



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Intervención Terapéutica en Adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo en un
Consultorio de Psicología de una Universidad Particular de Lima, 2020

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

Sarmiento Rodriguez, Luz Esperanza

ASESORA

Dra. Rico Chaname, Delia Gladys

Lima – Perú

Agosto 2020

DEDICATORIA

A mis padres, por enseñarme con el ejemplo el significado de la palabra perseverancia.

A mi hermana, mi compañera de amanecidas.

A mis abuelos y familia, por el apoyo constante, las palabras de aliento y las infinitas muestras de cariño.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Jefe del Consultorio de Psicología por darme la oportunidad de ampliar mi experiencia profesional, donde además de poner en práctica mis conocimientos aprendí mucho más de esta hermosa carrera en donde no sólo pones a prueba los años de universidad sino también tu lado más humano, sensible y empático.

Finalmente agradecer al Mg. Oscar Calle Brioló y al Mg. Manuel Arbocco, profesores que a lo largo de mi carrera se ganaron mi respeto y admiración como profesionales y seres humanos, gracias por contribuir tanto en mi formación académica.



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE FIGURAS	6
ÍNDICE DE TABLA	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT AND KEYWORDS	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES.....	15
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	15
1.1.1. Descripción del servicio.	15
1.1.2. Ubicación geográfica y contexto socioeconómico.	17
1.1.3. Actividad general o área de desempeño.	18
1.1.4. Misión.....	18
1.1.5. Visión.....	19
1.1.6. Valores.....	19
CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA	20
2.1. ACTIVIDAD PROFESIONAL DESARROLLADA	20
2.2. PROPÓSITO DEL PUESTO Y FUNCIONES ASIGNADAS.....	21
2.3. PRODUCTO.....	22
2.4. RESULTADOS	22
CAPÍTULO III: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA	23
3.1. TEORÍA Y LA PRÁCTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL	23
3.1.1. Definiciones.	23
3.1.1.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo.	23
3.1.1.2 Obsesión.....	23
3.1.1.3 Compulsión.....	24

3.1.2. Etiología.	24
3.1.3. Terapia Cognitivo – Conductual.	25
3.1.4. Terapia Racional Emotiva Conductual.	27
3.1.5. Investigaciones.	31
3.1.5.1 Nacionales.	31
3.1.5.2 Internacionales.	31
3.2. ACCIONES, METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS.	32
3.2.1. Descripción de las acciones.	32
3.2.2. Metodología.	32
3.2.3. Método.	33
3.2.4. Técnicas de recolección de datos.	33
3.2.5. Procedimiento.	34
3.2.6. Desarrollo de estrategias.	35
3.2.7. Programa “Aprendiendo a desapehender”.	35
3.2.8. Evaluación.	42
CAPÍTULO IV: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES.	43
CONCLUSIONES.	43
RECOMENDACIONES.	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	45

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1: Organigrama del Consultorio de Psicología.
- Figura 2: Mapa de la ubicación de la Institución.
- Figura 3: Modelo ABC (Ellis, 1958)



ÍNDICE DE TABLA

- Tabla 1: Programa de intervención “Aprendiendo a desaprehender”



**INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN ADULTOS CON TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO EN UN CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD
PARTICULAR DE LIMA**

RESUMEN

El presente informe tiene como finalidad describir un programa de intervención realizado bajo los lineamientos y conocimientos adquiridos en la Facultad de Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

La Experiencia Profesional se desarrolló en una Universidad Particular de Lima orientada a servir a la comunidad estudiantil, a sus egresados y a la comunidad en general, dicha institución tiene facultades en todo Lima y una filial en Provincia, una de las fortalezas de la institución es el Consultorio de Psicología la misma que brinda atención psicológica no sólo a los estudiantes sino también al público en general.

En mi experiencia profesional desarrollé de forma práctica los conocimientos alcanzados a lo largo de la carrera de Psicología, los cuales me permitieron abordar un caso clínico de una paciente con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, de esta forma pude dar seguimiento al abordaje del caso, este contexto me permitió implementar un programa de intervención.

A partir de las necesidades visualizadas se desarrolló el programa “Aprendiendo a desaprehender”, dicho programa se ejecutó con el compromiso y la responsabilidad requerida, analizando las teorías y enfoques terapéuticos necesarios.

Los resultados obtenidos fueron favorables tanto para el paciente como para su entorno, dentro de los logros se encuentran la disminución del tiempo dedicado a realizar un acto compulsivo, se

consiguió confrontar las creencias irracionales y darle un nuevo significado a sus pensamientos, concluyendo que tanto el enfoque Cognitivo Conductual como la Terapia Racional Emotiva tienen un efecto positivo para la intervención en estos casos.

Palabras clave: Terapia cognitiva conductual, terapia racional emotiva conductual, creencias, conductas, intervención.



**THERAPEUTIC INTERVENTION IN ADULTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE
DISORDER IN A PSYCHOLOGY OFFICE OF A PARTICULAR UNIVERSITY IN
LIMA**

ABSTRACT AND KEYWORDS

This report aims to describe an intervention program performed under the guidelines and knowledge acquired in the Faculty of Psychology of the Inca Garcilaso de la Vega University

The Professional Experience was developed in a Private University of Lima aimed at serving the student community, its graduates and the community in general, this institution has faculties throughout Lima and has a branch in the Province, one of the strengths of the institution is the Psychology Clinic which provides psychological care not only to the student community but also to the general public. In my professional experience I developed in a practical way the knowledge achieved throughout the career of Psychology, which allowed me to address a clinical case of a patient diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder, In this way I was able to follow up on the approach I made to the clinical, this context allowed me to implement an intervention program.

Based on the above needs, the "Learning to Unlearn", this programme was implemented with the required commitment and responsibility, analyzing the therapeutic theories and approaches necessary.

The results obtained were favorable for both the patient and his environment, within the achievements are the reduction of the time spent to perform a compulsive act, it was possible to confront irrational beliefs and give a new meaning to their thoughts, concluding that both the

Cognitive Behavioral approach and the Rational Emotional Therapy have a positive effect for the intervention in these cases.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, rational emotional behavioral therapy, beliefs, behaviors, intervention.



INTRODUCCIÓN

El informe desarrollado bajo la modalidad del curso de suficiencia profesional para obtener el grado de licenciada en psicología, tiene como objetivo principal describir la problemática e intervención desarrollada en el ámbito de la psicología clínica en un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Si bien es cierto, dicho trastorno puede pasar desapercibido, desde el familiar amante de la limpieza hasta la amiga o el amigo que tiene un lugar para cada cosa, la interrogante sería ¿En qué momento esto pasa de ser algo llamado “normal” a convertirse en una situación que escape de las manos tanto para la persona que lo padece como para su entorno?

Debida a esta problemática decidí abarcar este tema para lo cual se llevó a cabo un programa de intervención, importante no sólo para el profesional de la salud sino también para que las personas sepan identificar en qué momento sus acciones o pensamientos se vuelcan contra ellos generándoles malestar en las diferentes áreas de su vida cotidiana.

La Universidad Particular de la que forma parte el lugar donde me desempeñe de forma profesional, tiene como principales objetivos el contribuir con la formación intelectual de los alumnos para que estos puedan afrontar tanto su vida académica como profesional, de igual forma, refuerza su vocación para lograr la realización plena como persona y profesional.

