación se le indicó que hiciera el primer ejercicio y que al relajar lentamente el músculo notara la diferencia entre los estados de tensión y relajación. Cada ejercicio se repitió dos veces con cada brazo y dos veces con ambos a la vez.

T: Bien Helen, ahora verificaremos las USA y PPM como medición de tu ansiedad.

P: En USA diría que 3/10.

Se constató que las pulsaciones por minutos disminuyeron a 76 luego del ejercicio.

T: ¿Cómo te has sentido?

P: Muy bien, pude notar como es diferente estar tenso y relajado. Así como dice cuando estoy nerviosa los músculos se ponen duros y me siento intranquila, rígida.

T: Así es. Esta técnica te ayudará a que tengas un mejor control sobre la tensión muscular y puedas relajar los músculos con mayor facilidad. Pero recuerda que como toda técnica requiere de práctica para poder dominarla y realizarla correctamente. Deseo que lleves un registro de las USA y PPM antes y después de practicar el ejercicio diariamente en tu casa, el cual traerás en tu siguiente sesión.

P: Está bien doctor. Haré mi registro para la próxima consulta.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró aprender la técnica de Relajación Muscular de Jacobson del primer grupo de músculos.

Objetivos:

- Entrenar a la paciente en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (2do grupo de músculos).

Técnicas:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente. Posteriormente se trabajó con ella la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (2do grupo).

T: Buenas tardes Helen. ¿Cómo estás?

P: Bien doctor. He estado un poco mejor en el trabajo. Más tranquila.

T: Que bueno. ¿Has practicado la relajación muscular del primer grupo que vimos la semana pasada?

P: Sí, igual que la respiración lo practiqué a diario.

T: ¿Y cómo te has sentido?

P: Pues luego de realizarla disminuyen mis niveles de ansiedad tanto en mi cuerpo como en mi pensamiento, o sea ya no estoy tan preocupada.

T: Así es. Eso es debido a que existe un principio que se llama inhibición recíproca, el cual nos dice que dos estados opuestos no pueden existir a la vez en el cuerpo, es decir no puedes estar tensa y relajada a la vez y recuerda que la ansiedad no sólo tiene componentes cognitivos, o sea del pensamiento sino

también fisiológicos, tales como la tensión muscular, palpitations, sudoración, entre otros. Al disminuir tu tensión física también decrecerá tu tensión mental, es por ello que es importante practicarla a diario.

P: Entiendo doctor.

T: Hoy vamos a ver el segundo grupo muscular. Éste está compuesto por los músculos de la cabeza, cuello y hombros.

Se procedió a realizar el modelado de los ejercicios y se le explicó nuevamente a la paciente que durante la técnica se seguirían los siguientes pasos:

-
1. Tensar el primer músculo.
 2. Focalizar la atención en la tensión del músculo.
 3. Relajar lentamente el músculo
 4. Focalizar la atención en la relajación del músculo y la diferencia con el estado anterior.
-

Posteriormente, se le explicó a la paciente que el segundo grupo consistía en los siguientes ejercicios:

Cabeza:

-
1. Frente: Arrugar la frente subiéndola hacia arriba.
 2. Ceño: Fruncir el ceño como cuando uno se molesta.
 3. Ojos: Cerrar los ojos y apretar los párpados.
 4. Nariz: Arrugar la nariz tensando el puente y los orificios de la misma.
 5. Sonrisa: Hacer que el rostro adopte una sonrisa forzada tensando las mejillas y
-

apretando los labios contra los dientes.

6. Labios: Arrugar los labios en forma de “O” como queriendo dar un beso.

7. Lengua: Apretar el paladar con la lengua.

Cuello:

8. Nuca: Apretar la nuca hacia atrás y girar hacia ambos lados lentamente sintiendo la tensión.

9. Barbilla: Apretar la barbilla contra el pecho tensando la garganta y parte posterior del cuello.

Hombros:

10. Hombros: Encoger los hombros hacia arriba encorvando la cabeza hacia debajo de los hombros

Se procedió a la relajación de la paciente utilizando la respiración abdominal y se realizaron los ejercicios modelados.

Pulsaciones en 88 y USA en 5/10.

T: Vamos a realizar la respiración abdominal. Realiza 10 inhalaciones y exhalaciones lentamente.

Se verificó que las PPM de la paciente disminuyeron a 76 luego del ejercicio de respiración abdominal. Luego se le indicó que hiciera cada uno de los ejercicios descritos, teniendo cuidado de realizar el esfuerzo suficiente como para notar la

tensión del músculo pero sin llegar a sentir dolor. Posteriormente, se le pidió que al relajar lentamente el músculo notara la diferencia entre los estados de tensión y relajación.

T: Ahora vamos a ver cómo van tus USA y PPM.

P: Mis USA le pondría un 2/10.

Se constató que las pulsaciones por minutos disminuyeron a 72 luego del ejercicio.

T: ¿Cómo te sentiste?

P: Relajada y pude notar la diferencia entre tensión y relajación entre cada músculo.

T: Bien, Helen. Para la siguiente sesión traerás un registro de tus USA y PPM luego de realizar los ejercicios del segundo grupo muscular para notar la diferencia que hay en los niveles de ansiedad antes y después de realizar la técnica.

P: Muy bien doctor, así lo haré.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró aprender la técnica de Relajación Muscular de Jacobson del segundo grupo de músculos.

Objetivos:

- Entrenar a la paciente en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (3er y 4to grupo de músculos).

Técnicas:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson.

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente. Luego se trabajó con ella la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (3er y 4to grupo).

T: Hola Helen, ¿Cómo te ha ido esta semana?

P: Más tranquila, un poco más concentrada en el trabajo.

T: ¿Y cómo han ido las obsesiones?

P: Un poco mejor, aunque a veces si me ponía ansiosa en el trabajo o me distraía.

T: ¿Y qué hacías cuando eso ocurría?

P: Me acordé de lo que me dijo, que una obsesión es solo una idea y que no necesariamente corresponde con la realidad.

T: Así es y dime, ¿Practicaste la relajación muscular?

P: Sí. Durante la semana hice los ejercicios que me indicó, me sentí más tranquila.

T: ¿E hiciste tu registro para medir tus niveles de ansiedad?

P: Sí. Aquí los tengo.

T: Muy bien. Hoy veremos los dos últimos grupos musculares: El tercer grupo se conforma de tórax, abdomen y espalda, mientras que el cuarto grupo corresponde a glúteos, piernas y pies.

Se procedió a realizar el modelado de los ejercicios y se le explicó a la paciente los pasos para llevar a cabo la técnica correctamente:

-
1. Tensar el primer músculo.
 2. Focalizar la atención en la tensión del músculo.
 3. Relajar lentamente el músculo
 4. Focalizar la atención en la relajación del músculo y la diferencia con el estado anterior.

Luego, se le explicó a la paciente que el tercer grupo consistía en los siguientes ejercicios:

-
1. Tórax: Inhalar, retener el aire y colocar los brazos juntos hacia adelante.
 2. Abdomen: Contraer el estómago hacia adentro realizando tensión y luego soltarlo.
 3. Espalda: Inclinar hacia adelante el cuerpo, elevar los brazos llevando los codos hacia atrás buscando juntar los omóplatos.
-

Luego se hizo el modelado del cuarto grupo muscular:

4. Glúteos: Contraer los glúteos realizando tensión.

5. Piernas: Levantar las piernas y apuntar el pie hacia adentro realizando tensión.

6. Pies: Levantar las piernas y apuntar el pie hacia adelante.

Se trabajó la relajación de la paciente utilizando la respiración abdominal y se le pidió que realizara cada uno de los ejercicios modelados.

Pulsaciones en 84 y USA en 5/10.

T: Procederemos a realizar 10 inhalaciones y exhalaciones lentamente.

Las PPM de la paciente disminuyeron a 76 luego de la respiración abdominal. Se le indicó que hiciera cada uno de los ejercicios ensayados previamente. Se hizo hincapié en que al relajar los músculos notará la diferencia entre los estados de tensión y relajación.

T: ¿En cuánto valorarías ahora tus USA luego de haber realizado los ejercicios?

P: 3 de 10 doctor.

Se tomó la medida de las pulsaciones las cuales disminuyeron a 76.

T: ¿Pudiste notar la diferencia entre los estados de tensión y relajación?

P: Sí, me siento más tranquila luego de realizar los ejercicios.

T: Así es. Esta técnica es bastante poderosa para disminuir los niveles de ansiedad, tiene un efecto similar al de los fármacos y ansiolíticos. Esta semana

practica los ejercicios en casa, recuerda que debe hacerse en un lugar tranquilo y donde te sientas cómoda.

P: Está bien.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró aprender la técnica de Relajación Muscular de Jacobson del tercer y cuarto grupo de músculos.

Objetivos:

- Psicoeducar a la paciente acerca de la diferencia entre obsesiones y valoraciones.
- Explicar a la paciente los tipos de valoraciones erróneas presentes en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Luego se le psicoeducó acerca de la diferencia entre las valoraciones y las obsesiones en el TOC. Posteriormente se le explicó los diferentes tipos de valoraciones en dicho trastorno.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo estás?

P: Un poco mejor doctor. Ya no he estado tan tensa como antes.

T: ¡Qué bueno! ¿Has practicado las técnicas de relajación?

P: Sí. Sobre todo en mi casa, luego del trabajo. Además, como usted dice al relajarme físicamente también me tranquiliza mentalmente y ya no estoy tan preocupada.

T: Muy bien. La idea es que con la práctica llegues a poder realizar la relajación de los músculos a voluntad como mecanismo para disminuir tus niveles de ansiedad. ¿Y cómo han estado tus obsesiones?

P: Aún presentes, a veces vienen las ideas, ya sabe, de que me voy a enamorar de una mujer, o me imagino besándome con una chica, o en ocasiones que mi puerta la he dejado abierta en la mañana y quizás me pueden robar.

T: ¿Y cómo te sientes cuando aparecen?

P: Bueno, pues tensa, me angustio en ese momento, sobre todo con la idea de volverme homosexual.

T: ¿Recuerdas que dijimos durante las primeras sesiones acerca de las obsesiones?

P: Sí, que eran ideas, pensamientos o imágenes que están allí, dando vueltas una y otra vez en mi cabeza.

T: Muy bien, ¿Y recuerdas que dijimos acerca de por qué éstas nos causan malestar?

P: Bueno me acuerdo que vimos que no era la idea en sí, sino que yo le presto mucha atención y me concentro en ella, qué es más importante lo que yo pienso acerca de mi idea.

T: Así es, Helen. Esto que tú me describes de que no es la idea en sí sino lo que pienso acerca de la idea se llama “metacognición”, es decir el “pensamiento acerca del pensamiento”. En otras palabras, no es la idea de “ser lesbiana” lo que te hace sentir mal, sino lo que tú piensas acerca de esa idea cuando viene a tu

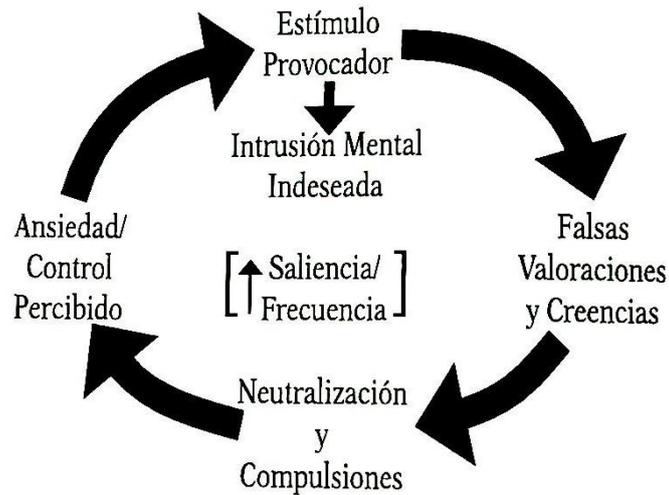
mente. Cuando viene una idea o imagen intrusiva, lo que hacemos es realizar una evaluación acerca de ella, es decir hacemos un juicio y es aquí donde viene el tema de las “valoraciones”. ¿Qué entiendes por valoración?

P: Uhm, es como poner una nota a algo, evaluarlo o decir si algo me gusta o no.

T: Sí, algo muy similar. Una valoración es lo que pienso con respecto a dos cosas: lo que pienso acerca del pensamiento obsesivo en sí, y lo que pienso acerca de mi capacidad para controlarlo. Por ejemplo, si tengo el pensamiento obsesivo o imágenes intrusas de “tener un accidente de tráfico o ser atropellado por un coche”, la valoración podría ser “podría morir joven e irme de este mundo con una vida insatisfecha” o “debo suprimir estos pensamientos e impedir que piense de este modo” (necesidad de control del pensamiento). ¿Recuerdas el círculo del TOC que vimos en las primeras sesiones?

P: Si, era ese donde había obsesiones, luego subía la ansiedad, después se realiza una compulsión y disminuye la ansiedad pero eso hace que vuelvan después la obsesiones con más fuerza.

T: Exacto. Ahora veremos un gráfico similar a ese, pero esta vez donde se incluirán también las valoraciones.



T: Como puedes observar, lo que lleva a que una obsesión se convierta en patológica depende de la forma como se valoren dichos pensamientos, es decir, si un pensamiento intruso es considerado benigno o irrelevante lo más probable es que lo ignores. Sin embargo, si lo consideramos o valoramos como una amenaza personal importante es muy probable que se experimente angustia y que la persona se vea forzada a realizar conductas de neutralización para disminuir la ansiedad.

P: ¿O sea las compulsiones?

T: Así es, y luego se genera un control percibido de la ansiedad, pero esto es temporal ya que a largo plazo solo incrementa la intensidad y frecuencia de las obsesiones.

P: Comprendo doctor.

T: Bien, ahora vamos a ver cada uno de los tipos de valoraciones presentes en el TOC.

A continuación se revisó con la paciente cada uno de los tipos de valoraciones primarias de las obsesiones ejemplificando cada una de ellas.

Valoración	Definición
Responsabilidad inflada	La creencia de que uno tiene el poder de producir o prevenir un resultado negativo subjetivamente crucial para uno mismo o para los demás. Ej: “He tocado algo sucio, si no me lavo las manos puedo contagiar de enfermedades a los demás”.
Fusión del pensamiento-acción (FPA)	Creer que la aparición de un pensamiento intruso de por sí aumenta la probabilidad de que se produzca el resultado temido o que un pensamiento incómodo es equivalente a una acción prohibida. Ej: “Cuanto más piense en apuñalar a mis hijos, más peligroso soy porque podría debilitarme y hacerlo”.
Sobrestimación de la amenaza	Estimación exagerada de la probabilidad y gravedad del daño asociado al pensamiento intruso. Ej: “Tengo que comprobar si he dejado la cocina prendida porque podría ocasionar un incendio”.
Importancia y control de pensamiento	Sobreevaluación de la importancia de ejercer un control absoluto sobre los pensamientos intrusos y la creencia de que esto es posible y deseable”. Ej: “Si no logro controlar mis pensamientos sobre la muerte, me veré agobiado por la ansiedad”.
Intolerancia a la	Creencias sobre la necesidad de estar en lo cierto e

incertidumbre	incapacidad personal de afrontar cambios imprevisibles así como dificultad para funcionar en situaciones ambiguas. “Tengo que estar seguro de la puerta la he dejado cerrada con llave”.
Perfeccionismo	Evaluar los pensamientos con un criterio absoluto, completo o perfecto. Creer que hacer algo perfecto, no solo es deseable sino necesario y que pequeños errores tendrán consecuencias graves. “Debo seguir comprobando mi trabajo hasta que esté completamente seguro que no hay ni un solo error”.

T: Ahora vamos a ver qué valoraciones presentas con respecto a tus obsesiones.

¿Tienes tu registro de situación, pensamiento, emoción, conducta?

P: Sí, la situación es ver a una amiga en el trabajo por ejemplo haciendo sus actividades cerca.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Estoy en el trabajo y veo a mi amiga.	<p><i>“Me voy a enamorar de mi amiga”</i></p> <p><i>“Me volveré lesbiana”</i></p>	Ansiedad (9/10)	<p>Dejo de mirar a mi amiga, esquivo su mirada.</p> <p>Me aílo y me pongo a trabajar sola.</p> <p>Me repito a mí misma que yo no soy lesbiana, que me</p>

			gustan los hombres y que no debo pensar así.
--	--	--	--

T: Bien, el pensamiento obsesivo sería “me voy a volver homosexual”, “me enamoraré de mi amiga”. ¿Qué valoraciones crees que hay con respecto a esas ideas?

P: Uhm, importancia y control del pensamiento, pues para mí es terrible que vengan estos pensamientos, les presto demasiada atención y siento que debo controlar y eliminarlos a como dé lugar.

T: Así es. Ahora analicemos, ¿Qué sería lo malo de que pienses en la idea de que puedas enamorarte de tu amiga o volverte lesbiana?

P: De repente que si pienso mucho en ello me podría volver así.

T: ¿Es decir temas que se vuelva realidad?

P: Pues sí.

T: ¿Y cómo se llama la valoración por la cual creemos que la sola aparición de un pensamiento temido aumente la probabilidad de volverse algo real?

P: Fusión pensamiento-acción.

T: Así es Helen. Es importante que diferenciamos entre un pensamiento y una conducta real, es muy diferente “pensar en la idea de volverse lesbiana” que “ser lesbiana”. El hecho que esa idea aparezca no quiere decir que vayas a cambiar tu orientación sexual o que sea una realidad. El problema es que a veces

interpretamos la sola presencia de un pensamiento como algo que se está dando en la realidad o que es muy probable que suceda.

P: Bueno, tiene razón, una cosa es la idea y otra cosa es que sea cierto o realmente pase.

T: Exacto, en la determinación de la orientación sexual se ven involucrados muchos factores. La orientación sexual no se cambia a voluntad, ni varía de un día para otro, es algo que se va desarrollando en el tiempo, y la presencia de una idea no va a hacer ni que una persona se vuelva homosexual, ni que deje de ser homosexual si ya lo fuera, ¿entiendes?.

P: Sí. Todo depende de cómo yo valore las ideas e imágenes entonces, no de la idea en sí.

T: Así es, veo que has comprendido el tema de hoy. Por ahora vamos a dejar la sesión aquí, para la siguiente consulta deseo que analices que otras valoraciones encuentras con respecto a otros pensamientos intrusivos que tengas.

P: Muy bien doctor, muchas gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró comprender la diferencia entre valoraciones y obsesiones, además de los tipos de valoraciones erróneas.

Objetivos:

- Retroalimentar el tema de valoraciones erróneas de las obsesiones.
- Entrenar al paciente en el registro de obsesiones

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Registro diario de obsesiones

Descripción de la sesión:

Se dio inicio a la sesión saludando a la paciente. Posteriormente se revisó el tema tratado en la sesión anterior y se le entrenó en la técnica de registro de obsesiones.

T: Hola Helen, ¿Qué tal? ¿Cómo has estado?

P: Bien doctor, con un poco más de ganas de hacer las cosas en casa y en mi trabajo.

T: Que bueno Helen. ¿Y cómo has estado con respecto a las obsesiones?

P: Aún se presentan, a menudo. Sin embargo, me siento un poco más tranquila al saber cómo funciona esto del TOC. Usted y el psiquiatra me han explicado a detalle por qué es que se dan estas ideas y también por qué me causan tanto malestar, y al comprender mejor mi problema hace que esté un poco más tranquila. Antes pensaba que esto no iba a tener solución o alivio.

T: Pero ya te has dado cuenta que si es posible encontrar estrategias y herramientas que nos permitan afrontar mejor el problema de las obsesiones, pero para ello es necesario que mantengas el compromiso y actitud que has tenido hasta el momento y realices las actividades indicadas en las sesiones.

P: Si doctor, eso hago.

T: Muy bien. ¿Recuerdas el tema que vimos la sesión anterior?

P: Sí, vimos las obsesiones y las valoraciones.

T: ¿Y cuál es la diferencia entre ellas?

P: Bueno las obsesiones son esas ideas e imágenes que me vienen a la cabeza y que son desagradables para mí, mientras que las valoraciones es lo que yo pienso con respecto a tener esas ideas, o sea si es bueno o malo hacerlo, si tengo que controlarlos y eliminarlos o no.

T: Perfecto. ¿Qué tipos de valoraciones existen?

P: La responsabilidad inflada, sobrestimación de la amenaza, importancia y control del pensamiento, intolerancia a la incertidumbre, el perfeccionismo y una que era con respecto a que no es lo mismo que piense algo a que eso sea una realidad.

T: La fusión pensamiento-acción.

P: ¡Sí, esa!

T: Muy bien. ¿Y qué sucede cuando están presentes estas valoraciones erróneas?

P: Pues que me siento mal, me angustio y las obsesiones aumentan.

T: Exacto. Ahora vamos a revisar lo que te asigné la sesión pasada, te indiqué que analizaras qué valoraciones encuentras en tu pensamiento intrusivo.

P: Sí, lo hice con respecto a la idea de no haber cerrado la puerta.

T: Perfecto. Vamos a verlo.

Se revisó con la paciente su registro de SPEC:

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Salgo de mi trabajo en la mañana y recuerdo el instante en que cerré la puerta de mi cuarto.	<i>“He dejado la puerta sin seguro”</i> <i>“Si la puerta de mi cuarto está sin seguro, me pueden robar todas mis cosas”</i> <i>“Necesito saber si cerré la puerta o no”</i>	Ansiedad (7/10)	Regreso a mi cuarto a verificar si cerré o no la puerta con llave.

T: Helen, ¿Qué valoraciones has identificado allí?

P: Varias doctor. Por ejemplo, hay responsabilidad inflada porque creo que mi principal responsabilidad es saber si cerré o no la puerta con llave.

T: ¿Qué crees que sucedería si no le echas seguro a la puerta?

P: Pues me pondrían robar todo.

T: ¿Has dejado alguna vez la puerta sin seguro, digamos al ir a comprar?

P: Sí, alguna vez.

T: ¿Y te han robado?

P: Pues no, la verdad no. Pero como vivimos varias personas en esa casa quizás mis tíos podrían hacerlo.

T: ¿Te han robado alguna vez ellos?

P: Uhm, no, solo que no confío mucho en las personas de mi casa.

T: ¿Entonces la probabilidad de que eso ocurra es realmente tan alta como piensas?

P: Pues la verdad no, aparte si ellos quisieran robarme ya lo hubieran hecho.

T: Bien, entonces, si estamos estimando exageradamente la probabilidad de una consecuencia negativa ¿Qué valoración errónea es esa?

P: Sobreestimación de la amenaza.

T: Muy bien, así es, ¿qué otras has identificado?

P: También creo que intolerancia a la incertidumbre.

T: ¿Cómo así?

P: Porque cuando me voy de casa y viene esa idea siento la necesidad de saber si he cerrado o no la puerta con seguro y no puedo tolerar la duda. Incluso cuando ya lo verifiqué una vez al volver a salir viene la duda nuevamente y no resisto no saber si cerré o no.

T: Lo que indicas es cierto, recuerda que no siempre vamos a poder conocer exactamente todo lo que deseemos en todo momento que queramos. Va a existir ocasiones en que vamos a dudar sobre algo y tenemos que aprender a tolerarlo, aceptar la duda como algo normal y tolerable, sin magnificar las consecuencias negativas de no constatar algo en el momento.

P: Si, entiendo doctor.

T: Ahora vamos a ver una técnica que nos permite llevar un control y medición acerca de las obsesiones, su frecuencia, su intensidad y el malestar asociado a ellas, se llama registro diario de obsesiones.

P: Esta bien.

Se le entregó a la paciente el formato de Registro Diario de la Obsesión Primaria mostrado a continuación.

Registro Diario de la Obsesión Primaria

Nombre: _____ Fecha: _____

Obsesión primaria: _____

Instrucciones: En consulta con su terapeuta, por favor registre el pensamiento, imagen o impulso obsesivo que más le moleste en este momento. Señale el número aproximado de veces que experimenta la obsesión cualquier día particular. A continuación complete las escalas de valoración de cada día que indiquen su experiencia más típica de la obsesión durante ese día. Este formulario debe ser cumplimentado cada noche al acostarse.

Día de la semana	Frecuencia aproximada de la obsesión durante el día	Angustia media de la obsesión (0 = ninguna, 100 = extrema, próxima al pánico)	Intensidad del esfuerzo por controlar la obsesión (0 = ningún esfuerzo, 100 = esfuerzo enorme por dejar de pensar en la obsesión)	Intensidad de la urgencia a ejecutar la compulsión o neutralización (0 = ninguna urgencia, 100 = urgencia irresistible)
Domíngo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

T: Para ello vamos a utilizar un formato especial, el cual puedes fotocopiar para ir llevando el registro de las distintas ideas intrusivas que te aquejan. Empezaremos registrando el pensamiento intrusivo que mayor malestar te genera.

P: Serían las ideas de homosexualidad. Es decir: “Soy lesbiana”, “Me he enamorado de una mujer” y las imágenes donde me veo besando o teniendo relaciones sexuales con una mujer.

T: Bien. Ahora veamos cuántas veces apareció esta idea obsesiva el día domingo.

P: Uf, muchísimas veces, casi todo el día.

T: Para realizar el cálculo vamos a registrar cuántas veces tuviste la idea intrusiva en una hora y luego vamos a multiplicar esa cantidad por el número de horas que has estado despierta durante el día.

P: Ya, bueno el domingo habré tenido la idea de la homosexualidad como 3 veces cada hora.

T: ¿Y cuántas horas estuviste despierta en el día?

P: Aproximadamente 14.

T: Bien, entonces registramos 3 veces la idea multiplicado por las 14 horas sería 42 veces en ese día y lo colocamos en la primera columna de frecuencia.

P: Sí, así es.

T: Ahora, ¿cuánta angustia te causó en promedio esa idea del 0 al 100, donde 0 es ninguna y 100 es extrema, casi próxima al pánico?

P: Bueno, ahora como práctico lo de la relajación y como ya entiendo esto de las ideas obsesivas, diría que 50. Antes si sentía más angustia como 80 o 90.

T: Ok, registraremos el 50 entonces. En la siguiente columna pondremos la intensidad de tu esfuerzo por controlar la obsesión, donde 0 es ningún esfuerzo y 100 un esfuerzo enorme por dejar de pensar en la obsesión.

P: Le pondría 60, ya que sí me esfuerzo por dejar de pensar en esa idea.

T: Bien, lo registramos entonces. Finalmente anotamos la intensidad de la urgencia a realizar la compulsión. Recuerda que la compulsión puede ser una conducta manifiesta como ir a verificar la puerta si está con seguro, o una compulsión interna, como repetirme a mí mismo algo en particular, rezar, contar, etc.

P: Diría que 50, pues es moderadamente urgente el hecho de repetirme a mí misma que no soy lesbiana y discutir con mi pensamiento por dentro.

T: Muy bien, recuerda que mientras más luchemos contra la idea obsesiva y realicemos conductas de neutralización como las compulsiones, las ideas intrusivas tendrán aumentar su frecuencia e intensidad. Para la siguiente sesión deseo que registres por las noches las principales obsesiones que hayas tenido durante el día y completes el formato así como lo hicimos hoy.

P: Esta bien doctor, así lo haré.

T: Por hoy vamos a quedarnos aquí.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, ya que se revisó con la paciente el tema de valoraciones erróneas analizando cuáles presenta ella con respecto a sus obsesiones y se le entrenó en el registro diario de obsesiones.

Objetivos:

- Explicar a la paciente la reestructuración cognitiva de las valoraciones erróneas asociadas a las obsesiones.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Debate socrático

Descripción de la sesión:

Se dio inicio a la sesión saludando a la paciente. Luego se revisó el tema anterior de registro de obsesiones y se explicó a la paciente la reestructuración cognitiva.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo te va?

P: Buenas doctor. He estado un poco mejor. Estuve de vacaciones del trabajo durante un mes y me he relajado un poco.

T: Que bueno Helen. ¿Y cómo te has sentido?

P: Un poco más tranquila, sobre todo porque actualmente me va bien con mi pareja, no he tenido muchos problemas con mi enamorado últimamente.

T: ¿Y con respecto a las obsesiones? ¿Hiciste tu registro?

P: Si, durante dos semanas completas. Generalmente los primeros días de la semana se mantuvieron poco más de 40; sin embargo en ambas semanas hacia la mitad de éstas se elevaba un poco la frecuencia de las obsesiones.

T: ¿Y por qué crees que se incrementaron?

P: Pues, porque he tratado de luchar contra ellas, les presto mucha atención, cuanto más viene la idea de “ser lesbiana”, más trato de repetirme a mí misma que no lo soy, entonces por un momento me calmo, pero luego aparece la idea otra vez.

T: Recuerda que habíamos visto que cuanto más conductas de neutralización hagamos es más probable que se incrementen las ideas intrusivas. Además, las estrategias que has utilizado hasta el momento, si bien disminuyen temporalmente la ansiedad, no han estado dirigidas hacia uno de los principales componentes del TOC: las valoraciones erróneas.

P: Es decir, los pensamientos que tengo acerca de mi propio pensamiento.

T: Así es. Es por ello que hoy vamos a ver que a través de la reestructuración cognitiva podemos buscar pensamientos alternativos a esas valoraciones erróneas sobre las obsesiones, de modo que estos nuevos pensamientos sean más racionales y ajustados a la realidad. Vamos con alguno de los pensamientos obsesivos que tienes.

P: Está bien.

Situación	Pensamiento	Valoración	Emoción	Conducta
Estoy en mi trabajo y veo alguna compañera cerca	“Soy lesbiana”	<i>“Si tengo este pensamiento es posible que me vuelva lesbiana”</i>	Ansiedad (8/10)	Me empiezo a repetir internamente que no soy lesbiana. Dejo de mirar

				a mi amiga.
--	--	--	--	-------------

T: Bien, como puedes observar en el esquema lo que causa tu malestar no es el pensamiento en sí de “soy lesbiana” sino la valoración que haces de que la sola presencia de este pensamiento puede llevar a que se convierta en una realidad.

P: Sí.

T: ¿De qué manera se podría rebatir esta creencia?

