



UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

DEFENSA DE CASO PRÁCTICO

**TÍTULO: “Estudio de caso de una persona con trastorno obsesivo compulsivo
y la formación de conductas adaptativas desde una intervención cognitiva
conductual”**

PRESENTACIÓN FINAL DEL CASO

Docente:

PhD. Wagner Villacís

Cátedra:

Proyecto

Quito, julio 2024



1. Identificación de características del caso de estudio

TÍTULO

“Estudio de caso de una persona con trastorno obsesivo compulsivo y la formación de conductas adaptativas desde una intervención cognitiva conductual”

PALABRAS CLAVES: Obsesión, compulsión, depresión, cognitivos, emocionales.

SÍNTESIS DEL TEMA

La presente investigación buscar el estudio profundo de un caso de una persona con trastorno obsesivo compulsivo, así la formación de conductas más adaptativas, en la cual se utilizará como base el tratamiento cognitivo conductual, con respecto a esta temática se puede encontrar bastante información, sobre el sustento empírico de este tratamiento, sin embargo, por lo fluctuante del TOC (Trastorno obsesivo compulsivo), es pertinente poder profundizar en las diferentes variables y casos que se pueden presentar.

Tal como menciona Krebs y Heymam (2014):

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) constituye una de las enfermedades más incapacitantes. Los síntomas no tratados pueden aumentar y disminuir, pero generalmente siguen un curso crónico y causan un deterioro funcional marcado en múltiples dominios, incluso en el hogar (...) y socialmente. (Citado en Rodríguez y Sánchez, 2019, p. 419)

Por lo anterior mencionado será de aporte poder investigar sobre nuevas variables de dicho trastorno y pudiendo relacionarlo con el tratamiento que más evidencia tenga al respecto.



La principal hipótesis corresponde a que el paciente pueda presentar una mejor adherencia y predisposición al cambio con esta terapia en específico, ya que mantiene fuertes bases teóricas.

Pregunta de investigación

¿Cómo una persona con diagnóstico de TOC puede mejorar su calidad de vida, así crear conductas más adaptativas, mediante el uso de tratamientos psicológicos basados en la evidencia?

Problema de investigación

Evitar el deterioro en las diferentes áreas de la consultante, poder así acercarla más a una vida más adaptativa.

CASO DE ESTUDIO

Datos de identificación

Datos que permiten identificar al paciente de forma clara y precisa.

- **Nombre:** N.N.
- **Edad:** 38 años.
- **Género:** Femenino
- **Lugar de Nacimiento:** Ambato, 1980-02-17
- **Lugar de Residencia:** Quito



-
- **Instrucción:** Secundaria completa
- **Número de hermanos:** 2
- **Lugar que ocupa entre hermanos:** 1
- **Profesión:** secretaria
- **Ocupación:** Empleada pública
- **Estado civil:** Casada
- **Número de hijos:** 2
- **Vive con:** Esposo e hijos
- **Información proporcionada por:** Paciente

Demanda o motivo de consulta

Debido a ideas de muerte, auto referencia, delirante, conducta compulsiva.

Historia de la enfermedad

Cuando niña su abuela, su madre y tías, se preocupaban intensamente en el desenvolvimiento de su padre, los problemas de él u otros eran abordados en casa sometiéndolos al mismo procedimiento, rezar largos períodos para conseguir resultados positivos o milagros.



Existen referentes conductuales de familia para mantener ciertos procedimientos repetitivos asociados a la práctica religiosa, que conservaban en el seno familiar. Su formación escolar está relacionada con instituciones religiosas tanto de los niveles básicos, así como de bachillerato. Posteriormente se asociaron entre amigas y vecinas con quienes crearon y mantienen un grupo de oración. Situación que no la comparten ni sus hijos ni el esposo.

Verónica tiene continuamente la representación de su marido asociada a la “muerte” unida a la presencia de un crespón negro como distintivo de ese proceso. Para contrarrestar este pensamiento tiene que rezar un determinado número de veces hasta que la imagen se atenúa y desaparece. En algunos días puede llegar a estar entre cuatro a seis horas rezando sin detenerse.

Si no realiza este procedimiento compulsivo, piensa que su marido moriría por su culpa.

Verónica tiene esa “creencia” de que al no proceder con oraciones podría provocar un efecto negativo directo en la vida de su marido.

Características individuales, interpersonales y ambientales, primarias y secundarias de La consultante

Análisis y descripción de la Conducta Problema

- Compulsiones (asociación del esposo con la muerte, por ello debe rezar)
- Obsesiones (ideas de muerte)

Consentimiento informado del estudio

Se firma el consentimiento informado e informa de los riesgos y beneficios del estudio en cuestión.



Formulación de la Etiopatología

- Factores Desencadenantes:

1. En la familia existían procedimientos repetitivos asociados a la práctica religiosa
(Rezaban por los hombres de la

familia) - **Factores**

predisponentes:

1. Estrés que le genera las consecuencias
2. Su formación educativa está relacionada con instituciones religiosas

- Factores mantenedores:

1. Reglas: Rezar para que algo malo no pase
2. La asociación que ha realizado con las amigas, creando un grupo de oración.

FACTORES DE RIESGO

- Familia con creencias religiosas disfuncionales
- Falta de redes de apoyo familiares

ANTECEDENTES

- Usuario proviene de un hogar donde existen referentes conductuales de familia para mantener ciertos procedimientos repetitivos asociados a la práctica religiosa, que conservaban en el seno familiar.

Existen referentes conductuales de familia para mantener ciertos procedimientos repetitivos asociados a la práctica religiosa, que conservaban en el seno familiar.



- Su formación escolar está relacionada con instituciones religiosas tanto de los niveles básicos, así como de bachillerato. Posteriormente se asociaron entre amigas y vecinas con quienes crearon y mantienen un grupo de oración. Situación que no la comparten ni sus hijos ni el esposo. Verónica tiene continuamente la representación de su marido asociada a la “muerte” unida a la presencia de un crespón negro como distintivo de ese proceso. Para contrarrestar este pensamiento tiene que rezar un determinado número de veces hasta que la imagen se atenúa y desaparece. En algunos días puede llegar a estar entre cuatro a seis horas rezando sin detenerse. Si no realiza este procedimiento compulsivo, piensa que su marido moriría por su culpa. Verónica tiene esa “creencia” de que al no proceder con oraciones podría provocar un efecto negativo directo en la vida de su marido.
- *Antecedentes Psicopatológicos Personales:* No refiere
- *Antecedentes Psicopatológicos Familiares:* No refiere (pero si la existencia de referentes de conductas repetitivas)
- *Antecedentes Quirúrgicos:* no refiere
- *Intentos autolíticos o autoagresivos:* no refiere
- *Esfera laboral:* hasta el momento el área más estable
- *Redes de apoyo:* una amiga del trabajo, con la familia existe una relación distante, sin embargo, podrían llegar a ser una red fuerte de apoyo.
- *Esfera familiar:* Vínculo afectivo lejano.

Evaluación

- Se realiza una evaluación de las funciones mentales:



- Conciencia: anosognosia (falta de conciencia de la enfermedad)
- Orientación: No se refiere
- Atención: no refiere
- Memoria: sin alteración aparente
- Lenguaje: Sin alteración aparente
- Pensamiento: Sin alteración aparente
- Sensopercepciones: delirios
- Voluntad: No refiere
- Alimentación y sueño: Desconocido
- Red de apoyo: existente red de apoyo, sin valoración de su nivel de excelencia.
- La entrevista clínica fue el principal elemento de la evaluación inicial.