Habiendo expuesto lo anterior, mi experiencia profesional en el Consultorio de Psicología me proporcionó conocimientos teóricos y prácticos siendo estos conocimientos sustentables para poder desarrollar la competencia profesional y más aún poder crecer como ser humano, Carl Jung indicó: *“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”*, ello es importante recordar esto sobre todo en la intervención de los casos que se nos asignen.

La información brindada en el primer capítulo se centra en dar a conocer el servicio que brinda la institución tanto para la comunidad estudiantil como para la comunidad en general, tomando en cuenta el contexto socioeconómico al que está orientado, institución dentro del cual tenía como funciones la evaluación psicológica, elaboración y lectura de informes, asesoría y consejería, realización de paneles informativos, así como también la evaluación de ingresantes y lectura de informe respectivo realizándose esto dos veces al año.

Seguidamente, en el segundo capítulo se detalla la experiencia profesional especificando también cuales eran las actividades desarrolladas, explicando por qué me fueron asignadas determinadas funciones cumpliendo así con un propósito.

Asimismo, el tercer capítulo detalla la intervención que realice en un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo, partiendo desde la explicación del trastorno tomando en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-V, seguido de las metodologías y herramientas usadas de forma específica para este caso, a su vez, hago mención de los enfoques terapéuticos que me sirvieron como base para llevar a cabo el tratamiento.

Partiendo de la casuística me vi en la necesidad de crear un programa de intervención tomando en cuenta el enfoque Cognitivo Conductual y Racional Emotivo Conductual, los que me facilitaron abordar el caso de manera efectiva y beneficiosa tanto para el paciente como para mi persona cabe mencionar que al momento de intervenir me enfoqué en comprender y entender los pensamientos que aquejaban a la paciente para así proponerle objetivos claros los cuales pueda empezar y concluir satisfactoriamente ya que esa es la finalidad de todo proceso terapéutico.

Finalmente, el cuarto capítulo del presente informe muestra como repercutió el abordaje de la casuística en el Consultorio y por ende bajo dichas evidencias se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones a los que se llegó al finalizar el programa de intervención.

Indico asimismo que este trabajo de suficiencia profesional fue elaborado bajo mi responsabilidad y aplicando los criterios éticos de la profesión.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. Descripción de la institución

La universidad tiene como fin la enseñanza educativa, la mejora de la calidad de vida de las personas tomando como base la educación integral la cual conlleva tres aspectos: la formación como persona, como profesional y como agente productivo generando el cambio social.

El Consultorio de Psicología forma parte de los servicios brindados por la institución, entre sus principales funciones se encuentra el brindar una atención psicológica integral, especializada en el área clínica, educativa y social. Enfocándose en las necesidades psicológicas de la comunidad, es decir, del público en general; así como también en la de los estudiantes de dicha casa de estudios, ya sea de manera individual mediante intervención terapéutica o grupal mediante la evaluación y lectura de informe de ingresantes de todas las facultades en las sedes de Lima y Provincia.

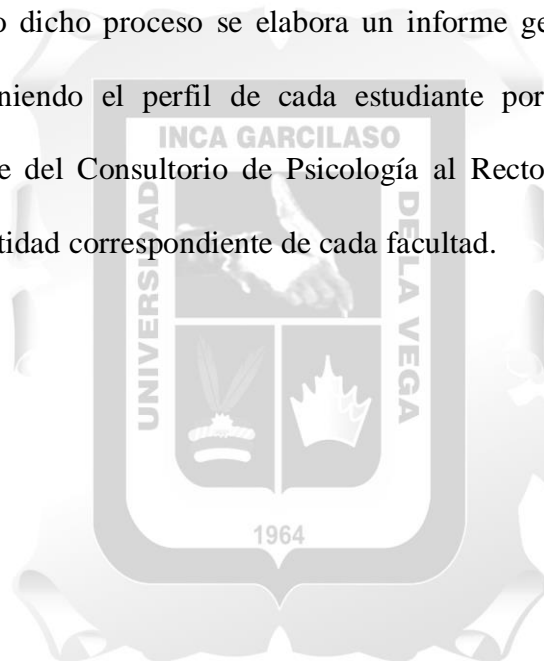
1.1.1. Descripción del servicio.

La institución está orientada a servir al estudiante, al graduado y a la comunidad nacional y tiene como responsabilidad contribuir con el desarrollo del país, en ese sentido la universidad lleva a cabo un trabajo de proyección social a través del Consultorio de Psicología, el cual cuenta con un jefe que se encarga de la supervisión de los seis internos, los cuales laboran en el siguiente horario: tres internos en el turno mañana y los otros tres en el turno tarde; de igual forma cuenta con una secretaria la cual se encarga de la recepción y asignación de los pacientes a los internos.

El consultorio tiene como prioridad orientar al paciente tomando en cuenta los problemas que presenta, para ello se realiza una evaluación previa y como resultado se obtendrá un

diagnóstico. Luego se procede a elaborar estrategias de tratamiento mediante los objetivos terapéuticos, seguidamente se realiza el tratamiento tomando en cuenta lo que se quiere lograr con el paciente como generar la toma de decisiones, la autorregulación de sus propias conductas y desarrollar fortalezas que le permita afrontar situaciones de conflicto, entre otros.

A su vez, el Consultorio se encarga de la evaluación psicológica, análisis de resultados y lectura de informe de todos los ingresantes de una Universidad Particular filial Lima y Provincia. Concluido dicho proceso se elabora un informe general en el cual se analiza cada resultado obteniendo el perfil de cada estudiante por carrera, este informe era entregado por el jefe del Consultorio de Psicología al Rectorado el cual se encarga de hacerlo llegar a la entidad correspondiente de cada facultad.