P: No lo sé, quizás en el fondo pienso que si pienso mucho en algo quizás si me pueda volver lesbiana.

T: Es decir, ¿Si tú piensas muchas veces en ser lesbiana podrías cambiar tu orientación sexual?

P: Quizás sí.

T: Pongamos un ejemplo entonces. Me contaste que tienes dos primas que son lesbianas, ¿no?

P: Sí.

T: ¿Cómo se llaman ellas?

P: Bueno, son primas lejanas, casi ni las veo. Una se llama Paola y la otra Carolina.

T: Ok. Pongamos el caso de Paola. ¿Cuánto tiempo conoces que ella es lesbiana?

P: Uf, muchos años, toda su juventud.

T: Dime, ¿tú crees que si a ella alguna vez le viniera la idea “yo soy heterosexual”, o se imaginara teniendo relaciones sexuales con un hombre, dejaría de ser lesbiana? ¿Se volvería heterosexual?

P: Ehm, no lo creo.

T: ¿Por qué?

P: Porque ella es lesbiana pues, que se imagine besándose a un chico, o que le venga la idea esa a la cabeza no va a cambiar sus gustos.

T: ¿Entonces un pensamiento por sí solo no cambia el gusto ni la orientación sexual de una persona?

P: No pues, no lo creo.

T: Bien, ahora pongámonos en el caso opuesto, una persona heterosexual, ¿cambiaría su orientación, se volvería gay o lesbiana sólo por tener una idea o imagen acerca de la homosexualidad?

P: Bueno, viéndolo así, supongo que no, porque sería igual que en el ejemplo anterior.

T: Así es, de igual manera el hecho que tengas un idea o te imagines algo, no va cambiar tu orientación sexual, si eres heterosexual lo vas a seguir siendo, y si eres homosexual también. Una cosa es el pensamiento y otra muy distinta la realidad, la sola aparición de una idea no aumenta la probabilidad de que esta se vuelva realidad en absoluto.

P: Sí doctor. Ahora si entendí.

T: De esto se trata la reestructuración cognitiva. Ya has aprendido a identificar los distintos tipos de valoraciones erróneas, ahora vas a ir generando poco a poco pensamientos alternativos racionales que rebatan dichas valoraciones, de modo que al ir disminuyendo la validez de las valoraciones, las obsesiones ya no implicarán tanto malestar.

P: ¿Así como hacíamos al comienzo sobre las distorsiones cognitivas?

T: Sí, pero en este caso estamos trabajando específicamente sobre las falsas valoraciones asociadas a las obsesiones

P: Comprendo.

T: Por ahora vamos a dejar la sesión aquí, en la siguiente consulta vamos a continuar con este tema.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró entender el significado de la reestructuración cognitiva de las valoraciones erróneas asociadas a las obsesiones del TOC.

Objetivos:

- Identificar y debatir las creencias nucleares irracionales asociadas a las obsesiones de la paciente

Técnicas:

- Flecha descendente
- Debate socrático

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente. A continuación se procedió a analizar junto con ella sus creencias con respecto a sus ideas obsesivas y a realizar el debate socrático de ellas.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo estás?

P: Bien, doctor. He estado más tranquila estas últimas dos semanas. La relación con mi enamorado va bien y no he tenido discusiones familiares en mi hogar.

T: ¿Y con respecto a las obsesiones?

P: Bueno han disminuido un poco, como que me he dado cuenta que cuanto más atención les ponía o cuanto más trataba de luchar contra ellas, peor era. Sin embargo, aún siguen apareciendo esas ideas de que “soy lesbiana”, o que “me puedo enamorar de alguna amiga” y en esos momentos sí me angustio y me suelo distraer de lo que estoy haciendo en el trabajo por ejemplo.

T: ¿Por qué es que te causa tanto malestar la idea de “poder ser lesbiana”?

P: No lo sé, o sea normal si conozco a alguna amiga que lo sea, la respeto, es solo que para mí, no sé, como que esa idea no va conmigo.

T: ¿Tendría algo de malo ser lesbiana o que alguien sea homosexual?

P: No. Creo que no, yo sé que es decisión de cada uno, pero yo no soy así pues, o sea como que eso no va conmigo, pero no creo que tenga nada de malo si alguien más lo fuera. ¡No yo ah!

T: Es decir, ¿En los demás crees que si es algo normal o aceptable pero si fuera tu caso allí si sería algo malo?

P: Uhm, bueno, no tengo nada en contra de los gays, pero simplemente conmigo no va eso, no es que crea que sea algo malo, sino que no soy así. No es que odie a los homosexuales tampoco.

T: ¿Recuerdas la última situación en que vino esa idea?

P: Sí, en el trabajo cuando vi a una amiga que hacía sus cosas en un puesto cerca.

T: ¿Qué fue lo primero que pensaste?

P: Pues que me puedo volver lesbiana, que me puedo enamorar de una mujer.

T: ¿Y qué pasaría en el supuesto que eso fuera verdad? ¿Qué de malo tendría que te enamores de una mujer?

P: Nada de malo, solo que no me gustaría.

T: ¿Por qué no te gustaría? ¿Qué diría eso de ti?

P: Uhm, sería feo pues, creo que sería horrible si mis amigos o familia pensarán que yo soy homosexual. Me sentiría mal.

T: ¿Has pensado en la posibilidad de que seas homosexual y que lo que te cause tanto malestar sea el miedo al rechazo por parte de tus familiares o amigos?

P: No lo creo, como le había contado anteriormente, siempre me han gustado los hombres desde chiquita, nunca me ha llamado la atención ni me he sentido atraída por chicas, tampoco he tenido ni tengo ganas de experimentar algún tipo de relación sentimental o sexual con una mujer.

T: Bueno, entonces la apreciación negativa que haces acerca de la homosexualidad debe estar orientada hacia otra razón. Recuerda que no son las situaciones ni las ideas en sí lo que producen la angustia o el malestar emocional, sino que es lo que yo interpreto subjetivamente acerca de ellas lo que lo ocasionan.

P: Sí, eso sí recuerdo que lo vimos.

T: Ahora me cuentas que para ti es “feo” y “horrible” la posibilidad de ser homosexual. Usualmente las valoraciones negativas que hacemos sobre un tema indican un rechazo o aversión hacia él.

P: Pero yo no rechazo a los homosexuales, o sea normal pueden ser mis amigos, no creo ser eso que dicen a veces en la tele, ¿cómo se llama?, ehm, homofó...

T: ¿Homofóbica?

P: Si, de esos que odian a los gays.

T: Entiendo. Sin embargo, me cuentas que si consideras feo y horrible la posibilidad de ser lesbiana.

P: Bueno sí, si fuera para mí, sí.

T: ¿Y eso no implica cierta repulsión o rechazo?

P: Sí, un poco, es que es feo ser así.

T: ¿Qué sentirías si ves dos personas del mismo sexo besándose en la calle?

P: ¡Ajj, no!, sería como que un poco de asco.

(La paciente se sobresalta y hace un gesto de rechazo y desaprobación ante la interrogante)

T: Bien, ¿Entonces consideras que sí sientes asco y rechazo por la homosexualidad?

P: Bueno, la verdad sí, aunque trato de no ser así, de no mostrarme así ante las demás personas, porque sé que no se debe ser así (rechazar a los homosexuales).

T: Entonces vemos que la raíz de las valoraciones negativas que haces acerca de la homosexualidad son en realidad ciertas creencias homofóbicas que tienes con respecto a ella.

P: Sí. En cierto modo considero que ser homosexual es malo o asqueroso.

T: Es bueno que hayamos llegado a determinar eso Helen, y que aceptes que esas creencias, que aunque quizás sean incómodas, están allí y son lo que te hacen tener una visión tan negativa de la homosexualidad.

P: Sí doctor. Creo que siempre he tenido cierto rechazo por ese tema.

T: Asimismo, es importante que recuerdes que la homosexualidad por sí misma no tiene una valoración positiva ni negativa, es solo una orientación, una preferencia que refleja hacia que sexo nos sentimos atraídos en mayor medida, en otras palabras la homosexualidad no es ni buena ni mala, nosotros somos quienes asignamos un juicio de valor, lo cual en tu caso no hace más que reforzar tus obsesiones.

P: Sí, comprendo, si no tuviera ese concepto tan negativo de ella quizás mis obsesiones no me causarían tanto malestar.

T: Así es, y quizás no le prestarías tanta atención al tema, ni tendrías tanta necesidad de control sobre los pensamientos intrusivos.

P: Es cierto.

T: Bueno Helen, por hoy vamos a dejar la sesión aquí y continuaremos en dos semanas.

P: Esta bien doctor, gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues la paciente logró identificar y aceptar su principal creencia nuclear con respecto a su idea obsesiva primaria. Asimismo, se cuestionó dicha creencia irracional a través del debate socrático.

Técnicas:

- Validación de emociones
- Reatribución cognitiva

Descripción de la sesión:

En la presente sesión la paciente acude refiriendo que ha vivenciado una situación adversa para ella, pues ha descubierto que su actual pareja, Martín, le ha sido infiel con la madre de sus hijos y por este motivo ha terminado su relación con él. Se trabajó con la paciente en darle el soporte emocional y psicológico con respecto a dicha experiencia.

T: Hola Helen, ¿Cómo estás?

P: Hola doctor. Ahí más o menos.

T: Cuéntame, ¿Cómo es más o menos?

P: Pues, me he sentido un poco triste, es que ha pasado algo.

T: Ya veo, ¿Y deseas hablar sobre ello?

P: Bueno, sí. ¿Recuerda que hemos conversado alguna vez sobre Martín, mi enamorado?

T: Sí claro. ¿Cómo van las cosas con él?

P: Pues, he terminado con él, por eso me siento mal.

T: Entiendo, ¿deseas contarme el motivo o qué fue lo que sucedió? En caso no desees hacerlo no hay ningún inconveniente.

P: Sí, está bien. Cómo le había contado antes solíamos tener muchos conflictos, por temas de celos, a veces nos reclamábamos cosas. Luego la relación fue mejorando, en parte porque empecé a ser un poco más tolerante con él, mi estado de ánimo mejoró, ya no le reclamaba las cosas sin razón.

T: Sí, recuerdo que habíamos analizado algunas situaciones donde el conflicto se daba en parte por lo que interpretabas de una situación más que la situación en sí.

P: Sí, cuando vimos el tema de distorsiones cognitivas.

T: Así es. ¿Y qué sucedió?

La paciente adopta facies de tristeza y relata:

P: Pues, como le había contado, Martín me había dicho que estaba separado de su ex mujer, la madre de sus hijos. Él me había contado que sólo la veía de vez en cuando para coordinar temas relacionados a sus hijos, pero que ya no había ninguna relación sentimental entre ellos.

T: Sí, me acuerdo de ello.

P: Bueno, lo que sucede es que hace unos días una amiga mía llamó a casa de él, y dice que una señora le contestó el teléfono de manera un poco agresiva, diciéndole que ella era la mujer de Martín y que vivía con él.

T: Comprendo, ¿Y qué sucedió luego?

P: Fui y le pregunté directamente a él, si era cierto lo que me había contado mi amiga, entonces él me dijo que sí, que si había estado viviendo con ella al mismo tiempo que era mi enamorado y que habían regresado por el bien de sus hijos.

Además, me dijo que yo no le importaba, que a quien quería era a ella y que no lo molestara.

T: Entiendo Helen, debe haber sido muy difícil pasar por esa situación.

P: Sí doctor. Entonces terminé con Martín, le dije que no quería saber más de él, me fui a mi casa y me puse a llorar. Por eso en estos últimos días he estado triste, aunque no me gusta estar así, no debería sentirme así.

T: ¿Por qué crees eso?

P: No sé, se supone que ya estaba bien, y volver a sentirme triste como que no me agrada.

T: Helen, lo que me cuentas es una situación que sería difícil para cualquier persona que pase por ella. Es completamente válido y normal que ante esa experiencia te sientas triste, no es malo sentir tristeza por una ruptura con la pareja, no lo veas como un retroceso o algo que “no debería” ser.

P: Bueno, sí, sé que es una situación difícil.

T: Así es, no reprimas tus sentimientos, es bueno que cuando desees llorar lo hagas, no te sientas mal por hacerlo, si en algún momento desees hablar sobre el tema con alguien, un familiar, una amiga o aquí en consulta, es válido hacerlo. Recuerda que ambos extremos no son adecuados, ni estar reviviendo una situación dolorosa constantemente durante todo el día, pero tampoco reprimir o negar lo que uno siente.

P: Sí doctor, tiene razón, es sólo que a veces me sentía un poco culpable de lo que sucedió.

T: ¿Cómo así culpable?

P: Es que no sé, como que quizás algo hice yo para que él me dejara por su ex mujer.

T: Helen, vamos a analizar un poco eso. Cuéntame, ¿Qué crees que puedas haber hecho para que se de lo que me cuentas?

P: Uhm, quizás por el tema de pedirle que me mande mensajes al salir del trabajo.

T: ¿Y crees que eso, el pedir que se comuniqué contigo, justifica el tema de una infidelidad?

P: Bueno no, la verdad no.

T: ¿Tú le fuiste fiel?

P: Sí, siempre le dije la verdad, y solo estuve con él.

T: ¿Quién mintió y engañó a la otra persona?

P: Él

T: ¿Quién tomó la decisión de no respetar la relación y ser infiel?

P: Pues él.

T: Entonces, ¿De quién es responsabilidad lo que sucedió?

P: Viéndolo así, de Martín.

T: Así es Helen, quien cometió la infidelidad fue él, no tú, por lo tanto no deberías sentirte responsable o culpable de lo que pasó o de haber decidido terminar con él.

P: Sí, tiene razón en ello, pero es que yo si lo amaba.

T: Entiendo, pero también es importante que entendamos que una cosa es lo que sentimos y otra distinta lo que decidimos hacer en base a la razón.

P: ¿Cómo así?

T: Es decir, el hecho que tú lo ames, lo cual es un sentimiento válido considerando el tiempo que han estado como pareja, no quiere decir que no puedas tomar la decisión de finalizar la relación. Una cosa es el sentimiento y otra distinta lo que decidimos. Entonces en vez de decirnos *“pero es que yo lo amaba”* podríamos decir *“a pesar de que lo amo, he tomado la decisión de terminar con él”*. Como ves, no negamos el sentimiento, pero a pesar de él, tú has tomado una decisión basada en los hechos reales que has vivenciado en estos días.

P: Sí, igual yo ya decidí no volver con él, y no creo que eso vaya a cambiar. Además, poco a poco me he ido sintiendo un poco mejor, cuando recién sucedió si me afectó más.

T: Todo cambio conlleva un periodo de adaptación, y es normal que en dicho proceso nos sintamos tristes o recordemos experiencias pasadas, pero lo importante es aceptar tanto la situación como lo que sentimos, ¿Entiendes?

P: Sí doctor, me he sentido mejor al poder contar lo que sentía, y bueno como usted dice todos tenemos derecho a sentirnos tristes en algún momento, pero

estoy segura que poco a poco me iré adaptando a no tener pareja en este momento.

T: Así es Helen, por hoy vamos a dejar la sesión aquí, ¿te parece si sacamos cita en dos semanas?

P: Sí doctor, está bien.

Conclusión:

Debido a la circunstancia adversa que refirió la paciente haber experimentado recientemente, se dedicó la sesión a darle el soporte emocional y psicológico al respecto, logrando que la paciente acepte sus emociones como válidas y adoptando una perspectiva más realista y adecuada de su problema.

Objetivos:

- Debatir las creencias nucleares irracionales asociadas a las obsesiones de la paciente.
- Psicoeducar y entrenar a la paciente en la técnica de aserción encubierta.
- Entrenar a la paciente en la habilidad de detención del pensamiento.

Técnicas:

- Debate socrático
- Psicoeducación
- Aserción encubierta

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Luego se le psicoeducó acerca de la técnica de aserción encubierta revisando los conceptos de detención y sustitución del pensamiento, a continuación se identificó las principales situaciones ansiógenas para elaborar las aserciones.

T: Hola Helen, ¿Cómo estás?

P: Buenas doctor, mejor, me siento más tranquila.

T: Que bueno, recuerdo que en la última sesión me contaste que estabas un poco triste por el tema del rompimiento con tu ex pareja. ¿Cómo va ello?

P: Mejor, cómo le había dicho al comienzo si me afectó, pero poco a poco eso ya ha ido disminuyendo, así como usted dijo es un proceso el adaptarme a la idea de ya no estar con él.

T: ¿Sigues manteniendo contacto con él?

P: Preferí que no, lo borré de mis contactos y no lo he llamado. Aunque él si me ha mandado alguno que otro mensaje para saber cómo estoy, pero no le he respondido.

T: Bien, Helen. ¿Y cómo ha ido el tema de las obsesiones?

P: Disminuyendo, sin embargo aún están presentes, sobre todo la del tema de la homosexualidad, aunque ahora comprendo por qué me causaba tanta ansiedad.

T: ¿Te refieres a las valoraciones?

P: Sí pues, era porque yo considero “malo” el hecho de que una persona sea homosexual.

T: ¿Qué significa para ti el hecho que alguien sea “malo”?

P: Bueno, malo es una persona que daña a los demás, de forma intencional, o alguien que se comporta de forma inadecuada, que no hace el bien pues.

T: ¿Y crees que una persona homosexual cumple con esas características?

P: Uhm, lo de dañar a los demás no necesariamente, aunque podría darse el caso. ¿En qué caso?

P: Una persona homosexual podría hacer daño.

T: ¿Y dependería eso de su opción sexual?

P: Pues no, creo que no dependería de si es gay o no.

T: ¿Y con respecto a lo segundo? ¿Un homosexual se comporta de forma inadecuada?

P: Bueno, cuando se besan en la calle sí.

T: ¿Qué tendría de inapropiado que una pareja de homosexuales se bese en la calle?

P: Quizás para mí no, pero mucha gente no le gusta eso, y hasta los insultan.

T: Es raro que digas que para ti no, ¿Y si las personas que se besan son heterosexuales sucede lo mismo?

P: Pues no, no los atacan, al menos no con la misma intensidad que quizás a los gays.

T: ¿Entonces ese rechazo depende de la conducta de besarse de los homosexuales o de la sociedad que es menos tolerante con ellos?

P: Viéndolo así, diría que de la sociedad.

T: Bien, y desde esa perspectiva, ¿Cómo crees que se sienten los homosexuales al ver ese rechazo que indicas?

P: Supongo que mal, debe ser difícil para ellos.

T: Entonces, ¿La homosexualidad sería mala en sí misma o es la sociedad la que a través de prejuicios le pone esa etiqueta?

P: Sería más que la sociedad a veces la califica así.

T: Dijiste “quizás para mí no”, ¿Cómo queda entonces lo que acabamos de analizar con respecto a ti?

P: Bueno entonces yo también estaría mal al pensar así porque soy parte de esa sociedad.

T: Así es Helen, un pensamiento alternativo más realista sería “*ser homosexual puede ser difícil en una sociedad como la nuestra*”, más que “*ser homosexual es malo*”, ¿No lo crees?

P: Sí, además con el pensamiento que usted dice no lo vería como algo tan negativo.

T: Exacto y a la vez haría que las ideas obsesivas no sean tan importantes para ti como hasta el momento lo han sido.

P: Sí, eso también.

T: Bien, ahora vamos a pasar a nuestro tema de hoy, el cual está relacionado con una técnica que permite reducir la ansiedad emocional a través del desarrollo de dos habilidades: la detención y la sustitución del pensamiento. Esta técnica se denomina aserción encubierta.

P: No había escuchado esa palabra antes.

T: Entiendo. Mira, el término aserción se refiere a una frase que afirma algo sobre un tema particular, y el término encubierto se refiere a que esto se hace de manera interna, hacia adentro, es decir a nivel de nuestro pensamiento, por ejemplo, cuando me digo a mi mismo que “si respiro más despacio, me tranquilizaré”.

P: Comprendo.

T: Como te comentaba, esta técnica incluye el desarrollo de dos habilidades que veremos a continuación.

Se le explicó a la paciente el tema de interrupción y sustitución del pensamiento.

Interrupción del pensamiento	Sustitución del pensamiento
<p>Busca detener la cadena de pensamientos que llevan a sufrir emociones desagradables, a través de la subvocalización de una palabra (ejemplo: ¡basta!) u otra técnica distractora creando un espacio o “hueco” en dicha secuencia de ideas que posteriormente será llenado con otros pensamientos previamente definidos.</p>	<p>Consiste en la inserción de pensamientos positivos, realistas, asertivos y constructivos en el espacio dejado por la interrupción del pensamiento. Estas aserciones se elaboran previamente y tienen como objetivo dar origen a emociones más confortables que los pensamientos interrumpidos.</p>

T: Esta técnica es de gran utilidad en casos de TOC y ansiedad, sobre todo cuando lo que predomina es el pensamiento obsesivo más que la conducta ritual compulsiva. Para lograr dominar la aserción encubierta es necesario seguir algunos pasos:

1. Identificar y valorar los pensamientos estresantes
2. Fijar una interrupción temporal
3. Practicar sin ayuda la interrupción del pensamiento
4. Preparar las aserciones encubiertas
5. Practicar la aserción encubierta
6. Usar la aserción encubierta en situaciones de la vida real

T: Bien ahora empezaremos por el primer paso: vamos a identificar los principales pensamientos estresantes que te causan mayor malestar o incomodidad.

Se revisó con la paciente un listado de diferentes situaciones y pensamientos que le generaban ansiedad y se obtuvo el siguiente listado:

Pensamientos estresantes:

- **Cuando veo alguna noticia de crímenes en la TV: “Me pueden asaltar a mí también”, “Me pueden matar si salgo a la calle así como los casos que veo en la TV”**
- **Cuando veo alguna foto o recuerdo a mi ex: “Mi pareja me engañó”, “Se fue con la mamá de su hija”**
- **“Soy lesbiana”, “Me voy a enamorar de una mujer”, “Me he enamorado de una mujer”**
- **Cuando recuerda a su padre y el hecho que él consume alcohol: “Mi papá se va a morir”**
- **Cuando tengo que pedir algo a alguien de mi trabajo: “Me voy a confundir”, “Tengo que decir las cosas exactas sin equivocarme”.**

* **Nota:** En esta etapa no se trabajó el pensamiento obsesivo “No he cerrado la puerta de mi cuarto, me podrían robar mis cosas” debido a que éste se trabajará en las siguientes sesiones utilizando la técnica de exposición y prevención de respuesta (EPR).

Posteriormente la paciente asignó un valor a cada pensamiento de manera que se ordenara del menor al mayor en función del nivel de ansiedad que produjera en ella. El listado de pensamientos estresantes quedó de la siguiente manera:

Pensamiento estresante	Orden (1 = más estresante, 5 = menos estresante)
<p><i>“Soy lesbiana”,</i></p> <p><i>“Me voy a enamorar de una mujer”</i></p> <p><i>“Me he enamorado de una mujer”</i></p>	1
<p><i>“Mi papá se va a morir”</i></p>	2
<p><i>“Mi pareja me engañó”</i></p> <p><i>“No fui lo suficientemente valiosa para él”</i></p> <p><i>“Me cambió por la mamá de su hija”</i></p>	3
<p><i>“Me voy a confundir”</i></p> <p><i>“Tengo que decir las cosas exactas sin equivocarme”</i></p>	4
<p><i>“Me pueden asaltar a mí cuando salgo a la calle”</i></p> <p><i>“Me pueden matar si salgo a la calle así como los casos que veo en la TV”</i></p>	5

T: Muy bien Helen, ya hemos jerarquizado los principales pensamientos estresantes, ahora vamos a ir al segundo paso que es fijar una interrupción temporal, para ello es necesario aprender y practicar la habilidad de detención del pensamiento.

P: Ya, está bien.

T: Primero vas a cerrar los ojos y deseo que te concentres en aquellos pensamientos que te causan ansiedad y malestar. Deja que aparezcan y concéntrate en esos pensamientos.

P: Ya está, ya estoy pensando en ese tema, me incomoda un poco.

Posteriormente, el terapeuta pronuncia enfáticamente la palabra ¡Basta!, mientras a la vez golpea con una palmada fuerte sobre la mesa. La paciente abre los ojos y refiere que en el momento de escuchar la palabra “basta” y el ruido del golpe sus pensamientos cesaron, pues estos sonidos actuaron como distractores. Luego se le pidió a la paciente que repita el ejercicio ella misma diciendo en voz alta la palabra “basta” y dando el golpe de la mesa, se le pidió que trate de poner la mente en blanco por 30 segundos después de la interrupción.

T: Helen como has podido notar, al dar el golpe y decir la palabra “basta”, la cadena de pensamientos tiende a cortarse, creándose un espacio “vacío” en ella. Para el tercer paso: “practicar sin ayuda la interrupción del pensamiento”, vas a realizar este mismo ejercicio en tu casa de forma diaria induciendo tus pensamientos estresantes, pero vas a hacerlo sin la ayuda del golpe en la mesa, sólo diciendo la palabra “basta” en voz alta al comienzo. Luego vas a ir reduciendo poco a poco la fuerza con la que dices esta palabra, hasta que logres interrumpir el pensamiento sólo subvocalizando “basta”, es decir decírtela solo internamente, ya no en voz alta como hasta ahora.

P: Está bien doctor, así lo haré.

T: Bien Helen, por hoy vamos a dejar el tema acá, para la siguiente sesión vamos a revisar tu avance en cuanto a la técnica para detener el pensamiento y trabajaremos ya más en detalle sobre las aserciones.

P: Está bien.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se logró debatir y reestructurar la creencia nuclear irracional con respecto a la ideación obsesiva de la paciente. Asimismo, se le psicoeducó y entrenó en la técnica de aserción encubierta, llegando la paciente a practicar la habilidad de detención del pensamiento.

Objetivos:

- Entrenar a la paciente en la técnica de aserción encubierta.
- Entrenar a la paciente en la habilidad de sustitución del pensamiento.

Técnicas:

- Aserción encubierta

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Posteriormente se revisó el tema de detención del pensamiento con la paciente para luego elaborar las aserciones asociadas a los principales pensamientos ansiógenos identificados en la sesión anterior.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo estás?

P: Buenas tardes doctor, estoy bien, un poco más concentrada en el trabajo y con más ganas de hacer mis cosas.

T: Qué bueno que así sea. Y cuéntame, ¿Cómo va el tema de las obsesiones?

P: Han disminuido un poco, o al menos les he prestado menos atención en estas últimas dos semanas.

T: ¿Y practicaste el tema de interrupción del pensamiento?

P: Sí, en mi casa, así como dijo, primero me concentré en esas ideas que me causan malestar, por ejemplo en que a veces me da miedo imaginarme que me pueden asaltar al salir a la calle, por todo lo que veo en las noticias, y luego de

algunos minutos me digo la palabra “basta” y dejo de pensar en esas ideas por un instante.

T: ¿Y llegaste a poder subvocalizar la palabra? Es decir, ¿A sólo decírtela internamente?

P: Sí, poco a poco iba bajando el volumen de mi voz, hasta llegar a hacerlo hacia mí misma, mentalmente.

T: Muy bien, entonces ya podemos pasar al siguiente paso de la técnica de aserción encubierta, el cual consiste en la elaboración de las aserciones propiamente dichas. ¿Recuerdas el listado de pensamientos estresantes que elaboramos la sesión pasada?

P: Sí claro, la lista que ordenamos de que ideas me molestan de menos a más.

T: Exacto, vamos a ver dicha lista.

Pensamiento estresante	Orden (1 = más estresante, 5 = menos estresante)
<i>“Soy lesbiana”, “Me voy a enamorar de una mujer” “Me he enamorado de una mujer”</i>	1
<i>“Mi papá se va a morir”</i>	2
<i>“Mi pareja me engañó” “No fui lo suficientemente valiosa para él” “Me cambió por la mamá de su hija”</i>	3
<i>“Me voy a confundir”</i>	

<i>“Tengo que decir las cosas exactas sin equivocarme”</i>	4
<i>“Me pueden asaltar a mí cuando salgo a la calle” “Me pueden matar si salgo a la calle así como los casos que veo en la TV”</i>	5

T: Bien ahora la idea es que por cada grupo de pensamientos estresantes vamos a preparar un grupo de aserciones o frases, que sean positivas, realistas y constructivas, para que puedan ser insertadas en ese “vacío mental” que se crea al realizar la interrupción del pensamiento. Vamos a tomar el último grupo como ejemplo.

Se desarrolló junto con la paciente las aserciones para los pensamientos estresantes de menor nivel.

Pensamientos estresantes	Aserciones
“Me pueden asaltar a mí cuando salgo a la calle”	- <i>“Tranquila, nada malo te va a suceder”.</i>
“Me pueden matar si salgo a la calle así como los casos que veo en la TV”	- <i>“No por ver una noticia significa que te va a suceder a ti”.</i> - <i>“Respira hondo, haz una pausa y tranquilízate”.</i> - <i>“Si no vas por sitios peligrosos es poco probable que te suceda algo malo al salir”.</i>

T: Como podrás apreciar estas frases nos permitirán evocar emociones más confortables, disminuir los niveles de ansiedad que te provocan las otras ideas y a la vez sirven como una retroalimentación para insertar más aseercciones positivas adicionales.

P: Así es, doctor y ¿Esto es lo que me tengo que repetir a mí misma en ese espacio en donde dejó de pensar en las ideas que me molestan?

T: Sí, pero primero debemos construir las aseercciones, recuerda que las mejores aseercciones son aquellas que tú misma elaboras para cada evento o pensamiento estresor. Vamos a realizar un listado.

Se procedió a elaborar con la paciente un cuadro con aseercciones de acuerdo al análisis que ella realizaba sobre cada pensamiento estresante.