FORMULACIÓN DEL CASO

Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas:

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos para la acción, casi siempre angustiantes para el paciente. Algunas veces estas ideas son indecisas e interminables consideraciones sobre alternativas, asociadas con una incapacidad para tomar decisiones triviales pero necesarias en la vida cotidiana. La relación entre las rumiaciones obsesivas y la depresión es particularmente estrecha, por lo que el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo debe ser preferido sólo si las rumiaciones surgen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

- Obsesiones (ideas de muerte)

Predominio de actos compulsivos:

La mayoría de los actos compulsivos se refieren al aseo (especialmente al lavado de manos), a la verificación repetida para asegurarse de que se ha logrado impedir el



desarrollo de alguna situación potencialmente peligrosa, o al orden y a la pulcritud. Subyace al comportamiento manifiesto un temor a una situación de peligro para el paciente, que puede ser causada por él, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico para alejar ese peligro.

- Compulsiones (asociación del esposo con la muerte, por ello debe rezar)

Criterios del DSM-V

Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento) Las compulsiones se definen por 1 y 2:



1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría,



preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

2.3 Análisis funcional del caso

Tabla 1: Cuadro relacional de las conductas

Antecedentes	Comportamiento	Consecuencias	Funcionalidad
<ul style="list-style-type: none">• Entorno de preocupación intensa hacia la figura paterna, sometiéndose a largos períodos para conseguir resultados positivos• Representación del marido asociada a la muerte	<ul style="list-style-type: none">Reglas conductualesRezar un número de veces	<ul style="list-style-type: none">• Conductas repetitivas• Culpa	<ul style="list-style-type: none">• Evitar una posible situación aversiva• Evitación de la imagen de muerte de su esposo

Nota: Se observa la relación de los sucesos motivacionales que han desencadenado la conducta problema, además de identificar la funcionalidad para la prolongación de dichos comportamientos. Análisis funcional, adaptado, Guillén, K, 2024.

REACTIVOS PSICOLÓGICOS SUGERIDOS

INTRUMENTO	AUTOR	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
------------	-------	----------	-------------

<p>BAT. TEST DE EVITACIÓN CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</p>	<p>Steketee. G (2014)</p>	<p>La evaluación de la conducta de evitación y niveles de ansiedad.</p>	<p>La Escala de Observación BAT es un test de evitación conductual multipasos-multitareas, que consta de tres tareas graduadas en siete pasos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El porcentaje de pasos completados -La ansiedad subjetiva -La evitación global -Los rituales
<p>Cuestionario de control de pensamientos TCQ</p>	<p>Wells y Davies (1994)</p>	<p>Evaluar las estrategias específicas que los sujetos utilizan para manejar y controlar sus pensamientos indeseados</p>	<p>El cuestionario está compuesto por 30 ítems que se agrupan en cinco escalas de seis ítems cada una: Distracción, Control Social, Preocupación, Castigo y Reevaluación.</p>
<p>CUESTIONARIO DE CREENCIAS OBSESIVAS</p>	<p>Belloch et al. 2003</p>	<p>Identificar y evaluar las creencias que se plantean como relacionadas con la aparición y/o mantenimiento de los diversos trastornos que son objeto de atención clínica</p>	<p>Se evalúa a través de una escala de tipo Likert graduada en siete puntos, el grado de acuerdo o desacuerdo que los sujetos poseen con respecto a cada sentencia. En la versión de 44 ítems los autores optaron por una solución factorial que presentaba tres subescalas, denominadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Responsabilidad por daño y sobrestimación de peligro, (2) Perfeccionismo y necesidad de certeza y (3) Importancia otorgada a los pensamientos y necesidad de controlarlos.

Elaborado por: Guillén, K (2024)

COMORBILIDAD



Los estudios epidemiológicos estiman que un 75 % de las personas con TOC va a tener un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. De ellos, un 40-65 % tendrán un Trastorno depresivo mayor, un 30 % tics y un 14 % un problema con el consumo de alcohol. (Becerra. A, 2018)

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- F42.2 Trastorno bipolar, con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diferencias con el trastorno de ansiedad generalizada:

Las preocupaciones excesivas presentes en este cuadro hay que distinguirlas de las obsesiones. Ya que, si bien las primeras son inquietudes relativas a la vida cotidiana que tiene una cierta racionalidad además de que se experimentan como autogeneradas, las obsesiones no suelen versar sobre estos problemas y son claramente inapropiadas.

Diferencias con el trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado:

En este trastorno las obsesiones o compulsiones se desmarcan de la realidad. Además, suele presentarse otros síntomas psicóticos.

Diferencias con la esquizofrenia:

en este trastorno hay ideas delirantes recurrentes y comportamientos estereotipados extraños no congruentes con la realidad, y egosintónicos. En ocasiones, se presentan ambos diagnósticos.

Diferencia con el trastorno de tics o trastorno de movimientos estereotipados:



Tanto tics como movimientos estereotipados son menos complejos que las compulsiones y no tienen como objetivo eliminar una obsesión. Es posible que se den síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y del trastorno por tics a la vez, diagnosticándose ambos.

Diferencias con las conductas “compulsivas”:

Las conductas excesivas como: el abuso de alcohol, juego patológico, parafilias sexuales, etc., no pueden considerarse como compulsivas porque proporcionan placer al sujeto cuando las realiza.

Diferencias con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:

La diferencia fundamental con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es que este no se caracteriza por la presencia de obsesiones-compulsiones sino por una preocupación excesiva con el orden, el perfeccionismo y el control. Si se cumplen los criterios se pueden hacer ambos diagnósticos.

Diferencias con el episodio de depresión mayor:

Constantes cavilaciones sobre hechos desagradables, congruentes con el estado de ánimo negativo. No son ideas egodistónicas, es decir, la persona no las ve como algo ajeno a sí misma.

Diferencias con el trastorno por estrés:

en este trastorno también están presentes pensamientos intrusivos y recurrentes como el trastorno obsesivo-compulsivo, pero se relacionan con algún acontecimiento traumático que haya experimentado el sujeto.



Diferencias con supersticiones no patológicas y comportamientos repetitivos:

Estas no consumen demasiado tiempo, ni afectan excesivamente a actividades cotidianas de la persona. Además, no provocan un malestar significativo.

Diagnóstico Definitivo

F42.2 Trastorno Obsesivo compulsivo, con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

Criterios Diagnósticos DSM-V y CIE-10		
CIE-10	DSM-V	Cumple
A. Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas: Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos para la acción, casi siempre angustiantes para el paciente. Algunas veces estas ideas son indecisas e interminables	Se cumple para las obsesiones y las compulsiones: 2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación	A) Obsesiones (ideas de muerte) B) Compulsiones (asociación del esposo con la muerte, por ello debe rezar)

<p>consideraciones sobre alternativas, asociadas con una incapacidad para tomar decisiones triviales pero necesarias en la vida cotidiana. La relación entre las rumiaciones obsesivas y la depresión es particularmente estrecha, por lo que el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo debe ser preferido sólo si las rumiaciones surgen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.</p> <p>B. Predominio de actos compulsivos:</p> <p>La mayoría de los actos compulsivos se refieren al aseo (especialmente al lavado de manos), a la verificación repetida para asegurarse de que se ha logrado impedir el desarrollo de alguna situación potencialmente peligrosa, o al orden y a la pulcritud.</p> <p>Subyace al comportamiento manifiesto un temor a una situación de peligro para el paciente, que puede ser causada por él, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico para alejar ese peligro.</p>	<p>negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos</p> <p>En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.</p> <p>Nota: Este punto no es aplicable en los niños.</p> <p>Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.</p> <p>Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).</p> <p>El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.</p>	
--	---	--

	<p>Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.</p>	
--	---	--



2. Formulación de objetivos terapéuticos

- Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad
- Reducir la frecuencia de los rituales obsesivos.
- Incorporar nuevos recursos para el manejo de su tendencia obsesiva.
- Mejorar sus recursos sociales que favorezcan relaciones sociales positivas.
- Psicoeducar a la familia (hijo esposo) en pro de la interacción familia-paciente.