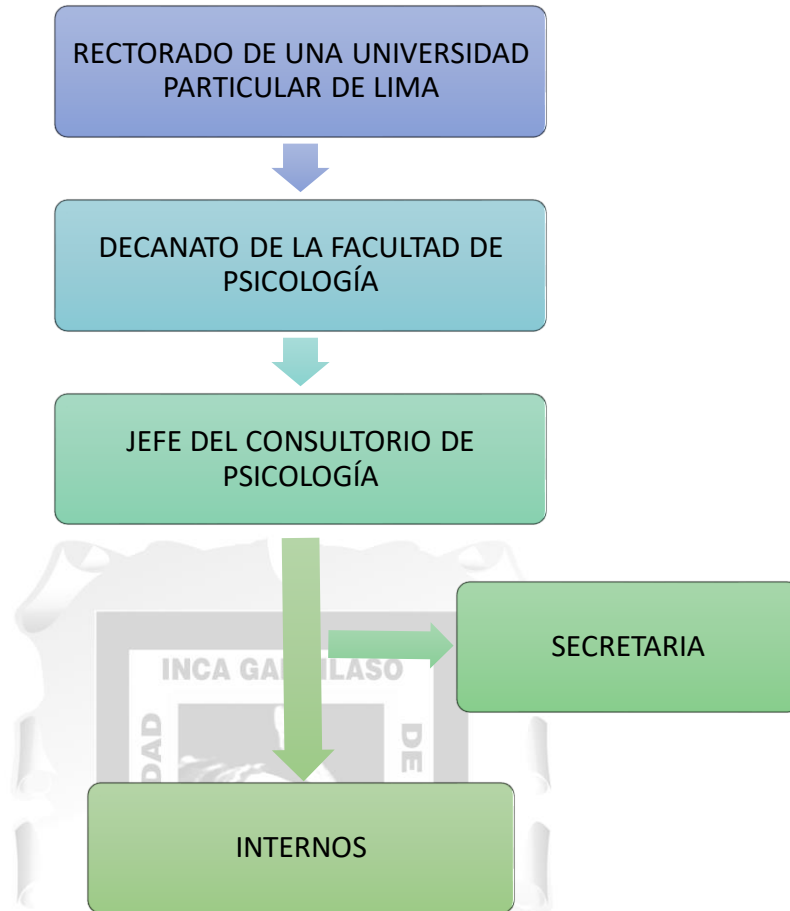


Figura 1. Organigrama del Consultorio de Psicología

Fuente: Plan de trabajo de la institución

1.1.2. Ubicación geográfica y contexto socioeconómico.

La universidad cuenta con trece facultades los cuales se encuentran distribuidos en los diferentes distritos de Lima, a su vez cuenta con una filial en Provincia la misma que tiene a su cargo ocho facultades.

El Consultorio de Psicología se ubica en la ciudad de Lima, en el distrito de Jesús María.

En cuanto al contexto socioeconómico este se dirige a los diferentes sectores socioeconómicos altos, medios y bajos, tomando en cuenta las características del caso se

asigna una tarifa social, estas pueden ser: tarifa A – estándar, el cual es de quince soles;

tarifa B la cual es de diez soles y está asignada al personal que labora en la universidad; tarifa C siendo ésta de 4 soles asignada sólo a estudiantes de la universidad y por último tarifa D siendo el costo nulo, sin embargo para acceder a esta tarifa es necesaria la evaluación del caso y una entrevista previa del paciente con el jefe del consultorio.

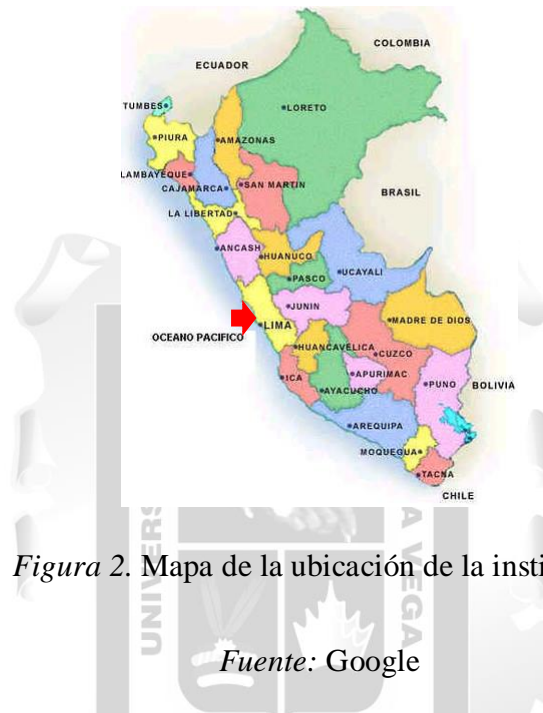


Figura 2. Mapa de la ubicación de la institución

Fuente: Google

1.1.3. Actividad general o área de desempeño.

Dentro de mi área de desempeño en el Consultorio de Psicología se encontraban la administración y corrección de pruebas, elaboración de informes psicológicos, evaluación psicológica individual y colectiva orientada a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, orientación vocacional, intervención psicológica a personas con necesidades educativas especiales, realización de talleres y paneles informativos.

1.1.4. Misión.

Impulsar una educación superior innovadora, basada en la investigación y el progreso tecnológico, formando profesionales cualificados que asuman los retos de la globalización.

1.1.5. Visión.

Ser una institución referente de servicios universitarios, con el compromiso de una gestión orientada a la calidad y cooperación social como motor del desarrollo sostenible que contribuya al respeto de los grandes equilibrios de la naturaleza y la vida.

1.1.6. Valores.

Los valores de la institución se basan en promover el trabajo en equipo, la responsabilidad, el respeto, la honestidad y el compromiso.



CAPÍTULO II

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

2.1. Actividad profesional desarrollada

Durante el tiempo laborando en el Consultorio de Psicología me fueron asignadas diversas actividades dentro de ellas se encuentran la evaluación integral de los pacientes la cual consistía en la entrevista psicológica personal y con los padres en caso fueran menores de edad, la aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas, así como también la historia clínica. Posteriormente procedía a la corrección de pruebas y la elaboración del informe psicológico contrastando los criterios diagnósticos del DSM V.

Planteaba una serie de estrategias de tratamiento tomando en cuenta los objetivos terapéuticos, dentro de las técnicas que trabajé se encuentran la reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, potenciar las habilidades interpersonales, mejorar las habilidades de resolución de problemas, pictogramas, economía de fichas, entre otros.

Por otro lado, tuve la oportunidad de participar en la realización del taller de habilidades sociales dirigido a adolescentes de 12 a 14 años, la cual tuvo también la participación de los padres de familia, creando así un mayor vínculo padres – hijos.

Se elaboraban paneles informativos y trípticos la realización de los mismos eran de forma mensual, para lo cual el jefe del Consultorio formaba grupos entre los internos del turno mañana y tarde de esta manera la elaboración de los paneles era rotativo.

Asimismo, parte de las funciones de la institución era la evaluación psicológica, análisis de resultados y elaboración de informe de todos los ingresantes de una Universidad Particular filial Lima y Provincia, a los cuales se les evaluaba con una batería de pruebas especiales, al finalizar

este proceso se realiza la lectura de informe de manera individual. Al concluir dicho proceso se elaboraba un informe general analizando los resultados obteniendo así el perfil de cada estudiante por carrera, este informe era entregado por el jefe del Consultorio de Psicología al Rectorado, el cual se encargaba de hacerlo llegar a la entidad correspondiente de cada facultad.

De acuerdo a lo anterior, es importante mencionar que dentro de la variedad de casos vistos en la institución, es uno en particular en el que basaré el presente trabajo de suficiencia profesional, enfocándose en el abordaje que llevé a cabo con un programa de intervención dirigido a un caso clínico con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

2.2. Propósito del puesto y funciones asignadas

El propósito fundamental del puesto fue lograr una mejoría en los pacientes que acudían al Consultorio de Psicología utilizando técnicas acordes que tengan como resultado final el apoyo emocional y la intervención orientada hacia el problema, de esta manera el beneficio era mutuo, tanto para el caso aplicado como también para casos posteriores que sean necesarios, tal y como posteriormente explicaré de forma detallada un abordaje que consiguió un efecto positivo en la propuesta del programa de intervención.

Las funciones que se me asignaron dentro de la institución fueron:

- Administración y corrección de pruebas psicológicas
- Elaboración y lectura de informes
- Asesoría y consejería
- Realización del panel informativo
- Elaboración de trípticos
- Evaluación de ingresantes y lectura de informes respectivos se realizaban dos veces al año.