Pensamientos estresantes	Aseercciones
<p>“Soy lesbiana”, “Me voy a enamorar de una mujer” “Me he enamorado de una mujer”</p>	<p>- “Tener un pensamiento sobre la homosexualidad no es lo mismo que serlo”</p> <p>- “Incluso el ser homosexual no tendría nada de malo”</p> <p>- “No necesito prestar atención a esta idea”</p> <p>- “No es importante controlar todo lo que pienso”</p>
<p>“Mi papá se va a morir”</p>	<p>- “No es posible adivinar el futuro ni saber lo que vendrá”</p>

	<p>- <i>“Actualmente mi padre está estable en cuanto a su salud”.</i></p> <p>- <i>“La muerte es algo natural para todas las personas”</i></p> <p>- <i>“Es mejor aprovechar el presente y no lamentarse por algo que no ha sucedido aún”</i></p>
<p>“Mi pareja me engañó”</p> <p>“No fui lo suficientemente valiosa para él”</p> <p>“Me cambió por la mamá de su hija”</p>	<p>- <i>“A pesar de que quise mucho a mi ex pareja, yo decidí terminar con él”</i></p> <p>- <i>“No soy responsable de las decisiones que él haya tomado”</i></p> <p>- <i>“Puedo sentirme bien y tranquila estando sola”</i></p> <p>- <i>“Di adiós al pasado, es mejor olvidar”</i></p>
<p>“Me voy a confundir”</p> <p>“Tengo que decir las cosas exactas sin equivocarme”</p>	<p>- <i>“Todos podemos cometer errores”</i></p> <p>- <i>“No puedo adivinar que piensan los demás sobre mí”</i></p> <p>- <i>“Aún si me juzgaran no sería algo catastrófico”</i></p> <p>- <i>“Puedo tolerar equivocarme”</i></p>
<p>“Me pueden asaltar a mí cuando salgo a la calle”</p> <p>“Me pueden matar si salgo a la calle así como los casos que veo en la</p>	<p>- <i>“Tranquila, nada malo te va a suceder”.</i></p> <p>- <i>“No por ver una noticia significa que te va a suceder a ti”.</i></p>

TV”	<p>- <i>“Respira hondo, haz una pausa y tranquilízate”.</i></p> <p>- <i>“Si no vas por sitios peligrosos es poco probable que te suceda algo malo al salir”.</i></p>
-----	--

T: Bien, ahora que ya hemos elaborado un grupo de aserciones vamos a pasar al quinto paso: practicar la aserción encubierta. Para ello, vas a cerrar los ojos e imaginarte una situación que suele disparar tus pensamientos estresantes, por ejemplo cuando oyes una noticia de asaltos en la televisión. Luego, cuando los pensamientos se intensifiquen vas a decir: “basta” en voz alta y a continuación pronunciarás también en voz alta alguna de las aserciones preparadas, por ejemplo: “Tranquila, nada malo te va a suceder”. A continuación, vas a repetir este proceso cada vez que venga el pensamiento y luego lo harás pero con voz más baja, casi cuchicheando. La idea es repetir este proceso hasta poder decir la palabra “basta” y las aserciones de forma encubierta, es decir sólo mentalmente.

P: Está bien, doctor.

Se practicó el ejercicio con la paciente utilizando las aserciones del primer grupo de pensamientos estresantes de menor nivel en la lista y se repitió hasta lograr que la paciente haga la interrupción y sustitución del pensamiento de forma interna (mental).

T: Muy bien Helen, como tarea te voy a pedir que practiques las aserciones de los primeros tres grupos de pensamientos estresantes de menor jerarquía. Recuerda que el ejercicio tiene que repetirse hasta lograr hacerlo de forma mental.

P: Claro, de la forma que acabo de hacerlo.

T: Así es. Bueno, por ahora vamos a terminar aquí, nos veremos en dos semanas para que me cuentes como te ha ido con esta técnica.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se logró elaborar con la paciente las aserciones para cada pensamiento estresante y se le entrenó en la habilidad de sustitución del pensamiento.

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en la técnica de aserción encubierta.

Técnicas:

- Aserción encubierta

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Luego se revisó con ella el avance sobre la técnica de aserción encubierta desarrollada en la sesión anterior.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo has estado?

P: Bien doctor, mejor que la última vez.

T: ¿En qué aspectos?

P: Bueno, pues en el trabajo me siento más alegre, me concentro mejor en mis tareas que me asignan, ya no me distraigo tanto como antes. Además, las ideas han disminuido también, o al menos ya no les presto tanta atención como antes.

T: ¿Practicaste la aserción encubierta?

P: Sí, para los tres primeros pensamientos estresantes de la lista.

T: ¿Y cómo te fue?

P: Me ha servido de mucho, cuando vienen algunas de esas ideas que me causan preocupación me digo “basta” internamente, se crea como un espacio vacío en mi mente y luego me digo las aserciones que hicimos la sesión pasada.

T: ¿Y cómo te sientes luego de ello?

P: Mucho mejor, es decir, primero que ya las ideas anteriores desaparecen y en su lugar las frases que me digo me hacen sentir más tranquila, más calmada, cómo que sé que no me va a pasar nada malo.

T: ¿Puedes darme un ejemplo de ello?

P: Claro, por ejemplo con lo de que me pueden asaltar en la calle, a veces cuando veo noticias me preocupo porque pienso que quizás a mí me puede pasar los asaltos o crímenes que pasan en la TV. Eso me causaba un poco de angustia en el momento, pero al decirme las frases que practicamos, tales como “Tranquila, nada malo te va a suceder” o “No por ver una noticia significa que te va a suceder a ti” me siento más relajada y mi preocupación baja, ya que entiendo que no por ver algo en las noticias significa que necesariamente me vaya a pasar.

T: Comprendo, esa es la idea de la aserción encubierta, que reemplacemos los pensamientos estresores por ideas más racionales y realistas que a su vez conllevan a emociones más adecuadas.

P: Si doctor.

T: Bien, entonces para la siguiente sesión deseo que practiques los dos primeros grupos de pensamientos estresores, en el cual también se incluye aquellos relacionados a tus obsesiones.

P: ¿O sea cuando venga la idea de la homosexualidad?

T: Así es, tal como lo hicimos la primera vez que vimos sobre la detención de pensamiento, vas a subvocalizar la palabra “basta” de manera que se corte esa

cadena de pensamientos y luego te dirás internamente las asecciones que hemos elaborado para dicho grupo de pensamientos.

Se revisó con la paciente los dos grupos de pensamientos estresores restantes y las asecciones elaboradas.

Pensamientos estresantes	Asecciones
<p>“Soy lesbiana”,</p> <p>“Me voy a enamorar de una mujer”</p> <p>“Me he enamorado de una mujer”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Tener un pensamiento sobre la homosexualidad no es lo mismo que serlo”</i> - <i>“Incluso el ser homosexual no tendría nada de malo”</i> - <i>“No necesito prestar atención a esta idea”</i> - <i>“No es importante controlar todo lo que pienso”</i>
<p>“Mi papá se va a morir”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“No es posible adivinar el futuro ni saber lo que vendrá”</i> - <i>“Actualmente mi padre está estable en cuanto a su salud”.</i> - <i>“La muerte es algo natural para todas las personas”</i> - <i>“Es mejor aprovechar el presente y no lamentarse por algo que no ha sucedido aún”</i>

P: Esta bien doctor, para la siguiente sesión practicaré estos dos grupos de aserciones entonces.

T: Muy bien Helen, por hoy vamos a dejar la sesión aquí. Nos vemos en dos semanas.

P: Muchas gracias.

Conclusión:

Se lograron lo objetivos planteados para la sesión, pues se retroalimentó con la paciente el tema de aserción encubierta y se le indicó practicar la técnica con los grupos de pensamientos más estresantes incluyendo el relacionado a su ideación obsesiva.

Objetivos:

- Psicoeducar y entrenar a la paciente en la técnica de exposición y prevención de respuesta

Técnicas:

- Psicoeducación
- Exposición y prevención de respuesta

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Posteriormente se le psicoeducó acerca de la técnica de exposición y prevención de respuesta, identificando la situación a la que deberá exponerse para la realización de la misma.

T: Hola Helen, ¿Qué tal?

P: Buenas doctor. He estado bien en estas últimas dos semanas.

T: ¿Y cómo es “bien” para ti? Recuerda que cada quien tenemos un concepto de “bien”.

P: Ah, pues que he estado tranquila, me siento bien conmigo misma, más concentrada en el trabajo y sobre todo las ideas que antes me perturbaban ya no me molestan tanto, han disminuido bastante.

T: ¿Y realizaste la aserción encubierta de los pensamientos estresantes que faltaban?

P: Sí, justo en el primer grupo estaban las ideas referidas a la homosexualidad, y bueno con la técnica que vimos he podido cortar el pensamiento cuando éste venía de la nada y en su lugar me digo ideas que me hacen sentir más tranquila.

T: ¿En qué medida crees que te ha ayudado la aserción encubierta?

P: Bueno, antes me concentraba mucho en mis ideas obsesivas, sobre todo en la de la homosexualidad; sin embargo, ahora ya no les presto tanto atención, cuando vienen a mi mente ya no lucho contra ellas, y eso hace que ya no me sienta tan angustiada ni preocupada. Creo que lo que antes me generaba tanto malestar era el luchar constantemente contra mis pensamientos y también el hecho de pensar que ser lesbiana es algo malo, cuando no lo es.

T: Así es, recuerda que lo que genera el malestar en el TOC, son las falsas valoraciones que hacemos con respecto a las obsesiones y nuestra propia capacidad de afrontamiento, y se refuerza a través de las respuestas de neutralización de la ansiedad, es decir de las compulsiones.

P: Sí, ahora si lo comprendo.

T: Y justo en ese sentido hoy día vamos a ver una técnica que se aplica mayormente en los casos donde se presentan compulsiones, es decir conductas o rituales compulsivos tales como la comprobación o verificación, el lavado de manos, la puesta en orden de objetos, entre otros.

P: Ah, sí recuerdo, cuando la compulsión no es mental, sino algo que hago para no sentirme ansiosa.

T: Exacto, ¿Recuerdas alguna situación en donde para reducir la ansiedad realizas algún comportamiento o ritual?

P: Sí, lo vimos en las primeras sesiones, y también en mi registro de obsesiones: algunas veces en las mañanas al salir de mi casa me acuerdo del momento en que cerré la puerta de mi cuarto, pienso que quizás la dejé abierta y que me podrían robar, por eso regreso a casa y verifico que le haya puesto seguro a la puerta.

T: ¿Y cuántas veces puedes repetir esa conducta en la mañanas al salir?

P: Hasta tres veces en la mañana. ¿Es eso una obsesión y una compulsión?

T: Para ello, tenemos que ver primero la diferencia entre lo que es una duda normal y una duda patológica. ¿Qué entiendes primero por “duda”?

P: Cuando no sabes algo o cuando quieres conocer si hiciste algo o no.

T: Así es, por ejemplo al salir en las mañanas y ponerte a pensar en si cerraste la puerta de tu cuarto o no.

P: Claro, allí tengo la duda de si la cerré o no.

T: Bien, ahora veamos: la principal diferencia entre una duda normal y una patológica es que en la duda normal supone una preocupación razonable que desaparece luego de hacer la verificación objeto de ella; sin embargo, en la duda patológica del TOC, ésta no desaparece luego de realizar la comprobación, este tipo de duda persiste y se intensifica a pesar de que hayas constatado lo que deseabas saber.

P: Por eso sigo dudando cuando ya verifiqué lo de la puerta.

T: Sí, la verificación es una conducta compulsiva que realizas con el fin de neutralizar la ansiedad provocada por la obsesión que en este caso se presenta en forma de una duda patológica.

P: Ahora si lo entiendo.

T: Bien Helen, para este tipo de obsesión en particular donde encontramos un elemento compulsivo, vamos a utilizar la técnica de Exposición y Prevención de Respuesta o EPR.

P: Ok, doctor.

T: Primero vamos a ver en qué consiste esta técnica. La EPR tiene dos componentes o fases: La primera es la exposición en la cual se confrontan los pensamientos, imágenes o situaciones que generan ansiedad o malestar emocional, esta exposición es gradual, es decir va desde lo que causa menor hasta lo que genera mayor ansiedad.

P: Entiendo, o sea no tengo que evitar lo que me causa ansiedad.

Y: Así es, la evitación de la situación es una forma de neutralización, ya que al evitar lo que te produce malestar emocional, éste baja momentáneamente, pero al final ya sabes que sucede con las obsesiones.

P: Sí, que aumentan y son más fuertes.

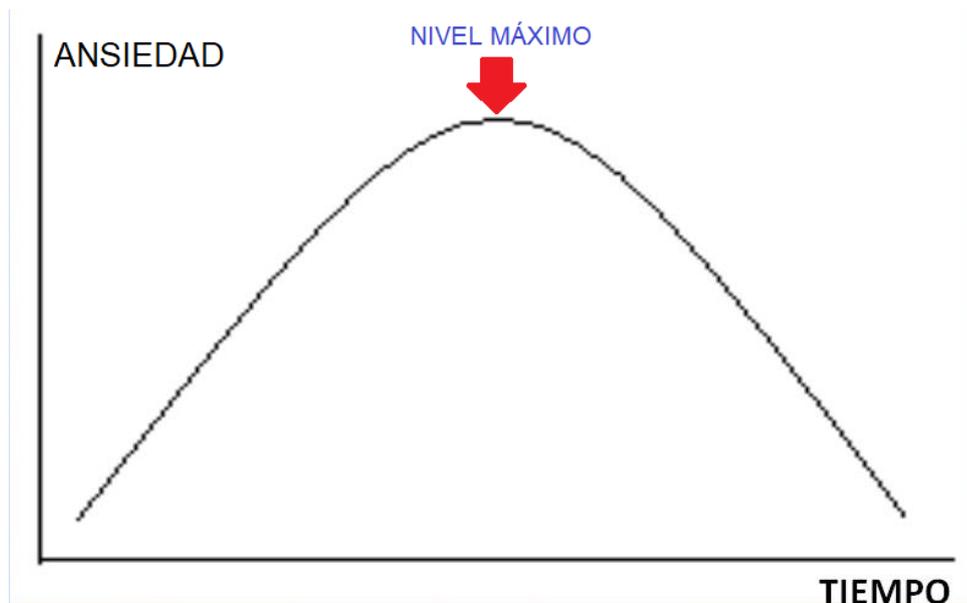
T: Exacto, entonces la primera fase es exponerse a las situaciones o pensamientos estresores. Luego, la segunda fase se llama “prevención de respuesta” y ésta se refiere a resistir los impulsos de realizar conductas neutralizadoras de la ansiedad, tales como las compulsiones y rituales. Es decir,

no verificar, comprobar, lavarse las manos, poner en orden los objetos, o cualquier conducta asociada a reducir la angustia provocada por las obsesiones.

P: ¿Pero si no realizo las compulsiones mi ansiedad no subirá más y más?

T: No exactamente, la ansiedad tiende a subir hasta un nivel máximo cuando nos exponemos a una situación o estímulo estresor, pero luego de alcanzado este nivel máximo, empieza a bajar progresivamente. Este fenómeno se conoce como “habitación” y es una acción natural que surge como compensación a las situaciones ansiógenas.

Se le mostró a la paciente el siguiente gráfico sobre la ansiedad:



T: Como puedes observar en el gráfico, luego de alcanzar un nivel máximo la ansiedad tiende a disminuir en el tiempo. Este mismo principio es el que se aplica en la EPR.

P: Viéndolo así en el cuadro sí lo entiendo.

T: Bien, ahora vamos a analizar la situación que te genera ansiedad con respecto a si cerraste o no la puerta de tu cuarto. ¿En qué ocasiones suele aparecer la idea obsesiva sobre no haberla cerrado?

P: Algunas mañanas, digamos dos veces a la semana aproximadamente, no es todos los días.

T: Ok, y en los días que se presenta, ¿cuántas veces puedes llegar a comprobar si cerraste o no la puerta?

P: Pues hasta tres veces en la mañana, alguna vez hasta cuatro veces he llegado.

T: ¿Y si no lo haces que sientes?

P: Ansiedad, preocupación, ganas de ir y ver si la cerré o no.

T: ¿Cuánto de ansiedad te genera en USAs?

P: Bueno, como 7 de 10. Más por el tiempo que sé que pasaré fuera de casa, o sea en las mañanas que me voy a trabajar sé que no estaré en casa por casi 8 o 9 horas y creo que en ese momento quizás me puedan robar si no cerré con llave la puerta de mi cuarto.

T: Es decir, si fueras a salir por menos tiempo, digamos a comprar al mercado por 30 minutos, ¿Te generaría menos ansiedad?

P: Sí, menos ansiedad.

T: ¿Cuánto aproximadamente?

P: Digamos 4 ó 5 de 10.

T: Bien, entonces empezaremos con esa situación ansiógena. Vas a realizar la exposición de la siguiente manera: vas a salir de tu casa, digamos a comprar algo o a dar una vuelta, durante 30 minutos aproximadamente de forma interdiaria.

P: Ya, ¿Y si me entra la duda de si cerré o no la puerta?

T: Allí es donde aplicarás el segundo componente de la EPR: Aun cuando tengas el impulso de regresar a casa a verificar si echaste llave o no a tu puerta, no lo harás hasta que hayan transcurrido los 30 minutos, luego de ello recién volverás a tu casa y deberás anotar cuantas USAs te provocó la situación en ese ensayo.

P: Esta bien, ¿Y si me gana la duda y regreso a comprobar?

T: Es probable que al inicio te sientas motivada a hacer algunas comprobaciones, pero es importante que éstas las disminuyas a cero; es decir, que no regreses a casa a comprobar si la puerta está cerrada durante el tiempo que te propongas salir, de otro modo, si realizas la conducta de neutralización, la EPR no tendrá efecto para el caso de dicha obsesión. Además recuerda que la ansiedad alcanzará un punto máximo, pero luego tenderá a bajar debido a la habituación, por ello es importante que anotes tus USAs en cada ensayo que realices.

P: Esta bien doctor, así lo haré.

T: Muy bien Helen, por hoy vamos a dejar la sesión aquí. En la próxima consulta vamos a revisar cómo te ha ido con la aplicación de esta técnica.

P: Gracias doctor, hasta luego.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se logró psicoeducar y entrenar a la paciente en la técnica de exposición y prevención de respuesta para el manejo de su ideación obsesiva y la compulsión asociada a ella.

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en la técnica de exposición y prevención de respuesta

Técnicas:

- Exposición y prevención de respuesta

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Luego se revisó con la paciente la asignación de tareas de exposición y prevención de respuesta dejadas en la sesión anterior.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo estás?

P: Hola doctor, más tranquila en estos últimos días.

T: Que bueno, ¿Y cómo van tus obsesiones?

P: La idea acerca de la homosexualidad ha disminuido bastante en las últimas dos semanas.

T: ¿Cuánto es “bastante”? ¿Cuántas veces al día viene la idea?

P: Bueno, ahora viene sólo una o dos veces al día, pero cómo ya aprendí que si le presto más atención es peor, solamente la dejo pasar y no me genera casi ningún malestar.

T: ¿Y en cuántos días de la semana aparece la idea?

P: Ah, ahora solo pasa máximo hasta en tres veces por semana y como le digo solo una o dos veces viene la idea en todo el día. Recuerdo que antes si era a diario y muchas veces en cada hora.

T: Claro, según tu registro la idea obsesiva podía aparecer hasta en 60 veces durante un solo día.

P: Sí, pero me he dado cuenta que como ya no le presto atención a las ideas, ya casi ni me molestan.

T: Muy bien Helen, y cuéntame, ¿Cómo vas con tus citas en psiquiatría?

P: Hace poco he tenido consulta, el doctor me ha quitado la Sulpirida y me ha dejado en una dosis estándar de Sertralina. Además, me ha dicho que estoy evolucionando favorablemente ya que mis obsesiones han disminuido en 80% más o menos.

T: Así es, además te noto con un mejor estado de ánimo.

P: Sí, tengo más ganas de hacer mis cosas y me concentro mejor en mis actividades del trabajo.

T: Y dime, ¿Cómo va el tema de la verificación de la puerta en las mañanas? ¿Hiciste tus ejercicios de exposición y prevención de respuesta?

P: Sí, durante los primeros días si fue algo difícil, porque cuando salía de mi casa a la calle por los 30 minutos que me dijo, me sentía un poco angustiada, quería regresar a verificar si había cerrado o no la puerta de mi cuarto.

T: ¿Cuánto de ansiedad te provocaba?

P: Cómo 5 de 10, aproximadamente, también los primeros días verifiqué mi puerta, pero solo una vez, ya no tres veces como antes.

T: ¿Y los siguientes días?

P: Bueno, los siguientes 5 días sí me propuse no regresar a casa durante los 30 minutos que duraba el ejercicio y además la ansiedad bajó un poco también,

T: ¿Cuánto es un poco? Recuerda que es importante cuantificarla.

P: Digamos 4 de 10. Así como me dijo poco a poco me iba acostumbrando, aunque claro que al comienzo era incómodo.

T: ¿Y en la última semana?

P: Pues, allí ya pude salir los 30 minutos completos, sin verificar mi puerta ni una sola vez, y también la ansiedad disminuyó a 2/10.

T: Muy bien, la idea es que poco a poco la ansiedad que antes nos provocaba esa situación vaya disminuyendo progresivamente, asimismo, eso ayuda a debilitar la fuerza de las obsesiones y a darnos cuenta que las consecuencias temidas no eran tan aversivas como inicialmente se pensaba.

P: Eso sí, porque al final igual no me robaron nada, aun cuando no regreso a verificar la puerta.

T: Así es. Bueno, ahora que ya hemos ensayado con las salidas a comprar de media hora, vamos a pasar a aplicar la exposición a las salidas al trabajo por las mañanas, pero es importante aquí que al igual que en el ejercicio anterior, resistas el impulso de regresar a tu casa a verificar si la puerta de tu cuarto está cerrada. Solo podrás asegurarte de que la has cerrado bien al momento de salir

por primera vez de tu cuarto, más cuando ya estés en la calle, aun cuando venga la duda de si la has cerrado o no, deberás continuar con tu camino al paradero y luego al trabajo. Al finalizar el día, anotarás también el nivel de ansiedad que sentiste en USAs, para llevar un control de como varía la ansiedad percibida según vayamos repitiendo el ejercicio a diario.

P: Está bien doctor. Entonces para la siguiente sesión practicaré lo de salir de mi casa al trabajo y no regresar aun cuando me pueda sentir ansiosa por la puerta.

T: Sí, recuerda que la ansiedad al llegar a un punto máximo tenderá luego a bajar. Y la única forma de lograr esta habituación es exponiéndonos a aquello que nos provoca malestar, de otro modo no es posible hacerlo.

P: Sí doctor, ahora si entiendo cómo es esto de las obsesiones y compulsiones.

T: Bien Helen, por ahora vamos a dejar la sesión aquí. En dos semanas continuaremos con este tema.

P: Gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se revisó con la paciente los ejercicios asignados para la técnica de exposición y prevención de respuesta y se verificó la disminución de los niveles de ansiedad de la paciente frente a las situaciones y pensamientos estresores.

Objetivos:

- Retroalimentar a la paciente en la técnica de exposición y prevención de respuesta.
- Entrenar a la paciente en la identificación de estilos de comunicación y el uso de la comunicación asertiva.

Técnicas:

- Exposición y prevención de respuesta
- Psicoeducación

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión saludando a la paciente. Luego se revisó con la paciente la asignación de tareas de exposición y prevención de respuesta dejadas en la sesión anterior y se le psicoeducó en los diferentes estilos de comunicación.

T: Hola Helen, ¿Cómo has estado?

P: Buenas tardes doctor, he estado bien, mucho más tranquila que antes, las ideas ya no me atormentan como solían hacerlo.

T: ¿Y las ideas relacionadas a la homosexualidad?

P: Se dan dos o tres veces a la semana y sólo una vez en el día, ya no como antes. Además, cuando vienen ya ni les hago caso, no dejo que me distraigan de las cosas que estoy realizando en el momento. Me he dado cuenta que lo que antes me causaba tanto malestar era que yo las consideraba importantes, les ponía mucha atención y trataba de luchar contra ellas.

T: ¿Y cómo te va en el trabajo?

P: Me siento alegre, con ganas de hacer mis actividades, incluso ahora soy amiga de esa chica, María, ¿recuerda que antes le decía que mis obsesiones se activaban al ver a mi compañera de trabajo cerca?

T: Sí, claro, era uno de los disparadores de las obsesiones.

P: Pues ya no me pasa eso, ya normal puedo hablar con ella, hasta me cuenta sus cosas y nos reímos.

T: Muy bien Helen, ese es un paso muy importante dentro del proceso de tratamiento.

P: Si pues, antes me aislaba o prefería trabajar sola.

T: ¿Y cómo van las ideas relacionadas al no haber cerrado la puerta de tu cuarto en las mañanas?

P: Ya no es tan seguido tampoco, aunque lo más importante es que ya no me causa tanta ansiedad el saber si cerré o no la puerta de mi cuarto en las mañanas. Como usted dijo, con esa técnica de exponerme, poco a poco la ansiedad fue bajando según repetía el ejercicio de salir y no regresar a mi casa a comprobar la puerta. Al principio si me generaba algo de malestar el querer saber si la había cerrado o no, pero luego fue reduciéndose hasta que ya casi no me genera ninguna incomodidad, o al menos es mínima.

T: ¿Cuánto de ansiedad te genera esa situación actualmente?

P: Ahora 1 o 2 de 10 máximo, antes si era casi 6 o 7 de 10.

T: Muy bien Helen, veo que has progresado en cuanto a la mayoría de pensamientos que antes te causaban malestar.

P: Sí, así es doctor.

T: Debemos mantenernos así entonces, practicando y realizando las técnicas que vemos aquí en consulta para que puedas aplicarlas en los diferentes aspectos de tu vida diaria.

P: Si pues, hasta ahora me han servido las cosas que hemos visto en consulta.

T: Muy bien. Bueno hoy día vamos a ver un tema distinto, el cual está relacionado a la forma como nos comunicamos con los demás.

P: Ok, doctor.

T: Me habías comentado al inicio de la terapia que a veces solías tener problemas con algunas amigas, ¿no?

P: Uhm, si a veces, sobre todo antes.

T: ¿Y a qué se debía ello?

P: Pues que a veces reaccionaba mal, como que me molestaba fácilmente y si alguien me agredía buscaba devolvérselo.

T: ¿Puedes darme un ejemplo?

P: Si, por ejemplo en el trabajo una vez una compañera me pidió que le alcanzara unas bolsas, pero lo hizo gritándome, de mala gana, sin decir por favor, casi como ordenándomelo.

T: Comprendo, ¿Y qué hiciste?

P: Ah, pues le contesté feo también, le dije quién se había creído ella que era para hablarme así, le dije que era una “idiota” y la mandé al diablo.

T: ¿Y qué consecuencia trajo ello?

P: Bueno, que ella me discutió más aún, nos insultamos y luego yo me quedé molesta el resto del día.

T: Entiendo, lo que me has contado tiene bastante relación con el tema de hoy, el cual trata acerca de la forma en como nos relacionamos con las demás personas. Esto se denomina: estilos de comunicación interpersonal. Vamos a verlo más en detalle. Existen 4 estilos de comunicación: el agresivo, el pasivo, el pasivo-agresivo y el asertivo.

Se procedió a explicarle a la paciente los diferentes estilos con el siguiente esquema:

<u>AGRESIVO:</u> Antepone sus deseos y voluntad frente a la de los demás. Defiende sus derechos e intereses personales sin tener en cuenta al resto Ven todo en términos de “ganar” o “perder” “Sólo importo yo”	<u>PASIVO:</u> Antepone los deseos y la voluntad de los demás a la suya propia. Considera necesario ser querido y aprobado por el resto. Constante sensación de ser incomprendido. “Lo que yo piense no importa, importa lo que piensas tú”
<u>PASIVO-AGRESIVO:</u> Utiliza la ironía o el sarcasmo como	<u>ASERTIVO:</u> Conocen sus propios derechos y los

forma de defensa y de agredir a los demás de forma camuflada.	defienden respetando los derechos de los demás. Respeto por sí mismo y por los demás. Satisfacción en sus interrelaciones. No se sienten superiores ni inferiores a los demás.
--	---

T: Ahora dime Helen, al insultar a tu compañera y gritarle como respuesta a su agresión, ¿qué estilo de comunicación estás utilizando?

P: Uhm, creo que el agresivo, porque antepongo lo que pienso sin importarme lo que piensen los demás.

T: ¿Y cómo crees que hubiera reaccionado una persona con el estilo pasivo?

P: Bueno, quizás se hubiera quedado callada, o le hubiera hecho caso a mi compañera sin decir nada.

T: Exacto, recuerda que ambos extremos no son adecuados. No debemos sobre-reaccionar de manera agresiva cuando algo nos molesta o cuando sentimos que no se respetan nuestros derechos, pero tampoco debemos quedarnos callados y dejar que nos vulneren o se nos falte el respeto.

P: ¿Entonces?

T: Para ello debemos apuntar a llegar al estilo de comunicación asertivo, en el cual se conocen y se hacen respetar nuestros derechos pero siempre respetando los de los demás.

P: Entiendo, es como saber defenderse o exigir respeto pero sin atacar a los demás.

T: Exacto, ¿Cómo crees que sería la reacción de una persona asertiva en la situación que me comentaste?

P: Pues, creo que le diría a la compañera que le trató mal que esa no es la manera de pedir las cosas.

T: Y sobre todo hacerle saber que uno no le está faltando el respeto, y que por lo tanto de la misma manera pides que te trate con respeto a ti, que utilice un tono adecuado de voz y que no te insulte.

P: Bueno sí, eso sería un estilo como dice "asertivo". ¿Y qué pasa si me sigue pidiendo que le pase la bolsa así de esa manera?

T: Si se sigue dirigiendo a ti de una manera que no es la adecuada, entonces no tienes la obligación de hacerle caso u obedecerle mientras no cambie su forma de tratarte. Asimismo, si es algo que se repite constantemente, estás en tu derecho de realizar una queja con el supervisor de ustedes o la persona a cargo.

P: Viéndolo así, tiene razón, aplicando un estilo asertivo serviría más para buscar una solución al conflicto, o al menos que no se haga más grande el problema.

T: Así es Helen. Para la siguiente sesión deseo que me traigas ejemplos de algunas situaciones en donde hayas identificado que aplicas algunos de los estilos de comunicación vistos en la sesión de hoy y también que me indiques la alternativa de cómo sería si aplicas un estilo asertivo, ¿sí?