3. Modelo terapéutico

Justificación

El Método Clínico es una herramienta en el ejercicio profesional de la psicología, entendido como el “conjunto de procedimientos y técnicas, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano” (Díaz L., 2011). Con el conocimiento obtenido mediante este método se puede obtener información concreta del paciente, además de generar afirmaciones pronósticas aplicables en ciertas condiciones de evaluación, diagnóstico e intervención.

Como dijo (Chávez & Ontiveros, 2014) la terapia cognitivo conductual (TCC) (...) lo mismo que la psicoeducación, enfoques psicosociales útiles en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo, comparten el énfasis en el empoderamiento del paciente para convertirlo en participante activo de su tratamiento. Los abordajes dentro del enfoque cognitivo-conductual comparten la visión de que los pensamientos intrusivos (en la forma de palabra, imagen o insulto) son en sí mismo normales. Desde esta base se concibe que el problema del enfermo obsesivo-compulsivo surge de la interpretación que hace de estos pensamientos. (Dávila. W, 2018)



Siendo así que, la persona obsesivo-compulsivo siente que estas cogniciones son indicador de una inquietud interna o de un sentimiento premonitorio, y que, por ello, es el máximo responsable de prevenirlo o erradicarlo. (Dávila. W, 2018)

Siguiendo el método clínico y las técnicas desde el enfoque cognitivo conductual se procede ordenadamente con la recolección de información necesaria, evaluando la sintomatología del paciente y su asociación con trastornos del humor especificados en los manuales internacionales, además de su posible relación con otras psicopatologías, con lo cual se podrá obtener información concreta del paciente en mención.

Descripción

Técnicas

Técnicas de evaluación

- *Observación clínica:* Se utiliza para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido. (Díaz, 2010)
- *Entrevista psicológica:* Nos permite recolecta la información del paciente, se realiza inicialmente un encuadre y posteriormente se indaga lo necesario sobre la historia según el esquema de la historia clínica.
- *Técnicas psicométricas:* A través de los instrumentos psicométricos podemos conocer el estado psíquico de la persona que está siendo evaluado, siendo un adicional para el diagnóstico clínico.

Técnicas de intervención psicológica



		Técnicas
Objetivo General: Efectuar un plan terapéutico que disminuya las distorsiones cognitivas y aumente sus conductas adaptativas.		
Objetivo 1	Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad (conductuales/cognitivas).	Psicoeducación Reestructuración cognitiva
Objetivo 2	Reducir la frecuencia de los rituales obsesivos.	Reforzamiento
Objetivo 3	Incorporar nuevos recursos para el manejo de su tendencia obsesiva.	Exposición con prevención de respuesta en el TOC Técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones
Objetivo 4	Mejorar sus recursos sociales que favorezcan relaciones sociales positivas.	Psicoeducación Resolución de conflictos Role Play
Objetivo 5	Psicoeducar a la familia (hijo esposo) en pro de la interacción familia-paciente.	Psicoeducación



Elaborado por Guillén. K

4. PLANTEAMIENTO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DESARROLLO DE TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS (SUSTENTO)

La psicoeducación la define (Gumus et al., 2105) como un enfoque estructurado y pedagógico de la enfermedad, donde su objetivo es desarrollar un cambio permanente en el paciente. El programa psicoeducativo estructurado para un paciente con TOC se puede llevar a cabo de la siguiente manera; el primer paso es transmitir la información adecuada al paciente sobre todo lo relacionado al TOC cómo se presentan con sus respectivos síntomas e informar sobre las causas del TOC, la frecuencia, el número de episodios y mitos sobre la enfermedad. Segundo, proporcionar información sobre los signos de alerta temprana de la enfermedad, formas de enfrentar (...). (Citado por (Becerra. A, 2018)

El reforzamiento, consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas pequeñas fichas (pegatinas) para premiar las respuestas de no realización de la compulsión. Estas fichas son posteriormente intercambiadas por reforzadores materiales y/o sociales que, en un principio se han acordado con la niña. Por lo tanto, se utiliza el refuerzo positivo (fichas que gana cada vez que se retarde la respuesta de lavado tras un tiempo previamente fijado) y la extinción (no consecución de fichas cuando no consiga retrasar la respuesta). (Jódar. R, García. C, 2017)

La reestructuración cognitiva es proceso donde los clínicos ayudan al paciente a reconocer, evaluar y modificar los pensamientos mal adaptativos el terapeuta aplica la



reestructuración a situaciones específicas que surgen en momentos de estrés o adversidad como las creencias negativas. (Jódar. R, García. C, 2017)

Así también, la técnica de entrenamiento en autoinstrucciones, permite la sustitución de autoverbalizaciones internas (pensamientos) negativas por otras positivas

que el sujeto utiliza antes, durante y después de una situación de exposición y prevención de la respuesta. Todas éstas son estrategias fundamentales que se utilizaron a la hora de exponerse a las situaciones temidas para enfrentarse a la prevención de la respuesta. (NIH, 2019; Jódar. R, García. C, 2017)

Por otro lado, la Exposición y la Prevención de Respuesta por separado (Suriá y Meroño, 2009). La combinación de la Exposición y la Prevención de respuesta consiste en el enfrentamiento, deliberado y voluntariamente, al objeto o idea temida ya sea directamente o a través de la imaginación. (Martínez-González, A. y Piqueras-Rodríguez, J. , 2019).

Continuando así con la resolución de conflictos que ayuda al cliente a identificar los problemas que pueden interferir en los objetivos para poner en práctica las soluciones. (Jódar. R, García. C, 2017)

ESTRUCTURA DEL PLAN TERAPÉUTICO

La intervención psicológica se ha distribuido en 15 sesiones, en cada una de las cuales se trabajarán los distintos aspectos relacionados con la problemática del paciente.



La duración de cada sesión será de aproximadamente una hora, y la frecuencia se dará de esta manera las 8 primeras sesiones se darán dos por semana, las sesiones de la

novena a

12 se realizarán cada siete días, y, por último, las sesiones restantes cada quince días. Aunque el número de sesiones y la frecuencia de estas se podrían modificar tomando en cuenta la respuesta que tenga el paciente al tratamiento.