2.3. Producto

Se diseñó el programa de intervención “Aprendiendo a desaprender” con la finalidad de que la paciente aprenda a soltar las ideas o pensamientos que le generaban angustia poniendo en práctica las diferentes herramientas que se le fue brindando a lo largo de cada sesión.

2.4. Resultados

Se evidenciaron los cambios tales como la disminución de la valoración de pensamientos intrusivos, limitación de la conducta desadaptativa y la reducción de los comportamientos neutralizadores manifiesto, todo ello se logró en la ejecución del programa la cual tuvo una duración de 20 sesiones.



CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

3.1. Teoría y la práctica en el desempeño profesional

Tal y como se mencionó con anterioridad al conocer la problemática de la paciente se planteó el programa de intervención “Aprendiendo a desaprender” por lo que se tomó como punto de partida la evidencia teórica y científica del Trastorno Obsesivo Compulsivo, tomando como acciones el acompañamiento emocional tanto para la paciente como para la familia, así como también el seguimiento del caso.

3.1.1. Definiciones.

3.1.1.1 *Trastorno Obsesivo Compulsivo.*

Se sabe que el Trastorno Obsesivo Compulsivo tiene como inicio la adolescencia o la adultez temprana, de 6 a 15 años en varones y de 20 a 29 años en mujeres. Por lo general los pacientes TOC reconocen que las obsesiones que presentan son “producto de su mente”, sin embargo, no se dan cuenta de la magnitud de sus obsesiones o compulsiones siendo estas desproporcionales o irracionales.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones en la persona, ocurren de forma recurrente y rígida llegando a interferir en su funcionamiento laboral, sus relaciones y/o actividades sociales además de ocupar una parte importante de su tiempo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM – V (2014) se define obsesión y compulsión como:

3.1.1.2 *Obsesión.*

Aquellas ideas, impulsos, pensamientos o imágenes que se dan de forma recurrente y persistente, las cuales se consideran como invasivas o inadecuadas, llegando a generar

ansiedad y angustia a la persona que lo manifiesta. El sujeto en su intento de ignorar o neutralizar estos pensamientos o imágenes los suplanta con algún otro pensamiento o acto, llegando así a realizar una compulsión.

3.1.1.3 Compulsión.

Comportamientos o actos cognitivos reiterativos que la persona realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que necesita aplicar de manera rígida en su afán de neutralizar los pensamientos obsesivos. Estos se pueden manifestar al lavarse las manos, ordenar objetos, acciones de verificación, rezar, contar, repetir palabras en silencio.

3.1.2. Etiología.

Millon y Everly (1994), citado por Caballo (2004), mencionan que los factores ambientales juegan un papel importante en la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo, dentro de los más destacados se encuentran:

- Sobrecontrol parental: Se entiende por sobrecontrol a la actitud parental de firmeza y represión donde el tutor suele ser rígido y punitivo ante cualquier comportamiento con el menor.
- Comportamiento compulsivo aprendido: Estas conductas suelen ser aprendidas directa o indirectamente. El menor suele acatar las órdenes del tutor por temor a ser castigado, de esta manera aprende a ser obediente mediante el refuerzo negativo. Por otro lado, el niño también puede observar las conductas perfeccionistas, ordenadas, meticulosas de los padres, lo que conlleva a incluirlas en su conducta. La combinación de ambos factores trae como resultado que el menor no pueda presentar un comportamiento autónomo ni pueda desarrollar su autoimagen ya que se encuentra en un constante miedo a la desaprobación y preocupación por el castigo.

- Aprendizaje de responsabilidades: Los niños se encuentran en un constante aprendizaje estricto de sus obligaciones ya sea el ser ordenados, educados, puntuales u organizados, son expuestos de forma continua a contextos donde tendrán que demostrar su sentido de responsabilidad y por ende terminan acoplando dichas conductas para evitar culpabilidad.

Tomando en cuenta los criterios diagnósticos y la etiología, se logró determinar la estrecha similitud con la casuística presentada, es por ello que vi considerable abordar el caso bajo los enfoques Cognitivo Conductual y la Terapia Racional Emotiva, las cuales poseen evidencia científica respecto a la efectividad y eficacia en el tratamiento de casos con el diagnóstico de TOC. Como complemento abarcaré de forma general la fundamentación teórica de ambos enfoques mencionando también el abordaje que ciertos autores proponen para casos con el diagnóstico antes mencionado.

3.1.3. Terapia Cognitivo – Conductual.

La Terapia Cognitivo Conductual tiene como finalidad el cambio conductual, cognitivo y emocional de la personas, logrando modificar o eliminar la conducta desadaptativa y enseñando conductas adaptativas, es por ello que la intervención también está dirigida a modificar los procesos cognitivos que son la base del comportamiento. Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012).

Dentro de las principales características de la terapia cognitivo-conductual se encuentra su enfoque en el presente, ya que indaga en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas, realizando un análisis de la conducta, donde se evalúa las interacciones entre las cogniciones, las emociones y los comportamientos de la persona en su contexto o situación y sus consecuencias.

A su vez, define objetivos específicos, de esta forma es más fácil evaluar o modificar los síntomas predominantes y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia dónde se dirige la terapia.

Dávila, W. (2014) refiere que el objetivo básico del tratamiento en casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo es lograr que el paciente aprenda que los pensamientos intrusivos no indican una necesidad de acción y que dichos pensamientos se pueden ignorar, de esta manera se logra reducir la frecuencia y la duración de dichos pensamientos, así como también de la ansiedad que provocan.

El TOC se puede manifestar de diversas formas inclusive puede implicar más de un tipo de obsesión o compulsión, dentro de las más comunes se encuentran los pensamientos repetitivos acerca de la contaminación, dudas repetidas, necesidad de mantener las cosas en un orden particular. Asimismo, las compulsiones más frecuentes son lavar y limpiarse, contar, verificar, pedir o exigir garantías repetir acciones y ordenar.

Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006) explica que dentro de las metas que se pretende lograr con la TCC se encuentran la disminución de angustia, reducción del tiempo que se dedica a las obsesiones o rituales, mejorar el desempeño laboral o escolar, mejorar las relaciones intrafamiliares ya que el trastorno obsesivo-compulsivo es un estresor significativo no sólo para el que lo padece sino también para los familiares, de esta manera la finalidad es elevar la calidad de vida global del paciente.

Partiendo de los supuestos anteriores, se observa una estrecha similitud entre la finalidad de la Terapia Cognitivo Conductual en la intervención a un caso con Trastorno Obsesivo Compulsivo y la finalidad del programa de intervención, siendo esta similitud beneficiosa para el abordaje del caso.

3.1.4. Terapia Racional Emotiva Conductual.

Albert Ellis formuló en 1955 la Terapia Racional Emotiva Conductual, dicha terapia enfatizaba en los aspectos cognitivos y filosóficos, convirtiéndose en la actualidad en una de las terapias más eficaces, recalca la importancia de la tríada pensamiento, emoción y conducta en el mantenimiento de los trastornos psicológicos, aportando una dimensión humanística y filosófica única.

La teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual según DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx (2014), citado por Lega, Sorribes, Calvo (2017) se basa en siete principios generales:

- La cognición es el determinante próximo más significativo de la emoción humana, entendiéndose por “*cognición*” como cualquier actividad mental manifestándose en forma de conceptos o ideas, significados, imágenes y creencias. Esto quiere decir que al sentir tal y como pensamos, los acontecimientos externos pasados o presentes influyen más no inducen o causan las emociones humanas.
- El pensamiento irracional es el principal detonante de la perturbación emocional.
- Distingue dos tipos de reacciones emocionales ante los acontecimientos: la experiencia de las emociones no saludables, producto de los pensamientos irracionales; y las emociones saludables, producto del pensamiento racional.
- Los pensamientos irracionales y la psicopatología dependen de diversos factores, dentro de ellos se encuentran los genéticos y ambientales.
- Énfasis en la influencia del presente inmediato en las emociones y conductas.
- La forma más efectiva de cambiar la perturbación emocional es averiguando lo que se piensa y tratar de cambiarlo.

- Las creencias si pueden cambiarse.

Wessler y Wessler (1980), citado por Lega, Sorribes, Calvo (2017), mencionan que la TREC distingue cuatro tipos de cogniciones:

- Las descripciones son observaciones y definiciones fundamentadas en los conocimientos que el sujeto tiene de una situación ya sean exactas o inexactas.
- Las interpretaciones va más allá de los hechos, deducen cosas que no han ocurrido por lo tanto no son observables.
- Las inferencias contienen un componente emocional.
- Las evaluaciones son valoraciones o significados personales sobre los hechos interpretados e inferidos y son el núcleo del comportamiento emocional.

Por otro lado, las creencias irracionales se caracterizan por Lega, Caballo y Ellis (2009):

- Son radicales o extremos, o blanco o negro.
- Tienen a generalizar, sacan conclusiones a partir de pocos datos.
- Tiende a la exageración.
- Sólo toman en cuenta los aspectos negativos de una situación, pasando desapercibido los aspectos positivos.
- Tienden a distorsionar la realidad.
- Se basa en hechos subjetivos, creencias, suposiciones.
- Evade los problemas, se convence que no existen los problemas aunque estos sean evidentes.
- Produce una realidad irreal o romántica, tiende a idealizar.
- Incapaz de ver otras formas de percibir las cosas.
- Pensamiento repetitivo, único y compulsivo.

A) Modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual

Modelo ABC: El modelo ABC es una teoría de la personalidad la cual tienen como base la frase atribuida al filósofo estoico Epicteto: “No nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas”. Ellis resumió su teoría a la que denominó ABC.

- Acontecimiento o adversidad (A): Percepción del suceso o situación que ha ocurrido y que ha sido el detonante de la perturbación emocional. Dicho acontecimiento puede ser un hecho externo o interno, una situación pasada o presente, un hecho objetivo o subjetivo.

- Sistema de creencias (B): Percepción, interpretación o creencia que se tiene sobre A, dichas creencias pueden ser racionales o irracionales.

- Consecuencia emocional y conductual (C): Reacción y tendencias de acción que se producen ante el acontecimiento. Es importante comprender que A no causa directamente la C, sino es la interpretación que se le da al A, los pensamientos que la persona tiene sobre ella B, lo que genera dichas consecuencias o C.

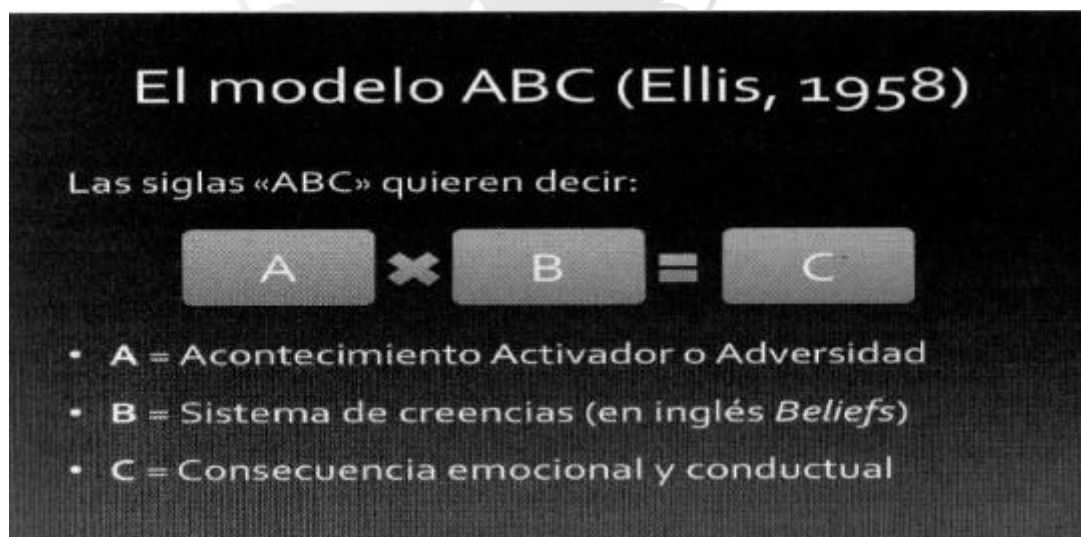


Figura 3: Modelo ABC (Ellis, 1958)

Fuente: Libro Terapia Racional Emotiva Conductual, Lega, Sorribes, Calvo (2017)

El abordaje de la Terapia Racional Emotiva en pacientes con diagnóstico de TOC se lleva a cabo con una serie de técnicas que a lo largo de las sesiones el paciente será capaz de lograr por cuenta propia estas son:

- Enseñar a los pacientes con TOC lo que implica dicho trastorno, es decir, las obsesiones, pensamientos, impulsos negativos y continuos, sentimientos de angustia, ansiedad, asco y/o vergüenza, compulsiones que son utilizados como método de aliviar de forma temporal su ansiedad.
- Permitir que los pacientes identifiquen qué síntomas tienen y la gravedad de los mismos.
- Elaborar una lista de situaciones que los conducen a experimentar ansiedad, angustia o impulso a actuar y ejecutar rituales.
- Anotar los pensamientos o sentimientos que les produzca ansiedad o angustia severa, junto con el grado de incomodidad que genera.
- Enumerar las “peores” compulsiones y el tiempo que se dedica a ejecutarla.
- Enseñarles a confrontar sus creencias irracionales las cuales le generan ansiedad.
- Programar las obsesiones y compulsiones para ciertos momentos y programar actividades para el tiempo restante.
- Persuadir al paciente de que casi siempre puede posponer la ejecución de la obsesión o compulsión.
- Encontrar métodos de distracción que le permitan mantener la mente ocupada ya sean técnicas de relajación o actividades como ejercicio físico, escritura o música.

De las evidencias anteriores, se rescata que el abordaje del enfoque Racional Emotivo Conductual, no sólo se enfoca en las conductas o pensamientos, sino también en las emociones y en proporcionarle al paciente herramientas que faciliten la perduración de la intervención.

3.1.5. Investigaciones.

Bajo las siguientes investigaciones se observó que podrían tener una estrecha relación con el caso estudiado y a su vez se justificó que las técnicas utilizadas en el presente programa podrían garantizar el éxito del mismo.