P: Esta bien doctor, así lo haré.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se revisó con la paciente los ejercicios asignados para la técnica de exposición y prevención de respuesta, se verificó la disminución de los niveles de ansiedad de la paciente respecto a los pensamientos obsesivos. Asimismo, se psicoeducó y se entrenó a la paciente en la identificación de los diferentes estilos de comunicación y en el uso de la comunicación asertiva.

Objetivos:

- Entrenar a la paciente en la técnica de solución de problemas

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Solución de problemas

Descripción de la sesión:

Se dio inicio a la sesión saludando a la paciente. Posteriormente se entrenó a la paciente en la técnica de solución de problemas, revisando con ella un ejemplo de aplicación de la técnica en un problema de su vida diaria.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo estás?

P: Bien doctor, más calmada, me puedo concentrar en mi trabajo, y ahora salgo con mis amigas a divertirme algunos fines de semana. En general me siento más contenta.

T: ¡Qué bueno! Me alegro por eso Helen, ¿Y cómo van las ideas obsesivas?

P: Ya casi ni se presentan, muy rara vez, digamos una vez a la semana. Tampoco les hago caso cuando aparecen así que siento ya no me afecta mucho si aparecen.

T: Entiendo, ¿Y cómo te va en el trabajo? Me habías contado que te puedes concentrar más en tus tareas.

P: Así es, ya no me distraigo tanto por los pensamientos o cosas que me imaginaba antes, ya me puedo hablar con todas mis compañeras con normalidad y hago mis actividades tranquila.

T: ¿Y has encontrado alguna dificultad en estas últimas dos semanas?

P: Bueno, la verdad solamente una, en el trabajo.

T: ¿Cómo así? ¿Qué sucedió?

P: Pues lo que pasa es que en el trabajo, usted sabe que soy operaria en una fábrica de reciclaje y somos un grupo de personas que estamos a cargo de una señora, la cual la han designado como encargada de nosotros ya que es la más antigua de nuestra área.

T: Sí, comprendo.

P: Bueno, arriba de ella, está un ingeniero, que vendría a ser el jefe de todos nosotros, y más arriba está el dueño de la empresa.

T: Claro, y ¿qué sucedió?

P: La señora que le digo, Adela, tiene un carácter muy fuerte, es conflictiva y a veces suele darnos órdenes distintas a las que nos da el ingeniero.

T: ¿Puedes darme un ejemplo de ello?

P: Sí. Por ejemplo hace dos días el ingeniero me dijo: “Helen, pon todos los papeles en un saco”, es que usamos unas bolsas grandes para reciclar el material. Entonces después que se fue el ingeniero, vino la sra. Adela y me dijo: “Helen, pon los papeles allá, así nomás”, y a pesar que le dije que el ingeniero me

había dado otra orden ella me dijo que no le importaba, que la que me estaba ordenando en ese momento era ella.

T: Comprendo, ¿Y qué hiciste?

P: Pues nada, me dio cólera, pero me acordé de las técnicas que hemos visto acá y me controlé, respiré profundo, me relajé, y bueno en ese momento hice caso y puse los papeles como ella dijo.

T: ¿Y eso podría generar algún problema adicional?

P: Sí, porque ya ha pasado que luego viene el ingeniero y al ver que no cumplimos con lo que él nos dijo, nos llama la atención a los trabajadores, y la Sra. Adela se hace la que no tiene la culpa de nada, cuando ella sabe que ella es la que nos ha ordenado lo contrario a lo que dijo el ingeniero.

Y: Ya veo, ¿Crees que el trato que la Sra. Adela tiene es así solo contigo?

P: Pues no, o sea antes sí pude llegar a creerlo pero me he dado cuenta que ella es autoritaria con todos nosotros. Es su forma de ser, es muy autoritaria.

T: Y hasta el momento me has mencionado aspectos negativos de la Sra. Adela, ¿Tiene ella algunas cualidades positivas?

P: Ah, bueno sí, ella es muy ordenada, le gusta que las cosas vayan en su lugar, tiene como 35 años trabajando en la empresa, es responsable, y no siempre está de mal humor, es más, muchas veces conversa conmigo, me cuenta sobre sus hijos, etc. Sólo como le digo a veces se le da por mandonearnos.

T: Es importante esos dos aspectos que acabamos de analizar: Primero, que despersonalicemos el trato que ella tiene, ya que reconoces que no es

especialmente hacia ti, sino que es la forma como la Sra. Adela se comporta con todos sus compañeros. Segundo, que veamos que una persona no solo tiene aspectos negativos sino también positivos. ¿Recuerdas cómo se llama cuando vemos sólo el lado negativo de algo?

P: Ah sí, ¿filtro?, ah, ¡filtraje!

T: Así es Helen, recuerda que la forma como nos sentimos y actuamos está determinada en gran parte por nuestra interpretación de las cosas. Finalmente, también sería adecuado no poner la etiqueta de “La sra. Adela es ‘autoritaria’”. Recuerda que el etiquetaje también nos hace asumir una visión sesgada de las cosas. ¿Cómo sería un pensamiento más racional sobre ese punto?

P: Bueno, que la Sra. Adela, aunque usualmente nos conversa y se lleva bien con nosotros, a veces se porta de manera autoritaria.

T: Esa es una mejor alternativa de pensamiento. Bien, ahora entonces analicemos, ¿Consideras que ello es un problema?

P: Sí, sí lo es.

T: Justo hoy vamos a ver una técnica que nos permite encontrar una solución adecuada a los problemas que vivimos en el día a día, se llama: solución de problemas.

Se le mostró a la paciente cada uno de los pasos de la solución de problemas, para posteriormente entrar a revisar en detalle cada uno:

1. Orientar el problema.

2. Definir el problema.

3. Generar alternativas de solución.

4. Poner en marcha la alternativa elegida.

5. Evaluar la opción elegida y cambiarla de ser necesario.

T: Helen, ahora comenzaremos por el primer paso, de acuerdo a lo que me contaste, ¿Cuál sería el problema?

P: Uhm, que la encargada es una mujer autoritaria.

T: En este punto es importante recordar que el problema no es la situación en sí, sino que el problema es que no encontramos una respuesta adecuada a la situación en cuestión. Es decir, el problema es “el fracaso para encontrar una respuesta eficaz”. Asimismo, debemos tener en cuenta que no existe la respuesta ideal para un problema, cualquier alternativa que elijamos va a tener ganancias y pérdidas.

P: Bueno, en realidad sí, tiene razón, en mi caso el problema sería que no se aún qué acción realizar frente al hecho de que la encargada de mi área me da instrucciones que son contrarias a las que me da el ingeniero, es decir, nuestro jefe.

T: Así es Helen. Entonces, ahora que ya tenemos el problema orientado vamos a definirlo. Recuerda que en esta segunda etapa, es importante describir el problema de manera objetiva, tomando en cuenta todos los aspectos y factores involucrados en el problema y evitando hacer juicios de valor.

P: Sí claro, entonces el problema sería: “La encargada de mi área en algunas ocasiones me da órdenes que son contrarias a las instrucciones que me ha dado

mi jefe (el ingeniero), y esto conlleva a que a veces él me llame la atención a mí o a mis compañeros por no haber cumplido la orden que inicialmente nos dio. Además, el jefe y el dueño nos han dicho que debemos obedecer a la Sra. Adela porque es la persona con más experiencia del área, y ante esta situación no sé cuál sería la mejor acción a tomar”.

T: Muy bien, ahora vamos a la siguiente etapa: Generar alternativas de solución. En esta fase es importante que hagas una “lluvia de ideas”, es decir que hagas una lista de todas las posibles alternativas que se te ocurran, sin juzgar si son buenas o malas, ya que ese análisis es posterior a esta fase.

P: Ya doctor, uhm, a ver, pensaré en las alternativas.

La paciente construyó la siguiente lista de alternativas de solución para su problema:

-
- 1. Decirle a la Sra. Adela cuál es la instrucción que me dio el ingeniero y no hacer caso a su orden.**
 - 2. Hacer caso a las órdenes de la Sra. Adela sin decir nada más.**
 - 3. Contarle al ingeniero la situación que se ha dado con la Sra. Adela en el área.**
 - 4. Discutir con la Sra. Adela, insultarla, pegarle.**
-

T: Ahora vamos a analizar las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas identificadas.

P: Esta bien.

Se identificó junto con la paciente la siguiente lista de ventajas y desventajas:

1. Decirle a la Sra. Adela cuál es la instrucción que me dio el ingeniero y no hacer caso a su orden

- Ventajas: Me quito un peso de encima, ella estaría al tanto de la orden del ingeniero.
- Desventajas: Le puede contar al dueño que no la estoy obedeciendo, ella puede molestarse conmigo por no obedecerla.

2. Hacer caso a las órdenes de la Sra. Adela sin decir nada más

- Ventajas: Ella ya no molestaría tanto, ella estaría tranquila.
- Desventajas: El ingeniero me llama la atención por desobedecerlo, el ingeniero se molesta conmigo.

3. Contarle al ingeniero la situación que se ha dado con la Sra. Adela en el área

- Ventajas: El ingeniero tendría conocimiento de la situación y ya no me llamaría la atención, la Sra. Adela se haría responsable por sus instrucciones, yo ya no me sentiría responsable al cumplir esas órdenes.
- Desventajas: La Sra. Adela podría pensar que la estoy acusando o "maleteando".

4. Discutir con la Sra. Adela, insultarla, pegarle

- Ventajas: Desfogaría mi cólera.
- Desventajas: Me despedirían del trabajo, ya no me pagarían mi liquidación, me afectaría económicamente, ya no podría comprar las cosas para subsistir.

T: Bien Helen, de aquí vamos a descartar aquellas alternativas que sean inviables o que veamos que tienen una alta probabilidad de tener resultados negativos para ti.

P: Uhm, descartaría la que es discutir con la Sra. Adela, insultarla o pegarle, porque evidentemente esa me traería muchas consecuencias negativas para mí, siendo la principal que perdería mi trabajo. Las otras tres creo que si serían posibles.

T: Aquí es donde viene el cuarto paso de la solución de problemas, el cual es poner en marcha la alternativa elegida, en este paso vamos a seleccionar de

entre las alternativas aquella se sea la que tiene mayor número de ventajas y menos desventajas. De entre las alternativas que hemos analizado, ¿cuál escogerías?

P: Viéndolo así en detalle, la número tres: contarle al ingeniero la situación que se ha dado en el área con la Sra. Adela, creo que eso sería mejor pues él ya estaría al tanto sobre lo que está pasando; además, la encargada asumiría su responsabilidad en caso de que me ordene hacer algo distinto a lo que dijo el ingeniero y ya no me llamarían la atención por desobedecer las órdenes iniciales.

T: Muy bien Helen, luego de que pongas la alternativa que has elegido en función al análisis que has hecho, viene el quinto y último paso que es evaluar las consecuencias de tu decisión. En esta fase, vas a analizar el resultado de tu solución, en caso no fuera completamente eficaz puedes replantearte utilizar las otras alternativas restantes o generar más alternativas para hacer el análisis de ventajas y desventajas. Recuerda que encontrar una solución a un problema es más fácil si dividimos el problema en partes pequeñas para analizarlas.

P: Sí doctor, así lo veo más fácil el proceso de buscar una solución a los problemas.

T: Bueno Helen, por hoy vamos a dar la sesión por concluida aquí, la siguiente consulta vamos a revisar cómo te ha ido luego de la aplicación de todas las técnicas que has aprendido durante el proceso psicoterapéutico y vamos también a evaluar tu estado en el que estás finalizando el proceso de psicoterapia. ¿Sí?

P: Está bien doctor, gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se entrenó a la paciente en la técnica de solución de problemas, y se revisó cada uno de los pasos que la componen de forma que pueda aplicarla en situaciones reales y cotidianas de su vida.

Objetivos:

- Instaurar el mantenimiento de cambios logrados por el proceso psicoterapéutico.
- Evaluar el estado actual de la paciente.

Técnicas:

- Psicoeducación
- Diálogo expositivo
- Escucha activa

Instrumentos:

- Escala Obsesivo Compulsivo de Yale - Brown (Y - BOCS)
- Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)
- Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Descripción de la sesión:

Se dio inicio a la sesión saludando a la paciente. Luego se trabajó sobre el mantenimiento de los cambios logrados hasta el momento y finalmente se evaluó el estado actual de la paciente para dar por concluido el proceso psicoterapéutico.

T: Buenas tardes Helen, el día de hoy hemos llegado a la última sesión programada dentro del plan de intervención terapéutica, así que revisaremos algunos de los temas tratados durante la psicoterapia, los cambios que hemos logrado durante la terapia y la forma en cómo podemos mantener estos cambios

en el tiempo. Finalmente, evaluaremos tu estado actual en el que estás terminando este proceso de intervención.

P: Si doctor, está bien.

T: Primero empezaremos por saber ¿cómo te encuentras actualmente?

P: Muy bien doctor, más tranquila, ya casi no hay esos pensamientos que antes me molestaban y bueno, ahora que ya se cómo funciona esto del TOC y de qué cosas puedo hacer frente a este problema, me siento con más ánimos, la mayor parte del tiempo contenta, y con ganas de hacer mis actividades de antes.

T: Me alegra mucho oír eso Helen, ese es el objetivo de toda terapia, que puedas desarrollar diferentes técnicas y estrategias que te permitan afrontar de una mejor manera las distintas situaciones del día a día. Es por ello, que además vamos a programar dos sesiones de seguimiento, cada una después de un mes de la otra, para evaluar cómo se mantienen dichos cambios y retroalimentar algunos de los temas vistos en terapia.

P: Sí, me parece muy bien.

T: Cuéntame, ¿en qué medida crees que tu situación ha cambiado con respecto a cómo estabas al inicio de la terapia?

P: Uf, bastante, creo yo. Antes de iniciar el tratamiento me sentía muy mal, me sentía agobiada por las ideas esas que venían a mi mente y que no podía controlar, o sea cuando pensaba en la idea de la homosexualidad, me ponía ansiosa, sudaba, me dolía la cabeza, sentía tensión en mi cuerpo y comenzaba a luchar contra mis pensamientos. Me repetía a mí misma que no soy lesbiana, que a mí me ha gustado y me gustan los hombres siempre, etc. Además, me sentía

triste la mayor parte del día, ya no salía con mis amigas a divertirme, mis primas se daban cuenta de que yo me aislaba, paraba más en mi casa, en mi cuarto sola, en el trabajo no podía concentrarme, me sentía insegura y fracasada. La verdad que fue una etapa nada agradable para mí.

T: Comprendo, ¿Y al iniciar la terapia?

P: Muy distinto. O sea cuando vine a terapia, el psiquiatra y usted me explicaron cómo era esto del TOC, cómo funcionaba y cómo se mantenía, entonces empecé a darme cuenta que sí era cierto la forma como me lo explicaban, exactamente así me pasaba a mí. Entendí que las ideas no eran malas en sí mismas, sino que lo que me generaba tanto molestar era lo que yo pensaba acerca de ellas, o sea yo creía que pensar en la homosexualidad era malo, que no debía pensar así o que tenía que controlar mis pensamientos sí o sí, ya que si uno pensaba mucho en eso se podría volver realidad. Además, comprendí que todo ello estaba muy relacionado con el hecho que yo pensaba que ser homosexual era algo malo o feo.

T: Claro, con las valoraciones erróneas que uno hace de las obsesiones y con los pensamientos nucleares.

P: Sí pues, y cuanto más atención les prestaba a las ideas, peor era, porque así como me dijo usted, el tratar de luchar contra ellas, sólo hace que las ideas se hagan más fuertes y más frecuentes. Creo que una gran parte de mi mejoría se debe a que pude entender mi problema en sí, pues antes no sabía qué era el TOC, ni que cosas podía hacer para superar esta situación.

T: ¿Y cómo es tu situación actual?

P: Muy distinta, ahora ya casi no me molestan los pensamientos de antes, ni los de la homosexualidad, ni los relacionados a verificar si cerré con llave la puerta de mi cuarto. O sea, no le voy a negar que a veces vienen las ideas, muy de vez en cuando, quizás una o dos veces en toda la semana, pero ya no les presto atención como antes, simplemente las dejo pasar, ya no las discuto ni lucho contra ellas. Además, en mi trabajo me siento más concentrada, me relaciono mejor con mis compañeras del área y ya no tengo temor de acercarme por ejemplo a mi amiga María, ya puedo hablarle normal y no me viene ese temor que tenía antes de volverme lesbiana. Por otro lado, como le había comentado antes, el psiquiatra me ha quitado una de las pastillas que tomaba, la Sulpirida, me ha puesto una dosis estándar de Sertralina y me ha dicho que mis obsesiones han disminuido en más del 80%, que mi evolución ha sido favorable.

T: ¿Y cómo estás con respecto al estado de ánimo?

P: Mucho mejor, me siento más contenta la mayor parte del día, salgo con mis amigas algunos fines de semana, me puedo divertir con las cosas que antes me gustaba hacer, ya no paro tanto en mi casa aislada, y hasta mis primas me han dicho que he vuelto “a ser la Helen de antes”, alegre, sociable, que me gusta “vacilar” a los demás, pero en buena onda.

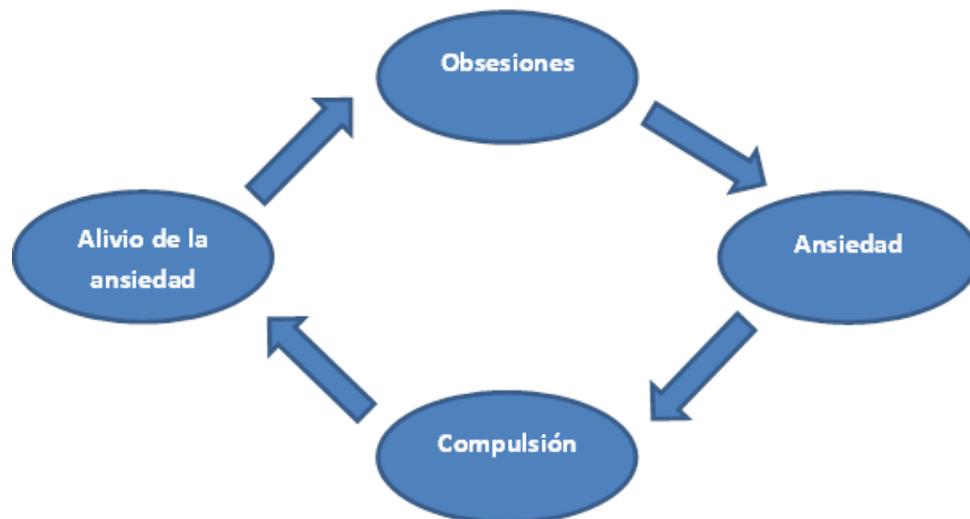
T: Que bueno que sea así Helen, gran parte de tu mejoría se debe a que has puesto bastante de tu parte durante todo el proceso psicoterapéutico, has asistido con puntualidad a todas tus sesiones y has cumplido con realizar las asignaciones y tareas que se te ha encargado. Recuerda que al inicio del tratamiento te indiqué que el 80% del éxito de la terapia dependía de tu compromiso con ella y que el

otro 20% dependía del terapeuta y de su capacidad de transmitirte de forma didáctica y comprensible las distintas técnicas de tratamiento.

P: Sí claro, además aquí he aprendido conceptos y técnicas, como usted dice, que me ayudan mucho con esto del TOC.

T: Así es, vamos a revisar algunas, ¿Qué conceptos y técnicas has aprendido en nuestro proceso de psicoterapia?

P: Bueno. A ver, aprendí qué es el TOC, cómo funcionan las obsesiones y compulsiones, ese círculo que vimos del TOC al inicio de la terapia de cómo las obsesiones tienden a repetirse una y otra vez.



T: Sí, muy bien, ¿Qué más?

P: Aprendí también que las situaciones no son las que causan nuestro malestar, sino que es lo que pensamos acerca de ellas lo que a veces nos hace sentirnos angustiados, molestos o tristes.

T: Así es, que existe una relación entre la situación, pensamiento, emoción y conducta.

P: Ajam, uhm, también que si modifico mi pensamiento o la forma de interpretar las cosas, puedo mejorar la forma como me siento y como actúo, o sea a veces es mejor buscar un pensamiento más realista de las cosas. Por ejemplo, no generalizar las cosas, o no ver sólo el lado negativo de las personas, no ponerles etiquetas, etc.

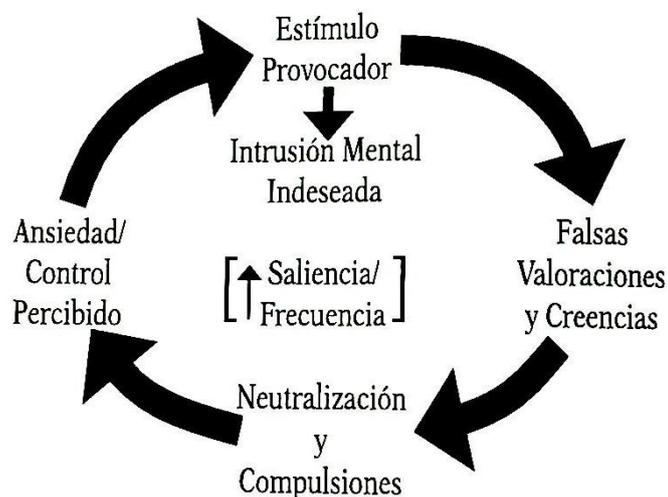
T: Sí, estamos hablando de los pensamientos distorsionados.

P: Eso mismo. También aprendí sobre los ejercicios de respiración y la relajación muscular, que en realidad son técnicas que sí me sirvieron de mucho, porque cuando a veces me siento ansiosa o tensa, lo practico en mi casa y de verdad me relaja.

T: ¿Qué otros temas recuerdas?

P: El tema de las valoraciones en el TOC, que son las que en realidad hacen que los pensamientos se vuelvan tan importantes y que hay distintos tipos, por ejemplo creer que un pensamiento es igual a una realidad, o cuando pienso que algo es más peligroso de lo que realmente es.

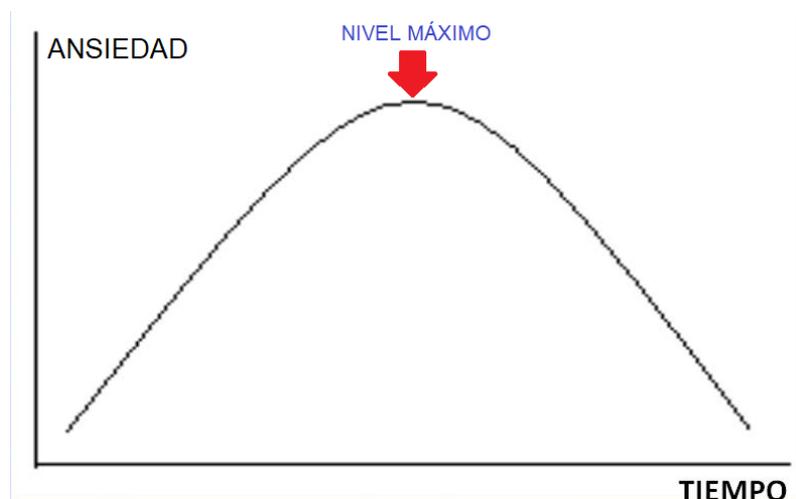
T: La fusión pensamiento-acción y la sobre-estimación de la amenaza.



P: Sí, eso, lo tengo anotado en mi cuaderno. Uhm, a ver, aprendí a registrar mis obsesiones también en ese formato que me dio, a analizar mis pensamientos, o sea no solo lo superficial, sino también lo que creo en el fondo acerca de distintos temas y bueno para el tema del TOC, aprendí eso de las frases encubiertas, que me digo a mi misma para sentirme mejor.

T: La aserción encubierta.

P: Sí, eso, que primero me digo la palabra “basta” y luego las frases que hice para cada situación. De ahí, también me acuerdo que aprendí la técnica de exponerme a las cosas que me causaban ansiedad, ya que la ansiedad al final tiende a bajar, lo vimos con un gráfico de una curva.



T: Así es, la exposición y prevención de respuesta.

P: EPR, ¿No?

T: Sí. ¿Qué más?

P: Bueno, ya casi al último vimos eso de la forma como me comunico con otras personas, que antes era un poco más agresiva al hablar con los demás, pero que debemos orientarnos a llegar a un estilo asertivo.

T: ¿Y cómo es un estilo asertivo?

P: O sea que te haces respetar pues, pero sin atacar a los demás.

T: Así es, ¿Y recuerdas el último tema que vimos en consulta?

P: Ah sí, la semana pasada, de solución de problemas y sus pasos.

T: ¿Y cómo te ha ido con ella? ¿Aplicaste la solución elegida?

P: Sí, le conté a mi jefe, el ingeniero, sobre que la Sra. Adela me daba instrucciones opuestas a las de él, y me escuchó, me entendió y me dijo que no me preocupe, que yo haga caso nomás a la encargada y que ya después él conversará con ella en caso de ser necesario.

T: Entonces las consecuencias de esa decisión son positivas.

P: Sí, porque con ello ya no me responsabilizará a mí por desobedecerle, ya está al tanto de la situación y ya sabe que es la encargada la que me da otras órdenes distintas.

T: Muy bien, Helen. Finalmente, es muy importante que sepas que si bien los síntomas del TOC han remitido casi en su totalidad, este trastorno tiende a tener un curso crónico, es decir usualmente se extiende en el largo plazo. Tú misma me has contado que desde la adolescencia tuviste las primeras ideas intrusivas sobre la homosexualidad, el VIH, el haberte enamorado del padre, entre otras.

P: Sí doctor, desde los 13 años hasta los 20 años aproximadamente.

T: Así es, por lo tanto existe la probabilidad de que en algún momento los síntomas obsesivos regresen en la forma de un nuevo episodio, el cual puede tener un contenido relacionado a las obsesiones que ya has tenido o quizás con algún tema distinto.

P: ¿Y cuándo podría ocurrir eso?

T: Eso no lo podemos saber, podría ser dentro de poco tiempo: semanas o meses, dentro de un largo tiempo: algunos o muchos años, o quizás no vuelvas a tener un episodio obsesivo nunca más en tu vida, no hay forma de predecir un episodio de TOC, pero lo importante es que si eso llegara a ocurrir, no pienses que has retrocedido, sino que lo veas como una oportunidad de aplicar todas las técnicas, estrategias, conocimientos y mecanismos de afronte que has aprendido aquí en la terapia. Asimismo, más adelante siempre tendrás abierta la posibilidad de acercarte al servicio de psicología para solicitar ayuda profesional cuando tú lo creas necesario, sea tanto por algún tema relacionado al TOC o cualquier otro que sientas que necesites compartir con un psicólogo.

P: Sí doctor, ahora me siento mucho más tranquila porque sé que hay muchas formas de afrontar mi problema, y que las cosas que aprendí me van a servir en el futuro en caso vuelva a pasar por un tema similar. Gracias por toda su ayuda que me ha dado en estos meses.

T: De nada, Helen, más bien gracias a ti por haber depositado tu confianza en mí como tu terapeuta y haber demostrado gran compromiso en este proceso psicoterapéutico. Te veré dentro de un mes para que revisemos cómo has ido evolucionando en relación a la terapia que hemos llevado.

Finalmente, se aplicó la Escala Obsesivo Compulsivo de Yale - Brown (Y - BOCS), la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y se dio por terminado el proceso de intervención psicoterapéutica con la paciente.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se revisaron los principales temas vistos durante la psicoterapia con la paciente, se trabajó sobre el mantenimiento de los cambios logrados en el proceso de intervención y finalmente se evaluó el estado actual de la paciente para dar por concluido el proceso psicoterapéutico.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 SEGUIMIENTO

1ra Sesión de Seguimiento

Fecha: 15/09/2018

Objetivos:

- Monitorear la mejoría conseguida en la paciente

Técnicas:

- Diálogo expositivo.
- Escucha activa

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y preguntándole cómo le ha ido en el último mes.

T: Hola Helen, ¿Qué tal? ¿Cómo estás?

P: Muy bien doctor, vengo del trabajo, usted sabe, los sábados trabajo medio día en la fábrica.

T: ¿Y cómo te ha ido allí?

P: Pues bien, ya hago mis actividades con normalidad en mi trabajo, no me distraigo como antes en esas ideas que venían una y otra vez, y me sigo llevando bien con mis compañeras, incluso con la Sra. Adela, la encargada que le conté.

T: ¿Ya no te da órdenes contrarias a las del ingeniero?

P: Uhm, sí, a veces, pero como el ingeniero ya sabe de esa situación, ya no me llama la atención a mí, ni a mis compañeros, sino que de frente habla con la encargada y ella ya asume la responsabilidad sobre lo que nos ha ordenado.

T: Entiendo, al final hablar con el jefe fue la mejor solución que pudiste encontrar para ese problema.

P: Sí, como usted dijo esa técnica se puede aplicar en todo, en todos los problemas que podemos tener día a día.

T: Así es, siempre es mejor analizar el problema por partes para poder elaborar las mejores alternativas de solución.

P: Sí.

T: ¿Y cómo vas con respecto a las obsesiones?

P: Bueno, ya no me molestan, a veces nomás vuelve la idea de la homosexualidad, una o dos veces a la semana como le había dicho, pero ya casi ni me incomodan porque ya tengo tácticas que puedo aplicar y que hasta ahora me han resultado, por ejemplo, el ya no prestar atención a las ideas y solo dejarlas pasar, ya no luchar contra ellas ni tratar de rebatirlas.

T: ¿Y con respecto a la idea de haber cerrado o no la puerta de tu cuarto en las mañanas?

P: Ah bueno, esa no se ha presentado, una vez nomas me entró la duda de si la había cerrado o no, pero como me acordé que es mejor no estar regresando a casa cuando ya estoy en el paradero, pues no le presté importancia y seguí a mi trabajo.

T: Muy bien, ¿Y cómo te has sentido en estas semanas?

P: Tranquila, alegre también, he estado saliendo más con mis primas, Fabiola y Selene, las que les conté que son con las que tengo más confianza, ellas me ven que estoy más activa y bromista como antes. Incluso hoy vamos a salir más tarde a una fiesta.