Sesión	Actividad
1	Abordaje de las expectativas y objetivos del tratamiento. Establecimiento de la relación terapéutica. Recolección de información sobre las conductas problema y aplicación de pruebas psicométricas.
2	Proponer orientación del plan terapéutico Introducción a la psicoeducación del trastorno obsesivo-compulsivo Explicación de escalas para medición de cambios

3	Identificar el plan terapéutico Revisión de objetivos Identificar el problema Evaluar el reforzamiento de la situación actual general del entorno.
4	Buscar alternativas de soluciones Establecimiento de la agenda, con registro diario Retroalimentación del trabajo realizado en las cuatro sesiones
5	Establecer jerarquías de situaciones temidas Psicoeducación
6	Revisar y replantear objetivos de ser necesario Trabajar la primera situación temida de menor complejidad Establecer actividades de Ocio y esparcimiento. Evaluar soluciones
7	Concordancia de registros con la perspectiva familiar Retroalimentación de psicoeducación familiar



8	Reconocimiento de las conductas de evitación Planteamiento de soluciones alternativas
9	Medición de avances mediante escalas Tomar decisiones Repaso de técnicas y control de recaídas
10	Manejo de pensamientos rumiantes
11	Cuadro de pensamientos rumiantes Tareas de fortalecimiento
12	Repaso general de las técnicas aprendidas. Revisión del alcance de los objetivos cumplidos Aplicación de pruebas psicométricas para corroborar los cambios con los registros.
13	Taller grupal-familiar



14	Repaso de entrenamiento y evaluación de síntomas mediante escalas
15	Repaso de entrenamiento Tareas de fortalecimiento Renovación de calendario y tareas de ser necesario

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Una vez finalizado el tratamiento psicoterapéutico proporcionado se establece una sesión cada mes, durante 6 meses con la finalidad de evaluar el mantenimiento de los resultados y en caso de ser necesario controlar recaídas, y potenciar las habilidades aprendidas

durante la terapia.

Para la evaluación de los resultados obtenidos una vez finalizado el tratamiento psicoterapéutico, se ha de tener en cuenta que, durante la evaluación inicial, se administraron pruebas psicométricas con los cuáles se puede comparar datos objetivos sobre los síntomas presentados al inicio del tratamiento y la evolución de estos síntomas a lo largo de las sesiones de tratamiento. Por tanto, la evaluación de la eficacia del tratamiento psicoterapéutico puede realizarse a través de los datos objetivos y subjetivos proporcionados por la paciente y de la observación realizada durante las sesiones.

REPORTE DE LO QUE SUCEDIÓ EN LAS SESIONES

Plan de seguimiento: desarrollo de enfoque y estrategias.



A nivel general, el caso será abordado desde el enfoque cognitivo-conductual, ya que tiene una amplia fundamentación teórica y estudios empíricos. Nos enfocaremos en modificar las distorsiones cognitivas (como la interpretación de la funcionalidad que se ha hecho de evitar una posible situación aversiva y la evitación de la imagen de muerte de su esposo) y las conductas no adaptativas (como el exceso de religiosidad y alejarse del resto) esto sin dejar de lado mantener un ambiente de aceptación, empatía, confianza y respeto, puesto que ayudaran a conservar las mejorías presentadas a largo plazo.

Tal como se cita en Martínez, 2016:

Sin embargo, la identificación de componentes cognitivos en el origen y mantenimiento del TOC, y concretamente, la interpretación errónea y catastrofista que estas personas realizan de sus propios pensamientos intrusivos “normales” (Hodgson y Rachman, 1977; Rachman, 1997, 1998; Salkovkis, 1985, 1989), pone de manifiesto la importancia de la terapia cognitiva (TC) en el tratamiento del TOC. Ésta interpretación errónea se sustenta en creencias disfuncionales como la responsabilidad excesiva, el perfeccionismo, la sobrevaloración de las amenazas, la sobrevaloración de la importancia de los pensamientos y la creencia de que la ansiedad es peligrosa (Gavino, 2005). La TC implica el empleo de reestructuración cognitiva con el objetivo de disminuir la valoración negativa de las creencias disfuncionales, y la modificación de las mismas por otras más adaptativas y racionales (Belloch et al., 2011; Gavino, 2008). De hecho, se ha observado que al abordarse la responsabilidad excesiva se producen cambios clínicamente significativos en los síntomas obsesivo-compulsivos (Gavino, 2005). (p. 6)

Con la cita anterior, se menciona que este perfeccionismo si se presenta en la consultante, esto desde el análisis que ha sido derivado más de la evitación del dolor, todo aquello a creado reglas de vida que ha generado cogniciones y conductas no adaptativas.



Las sesiones serán directivas, esto para que las sesiones sean más estructuradas y medidoras de cambio, esto considerando las características de la personalidad que se han evaluado de la consultante, según el criterio clínico. Se realizará la revisión constante del cumplimiento de los objetivos, también se puede incluir cuestionarios como el WAI para ir midiendo la alianza terapéutica. Se pueden utilizar diálogos como: “Lo que cree que ha mejorado” “lo que aún le faltaría mejorar” “cosas que incluiría en la terapia para sentirse más cómoda” Así como el role play (por ello es que no se especifica en las actividades de sesión, debido a que será un recurso que se podrá utilizar en cualquiera de las citas) que puede ser una herramienta que ponga de manifiesto como se va en el proceso y el entrenamiento de las habilidades aprendidas.

Se tendrán en cuenta los indicadores de cambio de Molina (2024):

1. Aceptación de la existencia de un problema
2. Aceptación de los propios límites y renacimiento de la necesidad de ayuda
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente
4. Expresión de esperanza
5. Descongelamiento
6. Expresión de la necesidad de cambio
7. Reconocimiento de la propia participación
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo
9. Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos
10. Aparición de sentimientos de competencia
11. Establecimiento de nuevas conexiones



12. Reconceptualización de los propios problemas
13. Transformación de valores y emociones de sí mismos
14. Formación de constructos subjetivos
15. Autonomía
16. Reconocimiento de la ayuda recibida
17. Disminución de la asimetría paciente-terapeuta
18. Construcción de una teoría subjetiva sobre sí mismo y el entorno.

Sesión	Actividad
---------------	------------------

1	<p>Se trabajó con las expectativas con la pregunta ¿Cuáles son tus expectativas con respecto al proceso? Así también se indagó sobre los aspectos que le gustaría cambiar a la paciente, también sobre su mejor cualidad, esto se pidió registrar en una libreta para recordar y formar un tipo diario para nuestras sesiones y tareas. Se comentó que esta información serviría para establecer los objetivos de sesión, sin embargo, estos podrían ir cambiando o modificándose a lo largo del tiempo.</p> <p>Desde el inicio se mostró bastante colaborativa, se inició con una buena respuesta que puede indicar una óptima relación terapéutica. Se mencionaron palabras de comprensión hacia su problema, así como el reconocimiento de sus emociones. Se habló sobre el establecimiento de reglas de convivencia, se hizo hincapié sobre la voluntariedad y confidencialidad, dando apertura al diálogo y debate en todo momento.</p> <p>Para la paciente no era un problema lo que ella pensaba, así que se inició de esta manera el motivo de consulta, indagando sobre sus intereses iniciales.</p>
	<p>No se logró alcanzar toda la aplicación de las pruebas, se aplicó BAT. test de evitación conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo.</p> <p>Se dejó de tarea un autorregistro adaptado de ABC, en donde se explicó como llenar y horarios para que pudiera escribirme al WhatsApp y despejar dudas.</p> <p>Según los indicadores de cambio de Molina se presentaron el punto 3 y el 17.</p>

2

Con la información recogida en la primera sesión, más la tarea que si logró completar se establecieron objetivos iniciales: 1. Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión. 2. Aumentar la seguridad en sí mismo, fortaleciendo la autopercepción y autoestima. 3. Incluir formas de comunicación asertivas. 4. Ampliar la red de apoyo.