3.1.5.1 Nacionales.

Flores, J. (2019), investigó en el 2018 el **“Estudio de Caso Clínico: Programa de Intervención Cognitivo Conductual”** para un caso de Trastorno Obsesivo Compulsivo en Lima-Perú, concluyendo que luego de pasar por un proceso de post-test el sujeto se encontraba dentro de la categoría “sin manifestaciones clínicas” según el criterio clínico y psicométrico, evidenciando reducción significativa en lo que respecta a la sintomatología obsesivo-compulsiva, así como también mejoría en la funcionabilidad en el área familiar, social y laboral, logrando adaptarse a su entorno.

3.1.5.2 Internacionales.

Behobi, W., García, F., Fernández, H. (2013), investigaron en el 2011 el **“Caso Clínico: Psicoterapia Cognitiva Individual del TOC”** en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-Argentina, luego de pasar por un proceso de post-test concluyeron que el paciente mostró una mejoría moderada de los síntomas, una marcada flexibilización de los sesgos y una

notable mejoría en la funcionalidad del paciente llegando a involucrarse nuevamente en actividades adaptativas.

3.2. Acciones, metodologías y procedimientos

3.2.1. Descripción de las acciones.

Tras conocer la problemática se planteó ejecutar un programa de intervención con determinadas acciones que llevarían a establecer cambios en la persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo (F.42), acudo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – V (2014), para identificar los criterios que cumple la paciente, los cuales se caracterizan por pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes causando la mayoría de las veces ansiedad o malestar. Realiza actos o compulsiones con la finalidad de neutralizar o suprimir dichos pensamientos, disminuyendo así su nivel de ansiedad y el malestar que le generaba.

Nezu, Lombardo, Nezu, (2006), mencionan que los procedimientos aplicados en la intervención van a permitir encontrar una solución al problema, tomando en cuenta la finalidad del programa la cual es el beneficio en la salud mental de la paciente.

3.2.2. Metodología.

El presente trabajo se redactó en sustento a una metodología descriptiva, el mismo que según el autor Arias (2001) sustenta que es la caracterización de un fenómeno, hecho, persona o un grupo de personas, cuyo objetivo principal es determinar un comportamiento. A su vez, Méndez (2001), indica que la investigación descriptiva hace uso de criterios sistemáticos los cuales facilitan evidenciar la estructura de los fenómenos en estudio permitiendo así establecer técnicas específicas de recolección de información.

3.2.3. Método.

El enfoque utilizado en este proyecto fue el enfoque cualitativo, Hernández, Fernández y Baptista (2003), sostiene que este enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados, dicha recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista del sujeto, ya sean sus emociones, prioridades, experiencias y otros aspectos subjetivos.

3.2.4. Técnicas de recolección de datos.

El presente informe está basado en la aplicación de técnicas que permitieron abordar a la paciente y obtener información de primera mano, la cual que facilitó la posterior intervención. Dentro de las técnicas aplicadas se encuentra la entrevista de tipo semi estructurada las cuales Perpiñá (2012) describe como preguntas con algún tipo de estructuración, es decir áreas concretas, dentro de las cuales el entrevistador realiza las preguntas que crea oportunas tomando en cuenta las pautas de la entrevista.

Haciendo uso de la entrevista semi estructurada se realizó el motivo de consulta el cual me permitió conocer la problemática a tratar, posteriormente empecé con las evaluaciones respectivas. Dentro de la batería de pruebas usadas tanto proyectivas como psicométricas se encontró el Inventario Clínico Multiaxial MILLON, Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover, Test de frases incompletas SACKS, Cuestionario de Ansiedad de ZUNG, Cuestionario de Depresión BECK, Test Proyectivo de la Familia, Historia Clínica para Adultos.

Las pruebas antes mencionadas me facilitaron llegar a un diagnóstico acertado, a su vez me proporcionó gran cantidad de información la cual me ayudo a desarrolla la intervención enfocándome en las necesidades de la paciente, priorizando los síntomas predominantes y de esta forma saber lo que se quiere logra en las sesiones.

3.2.5. Procedimiento.

Para recabar información hice uso de las técnicas mencionadas con anterioridad ayudándome también de la técnica de observación, cuyo objetivo principal según Anguera (1991) es comprobar un fenómeno que se sostiene a simple vista, tratando de evitar y precaver errores que podrían alterar la percepción de dicho fenómeno o la correcta expresión del mismo.

Seguidamente realicé el motivo de consulta en el cual obtuve la problemática refiriendo la paciente sentir malestar de que *“algo malo le puede ocurrir”*, *“se siente deprimida”*, comenta que la diagnosticaron TOC en el año 2016, recetándole medicamentos los cuales dejó de tomar al *“no hacerle efecto”*. Tuvo una operación de gravedad media quedando hospitalizada unas semanas, las cuales formó amistad con el personal médico, menciona que los temas de conversación giraban en torno a la limpieza. Al ser dada de alta le obsequiaron botellas de alcohol en gel, el cual usaba en todo momento generándose así lesiones en las manos es por ello que su madre le prohibió el uso del mismo, menciona que optó por echarse alcohol líquido y cuando este se terminaba se echaba colonia para desinfectarse las manos.

Por otro lado, narra que tuvo un percance con unas compañeras de su universidad provocando un grave episodio de ansiedad desencadenando que desarrollara tricotilomanía durante 6 meses, indicó que después disminuyó la frecuencia.

El resultado obtenido por las pruebas aplicadas fue Trastorno Obsesivo Compulsivo, indicadores paranoides de personalidad, así como también indicadores mínimos a moderados de ansiedad y depresión. Dentro de sus características principales se encuentran el mostrarse desconfiada y vigilante con su entorno, presentándose a la defensiva ante comentarios, resistiendo al control y a las influencias externas. Con frecuencia creía que algo malo le iba a pasar, presentaba dolores de cabeza, cuello y espalda, así como intranquilidad y angustia recurrente, mostraba insatisfacción

con la vida actual, así como también con las cosas que antes disfrutaba y dificultad para realizar las cosas que antes hacía.

Bajo la problemática estudiada propuse un programa de intervención el cual me permitió cumplir con los objetivos específicos propuestos luego de la lectura de informe.

3.2.6. Desarrollo de estrategias.

La primera estrategia fue llevar a cabo una psicoeducación con la paciente tomando en cuenta la evidencia científica, en la cual se explicó a la paciente los tipos de TOC, la etiología, la evolución y el pronóstico, buscando así que la paciente entienda que los síntomas propios del trastorno pueden eliminarse con el tratamiento adecuado.

Como segunda estrategia hice uso del programa de intervención con enfoque Cognitivo – Conductual acoplando también el enfoque Racional Emotivo Conductual que en conjunto me permitieron tener ideas claras sobre las principales metas a alcanzar dentro del programa de intervención.

Como última estrategia tuve como red de apoyo a la madre de la paciente, la cual me permitió monitorear a la paciente y de esta forma fue fácil identificar si estaba cumpliendo con la ejecución de las herramientas brindadas en sesión.

3.2.7. Programa “Aprendiendo a desapehender”.

La intervención realizada fue en base a las teorías que sustentan Albert Ellis (1955) fundador de la Terapia Racional Emotiva, citado por Lega, Sorribes y Calvo (2017) el cual señala que las emociones son evaluaciones que van acompañadas de una sensación física fuerte. Asimismo, sabemos que la Terapia Cognitivo – Conductual se centra en trabajar las ideas y sensaciones

logrando modificar conductas reduciendo la ansiedad que desatan los pensamientos y sensaciones.