T: Qué bueno que así sea, siempre hay que dedicar algún tiempo para divertirnos con responsabilidad.

P: Sí, en ese sentido sí me divierto con ellas, aparte cuando salimos, entre nosotras nos cuidamos y si tomamos alcohol, lo hago con moderación también.

T: ¿Y has tenido oportunidad de aplicar las técnicas que vimos en consulta?

P: Sí, bueno la de solución de problemas que ya le conté del caso de la encargada de mi área que al final contarle al jefe fue la mejor decisión que tomé. También la de relajación, cuando a veces siento tensión aquí en mi cuello me ayuda a bajar mi tensión muscular, ya que suelo practicarla en las noches, luego de venir del trabajo.

T: Excelente, es una técnica que ayuda bastante con el tema de los síntomas físicos de la ansiedad. Y dime, ¿cómo vas en cuanto a tu relación con tus familiares?

P: Bien, o sea no he tenido conflictos con ellos. Me llevo bien con mis tíos y primos, y a veces conversamos cuando nos encontramos por la casa, cuando salimos al trabajo por ejemplo.

T: ¿Ellos notan algún cambio en ti luego de que has llevado esta terapia?

P: Bueno sí, como ya le había contado, mis primas me han dicho que me ven más animada, menos preocupada, y con más ganas de hacer mis cosas, sobre todo Fabiola, que es la que vive más cerca a mi casa.

T: Comprendo, ¿sería posible que pueda ponerme en contacto con ella para poder recoger su opinión con respecto a cómo ha visto ella tu evolución en el proceso terapéutico?

P: Uhm, sí doctor, puede conversar con ella por teléfono si gusta. ¿Está bien?

T: Sí claro, estaría perfecto. Bien, Helen, me alegra mucho saber que te estás yendo bien y que estás aplicando las técnicas que has aprendido aquí en consulta. Vamos a programar una segunda sesión de seguimiento para dentro de aproximadamente un mes, ¿te parece?

P: Ya doctor, está bien, muchas gracias.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, pues se verificó que la paciente se ha mantenido estable emocionalmente y se evidencia remisión total de sus síntomas.

Objetivos:

- Monitorear la mejoría conseguida en la paciente

Técnicas:

- Diálogo expositivo.
- Escucha activa

Descripción de la sesión:

Se inició la sesión dando la bienvenida a la paciente y se le consultó acerca de cómo le ha ido en el último mes.

T: Buenas tardes Helen, ¿Cómo estás?

P: Buenas tardes doctor, he estado bien desde la última vez que nos vimos.

T: Descríbeme un poco cómo es ese “bien”.

P: Pues tranquila, hago mis cosas normal en el trabajo, o sea ya no me distraigo como antes, y me sigo llevando bien con mis compañeros de trabajo.

T: ¿Y cómo te ha ido con respecto al tema de las obsesiones?

P: Ya casi no les presto nada de atención. Es decir, una o dos veces a la semana a veces viene la idea de la homosexualidad o si no el recuerdo de qué antes yo pensaba así con respecto a la homosexualidad, o sea recuerdo los tiempos en qué me sentía mal por esas ideas e imágenes, pero la diferencia es que cómo ya no discuto con mi pensamiento entonces ya no siento casi nada de angustia o esa sensación fea de estar irritable o asqueada cuando venían las ideas. Además, así

como usted dijo, las ideas pueden venir en cualquier momento, eso no se puede evitar, lo que sí puedo decidir es qué hacer cuando ellas vienen, puedo elegir prestarles atención, discutir las, concentrarme en ellas, darles vueltas y vueltas o puedo decidir simplemente no hacerles caso y dejarlas pasar. Esto último es lo que me trae mejores resultados.

T: Así es Helen, recuerda que las ideas intrusivas son algo muy común no sólo en personas con TOC, sino también en personas que no padecen el trastorno. Muchos de nosotros podemos tener algún pensamiento intrusivo frente a determinadas situaciones, por ejemplo: cuando pasamos por un puente alto y pensamos cómo sería caer de él, cuando vemos un policía e imaginamos quitándole el arma, cuando pasamos por una iglesia y alguna idea blasfema aparece en nuestro pensamiento. Todas estas ideas, que pueden parecer inaceptables, molestas, o carentes de lógica para nosotros, son normales que se presenten en algunas ocasiones en nuestras vidas. La diferencia entre que algo sea normal o patológico, está en la frecuencia e intensidad con que aparecen los pensamientos intrusivos, en la cantidad de atención que le prestemos a estos pensamientos, en lo que nosotros pensemos acerca de estas ideas (valoraciones y metacogniciones) y finalmente, en las acciones que hagamos para disminuir la ansiedad o molestia que nos puedan causar estas ideas, pensamientos o imágenes intrusivas. Cuanto más nos concentremos en ellas, más probable es que se transformen en ideaciones obsesivas.

P: Si doctor, ahora si lo comprendo. Antes yo pensaba que era muy malo tener estas ideas, pero creo que lo único que hacía era agravar más mi problema.

T: Así es, cuanto más aceptemos nuestro pensamiento como algo normal, más calma y tranquilidad tendremos. Por cierto, ¿cómo ha estado tu estado de ánimo en este último mes?

P: Uhm, me he sentido alegre, casi la mayor parte del tiempo. Me doy espacio para divertirme algunos fines de semana, salir a pasear con mis primas, ir a fiestas con mis amigos, chatear por el celular, conversar con mis conocidos, etc. Por otro lado, no he tenido muchas preocupaciones últimamente, o bueno al menos ahora ya no me preocupo por situaciones que no sean reales o que requieran que les preste atención. O sea a veces me puedo preocupar por temas económicos, porque de repente no me alcance el dinero para comprar algo, pero así como usted me enseñó, trato de aplicar la solución de problemas y buscar la mejor alternativa o lo que puedo hacer realmente frente a dicha situación. Antes solía quedarme sólo en la etapa de quejarme del problema y dejarme abrumar por la situación.

T: Muy bien Helen, veo que has logrado interiorizar la mayoría de las técnicas y estrategias que hemos aprendido a lo largo del proceso de psicoterapia y que las estas utilizando para resolver situaciones o problemas reales de tu vida diaria.

P: Bueno sí, y eso me hace sentir mejor.

T: Así es. Bueno Helen hemos llegado al final de este proceso. Podemos ver una clara mejoría en tu situación actual en comparación a cómo iniciaste tu proceso de psicoterapia, y eso se refleja no solo en las pruebas que te hemos aplicado, sino también en tu propio testimonio, en lo referido por tu prima Fabiola con quien he tenido oportunidad de conversar por teléfono, y también en lo que podemos apreciar aquí en la consulta, tanto el psiquiatra como yo, quienes hemos notado

que tus síntomas han remitido casi en su totalidad, y que sobre todo, has desarrollado estrategias, técnicas y herramientas que te permitirán afrontar de una mejor manera futuros problemas, recaídas o situaciones que sean demandantes o difíciles para ti. Todo esto ha sido posible en gran medida debido a tu colaboración, compromiso, puntualidad y responsabilidad al cumplir con todas las asignaciones, asistencia y tareas realizadas como parte del proceso de psicoterapia.

P: Sí, gracias doctor por el apoyo el brindado.

T: De nada, me alegra mucho haber podido ayudarte. Por el momento ya no te voy a dar una próxima cita, pero recuerda que tal como te lo mencioné al terminar el proceso de tratamiento, siéntete libre de poder pedir una cita en el servicio de psicología cuando tú lo consideres necesario, siempre vamos a estar aquí para apoyarte.

P: Está bien, nuevamente gracias doctor, hasta luego.

T: Hasta luego, Helen.

Conclusión:

Se lograron los objetivos planteados para la sesión, ya que verificó que la paciente mantiene los cambios obtenidos en el proceso de psicoterapia, aplica las diversas técnicas y estrategias aprendidas en el curso de la terapia, se evidencia remisión total de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y se mantiene estable emocionalmente. Finalmente, se dio por concluido el proceso psicoterapéutico y la etapa de seguimiento.

4.2 CRITERIO DE LA PACIENTE

La paciente al finalizar las sesiones de tratamiento refiere que las ideas, pensamientos e imágenes intrusivas relacionadas a su sintomatología obsesivo-compulsiva han disminuido considerablemente en intensidad y frecuencia con respecto a la evidenciada durante las primeras sesiones de tratamiento. En ese sentido, indica que la idea de la homosexualidad ahora sólo se da manera esporádica una o dos veces a la semana, y que cuando ésta aparece ya no suele prestarle demasiada atención o realizar conductas de neutralización, tales como repetirse frases a sí misma tratando de discutir la ideación obsesiva o luchar contra ella de forma incesante. Asimismo, con respecto a la ideación obsesiva de verificar el correcto cierre de la puerta de su cuarto por las mañanas, la paciente refiere que la duda ya no suele presentarse con la misma intensidad de antes, y aun cuando eso pudiera llegar a suceder, la ansiedad causada ha disminuido bastante debido a las técnicas de exposición y prevención de respuesta ensayadas por ella. Por otro lado, la paciente relata que su estado de ánimo ha mejorado notablemente, pues se siente contenta la mayor parte del día, tiene ganas de realizar sus tareas cotidianas, ha recuperado el gusto por las actividades que antes le agradaban, tales como salir con sus primas algunos fines de semana, salir a pasear, ir a fiestas, entre otras. Además, refiere que ya no se aísla en su cuarto como lo hacía hace algunos meses, ha mejorado en su desempeño laboral, pues ya no se distrae con facilidad y puede concentrarse en realizar su trabajo y ha mejorado sus relaciones interpersonales con los miembros de su familia y con los compañeros de su centro de labores. Finalmente, la paciente indica que es capaz de poner en práctica lo aprendido durante el

proceso de psicoterapia para hacer frente y resolver los problemas y situaciones de su vida cotidiana.

4.3 CRITERIO DEL FAMILIAR

En la entrevista, Fabiola, quien es prima hermana de la paciente y familiar bastante cercano a ella, manifiesta que ha notado un cambio considerable en el estado de salud de Helen, pues hacía aproximadamente diez meses, veía que la paciente estaba deprimida, triste la mayor parte del día, no se aseaba correctamente, se descuidaba en su aspecto personal, tenía problemas para conciliar el sueño, veía que se amanecía viendo televisión y sobre todo, la notaba constantemente preocupada, ansiosa, irritable, respondía de forma agresiva y en ocasiones la veía absorta en sus ideas. Sin embargo, en los últimos meses empezó a notar que su estado de ánimo mejoraba, ya no se quedaba tanto tiempo en casa y la paciente empezó de nuevo a recobrar el interés por salir a la calle, ir a reuniones y fiestas con ella y algunas amigas. Asimismo, Fabiola indica que la paciente se empezó a mostrar más alegre y empezó a recobrar el sentido del humor, pues volvió a hacer bromas a los demás. Finalmente, refiere que actualmente ya no ve a Helen tan distraída en sus pensamientos, se puede concentrar mejor en sus actividades cotidianas y ya no está tan irritable como antes.

4.4 CRITERIO DEL MÉDICO PSIQUIATRA

Luego del proceso de intervención psicoterapéutica, el médico psiquiatra responsable del tratamiento farmacológico de la paciente, refiere en su evaluación que ha encontrado una evolución favorable en ella, pues la paciente indica sentirse tranquila, cumplir con la medicación prescrita, asiste de forma regular a

psicoterapia, luce vigilante y sin síntomas psicóticos. Asimismo, el médico psiquiatra indica que las obsesiones de la paciente se han reducido en 80%, lo cual coincide con los criterios psicométrico y clínicos descritos en los apartados posteriores.

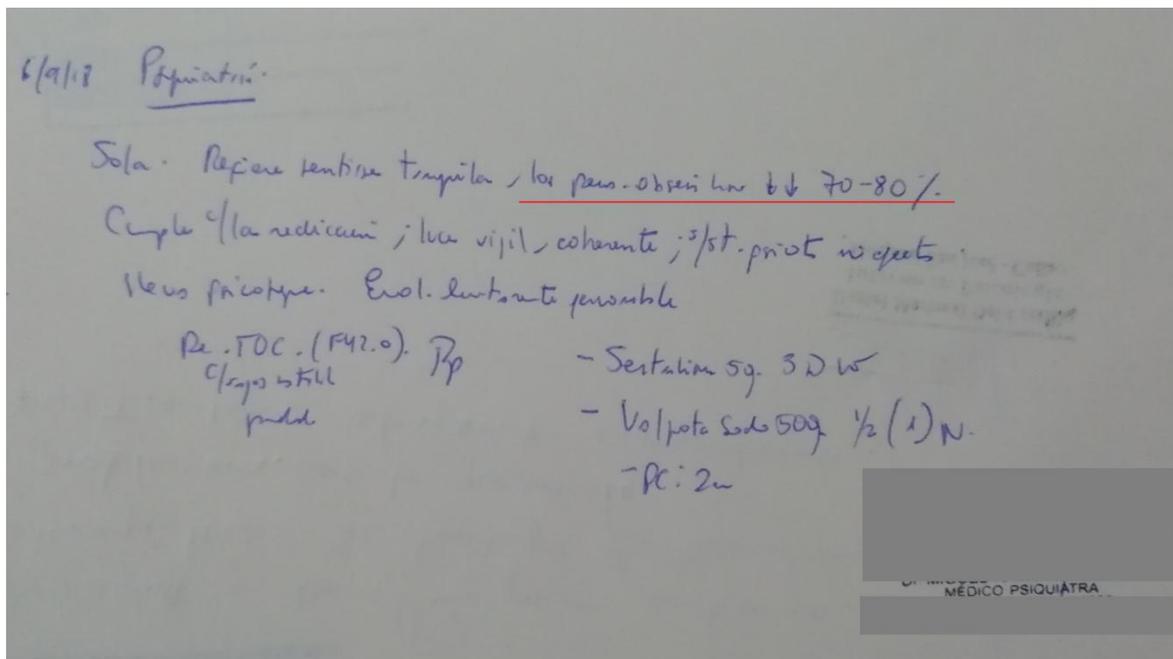


Figura 2. Evaluación de la paciente por parte del médico psiquiatra luego de la culminación de la intervención psicoterapéutica.

4.5 CRITERIO PSICOMÉTRICO

En el pre-test se incluyó la aplicación de tres pruebas: En primer lugar, se administró la Escala Obsesivo Compulsivo de Yale – Brown (Y-BOCS), en la cual la paciente obtuvo un puntaje de 31, correspondiente a la categoría “Severo” dentro de la evaluación de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Asimismo, se aplicó la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), en la cual se obtuvo un puntaje de 14 para la sub-escala Ansiedad – Estado (A/E), que corresponde a la categoría “Normal”, mientras que para la sub-escala Ansiedad – Rasgo (A/R) se

obtuvo un puntaje de 48, el cual corresponde a un nivel “Severo” de ansiedad. Finalmente, se aplicó también el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), en el cual la paciente obtuvo una puntuación de 45, correspondiente a la categoría “Depresión Grave”; sin embargo, a criterio clínico, se estableció que la evaluada presentaba un nivel moderado de depresión, ya que a pesar de presentar sintomatología depresiva de forma secundaria al trastorno obsesivo-compulsivo asociado a la autopercepción de su incapacidad de controlar sus obsesiones, la evaluada era capaz de continuar con sus actividades laborales y domésticas, conservando un moderado nivel de funcionalidad.

En el post-test, se aplicaron las mismas pruebas, obteniendo los siguientes resultados: En la administración de la Escala Obsesivo Compulsivo de Yale – Brown (Y-BOCS), la paciente obtuvo un puntaje de 7, correspondiente a la categoría “Sin manifestaciones clínicas” para la evaluación de los síntomas obsesivos-compulsivos, evidenciándose una disminución altamente significativa de éstos. Asimismo, se aplicó la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI), en la cual la paciente obtuvo un puntaje de 13 para la sub-escala Ansiedad – Estado (A/E), correspondiente a la categoría “Normal”, mientras que para la sub-escala Ansiedad – Rasgo (A/R) se obtuvo un puntaje de 25, lo cual corresponde a un nivel “Moderado” de ansiedad, siendo que se observa una mayor reducción en el componente de Ansiedad – Rasgo en comparación a la evaluación inicial de la paciente. Finalmente, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), en el cual la paciente obtuvo un puntaje de 4, correspondiente a la categoría “Ausencia de Depresión”, lo cual evidencia una reducción altamente significativa en comparación con la evaluación inicial de la sintomatología depresiva de la paciente al inicio del proceso psicoterapéutico.

Gráfico 1. Puntajes obtenidos en la Escala Obsesivo Compulsivo de Yale – Brown (Y-BOCS)

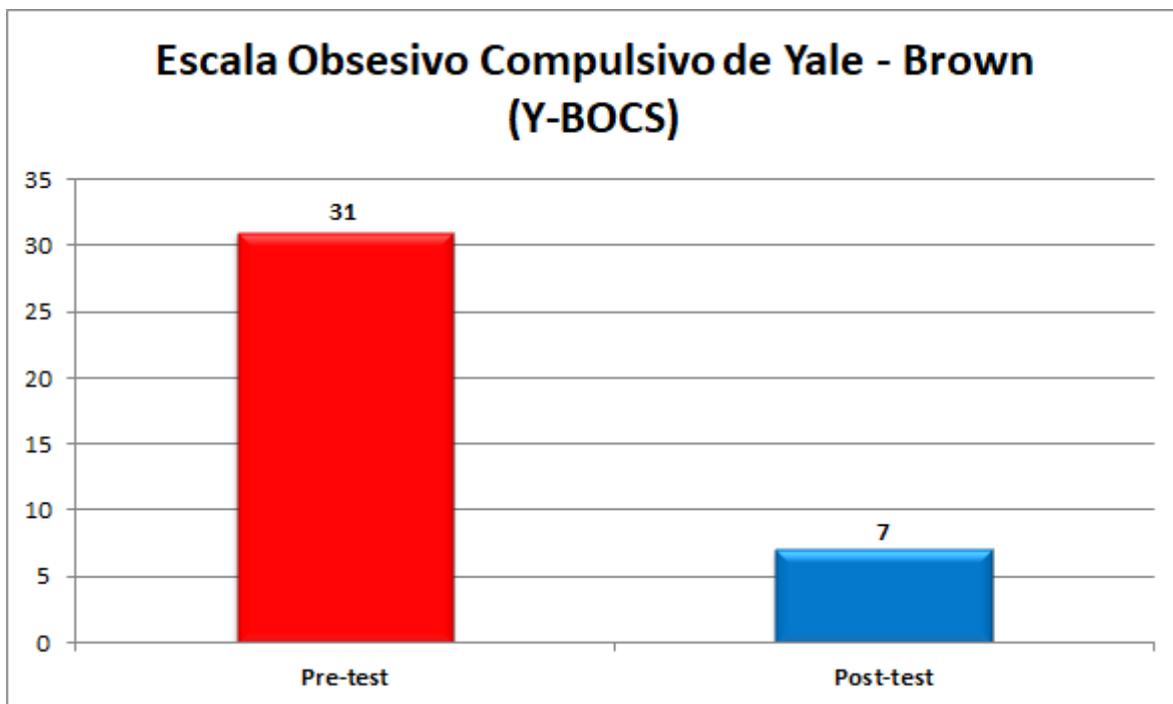


Gráfico 2. Puntajes obtenidos en la Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

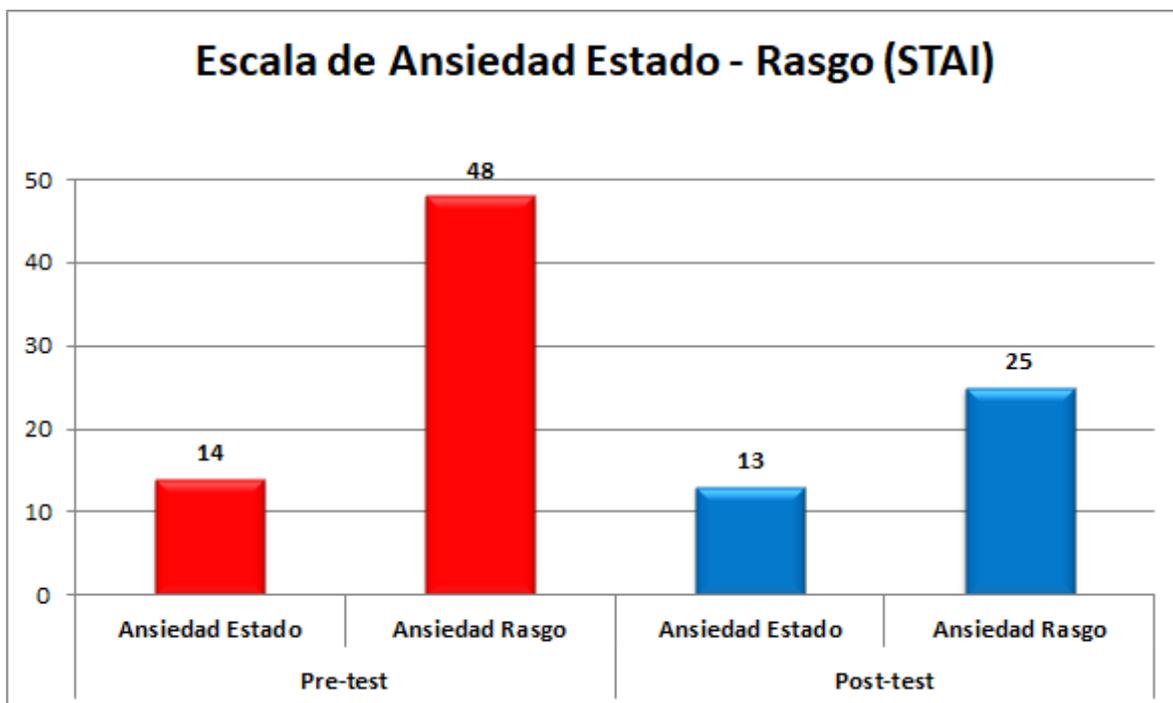


Gráfico 3. Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)

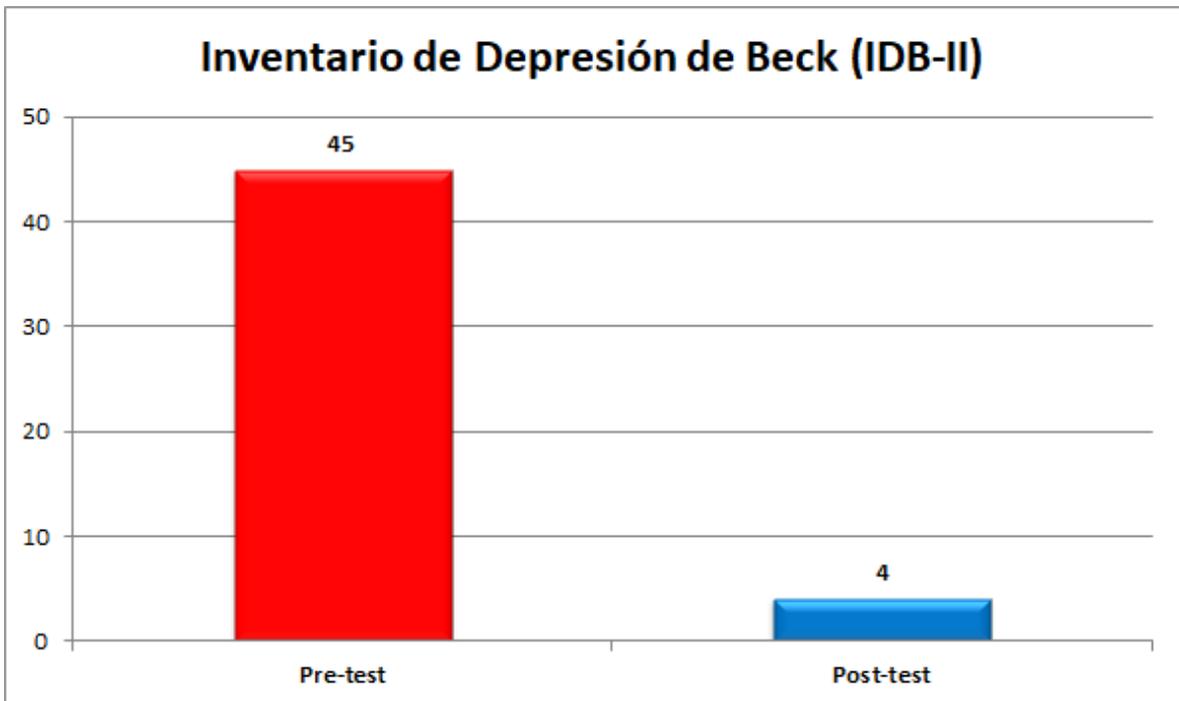


Gráfico 4. Comparación de puntajes entre pruebas del Pre-Test vs. Post-Test

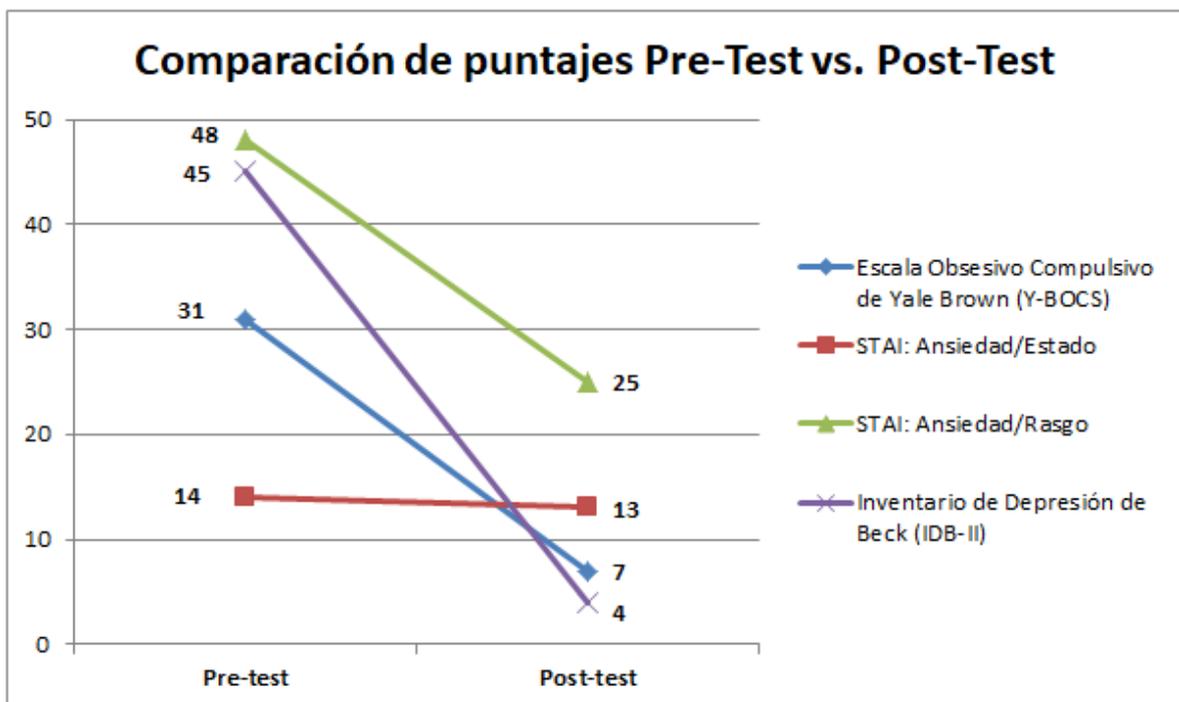


Tabla 4

Reducción porcentual de los valores obtenidos en el post-test

Prueba aplicada	Puntuación Pre- test	Puntuación Post- test	Variación Porcentual
Y-BOCS	31	7	- 77.42%
STAI: A/E	14	13	- 7.14%
STAI: A/R	48	25	- 47.92 %
IDB-II	45	4	- 91.11 %

Nota: Escala Obsesivo Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS), Escala de Ansiedad Estado-Rasgo: Sub-escala Ansiedad-Estado (STAI: A/E), Escala de Ansiedad Estado-Rasgo: Sub-escala Ansiedad-Rasgo (STAI: A/R), Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)

4.6 CRITERIO CLÍNICO

Al finalizar las sesiones de psicoterapia, la paciente ya no presenta sintomatología compatible con un trastorno obsesivo-compulsivo, pues las ideas, pensamientos e imágenes obsesivas relacionadas al tema de la homosexualidad y la duda patológica de haber cerrado con seguro la puerta de su cuarto han disminuido en frecuencia e intensidad, de modo que se presentan de forma esporádica, como máximo una o dos veces a la semana y tienen una duración menor a una hora en cada ocasión que aparecen. Asimismo, la paciente ya no siente un malestar significativo cuando estas ideas aparecen, pues ha aprendido a no prestarles atención y a restarle importancia a las obsesiones, lo cual deriva en que se corten los mecanismos de reforzamiento de las obsesiones y compulsiones. Por otro lado, la paciente ha dejado de realizar conductas

compulsivas, tales como verificar la puerta de su habitación por las mañanas, las cuales antes realizaba como mecanismo de neutralización de la ansiedad causada por la duda patológica asociada a sus ideaciones obsesivas. Asimismo, como consecuencia de la remisión de los síntomas obsesivo-compulsivos, la paciente presenta también remisión total de la sintomatología depresiva, pues refiere sentirse alegre la mayor parte del tiempo, ha recobrado el gusto por actividades que antes solían ser de su agrado, tales como salir con sus primas, ir a fiestas, salir a pasear, entre otras; además, indica ya no quedarse en casa ni asilarse de las demás personas, se siente con más energía física y su nivel de actividad ha aumentado, ya no tiene ideación de culpa ni de fracaso personal. Finalmente, se evidencia que la paciente ha logrado aprender e integrar un conjunto de conocimientos, técnicas, herramientas y estrategias de afronte que le permiten hacer frente a los problemas de su vida diaria y encontrar soluciones más adecuadas y adaptativas de las que solía aplicar antes del inicio del tratamiento. Todo lo descrito anteriormente, ha traído como resultado, que la paciente ya no sienta un malestar emocional significativo, se integre mejor a su entorno familiar, laboral y social, y recobre el adecuado nivel de funcionalidad que tenía hasta antes de desarrollar el último episodio obsesivo-compulsivo. En consecuencia, se concluye que a nivel psicológico, el trastorno obsesivo-compulsivo de la paciente se encuentra actualmente en remisión.

CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 RESUMEN

Paciente femenino de 30 años, acude a consulta debido a que desde hace diez meses de la fecha de la entrevista inicial presentaba una serie de ideas, pensamientos e imágenes acerca del cuestionamiento de su heterosexualidad, las cuales le incomodan durante gran parte del día y limitan su capacidad de concentración en el trabajo, ya que la paciente trataba de luchar contra estas ideas repitiéndose a sí misma que ella no es homosexual, pues le gustan los hombres y siempre ha tenido parejas del sexo opuesto. La paciente reconocía que estos pensamientos e imágenes que calificaba de horribles y aversivas eran propios de su mente y se presentaban de forma intrusiva e insistente durante varias horas al día. Asimismo, refiere que sentía duda acerca de si cerró la puerta de su cuarto correctamente durante las mañanas al salir rumbo al trabajo, por lo cual, ante la ansiedad que esto le causaba, solía regresar a casa hasta en cuatro oportunidades algunas mañanas para verificar que cerró la puerta correctamente. Por otro lado, a consecuencia del malestar que le ocasionaban las ideas intrusivas, la paciente refiere que se sentía triste la mayor parte del tiempo, desesperanzada y culpable al no poder controlar sus pensamientos. Además, había perdido el interés por realizar las actividades que antes le agradaban, pues ya no salía a reuniones con sus primas o amigas, su deseo sexual disminuyó, se sentía insegura acerca de las decisiones que tomaba y le era difícil mantener la concentración en el trabajo. Adicionalmente, la paciente indicó que antes ya le había pasado algo similar, pues entre los 13 y 20 de edad tuvo un primer episodio en el cual tenía ideas e imágenes recurrentes acerca de volverse homosexual, de haber contraído el VIH/SIDA o de haberse enamorado de su propio padre, siendo

que luego, entre los 20 y 29 años de edad, este primer cuadro obsesivo-compulsivo remitió en su totalidad.

Se realizó el proceso de evaluación utilizando las técnicas de observación y entrevista, además se aplicaron una serie de cuestionarios y pruebas psicológicas para luego elaborar el análisis funcional de la conducta problema de la paciente, identificando los antecedentes y consecuentes, tanto internos como externos de la misma. Además, se identificaron los componentes cognitivos (pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares), así como los componentes emocionales y fisiológicos asociados a la sintomatología obsesivo-compulsiva de la paciente. A partir de ello, se elaboró y aplicó un programa de intervención psicoterapéutica basado en el modelo cognitivo-conductual, el cual tuvo una duración de 21 sesiones terapéuticas y 2 sesiones de seguimiento.

Se comenzó el proceso de intervención realizando la psicoeducación a la paciente acerca del trastorno obsesivo-compulsivo desde el modelo cognitivo-conductual. Se le explicó los principales mecanismos de adquisición y mantenimiento de las obsesiones a través de las valoraciones erróneas y las conductas de neutralización. Asimismo, se le explicó la relación que existe entre situación, pensamiento, emoción y conducta, los niveles de pensamiento y se le entrenó en la identificación de las principales distorsiones cognitivas según el modelo cognitivo-conductual. Posteriormente, se entrenó a la paciente en la técnica de respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson, para ayudarla a disminuir los niveles de ansiedad y activación fisiológica. A continuación, se entrenó a la paciente en la técnica de registro de obsesiones y se trabajó en el análisis y modificación de las principales valoraciones erróneas y creencias nucleares irracionales asociadas a las obsesiones de la paciente a

través de la reestructuración cognitiva y del debate socrático. Por otro lado, se entrenó a la paciente en las técnicas de aserción encubierta y exposición y prevención de respuesta para el tratamiento de sus principales obsesiones y compulsiones. Luego, se entrenó a la paciente en la identificación de los diferentes estilos de comunicación, el uso de la comunicación asertiva y la técnica de solución de problemas de modo que pueda utilizar una serie de recursos y estrategias de afronte frente a las principales situaciones problemáticas que experimenta en su vida diaria, generando así alternativas de respuesta más adaptativas y funcionales que las utilizadas anteriormente. Finalmente, se volvió a evaluar a la paciente para poder comparar su estado actual con el estado previo al proceso de intervención, evidenciándose una reducción significativa en la sintomatología obsesivo-compulsiva y depresiva de la paciente y una considerable mejora en su calidad de vida. Posteriormente se realizaron dos sesiones de seguimiento donde se evaluó el estado de la paciente, se retroalimentaron los temas vistos durante el tratamiento y se comprobó el mantenimiento de los cambios logrados durante el proceso psicoterapéutico.

5.2 CONCLUSIONES

- En el área del contenido del pensamiento, en el post-test, se evidencia reducción significativa de la sintomatología obsesivo-compulsiva, encontrándose la evaluada, según criterio clínico y psicométrico, dentro de la categoría “sin manifestaciones clínicas”.
- En el área emocional, en el post-test, se evidencia ligera disminución en el componente de Ansiedad – Estado. Sin embargo, se aprecia una mayor disminución en el componente de Ansiedad – Rasgo.

- En el área de afectividad, en el post-test, la paciente evidencia reducción significativa de los síntomas depresivos, encontrándose la evaluada, tanto a criterio clínico como a nivel psicométrico, dentro de la categoría “ausencia de depresión”.
- La paciente evidencia mejoría en cuanto a su funcionabilidad laboral, pues ahora puede prestar atención y concentrarse en el desarrollo de sus actividades y responsabilidades en su centro de trabajo.
- La paciente ha mejorado significativamente la calidad de sus relaciones interpersonales a nivel familiar, laboral y social.
- La paciente ha logrado aprender e integrar una serie de técnicas, conocimientos y estrategias de afronte que le permiten hacer frente a posibles futuras recaídas y encontrar soluciones adecuadas a las demandas de su medio familiar, social y laboral.
- Por lo expuesto en los puntos anteriores, se considera que, según los criterios clínico y psicométrico utilizados en el desarrollo del presente estudio de caso, el trastorno obsesivo-compulsivo que padece la paciente se encuentra actualmente en remisión luego de la intervención psicoterapéutica.
- La psicoterapia aplicada en la paciente, la cual estuvo basada en el modelo cognitivo-conductual, ha cumplido exitosamente todos los objetivos propuestos en el diseño del plan de intervención.

5.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar el seguimiento de la evolución y el mantenimiento de los cambios instaurados por el proceso psicoterapéutico en la paciente, para monitorear la remisión total del episodio obsesivo-compulsivo y prevenir las recaídas.
- Debido a la naturaleza heterogénea del trastorno obsesivo-compulsivo y la variabilidad de los resultados de los estudios relacionados a dicha patología, se recomienda promover la realización de futuras investigaciones que busquen ampliar el marco teórico conceptual, desarrollo de instrumentos de evaluación adaptados a nuestra realidad nacional y el diseño de nuevas y eficaces estrategias de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de trastorno obsesivo-compulsivo.
- Asimismo, se sugiere realizar estudios utilizando otros modelos de intervención psicoterapéutica que complementen al ampliamente utilizado modelo cognitivo-conductual, con el fin de determinar la eficacia y utilidad de las técnicas de otros enfoques en el tratamiento de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.
- El presente estudio de caso se ha realizado con la finalidad de constituirse como un aporte para la comunidad científica y académica en las áreas de estudio de la psicología clínica y la psicopatología.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Behobi, W., García, F., Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, 36(4), 347-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n4/v36n4a10.pdf>
- Brooks, S., Naidoo, V., Roos, A., Fouché, J., Lochner, C., Stein, D. (2016). Early-life adversity and orbitofrontal and cerebellar volumes in adults with obsessive-compulsive disorder: voxel-based morphometry study. *The British Journal of Psychiatry*, 208(1), 34-41. doi: 10.1192/bjp.bp.114.162610
- Clark, D., Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Delgado, H. (1993). *Curso de Psiquiatría*. 6ta Edición. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquitría*, 80(1), 36-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372050405006>
- McKay, M., Davis, M., Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Menchón, J., & Vallejo, J. (2009). Trastorno obsesivo-compulsivo. En M. Jiménez-Arriero & T. Palomo (Eds), *Manual de Psiquiatría* (pp. 365-375). Madrid.: Ene Life Publicidad y Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Madrid.: Editorial Médica Panamericana.
- Rasmussen, C., Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 143(3), 317-322. Recuperado de: <https://doi.org/10.1176/ajp.143.3.317>
- Ríos, R. (1998). Trastornos obsesivos compulsivos. En A. Perales, A. Mendoza, G. Vásquez-Caicedo & M. Zambrano (Eds.), *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"* (pp. 194-201). Lima: UNMSM.
- Rodríguez, R. (2013). Calidad de vida en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 139-146. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436006>
- Sadock, B. y Sadock, V. (2008). *Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer Health España
- Vallejo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727113307>

Yacila, G., Cook-del Águila, L., Sánchez-Castro, A., Reyes-Bossio, M., Tejada, R. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Med Perú*, 33(3), 253-255. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n3/a18v33n3.pdf>

ANEXOS

ANEXO A:

Consentimiento

informado

Fecha: 09/12/2017

Consentimiento Informado

En cumplimiento de las normas éticas que deben seguirse en todo proceso de intervención psicoterapéutica se solicitó a la paciente su consentimiento informado para el inicio del tratamiento, especificándose los objetivos del mismo con respecto a la problemática de la ideación obsesiva presentada por la evaluada durante el motivo de consulta y para lo cual se utilizarán distintas técnicas de tipo cognitivo-conductuales en su intervención.



Paciente



Daniel Arturo Mariscal Del Castillo

**ANEXO B: Cuestionario
sobre la Historia de la
Vida de Lazarus**

CUESTIONARIO SOBRE LA HISTORIA DE LA VIDA
(Arnold A. Lazarus)

Este cuestionario tiene por objetivo obtener un panorama amplio de su vida. En todo trabajo científico es necesario contar con registros, dado que estos permiten abordar los problemas en forma mas completa. Llenando este formulario de la forma mas detallada y precisa que pueda, contribuirá a facilitar su propio programa terapéutico. Se le pide que conteste estas preguntas de rutina por su cuenta, para no utilizar el tiempo dedicado a la consulta en la obtención de estos datos.

Es comprensible que a Ud., le preocupe lo que ocurra con la información sobre su vida, dado que muchos de estos datos son muy personales. Todo los informes de casos son estrictamente confidenciales. Ninguna persona fuera del terapeuta, podrá ver su informe sin su autorización.

Fecha 11-11-2017

1. Datos Generales.

Nombre Helen
Dirección Carmen de La Legua- Callao.
Teléfono
Edad 30 a Ocupación Operaria de Producción.
¿Quién lo derivó a la consulta psicológica?

La paciente.

¿Con quién vive en este momento? (enumere las personas)

- 1) Abuela Materna (64) 4) Tío Materno (41)
2) Tía Materna (38) 5) Primo (28)
3) Tía Materna (40)

2. Datos clínicos

a) Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

Desde hace 10 meses me vienen a la cabeza ideas, pensamientos e imágenes acerca de que soy homosexual. Estas ideas están todo el tiempo, la mayor parte del día. Los pensamientos me molestan, son hombres, yo sé que no soy lesbiana y trato de luchar contra ellos pero no puedo controlarlos. También dudo si dejar cesarada la planta algunas mañanas al salir al trabajo y regreso a casa a verificarla.

b) Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente)

Desde los 13 hasta los 20 años me pasó algo similar. Primero fueron las ideas de homosexualidad, luego pensaba que podía haberme contagiado de VIH/SIDA. Después me vino la idea de haberme enamorado de mi padre. A los 20 años las ideas desaparecieron por completo.

c) En la siguiente escala evalúe la gravedad de su/s problema/s

Levemente Perturbador	Moderadamente Grave	Muy Grave	<u>X</u> Sumamente Grave	Totalmente Incapacitante
--------------------------	------------------------	--------------	--------------------------------	-----------------------------

d) ¿A quién consulto previamente acerca de su/s problema/s actual/es?

Consulté a mi tía. Ella me indicó venir al psicólogo, pues ella alguna vez también fue porque tenía miedo a los patos.

3. Datos Personales:

a) Fecha de nacimiento 10/04/1987 Lugar de Nacimiento Jesús María, Lima (Maternidad de Lima)

b) Condición de su mamá durante su embarazo (en la medida en que lo sepa):

- Madre tuvo 3 abortos antes de quedar embarazada de la paciente.

- Hubo riesgo de un nuevo aborto durante el parto, pero pudo ser controlado.

c) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que haya tenido lugar durante su infancia:

Fantaseaba/soñaba que madre estaba en capón muerte (6 a - 7 a).

Terror Nocturno Enuresis Sonambulismo

Chuparse el dedo Comerse las uñas tartamudeo

Temores Infancia infeliz Infancia desdichada

Otros:

Miedo a que la madre muera y la deje.

A los 13 a se enteró que su madre tenía SIDA, (muerte de la madre).

e) Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades

- 1) Sarampión
- 2) Gripe
- 3) Infecciones urinarias

f) Estatura: 1.45 m Peso: 82 Kg.

g) Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? (Enumérelas y especifique a que edad)

Ninguna.

h) ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

En Mayo de 2017, chequeo de rutina.

i) ¿Ha tenido accidentes?

Sole una vez unos paquetes de periódico le cayeron en el pecho, no hubo consecuencias mayores.

j) Enumere sus cinco temores principales.

1. Volverse lesbiana.
2. Quedarme sola.
3. Que me asalten, que me pase algo.
4. Que me roben mis cosas.
5. No poder salir de este problema.

k) Subraye cualquiera de los siguientes ítems que sea aplicable en su caso:

<u>Dolores de cabeza</u>	Mareos	Desmayos
Palpitaciones	Problemas estomacales	Falta de apetito
Problemas digestivos	Fatiga	Insomnio
<u>Pesadillas</u>	Tomo sedantes	Conmociones
<u>Tensión</u>	<u>Pánico</u>	Drogas
<u>Depresión</u>	Ideas suicidas	<u>Timidez</u>
<u>Incapaz de relajarme</u>	Problemas sexuales	<u>Incapaz de tomar decisiones</u>
No me gusta los fines de semana, ni las vacaciones	Excesiva ambición	Malas condiciones en el hogar
No puedo entablar amistades	<u>Sentimientos de inferioridad</u>	<u>Incapaz de divertirme</u>
Problemas financieros	<u>Problemas de memoria</u>	<u>Dificultades de concentración</u>
Otros:		

l) Subraye cualquiera de las palabras que se aplique en su caso:

Inservible	Inútil	Un don nadie	La vida es hueca	Inadecuado
Estúpido	Incompetente	Ingenuo	No hago nada bien	<u>Culpable</u>
Malvado	Moralmente	<u>Pensamientos</u>	<u>Lleno de odio</u>	Hostil
	<u>Incorrecto</u>	<u>horribles</u>		
<u>Ansioso</u>	<u>Agitado</u>	Cobarde	No asertivo	Agresivo
Feo	Deforme	Poco atractivo	Con tendencia al pánico	
Repulsivo	<u>deprimido</u>	<u>Solo</u>	<u>No querido</u>	<u>Incomprendido</u>
Aburrido	<u>Confundido</u>	Desasosegado	Inseguro	Conflictuado
<u>Arrepentido</u>	Valioso	Comprensivo	Inteligente	Atractivo
Seguro	Considerado			
Otros:				

m) Intereses, hobbies y actividades actuales

n) ¿En qué ocupa su tiempo libre?

• Veo TV, programas de concursos, series.

o) ¿Cuál fue el último año que completo estudios? 2003 (5to de Secundaria)

p) Aptitudes estudiantiles: puntos fuertes y débiles

- Punto fuerte: Inglés.

- Puntos débiles: Trigonometría y comprensión de lectura.

q) ¿Alguna vez se burlaron de usted o lo mangonearon?

Si. En 3er, 4to de Secundaria, me decían: gorda, machona, pareces hombre.

r) ¿Le resulta fácil establecer amistades? ¿Las conserva?

Ahora no, antes sí hacía amigas en el trabajo. Ahora debido a las ideas que tengo me cobijo más con las mujeres.

4. Datos laborales:

a) ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?

Operaria de Producción. (Fábrica de reciclaje de cartón, papel, etc).

b) ¿Qué tipo de trabajo desempeño en el pasado?

Operaria de Producción (Fábrica de alimentos).

c) ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (En caso negativo exprese los motivos)

Antes no me gustaba. Ahora ya me acostumbro.

d) ¿Cuánto gana?

S/ 950

¿Cuánto gasta para vivir?

Casi todo el sueldo.

e) Ambiciones

Pasadas:

- Quería ser profesora de inglés.

Presentes:

• Tener dinero y comprar/alquilar un hogar propio.

5. Información Sexual:

a) Actitud de sus padres con respecto al sexo (por ejemplo, ¿hubo instrucción sexual o discusiones sobre el tema en su casa)

Madre no le hablaba mucho de eso, el padre menos aún. No tenía, ni tiene confianza con ellos. Mamá tocaba ligeramente el tema de la menstruación. (en broma).

b) ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo?
En el colegio, la profesora nos explicaba (1ª Secundaria).
Los compañeros hacían comentarios sobre sexo.

c) ¿Cuándo tomó conciencia de sus propios impulsos sexuales?
A los 20 años, con el primer enamorado.

d) ¿Alguna vez sintió angustia o sentimientos de culpabilidad por actividades sexuales o masturbación?. En caso positivo por favor especifique.

Al comienzo, quería llegar pronto al matrimonio, por eso me sentí culpable durante la primera relación sexual. Mi madre hubiera querido que yo me case antes de tener relaciones.

e) Cualquier detalle significativo sobre su primera experiencia sexual o alguna posterior
- De niña, cuando tenía 6 años, mi padrastro me hacía tocamientos indebidos. Me decía: "si cuentas a tu mamá no te va a caer" (6 a 7 años). Mamá se enteró que era cierto y terminó con él.

f) ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? (en caso negativo por favor especifique)
No siento tanta satisfacción con el actual enamorado. No me trata como yo quiero: es muy frío, solo piensa en sí mismo.

g) Suministre información sobre cualquier reacción heterosexual (u homosexual) significativa que haya experimentado.

Nunca he experimentado ninguna reacción homosexual.

6. Menstruación

a) ¿A qué edad tuvo el primer periodo? 13 años.

b) ¿Estaba informada o fue un shock para usted? No.

c) ¿Es regular? Irregular.

d) Duración 25 días.

e) ¿Tiene dolores? Si, bastante.

f) Fecha de último periodo 20 de Octubre.

g) ¿La menstruación le afecta el estado de ánimo? Si me afecta, me siento débil, adolorida, aburrida, irritable.

7. Matrimonio:

¿Cuánto tiempo hace que está casada? _____

¿Durante cuánto tiempo conoció a su actual cónyuge antes de comprometerse?

Edad de su esposa/o _____

Personalidad de su marido/esposa (en sus propias palabras)

¿En qué terrenos hay compatibilidad?

¿En que terrenos no hay compatibilidad?

¿Cómo se lleva con su familia política? (incluyendo cuñados y cuñadas)

¿Cuántos hijos tiene? Por favor enumere sexo y edad de sus hijos.

¿Algunos de sus hijos presenta problemas especiales?

¿Hay algún hecho importante que deba informar en relación con abortos espontáneos o provocados?

A los 23 años me embaracé, fue una pérdida natural, tenía mes y medio. Reglaba normal y demacrado. El doctor me dijo que era pérdida.

Suministre datos detallados sobre cualquier matrimonio anterior

7. Datos Familiares:

a) Padre

¿Vive? Si

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió? _____

Causa de muerte: _____

Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? 55 años.

Ocupación Obrero de construcción.

Estado de salud Toma alcohol en exceso. Tiene dificultad de visión en 1 ojo.

b) Madre:

¿Vive? No

En caso negativo ¿Qué edad tenía cuando murió? 37 años (paciente: 13 años).

Causa de muerte: SIDA.

Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? _____

Ocupación Ama de casa.

Estado de salud Padece VIH/SIDA.

c) Hermanos. No.

Cantidad de hermanos: _____ Edades: _____

Cantidad de hermanas: _____ Edades: _____

Relaciones con sus hermanos:

a) Pasada:

b) Presente:

Describa la personalidad de su padre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

No se preocupaba por mí, era desatento, irresponsable, conformista, sin aspiraciones, no había una relación estrecha con él, me visitaba 1 vez a la semana y se iba. Actualmente hay un poco más de comunicación, aunque aun es distante.

Describa la personalidad de su madre y su actitud con respecto a usted (pasada y presente)

Mi madre era violenta conmigo, me pegaba, me insultaba, me ninguneaba, se iba y me dejaba sola en casa.

Me decía: "torpe", "manos de trapo" y me pegaba con el cucharón o con lo que tuviera a la mano. (palos), me daba muñetes, me mordía. Esto pasaba casi dos veces a la semana, no me mostraba cariño.

¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?

Mamá me pegaba con objetos (contundentes), calentaba una cuchara y me la ponía en la boca, me insultaba y me maltrataba.

Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar (es decir, el hogar en que se crió. Mencione el grado de compatibilidad entre sus padres y entre padres e hijos).

Papá estuvieron juntos hasta que yo tenía 4 años. Mrs tras dicen que él me quería, yo no me acuerdo de eso. Mamá tomaba en su cuarto con amigos, ella paraba bonacha, yo cocinaba, me sentía mal, me agredía, ella se iba a bailar, no me cuidaba.

¿Podía confiar en sus padres?

No sentía que podía confiar en ella.

Si tienen madrastra o padrastro, informe que edad tenía cuando se caso con su madre o su padre

Yo tenía 6 años. Yo presenciaba relaciones sexuales entre Describe en pocas palabras su formación religiosa. mi mamá y mi padrastro.

• Católica, yo sola iba a la iglesia a los 14 o 15 años, creo en Dios a mi manera, por el colegio aprendí de religión.

Si no fue criado por sus padres, ¿quién lo tuvo a su cargo y entre que edades?

Madre, hasta los 13 años. Luego mi tía: iba a su casa a 3 cuadras de la mía, hasta que empecé a trabajar.

¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación etc.?

No.

¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?

- Mi mamá (aunque no esté).
- Mi papa.
- Mis primas. (Selene y Fabiola)

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? Detalle.

- Papa: alcoholismo.
- 2 tios maternos tienen problema de drogadicción

¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado aquí?

Esposo de abuela materna: Muró por exceso consumo de alcohol.

Tio materno: Muró de enfermedad en el estómago.

Describe cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:

Ninguna.

Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.

- Cuando vienen los pensamientos de homosexualidad.
- Al ver a alguna compañera e una pareja en la calle.

Enumere las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado.

- Estar en casa.
- Estar con mis primas.

¿Alguna vez perdió el control de sí mismo (por ejemplo: una rabieta, gritos o agresividad)?

En caso afirmativo, por favor detalle.

Sí, me he peleado 2 veces con chicas que me insultaban. Les pegué.

Por favor agregue cualquier información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo (utilice una hoja adicional si es necesario).

Autodescripción:

Por favor complete los espacios en blanco.

Soy buena.

Soy trabajadora.

Soy un ser humano.

Soy.....

Me siento triste.

Me siento preocupada.

Me siento desubicada.

Me siento sola y vacía.

Pienso cosas feas indeseadas.

Pienso que nunca acabará esto.

Pienso que algún día tendré paz.

Pienso.....

Quisiera curarme.

Quisiera ser como antes.

Quisiera sonreír.

Quisiera.....

Utilice los espacios en blanco para dar una imagen de sí mismo, con una sola palabra, según lo describiría:

- a) Usted mismo
- b) Su cónyuge (si está casado)
- c) Su mejor amigo
- d) Alguien que no lo quiere.

ANEXO C: Pre-Test

**Escala de Inteligencia de
Weschler para Adultos
(WAIS-III)**

WAIS-III

Test de inteligencia para adultos
de Wechsler - Tercera edición

Protocolo de registro

PÁGINA DEMOGRÁFICA

	Año	Mes	Día
Fecha del test	2017	12	09
Fecha de nac.	1987	04	10
Edad	30	07	29

Nombre Helen D.N.I. _____ Sexo M F

Dirección Carmen de la Legua - Callao.
Calle Ciudad Provincia

Nivel de educación más alto Secundaria. Examinador Daniel Mansoral
Del Castillo.

Observaciones sobre el comportamiento

Razón de la derivación / Fuente de la derivación:

Evaluación de Inteligencia.

Lengua (¿Es el castellano su idioma natal? Si no, indicar el nivel de fluidez del examinado; problemas de expresividad/receptividad; verbalizaciones inusuales):

Idioma natal: Castellano. / No denota problemas de fluidez o expresividad.

Actitud hacia el test (ej.: Comunicación, hábitos de trabajo, interés, motivación, reacción ante el éxito/fracaso):

Denota actitud colaborativa, se muestra motivada a realizar la prueba.

Apariencia física (ej.: Formalidad y aspecto en el vestir; cuidado e higiene personal; características físicas):

Vestido de acuerdo a situación, estación, sexo, edad y nivel socioeconómico. Moderado aseo y aseo personal.

Atención y concentración: Atención selectiva, sostenida y flexible frente a los estímulos de su alrededor.

Problemas visuales/auditivos/motrices (¿Estaban corregidos los problemas? Ej.: con anteojos, aparatos auditivos):

No denota problemas visuales, auditivos o motores.

Otras observaciones:

Debido a las condiciones socioeconómicas y nivel de educación recibido, la evaluada denota un bajo nivel de bagaje cultural.

WAIS-III

Test de inteligencia para adultos
de Wechsler - Tercera edición

Nombre Helen
Examinador Daniel Arturo Mariscal Del Castillo
Edad 30 a Fecha del test 09/12/2017

1. Completamiento de figuras

 TIEMPO LÍMITE 20 segundos cada ítem	 INVERTIR SECUENCIA Puntaje de 0 en el ítem 6 ó 7, administrar ítems 1-5 en secuencia inversa hasta que se obtenga dos puntajes perfectos consecutivos.	 INTERRUMPIR 5 puntajes consecutivos de 0
---	--	--

Respuesta del examinado al ítem	Pregunta del examinador (Diga cada pregunta sólo una vez en toda la administración)
Nombre un objeto existente en el lugar de la parte que falta	<i>Si, pero ¿qué es lo que falta?</i>
Menciona parte de la figura que está fuera de la página (Ej. Las piernas del hombre en el ítem 14)	<i>Algo está faltando en la figura. ¿Qué es eso que está faltando?</i>
Menciona una parte faltante no esencial	<i>Si, pero ¿cuál es la parte más importante que falta?</i>

Si el examinado responde correctamente cualquiera de las preguntas en la parte superior, asigne 1 punto por la respuesta.

Item	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)	Item	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)	Item	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)
1	Peine	1	10	Hoja tierra	0	19	Cesta pedazo	1
2	Mesa	1	11	Pastel cuadradito	1	20	Ropa gancho	1
3	Cara	1	12	Trote huellas	1	21	Armario nada	0
4	Maleta	1	13	Chimenea humo	1	22	Vaca pata (contacto)	1
5	Tren	5	14	Espeso peine	1	23	Zapatillas nada	0
6	Puerta manija	1	15	Silla unión	1	24	Mujer sombra	1
7	Anteojos montura	1	16	Rosas hojas	0	25	Granero hueco de chimenea	0
8	Jarra agua	1	17	Cuchillo plato	0	Puntaje total de subtest (Máximo = 25)		18
9	Tenaza tornillo	1	18	Bote tabla	0			

2. Vocabulario

 INVERTIR SECUENCIA Puntaje de 0 ó 1 en el ítem 4 ó 5, administrar ítem 1-3 en secuencia inversa hasta que se obtenga dos puntajes perfectos consecutivos	 INTERRUMPIR 6 puntajes consecutivos de 0	 PUNTUACIÓN Todos los ítems: 0, 1 ó 2 puntos
--	--	---

Item	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)
1	Cama	2
2	Barco lo que se usa para ir de un lado a otro por mar.	2
3	Céntimo Tipo de moneda.	2
4	Invierno Etapa/época donde hace mucho frío.	1
5	Desayuno Complemento alimenticio que se toma en las mañanas	2
6	Reparar Construir algo que está roto o en desuso. Arreglar	2
7	Ensamblaje No sé.	0

2. Vocabulario (Continuación)

Ítem	Respuesta	Puntaje (0, 1 ó 2)
8. Ayer	Un día que ya pasó.	1
9. Consumir	De comer. Y de estar enfermo, "estas que te consumes"	2.
10. Terminar	Concluir, acabar.	2
11. Sentencia	Un veredicto que se da sobre una persona que ha cometido algo indebido.	2
12. Confiar	Crear en una persona	2
13. Remordimiento	Un tipo de cólera que tenemos dentro	1
14. Ponderar	No la conozco.	0
15. Compasión	Sentir pena/tristeza por algo.	1
16. Tranquilo	Estar relajado, sin problemas ni preocupaciones.	2
17. Santuario	Templo. Centro de oración.	2
18. Designar	Dar la responsabilidad a alguien	2
19. Refractario	No lo he escuchado. No sé.	0
20. Colonia	Un pueblo, de los antepasados.	1
21. Generar	Dar opciones de trabajo. Dar algo.	1
22. Balada	Una canción romántica.	2
23. Puchero	No la he escuchado.	0
24. Plagiar	Copiar, robar información.	2
25. Diverso	Variedad.	2
26. Evolucionar	Crecer (en una profesión o en tu generación)	2
27. Tangible	No sé que significa.	0
28. Fortaleza	Fuerza, riqueza, hacia adelante.	2
29. Épico	Moral.	0
30. Audaz	Astuto, hábil.	1
31. Ominoso	No sé	0
32. Abrumar	Atanear. Estresar	2
33. Perorata	No la he escuchado.	0
Puntaje total del subtest (Máximo = 66)		43

3. Claves – (Página previa)

 **INTERRUMPIR**
120 segundos
(o 4 filas).

Tiempo límite	120"
Tiempo de ejecución	120"
Puntaje total del subtest	Máximo = 133 87

Claves - Aprendizaje incidental (opcional) (Cuadernillo de respuestas)

 **INTERRUMPIR**
Administrar ambas filas.

	Puntaje total
Emparejamiento	Máximo = 18
Recuerdo libre	Máximo = 9

Claves - Copia (Opcional) (Cuadernillo de respuestas)

 **INTERRUMPIR**
90 segundos

Tiempo límite	90"
Tiempo de ejecución	
Puntaje total del subtest	Máximo = 133

4. Analogías

U INVERTIR SECUENCIA
Puntaje de 0 ó 1 en el ítem 6 ó 7, administrar ítems 1-5 en secuencia inversa hasta que se obtenga dos puntajes perfectos consecutivos.