A antecedentes	B Problema	C consecuencias	NIVEL DE MALESTAR 1-10
Me quedé hasta tarde rezando porque mi mamá me recordó que si no lo hacía algo malo podría pasar.	Discutí con mi esposo	Emoción: Enojo, desesperación y frustración Conducta: comencé a alterarme y decirle que lo hacía por él.	9
Cuando estábamos en la mesa no querían agradecer por los alimentos	Mi hijo de 11 años me dijo loca	Emoción: dudosa, enojada y exaltada Conducta: empecé a temblar, con ganas de llorar que no topé la comida. Quería salir lo antes posible.	8

La psicoeducación se pudo realizar, sin embargo, no se enfocó en la sintomatología, sino en las emociones y expresión de ellas. Se conversó sobre la posibilidad de asistir al psiquiatra, por lo cual la paciente mencionó que por ahora quería intentar así, tuvo un reconocimiento sobre que algo no estaba bien con ella, aunque no estaba segura exactamente lo que sería.



Las escalas se lograron explicar, debido a que con ellas se ría midiendo el malestar.

Se conversó sobre que las cosas no eran malas ni buenas, más se trabajaría en conductas desadaptativas y no nos enfocaríamos en el diagnostico como tal.

Dentro de los indicadores de cambio de Molina se presentaron los puntos: 1, 6 y 17

Un resumen de más aspectos trabajados:

Me siento orgullosa de mí misma por:

Lo que puedo hacer para sentirme mejor:

Cuando era pequeña hacía muy bien:

Lo que puedo hacer para marcar la diferencia del mundo es:

Lo que me ayuda a levantarme cada día es:

Lo que mejor sé hacer:

La mejor parte de mi día es: Mis

mayores talentos:

Momentos de esparcimiento

udla

Se realizaron respiraciones diafragmáticas, esto no estaba aún previsto, sin embargo, la paciente manifestó querer algún recurso para reducir la sintomatología ansiosa.

3

Aquí ya se puso de manifiesto los objetivos que se encuentran en esta planificación, con su respectiva revisión y aprobación de la paciente.

Se reconocieron algunos problemas, por lo que se vieron varias alternativas.

Se conversó sobre lo que podría estar reforzando las conductas, como lo que le menciona su mamá sobre la religión.

Recurrí al role playing para poner de manifiesto cogniciones y conductas diferentes de las que ella conoce, de lo cual resultó que se dio cuenta que lo que hacía era exagerado, sin embargo, no sabía cómo parar.

Se dejó la tarea de una carta de amor a sí mismo, esto para poner en perspectiva como va yendo el proceso y su percepción sobre ella.

Los indicadores de cambio fueron: solo descongelamiento

4	<p>Para la consultante fue complicado escribir para ella misma, así que escribió sobre ello en nuestra agenda de tareas. Se redireccionó la atención a otras actividades, por tanto.</p> <p>Se buscó alternativas para la solución de la interacción con el esposo, esto le ha ocasionado mucho malestar, se escogió algunas que sean viables y se dejó de tarea llevarlas a cabo.</p> <p>Se propuso un registro, en fin, un modelo, aunque era algo que ya se venía realizando en su diario de sesiones.</p>
	<p>Si se pudo completar el recorrido sobre lo que se ha venido trabajando, por lo que se aprovechó también para utilizar el WAI, dando buenos resultados al respecto.</p>

5	<p>Las situaciones temidas se seguían asociando al castigo, por lo que se conversó al respecto.</p> <p>Se indagó sobre la puesta la práctica de las soluciones anteriores, como eran escuchar al esposo e hijos desde sus puntos de vista, aunque no estuviera de acuerdo con sus ideas.</p> <p>Se tocó el tema de otro reforzador, este con respecto al grupo de oración, por lo que se vieron alternativas, que el paciente mismo mencionó que la idea que quizás le ayudaría sería no verlas por ahora.</p> <p>En lo que respecta a la psicoeducación no se alcanzó a realizar.</p>
6	<p>No se replantearon los objetivos, pero si se vieron si ha existido avance el alguna de las áreas, la que se manifestó más cercana es la de las redes de apoyo con un vínculo más fortalecido.</p> <p>Se trabajó una de las situaciones temidas: que algo malo pase si no hago una oración.</p> <p>Como se indagó en la sesión 2 sobre las actividades de ocio y esparcimiento, la paciente quería retomar hacer ejercicio y pintar.</p> <p>No se pudo evaluar soluciones, puesto que el tiempo no alcanzó</p>

7	<p>Me reuní con la familia y menciona que ha podido notar cambios en la conducta de la paciente, sin embargo, sus oraciones siguen tomando mucho de su tiempo.</p> <p>Se dio un taller familiar sobre comunicación asertiva</p>
8	<p>Se presentó una esquematización sobre lo que evitaba la paciente y porque lo hacía, se puso en contacto con su malestar, dejando planteada la idea de que pudiera experimentarlo desde las situaciones que le generaban menor complejidad. En esto último que menciono uno de los ejemplos fue: cuando tenía la idea de que algo malo iba a pasar solo experimentarlo, registrando todo lo que le producía, en lugar de evitarlo con el acto compulsivo de rezar.</p> <p>Como se había venido trabajando la solución de problemas, en esta ocasión si se pudo generar alternativas de solución, en donde ya se había puesto en práctica la de rodearse de otras amigas, no solo relacionadas con la iglesia, así también que por ahora no incurrir en estos reforzadores que impulsaban la problemática, por lo que se hizo uso de reforzadores positivos desde otras áreas.</p>
9	<p>En lo que respecta la medición de avances las puntuaciones en las escalas disminuyeron significativamente, puesto que se inició con 10 de malestar y ahora se puntuaba en una escala de 6 sobre 10 puntos.</p>

El paso de la técnica de solución de problemas que respecta a tomar decisiones es algo que se evidenció y realizó la sesión pasada con lo del círculo cercano y demás.

Aquí también se hizo más hincapié en resistir la tentación, por así decirlo de realizar el ritual compulsivo y así mismo cuando tenía la obsesión racionalizarla con otras ideas y formas de pensamiento, todo esto registrarlo.

Se revisó los avances y se propuso una tarea-actividad de realizar una caja de recursos: aquí se guardaría todo lo que se había aprendido hasta el momento, también materiales que podría ayudarle si tenía una recaída o no estaba bien emocionalmente, esto como el número de una persona importante, alguna frase, regalo, entre otras. La paciente mencionó que sobre todo cosas sobre la familia podrían ayudarle en esos momentos.



Al final la caja de recursos la planteó de esta manera, puesto que pudo realizar un análisis más profundo sobre que uno de sus problemas era pensar mucho en el bienestar de los demás, así que ahora intentaba ver más sus necesidades.