Tomando en cuenta ambos enfoques busqué acoplarla a la problemática presentada en el presente informe ya que guarda una estrecha relación, para ello acudo a Dávila, W. (2014) la cual menciona que el objetivo del tratamiento en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo es lograr que el paciente aprenda e interiorice que los pensamientos intrusivos no indican una necesidad de acción y que dichos pensamientos se pueden ignorar. A su vez, Nezu, A., Lombardo, E., Nezu, C. (2006) propone como meta terapéutica la disminución de angustia, mejorar las relaciones intrafamiliares, reducir el tiempo que se dedica a los rituales, optimizar el rendimiento académico o laboral.

Para poder elaborar el presente programa de intervención tome como punto de partida el estudio de caso el cual me permitió evaluar y estudiar la condición del Trastorno Obsesivo Compulsivo, el sujeto en el motivo de consulta proporcionó gran cantidad de información sin embargo era necesario profundizar y corroborar con dicha información con una persona que conviva con la paciente y de información de primera mano, en este caso se usó como red de apoyo a la madre. Cabe recalcar que hubo ciertas falencias en el desarrollo de la presente intervención dentro de las cuales se encuentran el factor tiempo ya que la duración máxima de las sesiones era de 1 hora y se realizaban una vez por semana, al igual que el ambiente no fue favorable al realizar la técnica de relajación ya que los ambientes donde se brindan las sesiones son una al lado de la otra.

Sobre la base de las ideas expuestas, procederé a la explicación detallada del programa de intervención “APRENDIENDO A DESAPREHENDER” nombre propuesto ya que lo que se pretendía lograr con el programa de intervención es que la paciente aprenda a soltar las ideas o

pensamientos que le generaban angustia poniendo en práctica las diferentes herramientas que se le fue proporcionando.

Luego de realizar la lectura de informe y previo a la psicoeducación se formularon objetivos específicos tomando como prioridad la disminución de la valoración de pensamientos intrusivos, limitar las conductas desadaptativas y reducir los comportamientos neutralizadores manifiestos.

Basándome en la fundamentación teórica previamente descrita, se procedió a realizar un registro de situaciones que le generaban ansiedad y por ende la impulsaban a ejecutar alguna acción. Dicho listado se realizó tomando en cuenta el nivel de incomodidad que le generaba efectuar la actividad, en su mayoría tenían que ver con “*rituales de limpieza*” centrados en ideas tanto de “*responsabilidad*”, como el temor de contraer alguna enfermedad o infección, temor a poder contagiar “*esa enfermedad*” a su familia; así como también en ideas de “*peligro*” como la creencia que hay gérmenes por todos lados, cabe mencionar que algunas de las conductas identificadas fueron adquiridas por su figura materna.

Dentro de las conductas desadaptativas que se enfatizó se encuentran:

- Limpiar todas las perillas antes de tener contacto con estas.
- Utilizar una bolsa al tirar la palanca del retrete, conducta realizada hasta en casa.
- Alejarse de las personas cuando estas pronuncien una palabra en la que se enfatice la letra “S” “Z” “X”.
- Desinfectarse las manos cada 5 minutos.

En paralelo trabajé los pensamientos o ideas intrusivas, separando las propias de las adquiridas, para ello hice uso de la reestructuración cognitiva, con la cual se consiguió cambiar gran parte de la valoración desadaptativa de los pensamientos intrusivos previamente identificados logrando

“descatastroficar” los pensamientos disfuncionales relacionados con la “responsabilidad” y el “peligro”. Es así como se consiguió desafiar los pensamientos negativos automáticos y sustituirlos con cogniciones más adaptativas.

Se realizó la formulación de consecuencias “catastróficas” en base a lo que podría ocurrir si no llega a ejecutar alguna actividad, para ello se hizo una valoración de las situaciones tomando en cuenta la probabilidad que hay de que eso ocurra. Se obtuvieron las siguientes consecuencias de ideas intrusivas frecuentes:

- Al tocar una perilla o palanca de retrete podría contraer una enfermedad.
- Las personas podrían salpicarle saliva al pronunciar palabras que contengan “S”, “Z” o “X” y puede contraer gérmenes.
- Pensar automáticamente que hablan de ella al ver a dos personas murmurar.

El primer enunciado tuvo una valoración de 70%, mencionando la paciente que esto se podría evitar lavando o desinfectando sus manos. Al siguiente enunciado le dio una valoración de 80% refiriendo que tiende a alejarse de las personas cuando estas mencionan alguna palabra con las letras antes mencionadas ya sea con amistades o familiares, comenta que esta situación no la puede controlar por eso decide alejarse de las personas que la rodean o de lo contrario evita acercarse mucho a las personas. Finalmente, la valoración que le da al último enunciado es de 50% mencionando que son pocas las veces que le sucede, prestándole mayor atención cuando se encuentra frente a una situación estresante.

Con respecto a las comportamientos neutralizadores, se identificaron los más predominantes y se calculó el tiempo que le toma realizar esa actividad durante el día tomando en cuenta de qué manera afecta en su ámbito familiar, educativo y amical, para ello se inició con el tiempo que le tomaba lavarse las manos y desinfectarlas teniendo en cuenta que la paciente durante este

proceso verifica que lo está haciendo de manera correcta, se calculó que realizar esta actividad le tomaría un aproximado de 3 minutos por cada vez que lavaba sus manos y aplicaba gel desinfectante, tomando en cuenta que durante una hora mínimo realiza esta acción 3 veces, siendo mayor la cantidad de veces cuando sale de casa.

Se formuló un registro de pensamientos y emociones, en la cual se identificó que cuando surgían inconvenientes y la paciente no podía realizar el ritual de limpieza de manos, esta entraba en angustia, pensaba que los gérmenes iban a aumentar, sentía incomodidad en sus manos, revelando el problema persistente de tricotilomanía, el cual se evidenciaba en momentos de tensión ya sea en exámenes, exposiciones, problemas familiares o amicales. Debido a que la paciente no era consciente de la frecuencia ni de los momentos en que tiraba de su cabello, se le indicó que durante una semana se coloque guantes y que realice la mayor cantidad de actividades posibles con esta prenda.

Al concluir la semana la paciente pudo percibir que los momentos en los que sentía necesidad de tirar de su cabello eran cuando reprimía su necesidad de lavarse continuamente las manos, cuando discutía con su madre, al realizar trabajos grupales y cuando no lograba entender alguna clase o actividad a realizar. A su vez, comentó que se le dificultó tirar de su cabello lo que hacía que se percate de la frecuencia.

De la misma forma, se entrenó en la técnica de relajación de Jacobson, la paciente cooperó en todo momento a pesar que el ambiente no era favorable, asimismo, se buscó fortalecer sus relaciones interpersonales para ello se realizó un entrenamiento en habilidades sociales haciendo hincapié en los tipos de comunicación, del mismo modo, se entrenó en la técnica de resolución de problemas la cual busca definir el problema y establecer metas realistas generando así múltiples opciones para alcanzar dichas metas, para lo cual es necesario evaluar el costo-

beneficio para tomar una decisión eficaz respecto a la probabilidad de éxito de las posibles soluciones; comprometerse con el plan y ejecutarlo supervisando el resultado de esta forma se determinará si se requiere mantener la solución del problema para afrontar con eficiencia la situación estresante.