INTERRUMPIR
4 puntajes consecutivos de 0

PUNTUACIÓN
Ítems 1-5: 0 ó 1 pto. para cada respuesta. Ítems 6-1: 0, 1 ó 2 pto. para cada respuesta.

Ítem	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)
1. Tenedor - Cuchara		1
2. Medias - Zapatos		1
3. Amarillo - Verde		1
4. Perro - León		4
5. Saco - Abrigo	Son prendas de vestir	1
Empasar → 6. Piano - Tambor	Instrumentos musicales.	2 (0, 1 ó 2)
7. Naranja - Plátano	Frutas	2
8. Ojo - Oreja	Órganos de la cara	1
9. Bote - Automóvil	Modo de Transporte.	2
10. Mesa - Silla	Implementos de la casa.	1
11. Trabajo - Juego	Utilizamos la fuerza, nos desgastamos.	1
12. Vapor - Neblina	Estado gaseoso (del agua)	1
13. Huevo - Semilla	Todavía no nacen, están a punto de nacer	2.
14. Democracia - Monarquía	Gobierno.	1.
15. Poema - Estatua	No tienen en común.	0
16. Elogio - Castigo	Forma de llamar la atención	0
17. Mosca - Árbol	Se mueven.	0
18. Hibernación - Migración	Con animales.	0
19. Enemigo - Amigo		
Puntaje total del subtest (Máximo = 33)		18

5. Construcción con cubos



INVERTIR SECUENCIA
Puntaje de 0 ó 1 en el ítem 5 ó 6, administrar ítems 1-4 en secuencia inversa hasta que obtenga dos puntajes perfectos consecutivos



INTERRUMPIR
3 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUACIÓN
Ítems 1-6: 2 pts para cada diseño correcto en el Intento 1; 1 pto para cada diseño correcto en el Intento 2; 0 pts para cada diseño incorrecto en los Intentos 1 y 2. Ítems 7-14: Marque el puntaje apropiado sobre un máximo de 7 pts.

EXAMINADO

Diseño	Tiempo Límite	Diseño Incorrecto		Tiempo Ejec. (Seg)	Diseño Correcto	Puntaje (Marque el puntaje apropiado para cada diseño)	
1.	30"	Intento 1 <input type="checkbox"/>	Intento 2 <input type="checkbox"/>		S N	Intento 2 1	Intento 1 2
2.	30"	Intento 1 <input type="checkbox"/>	Intento 2 <input type="checkbox"/>		S N	Intento 2 1	Intento 1 2
3.	30"	Intento 1 <input type="checkbox"/>	Intento 2 <input type="checkbox"/>		S N	Intento 2 1	Intento 1 2
4.	30"	Intento 1 <input type="checkbox"/>	Intento 2 <input type="checkbox"/>		S N	Intento 2 1	Intento 1 2
5.	60"	Intento 1 <input type="checkbox"/>	Intento 2 <input type="checkbox"/>	5"	S N	Intento 2 1	Intento 1 2
6.	60"	Intento 1 <input type="checkbox"/>	Intento 2 <input type="checkbox"/>	21"	S N	Intento 2 1	Intento 1 2
7.	60"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45"	S N	16"-60" 4	11"-15" 5
8.	60"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7"	S N	16"-60" 4	11"-15" 5
9.	60"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18"	S N	21"-60" 4	16"-20" 5
10.	120"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30"	S N	36"-120" 4	21"-35" 5
11.	120"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120"	S N	66"-120" 4	46"-65" 5
12.	120"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120"	S N	76"-120" 4	56"-75" 5
13.	120"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120"	S N	76"-120" 4	56"-75" 5
14.	120"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S N	66"-120" 4	46"-65" 5

Empezar

Puntaje total del subtest (Máximo = 68) **32**

EXAMINADOR

6. Aritmética



INVERTIR SECUENCIA
Puntaje de 0 ó 1 en el ítem 5 ó 6,
administrar ítems 1-4 en secuencia
inversa hasta que obtenga dos
puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR
4 puntajes consecutivos
de 0.



PUNTUACIÓN
Ítems 1-18: 0 ó 1 pto para cada
respuesta; ítems 19-20: 1 ó 2 ptos.

Ítem	Tiempo límite	Tiempo ejecución en seg.	Respuesta correcta	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)	Ítem	Tiempo límite	Tiempo ejecución en seg.	Respuesta correcta	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)
1	15"		3			11.	30"	12"	\$10,50	10.5	1
2	15"		7			12.	60"	50"	30 c/	30 cent	1
3	15"		5			13.	60"	60"	\$186,00	186.00	1
4	15"		2		4	14.	60"		10	5	0
5	15"	1"	\$9,00	9	1	15.	60"		\$600,00	1200	0
6	15"	1"	\$4,00	4	1	16.	60"		43	53	0
7	30"	2"	5	5	1	17.	60"		\$51,00	45	0
8	30"	2"	\$1,50	150 cent.	1	18.	60"		\$49,50		
9	30"	10"	8	8	1	19.	60"		1 de 4 ó 5 de 20		
10.	30"	5"	\$3.60	3.60	1	20.	120"		96		
											0,1 ó 2)
											11" - 60" 1" - 10"
											0 1 2
											11" - 120" 1" - 10"
											0 1 2
											Puntaje total del subtest (Máximo = 22)
											13

7. Matrices



INVERTIR SECUENCIA
Puntaje de 0 en el ítem 4 ó 5,
administrar ítems 1-3 en secuencia
inversa hasta que se obtenga dos
puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR
4 puntajes consecutivos
de 0 ó 4 puntajes de 0 en
5 ítems consecutivos.



PUNTUACIÓN
Todos los ítems: 0 ó 1 pto para cada
respuesta. No puntuar los ítems de
muestra A-C.

Nota: La respuesta correcta aparece en **negrita cursiva**. Administrar los ítems de muestra A-C a todos los examinados.

Ítem	Opciones de respuesta (circule una)	Puntaje (0 ó 1)	Ítem	Opciones de respuesta (circule una)	Puntaje (0 ó 1)	
A. 1	1 2 3 4 5 No sabe		13.	1 2 3 4 5 No sabe	1	
B. 1	1 2 3 4 5 No sabe		14.	1 2 3 4 5 No sabe	1	
C. 1	1 2 3 4 5 No sabe		15.	1 2 3 4 5 No sabe	0	
1	1 2 3 4 5 No sabe		16.	1 2 3 4 5 No sabe	0	
2	1 2 3 4 5 No sabe		17.	1 2 3 4 5 No sabe	0	
3	1 2 3 4 5 No sabe	3	18.	1 2 3 4 5 No sabe	0	
4.	1 2 3 4 5 No sabe	1	19.	1 2 3 4 5 No sabe	0	
5.	1 2 3 4 5 No sabe	1	20.	1 2 3 4 5 No sabe		
6.	1 2 3 4 5 No sabe	1	21.	1 2 3 4 5 No sabe		
7.	1 2 3 4 5 No sabe	1	22.	1 2 3 4 5 No sabe		
8.	1 2 3 4 5 No sabe	1	23.	1 2 3 4 5 No sabe		
9.	1 2 3 4 5 No sabe	1	24.	1 2 3 4 5 No sabe		
10.	1 2 3 4 5 No sabe	1	25.	1 2 3 4 5 No sabe		
11.	1 2 3 4 5 No sabe	0	26.	1 2 3 4 5 No sabe		
12.	1 2 3 4 5 No sabe	0			Puntaje total del subtest (Máximo = 26)	
						13

8. Retención de dígitos



INTERRUMPIR

Dígitos en orden directo y en orden inverso

Puntaje de 0 en ambos intentos de cualquier ítem. Tanto para los Dígitos en orden directo como los dígitos en orden inverso, administrar ambos intentos de cada ítem, aunque el examinado pase el Intento 1. Administrar Dígitos en orden inverso aunque el puntaje para Dígitos en orden directo sea 0.



PUNTUACIÓN

Cada intento: 0 ó 1 pto. para cada respuesta.
Puntaje del ítem:
Intento 1 + Intento 2.

Dígitos en orden directo				Punt. del ítem (0, 1 ó 2)	Dígitos en orden inverso				Punt. del ítem (0, 1 ó 2)
Ítem	Intento/Respuesta	Punt. del intento	Punto del ítem		Ítem	Intento/Respuesta	Punt. del intento	Punto del ítem	
1.	1-7	1-7	1	2	1.	1-2-4	4-2	1	2
2.	6-3	6-3	1		2.	2-5-7	7-5	1	
2.	1-5-8-2	5-8-2	1	2	2.	1-6-2-9	9-2-6	1	2
2.	6-9-4	6-9-4	1		2.	2-4-1-5	5-1-4	1	
3.	1-6-4-3-9	6-4-3-9	1	2	3.	1-3-2-7-9	9-7-2-3	1	2
2.	7-2-8-6	7-2-8-6	1		2.	2-4-9-6-8	8-6-9-4	1	
4.	1-4-2-7-3-1	4-2-7-3-1	1	2	4.	1-1-5-2-8-9	9-8-2-5-1	1	1
2.	7-5-8-3-6	7-5-8-3-6	1		2.	2-6-1-8-4-3	2-4-5-1-8	0	
5.	1-0-1-9-4-7-3	6-3-1-4-7-3	0	0	5.	1-5-3-9-4-1-8	1-8-9-4-3	0	0
2.	3-9-2-4-8-7	3-6-9-2-4-8-7	0		2.	2-7-2-4-8-5-6	6-2-8-4	0	
6.	1-5-9-1-7-4-2-8				6.	1-8-1-2-9-3-6-5			
2.	4-1-7-9-3-8-6				2.	4-7-3-9-1-2-8			
7.	1-5-8-1-9-2-6-4-7				7.	1-9-4-3-7-6-2-5-8			
2.	3-8-1-9-5-1-7-4				2.	7-2-8-1-9-6-5-3			
8.	1-2-7-5-8-6-2-5-8-4				Puntaje de Dígitos en orden directo (Máximo = 14)				7
2.	7-1-3-9-4-2-5-6-8				Puntaje de Dígitos en orden inverso (Máximo = 14)				
Puntaje de Dígitos en orden directo (Máximo = 16)				8	Directo 8 + Inverso 7 = (Máximo = 30)				15

9. Información



INVERTIR SECUENCIA

Puntaje de 0 en el ítem 5 ó 6, administrar ítems 1-4 en secuencia inversa hasta que se obtenga dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

6 puntajes consecutivos de 0



PUNTUACIÓN

Todos los ítems: 0 ó 1 pto. para cada respuesta.

Ítem	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)	Ítem	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)
1.	Sábado	2	8.	Hamlet	No sé
2.	Edad		9.	Brasil	Sudamérica
3.	Pelota	1	10.	Martin Luter King Jr	No me acuerdo
4.	Meses	1	11.	Presidente	Washington
5.	Termómetro	1	12.	Cleopatra	De Roma, de una obra.
6.	Amásacer	0	13.	Italia	Franca
7.	Semanas	48	14.	Relatividad	No lo sé

9. Información (continuación)

Ítem	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)	Ítem	Respuesta	Puntaje (0 ó 1)
15. Olimpiadas	Francia	0	22. Vasos Sanguíneos		
16. Desierto del Sahara			23. Catalina		
17. Génesis			24. Continentes		
18. Capilla Sixtina			25. Curie		
19. Gandhi			26. Población mundial		
20. Corán			27. Velocidad de la luz		
21. Agua			28. Fausto		
Puntaje total del subtest (Máximo = 28)					6

10. Ordenamiento de historias



INTERRUMPIR
4 puntajes consecutivos de 0
Empezando con el ítem 2.



PUNTUACIÓN
Ítem 1: 2 pts para respuesta correcta en el Intento 1.
1 pto para respuesta correcta en el Intento 1.
0 pts para respuesta incorrecta en el Intento 1 o en el Intento 2.
Ítem 2-11: Marque el puntaje apropiado sobre un máximo de 2 pts.

Nota: Las letras de los nombres de los ítems corresponden al orden correcto para una respuesta de 2 puntos (por ejemplo, para el ítem 5, el examinado debe ordenar las tarjetas en el orden C-E-S-T-O para obtener 2 puntos).
Los ítems del 5-9 tienen respuestas posibles de 1 punto.

Ítem (2 pts.)	Ítem (1 pts.)	Tiempo límite	Orden de respuestas	Tiempo de ejecución en seg.	Puntaje (marque uno)
1. LEO	Intento 1	30"	LEO	1"	0 1 (2)
	Intento 2	30"			
2. RING		45"	RING	20	0 (2)
3. ABRIÓ		60"	IADRO	24	(0) 2
4. HUIDA		60"	HUIDA	16	0 (2)
5. CESTO	OCEST	90"	CSEOT	19	(0) 1 2
6. ROPA	AROP	90"	ROPA	37	0 1 (2)
7. SAMUEL/AMUELS	SALMUE	120"	SAMLUE	40	(0) 1 2
8. BANCO	BACNO	120"	B CANO	51	(0) 1 2
9. CANTO	ACNTO	120"	TNAOC	37	(0) 1 2
10. SUEÑO		120"	SUOPE	45	(0) 2
11. BROMA		120"			0 2
Puntaje total del subtest (Máximo = 22)					8

II. Comprensión



INVERTIR SECUENCIA

Puntaje de 0 ó 1 en el ítem 4 ó 5, administrar ítems 1-3 en secuencia inversa hasta que se obtenga dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

4 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUACIÓN

Ítems 1-3: 0 ó 1 pto para cada respuesta.
Ítem 4-18: 0, 1 ó 2 ptos para cada respuesta

Ítem	Respuesta	Puntaje (0 ó 2)
1. Dinero		
2. Relojes	Para ver la hora.	
3. Ropa	Para ver el suero.	3
4. Sobre	Entregarlo a la agencia/mensajería	(0, 1 ó 2) 2
5. Alimentos*	Para eliminar las bacterias, por la dieta, para bajar de peso	1
6. Libertad condicional*	No se han encontrado pruebas, siguen invés trayendo.	0
7. Trabajo infantil*	Para que no haya explotación, para que tengan sus derechos.	2
8. licencia profesional	Para tener una prueba de que realmente es lo que se dice.	1
9. Impuestos	Es un deber, para tener servicios, luz, pistas	1
10. Historia*	Para saber de los antepasados.	0
11. Sordera	Las vocales tienen conexión con el oído. (cuerdas).	0
12. Bosque	Contra, o nia por varios factores	0
13. Jurado*	Así es en todos los juicios,	0
14. Terreno	Es más turístico, la mayoría quiere ir a la ciudad.	
15. Licencia de matrimonio	Para saber si realmente no están casados, ni lo hagan 2 veces.	
16. Prensa libre	Por que expresas lo que sientes, para eso es la democracia para expresar lo que sientes	
17. Golondrina	Nunca he escuchado ese dicho.	
18. Agua	Las personas más calladitas, son las peores, es como "cuidate de las agrias manitas que de las bravas me cuida de yo".	
* Si la respuesta del examinado refleja sólo concepto general, pedir una segunda respuesta diciendo: "Dígame otra razón".		Puntaje total del subtest (Máximo = 33)
		10

12. Búsqueda de símbolos



INTERRUMPIR
Interrumpir a los 120 segundos.

Tiempo límite	120"
Tiempo de ejecución en segundos	120 ^u
Número correcto	41
Número incorrecto	2
Puntaje total del subtest	Máximo = 60 39

13. Secuencia de números y letras



INTERRUMPIR
Después de fallar en los 3 intentos de un ítem.



PUNTUACIÓN
0 ó 1 pto para cada respuesta. Puntuación de un ítem: Intento 1 + Intento 2 + Intento 3.

	Respuesta	Puntaje del Intento (0 ó 1)	Puntaje del Ítem (0, 1, 2 ó 3)
1.	1. L-2 (2-L) 2-2 2. 6-P (6-P) 6-P 3. B-5 (5-B) 5-B	1 1 1	3
2.	1. F-7-L (7-F-L) 9-F-L 2. R-4-D (4-D-R) 4-D-R 3. H-1-8 (1-8-H) 1-8-H	1 1 1	3
3.	1. T-9-A-3 (3-9-A-T) 3-9-A-T 2. V-1-J-5 (1-5-J-V) 1-5-V-5 3. 7-N-4-L (4-7-L-N) 4-7-L-N	0 0 0	2
4.	1. R-D-6-G-1 (1-6-8-D-C) 1-6-8-0 2. K-2-C-7-S (2-7-C-K-S) 2-7-5-K 3. S-P-3-Y-9 (3-5-9-P-Y) 3-5-7-P-Y	0 0 0	1
5.	1. M-4-E-7-Q-2 (2-4-7-E-M-Q) 2-4-7-0- 2. W-8-H-S-F-3 (3-5-8-F-H-W) 3-5-8-H-W 3. 6-G-9-A-2-S (2-6-9-A-G-S) 2-6-A-S-K	0 0 0	0
6.	1. R-3-B-4-Z-1-C (1-3-4-B-C-R-Z) 2. S-T-9-J-2-X-7 (2-5-7-9-J-T-X) 3. E-1-H-8-R-4-D (1-4-8-D-E-H-R)		
7.	1. 5-H-9-S-2-N-6-A (2-5-6-9-A-H-N-S) 2. D-1-R-9-B-4-K-3 (1-3-4-9-B-D-K-R) 3. 7-M-2-T-6-F-1-Z (1-2-6-7-F-M-T-Z)		
Puntaje total del subtest (Máximo = 21)			9

14. Composición de Obtejos (Opcional)



INTERRUMPIR
No interrumpir. Administrar todos los ítems



PUNTUACIÓN
Ingresar el tiempo de ejecución en segundos y el número de uniones correctas. Aplica los puntos de bonificación y ponderar. Luego marcar el puntaje apropiado.

Ítem	Tiempo límite	Tiempo de ejecución en seg	Números de uniones correctas	Multiplicar por	Puntaje	
					(Marcar el puntaje apropiado para cada objeto. Tiempo de ejecución en segundos)	
1. Hombre	120"		(0-5)	1	0 1 2 3 4	5 6 7 8
2. Perfil	120"		(0-9)	1	0 1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12
3. Elefante	180"		(0-8)	1	0 1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11
4. Casa	180"		(0-14)	1/2	0 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10
5. Mariposa	180"		(0-8)	1	0 1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11
*Redondee los medios puntos hacia arriba					Puntaje total del subtest (Máximo = 52)	

Claves

Claves - A.L.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
—	⊥	□	└	▢	○	△	×	≡

7	6	8	4	9	5	8	7	8

Ítems de muestra

2	1	3	7	2	4	8	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4
└	—	△	└	└	×	└	—	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└

5	6	3	1	4	1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3
└	○	└	—	└	—	└	└	△	○	└	└	└	△	└	×	└	└	└	└

7	2	8	1	9	5	8	4	7	3	6	2	5	1	9	2	8	3	7	4
△	└	×	—	=	└	×	└	△	└	○	└	└	—	=	└	×	└	△	└

6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7	9	2	8	1	7
○	└	=	└	×	└	△	└	○	—	└	└	└	└	△	=	└	×	—	△

9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6
=	└	○	×	└	=	△	—	×	└	└	=	└	×	○	└				

2	7	3	6	5	1	9	8	4	5	7	3	1	4	8	7	9	1	4	5

7	1	8	2	9	3	6	7	2	8	5	2	3	1	4	8	4	2	7	6

PÁGINA DE CONVERSIÓN DE PUNTAJES

SUBTEST	Puntaje directo	Puntajes de escala del grupo de edad						Punt. de escala del grupo de referencia
		VERB.	EJEC.	CV	OP	MO	VP	
Completam. de figuras	18		8		8			8
Vocabulario	43	10		10				11
Claves	87		12				12	12
Analogías	18	8		8				8
Construcción de cubos	32		8		8			8
Aritmética	13	10				10		10
Matrices	13		8		8			8
Retención de dígitos	15	9				9		8
Información	6	5		5				5
Ordenam. de historias	8		6					6
Comprensión	10	5						5
Búsqueda de símbolos	39		(12)				12	11
Sec. de núm. y letras	9	(8)			8			8
Composición de objetos			()					
Sumas de los puntajes de escala		47	42	23	24	27	24	
		VERB.	EJEC.	CV	OP	MO	VP	

Puntaje de la Escala Completa (Verbal + Ejecución) **89**

Para convertir los puntajes directos en puntajes de escala, ver las tablas A.1 y A.2

Procedimientos Opcionales		Puntaje % acumulativo
Procedimiento opcional		
Claves - Aprendizaje Incidental	Emparej. Recuerdo libre	
Claves - Copia		

Para obtener % acumulativo, ver la Tabla A.11.

Total	55	54	=	109
+ No. de subtest	7	6	+	13
Puntaje promedio	7.86	9.00	Promedio total	8.38

SUBTEST	Puntaje de escala	Puntaje promedio	Diferencia de la media	Significación estadística Nivel 0.05	Fortaleza (+)	Debilidad (-)	Procedimiento de diferencia en la muestra de normalidad
Vocabulario	10	7.86	2.14	2.10	✓		
Analogías	8	7.86	0.14	2.77			
Aritmética	10	7.86	2.14	2.63			
Retención de dígitos	9	7.86	1.14	2.40			
Información	5	7.86	-2.86	2.34		✓	
Comprensión	5	7.86	-2.86	2.96			
Sec. de núm. y letras	8	7.86	0.14	3.16			
Completam. de figuras	8	9.00	-1.00	3.16			
Claves	12	9.00	3.00	3.04			
Construcción de cubos	8	9.00	-1.00	2.94			
Matrices	8	9.00	-1.00	2.60			
Ordenam. de historias	6	9.00	-3.00	3.75			
Búsqueda de símbolos	12	9.00	3.00	3.54			
Composición de objetos							

Para determinar las fortalezas y debilidades, ver la Tabla B.3

Determinación de Fortalezas y Debilidades

Marque uno:

Diferencia con respecto al Promedio Total

Diferencia con respecto al Promedio Verbal y al Promedio de Ejecución

La significación estadística y la frecuencia de diferencia son presentadas en la Tabla B.3 del manual

PÁGINA DE PERFILES

WAIS-III

Test de inteligencia para adultos de Wechsler - Tercera edición

PUNTAJES CI/ÍNDICE	CIV	CIE	CIEC	ICV	IOP	IMO	IVP
Sumas de puntajes de escala	47	42	89	23	24	27	24
Puntajes CI/ índice	87	89	87	88	88	94	111
Percentiles	19	23	19	21	21	34	77
Intervalo de confianza 95 %	82-92	83-96	83-91	83-94	82-96	88-101	101-119



Para el perfil del puntaje del subtest, utilizar el puntaje de escala de subtest

Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II

HOJA DE RESULTADOS

Edad: 30 años

Escala de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	600	=	Inválido	100 X
Y	Deseabilidad Social	15	=		71 Y
Z	Autodescalificación	32	=		92 Z

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL		
	Bruto	BR	X	X/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.			
1 Esquizoide	38	90	90								90	1
2 Evitativo	50	120	120		120						120	2
3 Dependiente	32	75	75								75	3
4 Histriónico	29	70	70								70	4
5 Narcisista	47	85	85								85	5
6A Antisocial	46	91	91								91	6A
6B Agresivo-sádico	51	93	93								93	6B
7 Compulsivo	50	94	94								94	7
8A Pasivo-agresivo	59	121	121								121	8A
8B Autoderrotista	51	121	121		121						121	8B

Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	53	121		121		119	119	117		117	S
C	Borderline	66	121		121	121	119	119	113		113	C
P	Paranoide	60	121		121			121	114		114	P

Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	36	107	107			105	105	98		98	A
H	Somatoformo	33	73	73			71	71	66		66	H
N	Bipolar	29	61	61							61	N
D	Distimia	48	93	93			91	91	86		86	D
B	Dependencia de alcohol	37	78	78							78	B
T	Dependencia de drogas	40	73	73							73	T

Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	43	102		102					102	102	SS
CC	Depresión mayor	31	67		67					67	67	CC
PP	Desorden delusional	29	88		88					88	88	PP

Indicador elevado >=85
Indicador moderado 75-84
Indicador sugestivo 60-74
Indicador bajo 35-59
Indicador nulo 0-34

**Escala Obsesivo
Compulsivo de Yale –
Brown**

[Handwritten signature]
23

NOMBRE DEL PACIENTE

Helen

NOMBRE DEL MEDICO

FECHA 25-11-2017

DOMICILIO Carmen de la Legua - Callao

ESCALA OBSESIVO COMPULSIVO DE YALE-BROWN (Y-BOCS)*

Las preguntas 1 a 5 se refieren a sus pensamientos obsesivos.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos indeseables que invaden sus pensamientos en contra de sus deseos y esfuerzos por resistirse a ellos. Habitualmente implican temas relativos a daños, riesgo y peligro. Algunas obsesiones frecuentes son los temores excesivos a la contaminación; dudas recurrentes acerca del peligro; preocupación excesiva por el orden, la simetría o la exactitud; temor de perder cosas importantes.

Por favor conteste cada pregunta anotando el número apropiado en el cuadro.

1. TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Qué proporción de su tiempo se ve ocupado por pensamientos obsesivos?

3

- 0 = Nada.
- 1 = Menos de 1 h/día o presentación ocasional.
- 2 = 1 a 3 h/día o frecuentes.
- 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día o presentación sumamente frecuente.
- 4 = Más de 8 h/día o presentación casi constante.

2. INTERFERENCIA DEBIDO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Hasta qué grado interfiere en sus pensamientos obsesivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?

3

- 0 = Nada.
- 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado.
- 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable.
- 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional.
- 4 = Incapacitante.

3. MALESTAR ASOCIADO CON PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Qué tanto malestar le ocasionan sus pensamientos obsesivos?

4

- 0 = Nada.
- 1 = No son demasiado inquietantes.
- 2 = Son inquietantes, pero siguen siendo manejables.
- 3 = Sumamente inquietantes.
- 4 = Inquietud casi constante e incapacitante.

4. RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES

P. ¿Qué tanto esfuerzo hace para resistirse a los pensamientos obsesivos? ¿Qué tan frecuentemente trata de ignorarlos o de no prestarles atención cuando surgen en su mente?

1

- 0 = Trato de resistirme todo el tiempo.
- 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.
- 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme.
- 3 = Me rindo ante todas las obsesiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia.
- 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las obsesiones.

5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

P. ¿Qué tanto control tiene sobre sus pensamientos obsesivos? ¿Qué tanto éxito tiene para detener o distraer sus pensamientos obsesivos? ¿Puede desecharlos?

3

- 0 = Control absoluto.
- 1 = Usualmente logro detener o distraer las obsesiones con algo de esfuerzo y concentración.
- 2 = En ocasiones logro detener o distraer las obsesiones.
- 3 = Raras veces tengo éxito para detener o distraer las obsesiones, únicamente logro distraer mi atención con dificultad.
- 4 = Las obsesiones son completamente involuntarias, raras veces logro allear, aunque sea momentáneamente, los pensamientos obsesivos.

* Esta adaptación de la Y-BOCS está abreviada de la versión original de Wayne Goodman. La versión original fue publicada por Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:1006-1011.

Las siguientes preguntas se refieren a sus comportamientos compulsivos.

Las compulsiones son impulsos que la gente tiene por hacer algo para aliviar sentimientos de ansiedad u otras inquietudes. Con frecuencia llevan al cabo comportamientos repetitivos, intencionales, con un fin determinado, denominados rituales. El comportamiento por sí mismo puede parecer apropiado, pero se convierte en ritual cuando se lleva al cabo hasta el exceso. Lavar, revisar, repetir, enderezar, atesorar y muchos otros comportamientos pueden constituir rituales. Algunos rituales son mentales. Por ejemplo, el pensar o decir cosas una y otra vez en voz baja.

6. TIEMPO DEDICADO A LLEVAR AL CABO COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Cuánto tiempo dedica a llevar al cabo comportamientos compulsivos? ¿Qué tanto tiempo más que a otras personas le lleva concluir actividades rutinarias debido a sus rituales? ¿Con qué frecuencia lleva al cabo rituales?

4

- 0 = Nada.
- 1 = Menos de 1 h/día, o desempeño ocasional de comportamientos obsesivos.
- 2 = De 1 a 3 h/día, o desempeño frecuente de comportamientos compulsivos.
- 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día, o desempeño muy frecuente de comportamientos compulsivos.
- 4 = Más de 8 h/día, o desempeño casi constante de comportamientos compulsivos (demasiado numerosos para contarlos).

7. INTERFERENCIA DEBIDO A COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Hasta qué grado interfieren sus comportamientos compulsivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?

2

- 0 = Nada.
- 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado.
- 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable.
- 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional.
- 4 = Incapacitante.

8. MALESTAR ASOCIADO CON EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Cómo se sentiría si se viera impedido para llevar a cabo su(s) compulsión(es)? ¿Qué tan ansioso se sentiría?

3

- 0 = Nada.
- 1 = Tan solo ligeramente ansioso si me impiden mis compulsiones.
- 2 = La ansiedad se agudizaría, pero seguiría siendo manejable si me impidieran mis compulsiones.
- 3 = Aumento notorio y sumamente inquietante de la ansiedad si mis compulsiones son interrumpidas.
- 4 = Ansiedad incapacitante a causa de cualquier intervención tendiente a modificar la actividad.

9. RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES

P. ¿Qué tanto esfuerzo hace por resistirse a las compulsiones?

4

- 0 = Trato de resistirme todo el tiempo.
- 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.
- 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme.
- 3 = Me rindo ante todas las compulsiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia.
- 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las compulsiones.

10. GRADO DE CONTROL SOBRE EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Qué tan fuerte es el impulso por llevar a cabo el comportamiento compulsivo? ¿Qué tanto control tiene usted sobre las compulsiones?

4

- 0 = Control absoluto.
- 1 = Presión para llevar al cabo el comportamiento, pero suelo ser capaz de ejercer un control voluntario sobre éste.
- 2 = Presión intensa por llevar al cabo el comportamiento, lo puedo controlar con dificultad.
- 3 = Impulso muy intenso por llevar al cabo el comportamiento, debo efectuarlo hasta su conclusión, sólo lo puedo retardar con dificultad.
- 4 = El impulso por llevar al cabo el comportamiento se experimenta como algo completamente involuntario e irresistible, raras veces soy capaz de retardar, aunque sea momentáneamente, la actividad.

31

Catificación total
SEVERO

Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

A/E = NORMAL
A/R = SEVERO

[Handwritten signature]

STAI

A/E
A/R

PD = 30 + 5 - 21 = 14
PD = 21 + 30 - 3 = 48

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Helen Edad 30 Sexo F
 Centro curso / puesto Estado civil S
 Otros Datos Fecha 25-11-2017

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento cómodo.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desaseado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
- 1 = A veces
- 2 = A menudo
- 3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy Satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una Persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)

I DB - II
**INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION**
 For: Aaron T. Beck
 Traducido y Adaptado por:
 Máximo Brush C.
DEPRESION GRAVE
 Subtotal Pag. 1: 24
 Subtotal Pag. 2: 21
 Puntaje Total: 45
No: 000143
 Nombre: Helen Estado Civil: S Edad: 30 Sexo: F
 Ocupación: Operaria de Producción Educación: Secundaria Completa Fecha: 25-11-2017
 Evaluado por: Daniel Arturo Marriscal Del Castillo C.P.P.: _____ Fax: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste. 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo. ② Estoy triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro. 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre. 2 No espero que las cosas me salgan bien. ③ Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un(a) fracasado(a). 1 He fracasado más de lo que debería. ② Mirando mi pasado, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. ③ No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. ③ Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida. 2 Espero ser castigado(a) por la vida. ③ Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p>0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona. ① He perdido la confianza en mí mismo(a). 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a). 3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p>0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre. 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo. 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos. ③ Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme. ① He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría. 2 Quisiera matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía llorar. 1 Llora más de lo que solía llorar. 2 Llora por cualquier cosa. ③ Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
---	---

Continúa al Reverso

24 Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo más decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible.
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como Antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
-
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
-
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
-
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
-
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
-
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Reciente ante no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración.

A Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas.

No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.

B Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.

C Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail:
psichometrika@hotmail.com

psichometrika

Apartado 167 Lima 14 Cel: 903-5707
 Telefax: 476-9445

21 Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

ANEXO D: Post-Test

**Escala Obsesivo
Compulsivo de Yale –
Brown**

[Handwritten signature]
23

NOMBRE DEL PACIENTE

Helen

NOMBRE DEL MEDICO

FECHA 18-08-2018

DOMICILIO Carmen de La Legua - Callao.

ESCALA OBSESIVO COMPULSIVO DE YALE-BROWN (Y-BOCS)*

Las preguntas 1 a 5 se refieren a sus pensamientos obsesivos.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos indeseables que invaden sus pensamientos en contra de sus deseos y esfuerzos por resistirse a ellos. Habitualmente implican temas relativos a daños, riesgo y peligro. Algunas obsesiones frecuentes son los temores excesivos a la contaminación; dudas recurrentes acerca del peligro; preocupación excesiva por el orden, la simetría o la exactitud; temor de perder cosas importantes.

Por favor conteste cada pregunta anotando el número apropiado en el cuadro.

<p>1. TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Qué proporción de su tiempo se ve ocupado por pensamientos obsesivos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p>0 = Nada. 1 = Menos de 1h/día o presentación ocasional. 2 = 1 a 3 h/día o frecuentes. 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día o presentación sumamente frecuente. 4 = Más de 8 h/día o presentación casi constante.</p>	<p>4. RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES P. ¿Qué tanto esfuerzo hace para resistirse a los pensamientos obsesivos? ¿Qué tan frecuentemente trata de ignorarlos o de no prestarles atención cuando surgen en su mente?</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p>0 = Trato de resistirme todo el tiempo. 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo. 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme. 3 = Me rindo ante todas las obsesiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia. 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las obsesiones.</p>
<p>2. INTERFERENCIA DEBIDO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Hasta qué grado interfiere en sus pensamientos obsesivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p>0 = Nada. 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado. 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable. 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional. 4 = Incapacitante.</p>	<p>5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Qué tanto control tiene sobre sus pensamientos obsesivos? ¿Qué tanto éxito tiene para detener o distraer sus pensamientos obsesivos? ¿Puede desecharlos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0</p> <p>0 = Control absoluto. 1 = Usualmente logro detener o distraer las obsesiones con algo de esfuerzo y concentración. 2 = En ocasiones logro detener o distraer las obsesiones. 3 = Raras veces tengo éxito para detener o distraer las obsesiones, únicamente logro distraer mi atención con dificultad. 4 = Las obsesiones son completamente involuntarias, raras veces logro alterar, aunque sea momentáneamente, los pensamientos obsesivos.</p>
<p>3. MALESTAR ASOCIADO CON PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Qué tanto malestar le ocasionan sus pensamientos obsesivos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p>0 = Nada. 1 = No son demasiado inquietantes. 2 = Son inquietantes, pero siguen siendo manejables. 3 = Sumamente inquietantes. 4 = Inquietud casi constante e incapacitante.</p>	<p><small>* Esta adaptación de la Y-BOCS está abreviada de la versión original de Wayne Goodman. La versión original fue publicada por: Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:1006-1011.</small></p>

Las siguientes preguntas se refieren a sus comportamientos compulsivos.

Las compulsiones son impulsos que la gente tiene por hacer algo para aminorar sentimientos de ansiedad u otras inquietudes. Con frecuencia llevan al cabo comportamientos repetitivos, intencionales, con un fin determinado, denominados rituales. El comportamiento por sí mismo puede parecer apropiado, pero se convierte en ritual cuando se lleva al cabo hasta el exceso. Lavar, revisar, repetir, enderezar, atesorar y muchos otros comportamientos pueden constituir rituales. Algunos rituales son mentales. Por ejemplo, el pensar o decir cosas una y otra vez en voz baja.

8. MALESTAR ASOCIADO CON EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Cómo se sentiría si se viera impedido para llevar a cabo su(s) compulsión(es)? ¿Qué tan ansioso se sentiría?

- 0 = Nada.
- 1 = Tan solo ligeramente ansioso si me impiden mis compulsiones.
- 2 = La ansiedad se agudizaría, pero seguiría siendo manejable si me impidieran mis compulsiones.
- 3 = Aumento notorio y sumamente inquietante de la ansiedad si mis compulsiones son interrumpidas.
- 4 = Ansiedad incapacitante a causa de cualquier intervención tendiente a modificar la actividad.

6. TIEMPO DEDICADO A LLEVAR AL CABO COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Cuánto tiempo dedica a llevar al cabo comportamientos compulsivos? ¿Qué tanto tiempo más que a otras personas le lleva concluir actividades rutinarias debido a sus rituales? ¿Con qué frecuencia lleva al cabo rituales?

- 0 = Nada.
- 1 = Menos de 1 h/día, o desempeño ocasional de comportamientos obsesivos.
- 2 = De 1 a 3 h/día, o desempeño frecuente de comportamientos compulsivos.
- 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día, o desempeño muy frecuente de comportamientos compulsivos.
- 4 = Más de 8 h/día, o desempeño casi constante de comportamientos compulsivos (demasiado numerosos para contarlos).

9. RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES

P. ¿Qué tanto esfuerzo hace por resistirse a las compulsiones?

- 0 = Trato de resistirme todo el tiempo.
- 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo.
- 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme.
- 3 = Me rindo ante todas las compulsiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia.
- 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las compulsiones.

7. INTERFERENCIA DEBIDO A COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Hasta qué grado interfieren sus comportamientos compulsivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?

- 0 = Nada.
- 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado.
- 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable.
- 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional.
- 4 = Incapacitante.

10. GRADO DE CONTROL SOBRE EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Qué tan fuerte es el impulso por llevar a cabo el comportamiento compulsivo? ¿Qué tanto control tiene usted sobre las compulsiones?

- 0 = Control absoluto.
- 1 = Presión para llevar al cabo el comportamiento, pero suelo ser capaz de ejercer un control voluntario sobre éste.
- 2 = Presión intensa por llevar al cabo el comportamiento, lo puedo controlar con dificultad.
- 3 = Impulso muy intenso por llevar al cabo el comportamiento, debo efectuarlo hasta su conclusión, sólo lo puedo retardar con dificultad.
- 4 = El impulso por llevar al cabo el comportamiento se experimenta como algo completamente involuntario e irresistible, raras veces soy capaz de retardar, aunque sea momentáneamente, la actividad.

Calificación total

SIN MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Escala de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

A/E = NORMAL
 A/R = MODERADO

[Handwritten signature]

STAI

A/E
 A/R

PD = 30	+ 5	- 22 =	13
PD = 21	+ 17	- 13 =	25

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y Nombres Helen Edad 31 Sexo F
 Centro..... curso / puesto..... Estado civil S
 Otros Datos..... Fecha 18-08-2018

A - E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	N	A	B	M
1. Me siento calmado.....	0	1	2	3 (1)
2. Me siento seguro.....	0	1	2 (2)	3
3. Estoy tenso.....	0 (0)	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1 (1)	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2 (2)	3
6. Me siento alterado.....	0 (0)	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1 (1)	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2 (2)	3
9. Me siento angustiado.....	0 (0)	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2 (2)	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2 (2)	3
12. Me siento nervioso.....	0 (0)	1	2	3
13. Estoy desasegado.....	0	1	2 (2)	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0 (0)	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2 (2)	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2 (2)	3
17. Estoy preocupado.....	0	1 (1)	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0 (0)	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2 (2)	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3 (3)

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lee las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente

- 0 = Casi nunca
- 1 = A veces
- 2 = A menudo
- 3 = Casi siempre

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme a tiempo.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mi mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy Satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una Persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

IDB-II

INVENTARIO DE
DEPRESION BECK
SEGUNDA EDICION
Por: Aaron T. Beck
Traducido y Adaptado por:
Máximo Brush C.

Subtotal Pag. 1:	2
Subtotal Pag. 2:	2
Puntaje Total:	4

No: 000143

Nombre: Helen Estado Civil: 5 Edad: 31 Sexo: F
 Ocupación: Operaria de Producción Educación: Secundaria Completa Fecha: 18-08-2018
 Evaluado por: Daniel Arturo Manscal Del Castillo C.P.P.: _____ Fax: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo, la que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Encierre con un círculo el número que se encuentra al lado de cada frase que usted escoja. Si dentro de un grupo hay más de una frase que podría aplicarse a su situación con la misma relevancia, decídase por la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, inclusive en el grupo 16 (Cambios en el Patrón de Sueño) y en el grupo 18 (Cambios de Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento triste. <input type="radio"/> 1 Me siento triste la mayor parte del tiempo. <input type="radio"/> 2 Estoy triste todo el tiempo. <input type="radio"/> 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento desanimado(a) acerca del futuro. <input type="radio"/> 1 Me siento más desanimado(a) acerca de mi futuro que de costumbre. <input type="radio"/> 2 No espero que las cosas me salgan bien. <input type="radio"/> 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas solamente van a empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p><input type="radio"/> 0 No me siento como un(a) fracasado(a). <input type="radio"/> 1 He fracasado más de lo que debería. <input checked="" type="radio"/> 2 Mirando mi pasado, veo muchos fracasos. <input type="radio"/> 3 Siento que como persona, soy un fracaso total.</p> <p>4. Falta de Placer</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Obtengo tanto placer como antes de las cosas que disfruto. <input type="radio"/> 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. <input type="radio"/> 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. <input type="radio"/> 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me siento particularmente culpable. <input type="radio"/> 1 Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería hacer y no las hice. <input type="radio"/> 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. <input type="radio"/> 3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No siento que estoy siendo castigado(a) por la vida. <input type="radio"/> 1 Siento que quizá esté siendo castigado(a) por la vida. <input type="radio"/> 2 Espero ser castigado(a) por la vida. <input type="radio"/> 3 Siento que estoy siendo castigado(a) por la vida.</p> <p>7. Auto-Desprecio</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 Me siento igual que siempre acerca de mi persona. <input type="radio"/> 1 He perdido la confianza en mí mismo(a). <input type="radio"/> 2 Me siento decepcionado(a) conmigo mismo(a). <input type="radio"/> 3 No me gusta quien soy.</p> <p>8. Auto-Crítica</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No me critico o me culpo a mí mismo(a) más que de costumbre. <input type="radio"/> 1 Me critico a mí mismo(a) más de lo que solía hacerlo. <input type="radio"/> 2 Me critico a mí mismo(a) por todos mis defectos. <input type="radio"/> 3 Me culpo a mí mismo(a) por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No tengo ningún pensamiento de matarme. <input type="radio"/> 1 He tenido pensamientos de matarme. Pero no lo haría. <input type="radio"/> 2 Quisiera matarme. <input type="radio"/> 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p><input checked="" type="radio"/> 0 No lloro más de lo que solía llorar. <input type="radio"/> 1 Lloro más de lo que solía llorar. <input type="radio"/> 2 Lloro por cualquier cosa. <input type="radio"/> 3 Siento que aunque quiero llorar, no puedo.</p>
--	--

Continúa al Reverso

2

Subtotal Pag. 1

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado(a) que tengo que estar moviéndome constantemente o haciendo algo.

12. Falta de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras personas o actividades.
- 1 Ahora estoy menos interesado(a) en otras personas o actividades que antes.
- 2 He perdido mucho interés en otras personas o actividades.
- 3 Se me hace difícil tratar de interesarme en cualquier cosa.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Se me hace más difícil tomar decisiones que de costumbre.
- 2 Ahora tengo mucha más dificultad para tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo dificultad para tomar cualquier decisión.

14. Falta de Valor Personal

- 0 No siento que soy inservible
- 1 No me considero que sea tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento inservible en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inservible.

15. Falta de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
-
- 1a Duermo algo más que de costumbre.
- 1b Duermo algo menos que de costumbre.
-
- 2a Duermo mucho más que de costumbre.
- 2b Duermo mucho menos que de costumbre.
-
- 3a Duermo todo el día.
- 3b Despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 1 Estoy más irritado(a) que de costumbre.
- 2 Estoy mucho más irritado(a) que de costumbre.
- 3 Estoy irritado(a) todo el tiempo.

18. Cambios de Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
-
- 1a Tengo un poco menos de apetito que de costumbre.
- 1b Tengo un poco más de apetito que de costumbre.
-
- 2a Tengo mucho menos apetito que de costumbre.
- 2b Tengo mucho más apetito que de costumbre.
-
- 3a No tengo nada de apetito.
- 3b Tengo muchas ganas de comer todo el tiempo.

19. Dificultades de Concentración

- 0 Me puedo concentrar tan bien como siempre.
- 1 No me puedo concentrar tan bien como acostumbraba.
- 2 Es difícil mantener mi mente concentrada en algo por mucho tiempo.
- 3 Me doy cuenta que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No me canso o fatigo más que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer algunas de las cosas que antes hacía.
- 3 Estoy muy cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que antes hacía.

21. Falta de Interés en el Sexo

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi deseo sexual.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos interés en el sexo que antes.
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo.

Instrucciones para después de la administración:

- A) Una vez concluida la administración del cuestionario, verifique que todos los datos estén consignados y que todas las preguntas hayan sido contestadas. No olvide los **Subtotales por página**, que son la suma de los puntajes de cada frase escogida, ni el **Puntaje Total**, que es la suma de los subtotales por página.
- B) Remítanos, vía fax, la cara anterior del cuestionario. Luego, por el mismo medio, le indicaremos el rango de la depresión de la persona evaluada.
- C) Si desea mayor información acerca de la prueba contáctese con el siguiente e-mail: psichometrika@hotmail.com

psichometrika

Apartado 167 Lima 14 Cel.: 909-5707
 Telefax : 476-9445

2 Subtotal Pag. 2

Nota: Este cuestionario ha sido impreso originalmente en tinta azul y negra. Si su copia no aparece de esta manera, quiere decir que ha sido fotocopiada en violación de los derechos reservados.

**ANEXO E: Registro de
Unidades Subjetivas
de Ansiedad
(Respiración
Abdominal)**

REGISTRO

LUNES

• ANTES: USAS: 8 - ppm: 100

• DESPUES: USAS: 6 - ppm: 96

MARTES

• ANTES: USAS: 8 - ppm: 96

• DESPUES: USAS: 6 - ppm: 88

MIERCOLES

• ANTES: USAS: 8 - ppm: 96

• DESPUES: USAS: 6 - ppm: 88

JUEVES

• ANTES: USAS: 7 - ppm: 92

• DESPUES: USAS: 6 - ppm: 84

VIERNES

• ANTES: USAS: 8 - ppm: 92

• DESPUES: USAS: 6 - ppm: 84

**ANEXO F: Registro de
Unidades Subjetivas
de Ansiedad
(Relajación Progresiva
Muscular de Jacobson)**

• RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA:

①. ZONA DE BRAZO: Mano, puño, Bíceps, Antebrazos.

- Tensar el puño 2(D) - 2(I) después Los dos.
- Brazo estirado 2(D) - 2(I) después Los dos.
- Bíceps Flexionado 2(D) - 2(I) después Los dos.

- pulso solo
- después respiración (pulso)
- relajación muscular
- después respiración (pulso)

②. CABEZA, CUELLO y HOMBRO: Cara

- 1.- arrugar la frente hacia arriba (levantar las cejas)
- 2.- Fruncir el ceño.
- 3.- Apretar los ojos
- 4.- levantar la nariz
- 5.- Fingir la sonrisa
- 6.- tensar los labios (Beso pica)
- 7.- Lengua al paladar.

* CUELLO:

- 1.- Tensar el cuello para atrás y girar a los costados (D y I)
- 2.- Barbilla contra el pecho.

* HOMBRO: levantar los hombros.

③. GRUPO

- 1.- TO
- 2.- AB
- 3.- ES

④. GRUPO

- 1.-
- 2.-
- 3.-

③. Grupo:

1: **TORAX:** Inhalar, Contraigo Los Brazos hacia delante y de hoy relajo.

2: **ABDOMEN:** Contraigo el estómago hacia adentro y Suelto y relajo

3: **ESPALDA:** Brazos juntos y llevarlos hacia atraz buscando juntar Los omoplaetos.

④. Grupo:

1: **GLUTEOS:** Contraer Los Gluteos y soltarlas

2: **PIERNAS:** levantar el pie uno por uno y apuntar hacia adentro

3: **PIES:** levantar Las piernas y apuntar hacia adelante.

RELAJACIÓN MUSCULAR

PROGRESIVA

ANTES: 8 — PPM: 100	ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 7 — PPM: 92
DESPUES: 6 — PPM: 96	DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 88
5 — PPM: 92	6 — PPM: 80	5 — PPM: 84
ANTES: 8 — PPM: 96	ANTES: 7 — PPM: 84	ANTES: 9 — PPM: 76
DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 80	DESPUES: 7 — PPM: 72
5 — PPM: 84	5 — PPM: 76	5 — PPM: 68
ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 9 — PPM: 116	ANTES: 8 — PPM: 92
DESPUES: 6 — PPM: 84	DESPUES: 7 — PPM: 112	DESPUES: 7 — PPM: 84
5 — PPM: 80	6 — PPM: 108	6 — PPM: 80
ANTES: 7 — PPM: 88	ANTES: 7 — PPM: 76	ANTES: 9 — PPM: 100
DESPUES: 6 — PPM: 76	DESPUES: 6 — PPM: 72	DESPUES: 8 — PPM: 96
5 — PPM: 72	5 — PPM: 68	6 — PPM: 92
ANTES: 9 — PPM: 96	ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 7 — PPM: 96
DESPUES: 8 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 92
7 — PPM: 84	5 — PPM: 80	5 — PPM: 88

CAPIEZA Y CUELLO

ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 7 — PPM: 84	ANTES: 7 — PPM: 92
DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 80	DESPUES: 6 — PPM: 88
6 — PPM: 80	5 — PPM: 76	6 — PPM: 80
ANTES: 7 — PPM: 84	ANTES: 7 — PPM: 84	ANTES: 9 — PPM: 76
DESPUES: 6 — PPM: 80	DESPUES: 6 — PPM: 80	DESPUES: 7 — PPM: 72
5 — PPM: 76	5 — PPM: 76	5 — PPM: 68
ANTES: 9 — PPM: 116	ANTES: 9 — PPM: 116	ANTES: 8 — PPM: 92
DESPUES: 7 — PPM: 112	DESPUES: 7 — PPM: 112	DESPUES: 7 — PPM: 84
6 — PPM: 108	6 — PPM: 108	6 — PPM: 80
ANTES: 7 — PPM: 76	ANTES: 7 — PPM: 76	ANTES: 9 — PPM: 100
DESPUES: 6 — PPM: 72	DESPUES: 6 — PPM: 72	DESPUES: 8 — PPM: 96
5 — PPM: 68	5 — PPM: 68	6 — PPM: 92
ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 7 — PPM: 96
DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 92
5 — PPM: 80	5 — PPM: 80	5 — PPM: 88

TORAX

ANTES: 7 — PPM: 92	ANTES: 9 — PPM: 76	ANTES: 7 — PPM: 92
DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 7 — PPM: 72	DESPUES: 6 — PPM: 88
5 — PPM: 84	5 — PPM: 68	5 — PPM: 84
ANTES: 9 — PPM: 76	ANTES: 7 — PPM: 72	ANTES: 9 — PPM: 76
DESPUES: 7 — PPM: 72	DESPUES: 5 — PPM: 68	DESPUES: 7 — PPM: 72
5 — PPM: 68	5 — PPM: 68	5 — PPM: 68
ANTES: 8 — PPM: 92	ANTES: 8 — PPM: 92	ANTES: 8 — PPM: 92
DESPUES: 7 — PPM: 84	DESPUES: 7 — PPM: 84	DESPUES: 7 — PPM: 84
6 — PPM: 80	6 — PPM: 80	6 — PPM: 80
ANTES: 9 — PPM: 100	ANTES: 9 — PPM: 100	ANTES: 9 — PPM: 100
DESPUES: 8 — PPM: 96	DESPUES: 8 — PPM: 96	DESPUES: 8 — PPM: 96
6 — PPM: 92	6 — PPM: 92	6 — PPM: 92
ANTES: 7 — PPM: 96	ANTES: 7 — PPM: 96	ANTES: 7 — PPM: 96
DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 88	DESPUES: 6 — PPM: 88
5 — PPM: 88	5 — PPM: 88	5 — PPM: 88

LUNES

MARTE

ANEXO G: Registro de Pensamientos (SPEC)

¿CÓMO TE SIENTES? EMOCIÓN, TRISTEZA, CÓLERA, ETC.	¿QUÉ SUCEDIÓ PARA QUE TE SIENTAS ASÍ? RECORDE, LOS OTROS ME...	¿QUÉ PENSASTE? (QUE SIGNIFICÓ PARA TI ESA SITUACIÓN)	¿CÓMO REACCIONASTE. QUE HICISTE?
<p>NO</p> <p>EMOCIÓN ANSIEDAD (9/10)</p>	<p>SITUACIÓN</p> <p>Sali de mi casa y llegue al trabajo y vi a mi compañera.</p>	<p>* PENSAMIENTO</p> <p>"Que estoy enamorada de mi compañera"</p>	<p>CONDUCTA</p> <p>Hicele a la persona, o también dejarme tratar de no hacerla trabajar sola apartada. Quiero estar lo mas lejos posible.</p>
<p>ANSIEDAD (9/10)</p>	<p>Sali del trabajo, tome la moto, encuche canción de amor.</p>	<p>"Me pregunto soy lesbiana o no, y mi amiga se bien a mi mente"</p>	<p>Interamente te hablo me pongo ejemplos, comparto de tus cosas pasadas... Reverado lo vivido ambientamente me transmitió pero después vuelve el pensamiento. * Intencionalmente me vuelvo</p>
<p>ANSIEDAD (9/10)</p>	<p>estoy en mi cuarto mirando tele</p>	<p>"Que estoy enamorada de una chica, me expite una y otra vez"</p>	<p>hacer preguntas y recordar mis experiencias pasadas con mis parejas y hay trato de decirme que no soy lesbiana?? * Quiero llorar, me duele la cabeza, no quiero trabajar con mis amigas. Quiero estar sola, pero mi madre me domina, es una lucha constante.</p>
<p>ANSIEDAD (10/10)</p>	<p>estoy en mi trabajo haciendo mis labores con mis compañeros consentrada pero repente aparece el pensamiento.</p>	<p>"Que mi amiga es el amor de mi vida, que estoy enamorada de mi amiga, que soy lesbiana"</p> <p>de una imagen que beso a una chica en la boca.</p>	<p>hacer preguntas y recordar mis experiencias pasadas con mis parejas y hay trato de decirme que no soy lesbiana?? * Quiero llorar, me duele la cabeza, no quiero trabajar con mis amigas. Quiero estar sola, pero mi madre me domina, es una lucha constante.</p>

<p>11/09/18 5:40pm</p> <p>ANSIEDAD (7/10)</p>	<p>• me cambio para venirme a mi casa estoy en el baño luego Salgo del baño</p>	<p>• Que deje el Candado Sin Cerrar, es algo que me conviene</p>	<p>• Regreso al baño y verifico 2 Veces. hasta le pregunte a mis amigos esta cerrado mi Candado.</p>	<p>21/10/18 8:00pm</p> <p>(1/10)</p>
<p>11/10/18 6:20 pm</p> <p>ANSIEDAD (7/10)</p>	<p>• "estoy en mi Cuarto Solo viendo television"</p>	<p>• "Que Soy lesbiana y si me enamoro de una Mujer. Pero Siempre estuve con hombres. por que pienso esas cosas tan feas."</p>	<p>• He Digo que yo Siempre Fui una persona que pen- saba Sobre un futuro como toda Mujer. y se me paso por un Rato. pero despues el pensamiento vuelve aparacese.</p>	<p>21/10/18 8:00pm</p> <p>(1/10)</p>
<p>ANSIEDAD (7/10)</p>	<p>• Que deje el Candado Sin Cerrar, es algo que me conviene</p>	<p>• Regreso al baño y verifico 2 Veces. hasta le pregunte a mis amigos esta cerrado mi Candado.</p>	<p>• He Digo que yo Siempre Fui una persona que pen- saba Sobre un futuro como toda Mujer. y se me paso por un Rato. pero despues el pensamiento vuelve aparacese.</p>	<p>21/10/18 8:00pm</p> <p>(1/10)</p>

ANEXO H: Registro Diario de Obsesiones

Apéndice 11.1
Registro Diario de la Obsesión Primaria

Nombre: Helen Fecha: 18-03-2018
Obsesión primaria: "Soy lesbiana", "Me he enamorado de una mujer"

Instrucciones: En consulta con su terapeuta, por favor registre el pensamiento, imagen o impulso obsesivo que más le moleste en este momento. Señale el número aproximado de veces que experimenta la obsesión cualquier día particular. A continuación complete las escalas de valoración de cada día que indiquen su experiencia más típica de la obsesión durante ese día. Este formulario debe ser cumplimentado cada noche al acostarse.

Día de la semana	Frecuencia aproximada de la obsesión durante el día	Angustia media de la obsesión (0 = ninguna, 100 = extrema, próxima al pánico)	Intensidad del esfuerzo por controlar la obsesión (0 = ningún esfuerzo, 100 = esfuerzo enorme por dejar de pensar en la obsesión)	Intensidad de la urgencia a ejecutar la compulsión o neutralización (0 = ninguna urgencia, 100 = urgencia irresistible)
Domingo	14 x 3 = 42	50	60	50
Lunes	14 x 2 = 28	40	40	40
Martes	15 x 3 = 45	55	55	40
Miércoles	14 x 4 = 56	60	50	40
Jueves	14 x 3 = 42	50	50	40
Viernes	14 x 4 = 56	55	45	40
Sábado	14 x 2 = 28	40	30	30
Domingo	3	10	10	5
Lunes	15 x 3 = 45	55	50	45
Martes	14 x 3 = 42	40	40	30
Miércoles	15 x 4 = 60	60	60	50
Jueves	15 x 2 = 30	30	30	20
Viernes	15 x 2 = 30	30	30	20
Sábado				

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice solo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).

Apéndice 11.1
Registro Diario de la Obsesión Primaria

Nombre: Helen Fecha: 18-03-2018
 Obsesión primaria: "No he cerrado la puerta de mi cuarto con seguro al salir"

Instrucciones: En consulta con su terapeuta, por favor registre el pensamiento, imagen o impulso obsesivo que más le moleste en este momento. Señale el número aproximado de veces que experimenta la obsesión cualquier día particular. A continuación complete las escalas de valoración de cada día que indiquen su experiencia más típica de la obsesión durante ese día. Este formulario debe ser cumplimentado cada noche al acostarse.

Día de la semana	# Frecuencia aproximada de la obsesión durante el día	Angustia media de la obsesión (0 = ninguna, 100 = extrema, próxima al pánico)	Intensidad del esfuerzo por controlar la obsesión (0 = ningún esfuerzo, 100 = esfuerzo enorme por dejar de pensar en la obsesión)	Intensidad de la urgencia a ejecutar la compulsión o neutralización (0 = ninguna urgencia, 100 = urgencia irresistible)
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves	4	40	40	50
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Lunes				
Martes	3	50	50	60
Miércoles				
Jueves	2	40	40	50
Viernes				
Sábado				

De *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press. Los compradores del presente libro pueden fotocopiar este apéndice solo con fines de uso personal (véase página de copyright para más detalles).