	<p>Esto último me sorprendió en realidad porque reflejaba todo el avance y trabajo realizado hasta el momento.</p> <p>El trabajo de los pensamientos rumiantes ocupó esta sesión, para poder trabajar en ellos, si bien es cierto que los avances eran evidentes, ese temor constante de que algo le falta sino reza sigue manifestándose, por el miedo de que algo malo fuera a suceder sino lo hace, sin embargo, también ha podido reconocer que las veces que no lo ha realizado no ha pasado algo malo necesariamente.</p> <p>En lo que respecta de los indicadores de cambio de Molina, ya a este punto se habían presentado todos, distribuido entre las sesiones.</p>
11	<p>Se planteó un cuadro de pensamientos rumiantes con los cuales trabajar, en donde se realizaría preguntas que puedan debatir o poner en duda el mismo.</p> <p>Se pedirá evidencias sobre esos pensamientos, así mismo las consecuencias que tenerlo puede generarle.</p> <p>La tarea planteada fue la de organizar la información anterior.</p>

12	<p>No se pudo repasar las técnicas aprendidas, puesto que desde el inicio de la sesión se le puso énfasis en el cuadro de registro de pensamientos rumiantes. En donde dicho cuadro podía manifestar que al inicio colocaba más situaciones a favor de estos pensamientos (se morirá mi esposo sino rezo, les pasará algo a mis hijos si no soy devota, Dios me castigará quitándome lo que amo, mi deber como mujer es velar por mi familia). Después ya se podían ir disipando muchas de sus creencias, o en gran medida en realidad.</p>
----	---

	<p>Los objetivos que se habían propuesto se habían cumplido casi a cabalidad, eso no quiere decir que con una nueva necesidad o situación problemática se pueda establecer un nuevo proceso, sin embargo, esta forma ordenada de trabajar es algo aparentemente da resultados.</p> <p>Como desde el inicio no se lograron aplicar todas las pruebas psicométricas, a excepción de BAT. test de evitación conductual para el trastorno obsesivocompulsivo. Esta última prueba se volvió a aplicar, dando buenos resultados, aunque cabe recalcar que más los cambios se han medido desde lo clínico, utilizando recursos como los auto-registros y los indicadores de cambio de Molina.</p>
--	--

13	<p>En este segundo taller pudo asistir toda la familia, en donde se observó una mejor dinámica familiar. Aunque si les sugerí seguir posterior a este un proceso familiar, aunque quizás haya que replantear si soy la adecuada para ella según sus necesidades.</p> <p>Se le presentó a la familia herramientas e información necesaria para poder apoyar e interactuar con la paciente.</p>
14	<p>Se hizo un pequeño recordatorio de lo que se ha trabajado, como se inició y como está en la actualidad. Así también se mencionó que esta es la culminación inicial, con los objetivos planteados, como una graduación, que más sin embargo después de un descanso podrían empezar con otras temáticas que se había conversado de querer trabajar.</p>
	<p>Se dejó de tarea que elabore, compre o utilice uno de sus muñecos, este sería la representación de alguien con quien podría hablar en cuanto lo necesitara.</p>

15



Fue una gran sorpresa que mi paciente me mandó a tejer a mí, por lo que fue un detalle bonito, esta imagen utilizaría para poder conversar y contarle lo que sentía.

Le entregué una hoja con metáforas desde el ACT, así también las técnicas trabajadas, también le entregué un diploma de haber culminado una gran meta terapéutica.

Aunque no estaba dentro del plan le proporcioné ejercicios de aceptación y compromiso y así también otras tareas como la elaboración de cartas que podrían ayudarle en este mes sin vernos. Se agradeció y se hizo un pequeño ritual con respecto de la terapia.

Se estableció según el criterio clínico, gravedad del trastorno y de la solicitud de la paciente que nos veríamos después de un mes, para así ver si se podría empezar nuevos objetivos o como iba en su proceso y autonomía recibida.



MÉTODOS

En el ámbito de la psicoterapia se ha incluido cada vez más la forma de medir cambios positivos en los consultantes, la manera más sencilla utilizada es la de estudio de caso, como se está realizando en esta investigación, donde se ha pretendido estudiar a un solo individuo, utilizando la observación, el auto reporte y otros métodos para poder constatar si ha existido un impacto en la persona a estudiar con las técnicas e instrumentos empleados. (Rivera & Bernal, 2008)

Es así como en el modelo escogido de terapia, según Judith Beck (2011):

Los terapeutas deben trabajar en un nivel más profundo de cogniciones. Al modificar las creencias nucleares que los pacientes tienen respecto de los otros, del mundo y de ellos mismos, es como se van a poder producir modificaciones conductuales y emocionales más duraderas. (Citado en Gómez, Manubens & Roussos, 2017).

Desde lo anterior mencionado, se ha tomado en consideración la evidencia empírica y procedimientos a seguir según el modelo elegido, que corresponde al cognitivo conductual, por ello desde el inicio se hizo un análisis desde los factores, creencias y mantenedores, para posterior a ello poder medir y observar los cambios presentados en la consultante según esta perspectiva terapéutica.

La construcción de evidencias de cambio se realizó mediante un análisis riguroso de los objetivos, técnicas, procedimientos e incluso narrativa de la consultante, para lo cual se hace uso del método cualitativo, con la técnica de observación participante, lo que implica que el investigador tenga una intervención directa en la vida del sujeto, así también la entrevista a profundidad con preguntas semiestructuradas. (Sánchez, Fernández, & Díaz, 2021)



En lo que respecta al pretest y post test tomado, se consideraran más sus respuestas para hacer uso en los recursos cualitativos, sin embargo, también se pondrá de manifiesto la estadística de resultados para poder realizar una comparación de cambio en el proceso.

Se incluyeron evidencias de cambio con los instrumentos desde la narrativa, indicadores de cambio de Krause, Escala de obsesión-compulsión de yale-brown, autorreportes, según las técnicas aplicadas y de los objetivos.

Lo que se presenta a continuación es la representación de lo que se realizó ya en el proceso, por lo que se representa de manera esquemática la propuesta de recolección de información y ya agregada a la realidad, debido a que se cuenta ya con la información requerida.

EVIDENCIA DE CAMBIO SEGÚN LA NARRATIVA

Fase sin intervención	Fase con intervención
En la postura se mostraba con los brazos cruzados y demás gestos que podrían aparentar incredulidad.	Su postura en las sesiones actuales demuestra más confianza y denota comodidad.
“No tengo un problema”	“Tengo una obsesión y conducta que me ocasiona daño”
“Toda mi familia está en mi contra” “no se dan cuenta que lo hago por su bien”	“No he respetado su punto de vista” “En ocasiones no comprendo porque piensan así, pero me gustaría ser más empática”
“No quiero seguir una terapia que cambie mi forma de ser”	“Existen algunas cosas que quiero modificar, aunque en ocasiones no sé cómo” “Todo este conflicto interno es como que está muy dentro de mí”

Interpretación: Según la narrativa de la consultante se puede evidenciar un cambio positivo, debido que al inicio no presentaba conciencia de enfermedad y una visión de túnel, a



diferencia de que en la actualidad se encuentra con una narrativa que denota más apertura al cambio y conocimiento de nuevas percepciones diferentes a la suya.

EVIDENCIA DE CAMBIO SEGÚN LOS INDICADORES DE CAMBIO (Krause, 2006).