A su vez, se llegó a un acuerdo en el cual se redujo el periodo de lavado de manos siendo este ahora de 30 segundos y un máximo de 3 veces por hora, tomando en cuenta las actividades que vaya a realizar. Se trabajó la “*exposición y prevención de respuesta*”, en la cual se expuso de forma progresiva y sistemática a la paciente a sus obsesiones más predominantes previamente jerarquizadas, haciéndolas que estas se vuelvan habituales y así se evitó el impulso a manifestar comportamientos neutralizadores, de esta manera la paciente llegó a la conclusión que la manera anterior de afrontar su angustia, es decir mediante los comportamientos neutralizadores, no era necesaria ni eficaz.

Finalmente, se llegó a realizar una lista de actividades a realizar durante la semana, la misma que mantendría su mente ocupada, dentro de ellas se encontraban el hacer deporte, reuniones sociales, lecturas de libros de su interés, escuchar música acorde al objetivo del día. De esta forma la paciente fue reduciendo cada vez más la realización de rituales hasta llegar a controlarlo, de igual manera, los pensamientos intrusivos que presentaban eran cada vez más controlables llegando a desaparecer en un 90%.

Tabla 1

Programa de intervención “Aprendiendo a desaprender”

APRENDIENDO A DESAPRENDER			
	SESIONES	OBJETIVOS	TÉCNICAS

MOTIVO DE CONSULTA	1		Entrevista y observación.
EVALUACIONES	2 y 3	Recopilar información	Pruebas psicométricas y proyectivas, historia clínica.
LECTURA DE INFORME Y FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	4	-Formular objetivos específicos teniendo como base los resultados arrojados en el informe.	Registro
INTERVENCION	5	-Comprender a fondo el trastorno.	Psicoeducación
	6 y 7	-Identificar situaciones que le generan ansiedad o impulso a actuar.	-Listado o registro tomando en cuenta el grado de incomodidad que genera dicha actividad. -Reestructuración cognitiva.
	8 y 9	-Formular consecuencias “catastróficas” que podrían ocurrir si no ejecuta alguna actividad.	-Valoración de las situaciones tomando en cuenta la probabilidad que hay de que ocurra
	10 y 11	-Identificar la compulsión más predominante y cuánto tiempo le toma realizarlo -Enseñar a confrontar sus creencias irracionales	-Identificación de las emociones -Regulación emocional
	12 a 15	-Programar las obsesiones	-Exposición y

		y compulsiones para realizarlas en determinado momento. -Fortalecer las relaciones interpersonales -Promover los métodos de distracción	prevención de respuesta -Técnica de relajación de Jacobson (1938) -Entrenamiento en habilidades sociales -Entrenamiento en resolución de problemas
	16 a 20	-Persuadir a la paciente que se puede posponer la ejecución de una compulsión -Promover la búsqueda del nuevo significado a los pensamientos	-Prevención de caídas -Métodos de distracción

3.2.8. Evaluación.

Las estrategias desarrolladas fueron la psicoeducación en la etapa inicial de la intervención, el desarrollo del programa “Aprendiendo a desaprender” y por último contar con la madre de la paciente como red de apoyo; cada una de las estrategias antes mencionadas me facilitó lograr satisfactoriamente el objetivo inicial el cual se basaba en elevar la calidad de vida general de la paciente, la cual fortaleció no sólo sus habilidades interpersonales, sino también logró tomar control de sus pensamientos y de sus conductas, problemática con la que batallaba desde hace más de un año. Otra forma de contribución al programa fue el compromiso tanto de la paciente como de las personas que la rodeaban, llámese, familiares y amistades.

CAPÍTULO IV

PRINCIPALES CONTRIBUCIONES

La experiencia profesional desarrollada dentro del Consultorio de Psicología me permitió no sólo poner en práctica los conocimientos obtenidos dentro de la carrera profesional de psicología sino también me permitió crecer como persona, sintiéndome identificada con la institución y con la labor que desempeñaba, ya que he podido brindar soporte psicológico a las familias que acudían al consultorio. Es cierto que en los últimos años se vienen dando mejoras a determinados programas de intervención que hoy en día son muy importantes para la comunidad no obstante, aún hay mucho por mejorar en el área de salud mental de nuestro país, tengo esperanza que con el paso de los años las mejoras vayan en asenso más aun tomando en cuenta la presente coyuntura.

Luego de poner en marcha el programa “Aprendiendo a desapehender” se obtuvo lo siguiente:

CONCLUSIONES

- Es de gran ayuda que la institución además de brindar servicios académicos también realicen otros servicios como es la proyección social a través del Consultorio Psicológico, favoreciendo no solo a la comunidad sino también a los estudiantes ya sea en su desempeño profesional como en su crecimiento personal.
- Se observó el fortalecimiento en las relaciones interpersonales de la paciente, logrando mejorar la relación que tenía con su madre y amistades ya que durante mucho tiempo se alejaba de estos llegando a aislarse por completo.
- Se disminuyó el tiempo dedicado a realizar los actos compulsivos o rituales, refiriendo la paciente que en muchas oportunidades hasta “se olvidaba de hacerlo”.

- Se logró confrontar las creencias irracionales y darle un nuevo significado, consiguiendo de esta manera darle un sentido racional a sus pensamientos.
- El compromiso y la adherencia al tratamiento por parte del paciente es un factor importante ya que esto garantizará no sólo la eficacia de la intervención sino también su perduración.

RECOMENDACIONES

En vista de haber realizado la presente intervención se puede plantear que es fundamental:

- Expandir el servicio que brinda el Consultorio de Psicología para que de esta manera tenga una mayor repercusión en la sociedad.
- Potenciar la participación de la familia en la terapia psicológica.
- Lograr generar una red de apoyo dentro de la familia es valioso ya que no sólo contamos con la información de los registros que nos brinda el paciente, sino también del familiar.
- Realizar un seguimiento es esencial para la permanencia de los resultados sobre todo en las últimas sesiones terapéuticas.
- Establecer un adecuado feedback entre psicólogo y paciente juega un rol elemental en la intervención, de esta manera el paciente se sentirá en total libertad de expresar lo que siente y lo que piensa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid, España: Medica Panamericana.

Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: Episteme.

Behobi, W., García, F., Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, 36(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400010

Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Síntesis.

Flores, J. (2019). *Estudio de Caso Clínico: Programa de Intervención Cognitivo Conductual* (Tesis de pregrado). Repositorio académico de la Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, México: Mc. Graw Hill Interamericana.

Lega, L., Sorribes, F., Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual: Una versión teórico-práctica actualizada*. Barcelona, España: Espasa Libros.

Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo – conductuales: Un enfoque basado en problemas*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno.

Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid, España: Pirámide.

Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Tómas, J., Bassas, N., Casals, M. (2005). *Tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos obsesivos-compulsivos en paidopsiquiatría*. Barcelona, España: Laertes.

Yankura, J., Dryden, W. (1999). *Terapia Conductual Racional Emotiva: Casos Ilustrativos*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