Indicadores	Como se presentó
Aceptación de la existencia de un problema	“Esto me está ocasionando conflictos”
Aceptación de los propios límites y renacimiento de la necesidad de ayuda	“Yo sé que una vez que empiezo a rezar ya no puedo parar”
Aceptación del terapeuta como un profesional competente	“Me he sentido bien con usted, porque con otros profesionales no me he sentido cómoda”
Expresión de esperanza	“Pensé que era imposible lidiar con estos pensamientos, pero es bonito ver que en ocasiones si puedo”
Descongelamiento	“Quizás mi esposo se sienta muy aturdido con mi forma de actuar”
Expresión de la necesidad de cambio	“Como usted me comentó al inicio, ya vine y creo que debo aprovechar el estar aquí”
Reconocimiento de la propia participación	“Yo creo que soy la salvadora de mi esposo, pero quizás solo aplaco mis culpas así y no le estoy demostrando mi cariño realmente”
Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo	Terapeuta: “Mencionas que tienes miedo de lastimar a las personas, sin embargo, quizás lo que te genera mayor miedo es que te lastimen a ti” Consultante: “No lo había visto así, pero sabe creo que tiene razón, es algo que no puedo controlar, el rezar siento que si está en mi control”

Manifestación de un comportamiento o emoción nuevos	“Hay algo que me cuesta aceptar y es que no quiero ser mala persona, pero quizás si lo sea”
Aparición de sentimientos de competencia	“Me da temor cuando recaigo en las obsesiones, pero al mismo tiempo creo que puedo lidiar con eso más”
Establecimiento de nuevas conexiones	“Creo que al yo aprender eso de rezar por los hombres tan chiquita ya de grande lo asocié como algo real”
Reconceptualización de los propios problemas	“Yo rezo para no sentir culpa, pero termino sintiéndome peor”
Transformación de valores y emociones de sí mismos	“Yo creo que la familia es importante, pero yo también tengo que estar bien y está bien ser importante entonces”
Formación de constructos subjetivos	“Yo no quería ver que también me podía equivocar y lo quería esconder en la religión”
Autonomía	“He decidido que dejaré de ver a mi familia por un tiempo, creo que es lo mejor para mi tratamiento y no consideré importante preguntarle a usted si era la mejor decisión”
Reconocimiento de la ayuda recibida	“Es que ya no puedo más con esto sola, necesito ayuda”
Disminución de la asimetría pacienteterapeuta	“Creo que a sus plantas les falta regar, se le morirán”
Construcción de una teoría subjetiva sobre sí mismo y el entorno.	Al ser un proceso no se tomó en consideración.

Interpretación: Con los indicadores de cambio presentados se puede denotar de forma subjetiva que, la consultante ha presentado aspectos positivos y que contribuyen al proceso terapéutico.



EVIDENCIA DE CAMBIO SEGÚN LA ESCALA DE OBSESIÓN COMPULSIÓN DE YALE-BROWN

Pretest	Post test
25 (catalogado como severo de 24 a 31)	15 (considerado como leve de 8 a 15)

Interpretación: Según los resultados se puede evidenciar con datos cuantitativos que la sintomatología bajó de severa a leve en comparación de la primera con la última sesión.

EVIDENCIA DE CAMBIO SEGÚN LOS AUTORREGISTROS Y TAREAS

Las primeras 5 sesiones	5 sesiones posteriores	Últimas 5 sesiones
Existió cumplimiento desde el inicio, aunque costaba un poco que comprendiera la finalidad de las actividades.	Ya la consultante proponía la modificación de las actividades porque comprendía un poco mejor que le funcionaba un poco más.	El compromiso se notaba por la excelente presentación de las actividades, así también las conductas tendían a ser más adaptativas que antes.

Interpretación: Se pudo notar cambios debido a que incluso todo este material se convirtió en su nueva psicóloga, fue una forma importante de que recuperara la funcionalidad en la mayoría de las áreas, así también la autonomía de poder hacerlo sola y saber que herramientas usar en determinadas situaciones.

EVIDENCIA DE CAMBIO SEGÚN LAS TÉCNICAS APLICADAS

Técnica	Aporte en el proceso
Psicoeducación	Técnica utilizada para informar sobre el trastorno, temas importantes y para la familia de la consultante, lo que dio una perspectiva más informada y por tanto más manejable del caso.



Reestructuración cognitiva	Los pensamientos maladaptativos se pudieron reducir, sobre todo los que estaban relacionados con las obsesiones y los rituales, aunque no se modificaron del todo por la gravedad de la problemática.
Exposición con prevención de respuesta en el TOC	Mediante la imaginación se pudo colocar posibles escenarios de las situaciones temidas, lo que da como resultado generar menor temor y respuesta de malestar ante estas problemáticas.
Reforzamiento	Se establecieron reforzadores positivos, cada vez que conseguía una de las metas, gestionar una obsesión o resistir la tentación, por lo que mediante un cronograma se pudo ver mejoras en ese sentido.
Técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones	Al cambiar y proponer las verbalizaciones menos adaptativas, por unas más adaptativas, se pudo entrenar en este ejercicio mental, notándose un cambio de percepción de la realidad, puesto que lo hacía con pequeñas manualidades que solía tener en el bolso.
Resolución de conflictos	Se hizo uso bastante de esta técnica, debido a que ayudaba a la consultante a flexibilizar sus pensamientos y actos.
Role Playing	Fue una herramienta bastante útil, debido a que se podía representar siempre que se necesitara una situación o conducta que se quisiera enseñar o reflejar desde otras perspectivas.

Interpretación: Aunque ciertas técnicas fueron adaptadas o modificadas de cierta manera, ya al realizarla con la consultante se pudo notar cambios significativos, esto en unas más que en otras.



EVIDENCIA DE CAMBIO SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Objetivo General: Efectuar un plan terapéutico que reduzca sus distorsiones cognitivas y aumente sus conductas adaptativas. (se dará más detalle en la interpretación)

		Con intervención/sin intervención
--	--	-----------------------------------

Objetivo 1	Entrenar en estrategias para el control de la ansiedad (conductuales/cognitivas).	Uno de los recursos más útiles en este punto fue tener registros de todo lo trabajado, ya que así utilizaba las que mejor le funcionaban, así también como role playing.
Objetivo 2	Reducir la frecuencia de los rituales obsesivos.	Los refuerzos positivos y los factores de protección que se fueron formando ayudaron a que se pudiera ir reduciendo la conducta. Así también eliminar o limitar los factores desencadenantes.

Objetivo 3	Incorporar nuevos recursos para el manejo de su tendencia obsesiva.	Al exponerse constantemente al malestar, la consultante pudo lograr lidiar de mejor manera con su problemática.
Objetivo 4	Mejorar sus recursos sociales que favorezcan relaciones sociales positivas.	Se logró mejorar las relaciones ya establecidas y crear nuevas que no estuvieran envueltas en el ámbito de la religión.
Objetivo 5	Psicoeducar a la familia (hijosposo) en pro de la interacción familia-paciente.	La familia pudo comprender el comportamiento de la consultante, tanto así que se vio la posibilidad de tomar terapia familiar muy pronto.

Interpretación: Según los objetivos planteados se logró reducir las distorsiones cognitivas y así también aumentar las conductas más adaptativas, por lo que se da cumplimiento al objetivo general planteado.



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al finalizar el periodo de 15 semanas de terapia cognitiva conductual (TCC), se observa que la consultante ha logrado avances significativos en varios de los objetivos planteados. Se ha logrado crear una respuesta adaptativa en gran medida, mostrando una disminución notable en las cogniciones no adaptativas y por tanto un mejor manejo de ellos. Ha desarrollado una mayor conciencia de su enfermedad, entendiendo los síntomas y cómo estos afectan su vida diaria. Ha mejorado su adherencia al tratamiento y ha establecido una red de apoyo más sólida, lo cual ha contribuido a un mejor funcionamiento social y a la adopción de conductas adaptativas. Las ideas irracionales han disminuido considerablemente, permitiendo un pensamiento más racional y equilibrado, generando estabilidad en cumplimiento de metas y objetivos de vida.

Entre los resultados principales podemos evidenciar una mejor comprensión de si misma, mostrando una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de los rituales obsesivos y ha aprendido estrategias para manejar los síntomas obsesivos compulsivos, por lo que ha desarrollado una mayor comprensión de su trastorno, lo que ha facilitado una mejor gestión de los síntomas y adherencia al tratamiento, permitiendo fortalecer las relaciones con amigos y familiares, quienes ahora comprenden mejor su condición y ofrecen un soporte más efectivo siendo su red de apoyo.

Por otra parte, se ha observado una mejora en las habilidades sociales, con una mayor participación en actividades sociales y una adopción de comportamientos más adaptativos, contribuyendo a la reducción de pensamientos disfuncionales y promoviendo un pensamiento más equilibrado y racional.

- Comparación con Investigaciones Previas



Los resultados obtenidos en este estudio de caso son congruentes con investigaciones previas que destacan la efectividad de la TCC en el manejo de trastornos obsesivos compulsivos. Estudios como el de Gurría (2021) han demostrado que la TCC pueden reducir significativamente la recurrencia de episodios y mejorar el funcionamiento general de los pacientes con este trastorno. Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que la TCC puede ser más efectiva cuando se combina con tratamiento farmacológico (Alfaro..., 2023), lo que no fue un enfoque principal en este caso. Explicando variaciones en la rapidez y magnitud de la estabilización de la consultante, además de su constante deseo de realizar por ahora solo con psicoterapia, sin medicación.

- Fortalezas

La evaluación integral involucró la aplicación de diversas herramientas como el autorregistro, las cuales permitieron obtener una comprensión detallada de la consultante y conocer su estado psicológico. Esta evaluación exhaustiva, como lo es el análisis funcional posibilitó el diseño de una intervención personalizada, ajustada específicamente a las características y necesidades de la consultante, lo cual es esencial en el manejo de trastornos complejos como este. Además, la inclusión de psicoeducación tanto para ella como para su red de apoyo, compuesta por familiares y amigos, creó un entorno terapéutico más seguro y comprensivo, facilitando la adherencia al tratamiento y la implementación de estrategias adaptativas en su vida cotidiana.

- Limitaciones

La duración del tratamiento, limitada a 15 semanas, puede ser insuficiente para observar cambios profundos y duraderos en algunos pacientes con trastornos crónicos, ya que estos trastornos a menudo requieren intervenciones prolongadas para lograr una estabilización sostenida. Además, la ausencia de tratamiento farmacológico en este caso es una limitación significativa, dado que el manejo del trastorno obsesivo compulsivo típicamente incluye la combinación de



psicoterapia y medicación para optimizar los resultados terapéuticos. La falta de medicación podría haber reducido la eficacia global del tratamiento cognitivo-conductual al no abordar completamente los componentes biológicos del trastorno. Finalmente, siendo este un estudio de caso único, los hallazgos no pueden generalizarse a todos los pacientes con condiciones similares, ya que cada individuo puede responder de manera diferente a las mismas intervenciones debido a la variabilidad inherente en la presentación y progresión de los trastornos mentales (Casas Cabrera, 2021).

- Conclusiones e Implicaciones para la Práctica Clínica

Este caso demuestra la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el manejo de trastornos complejos como el trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados positivos obtenidos subrayan la importancia de una evaluación integral y de intervenciones personalizadas que consideren las necesidades específicas del paciente.

Para futuras prácticas clínicas, se recomienda considerar la combinación de TCC con tratamiento farmacológico para maximizar los beneficios terapéuticos. Además, extender la duración del tratamiento y realizar seguimientos a largo plazo puede ayudar a consolidar los avances y prevenir recaídas. La integración de la red de apoyo del paciente en el proceso terapéutico se destaca como una estrategia eficaz que debería ser adoptada de manera más amplia en la práctica clínica.

Al finalizar el periodo de 15 semanas de terapia cognitiva conductual (TCC), se observa que la consultante ha logrado avances significativos en varios de los objetivos planteados. Se ha



logrado crear una respuesta adaptativa en gran medida, mostrando una disminución notable en las cogniciones no adaptativas y por tanto un mejor manejo de ellos. Ha desarrollado una mayor conciencia de su enfermedad, entendiendo los síntomas y cómo estos afectan su vida diaria. Ha mejorado su adherencia al tratamiento y ha establecido una red de apoyo más sólida, lo cual ha contribuido a un mejor funcionamiento social y a la adopción de conductas adaptativas. Las ideas irracionales han disminuido considerablemente, permitiendo un pensamiento más racional y equilibrado, generando estabilidad en cumplimiento de metas y objetivos de vida.

Entre los resultados principales podemos evidenciar una mejor comprensión de sí misma, mostrando una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de los rituales obsesivos y ha aprendido estrategias para manejar los síntomas obsesivos compulsivos, por lo que ha desarrollado una mayor comprensión de su trastorno, lo que ha facilitado una mejor gestión de los síntomas y adherencia al tratamiento, permitiendo fortalecer las relaciones con amigos y familiares, quienes ahora comprenden mejor su condición y ofrecen un soporte más efectivo siendo su red de apoyo.

Por otra parte, se ha observado una mejora en las habilidades sociales, con una mayor participación en actividades sociales y una adopción de comportamientos más adaptativos, contribuyendo a la reducción de pensamientos disfuncionales y promoviendo un pensamiento más equilibrado y racional.

- **Comparación con Investigaciones Previas**

Los resultados obtenidos en este estudio de caso son congruentes con investigaciones previas que destacan la efectividad de la TCC en el manejo de trastornos obsesivos compulsivos. Estudios como el de Gurría (2021) han demostrado que la TCC pueden reducir significativamente la recurrencia de episodios y mejorar el funcionamiento general de los pacientes con este trastorno. Sin embargo, algunas investigaciones sugieren que la TCC puede ser más efectiva cuando se



combina con tratamiento farmacológico (Alfaro..., 2023), lo que no fue un enfoque principal en este caso. Explicando variaciones en la rapidez y magnitud de la estabilización de la consultante, además de su constante deseo de realizar por ahora solo con psicoterapia, sin medicación.

- **Fortalezas**

La evaluación integral involucró la aplicación de diversas herramientas como el autorregistro, las cuales permitieron obtener una comprensión detallada de la consultante y conocer su estado psicológico. Esta evaluación exhaustiva, como lo es el análisis funcional permitió el diseño de una intervención personalizada, ajustada específicamente a las características y necesidades de la consultante, lo cual es esencial en el manejo de trastornos complejos como este. Además, la inclusión de psicoeducación tanto para ella como para su red de apoyo, compuesta por familiares y amigos, creó un entorno terapéutico más seguro y comprensivo, facilitando la adherencia al tratamiento y la implementación de estrategias adaptativas en su vida cotidiana.

- **Conclusiones e Implicaciones para la Práctica Clínica**

Este caso demuestra la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el manejo de trastornos complejos como el trastorno obsesivo compulsivo. Los resultados positivos obtenidos subrayan la importancia de una evaluación integral y de intervenciones personalizadas que consideren las necesidades específicas del paciente.

Recomendaciones:

- **Limitaciones**



La duración del tratamiento, limitada a 15 semanas, puede ser insuficiente para observar cambios profundos y duraderos en algunos pacientes con trastornos crónicos, ya que estos trastornos a menudo requieren intervenciones prolongadas para lograr una estabilización sostenida. Además, la ausencia de tratamiento farmacológico en este caso es una limitación significativa, dado que el manejo del trastorno obsesivo compulsivo típicamente incluye la combinación de psicoterapia y medicación para optimizar los resultados terapéuticos. La falta de medicación podría haber reducido la eficacia global del tratamiento cognitivo-conductual al no abordar completamente los componentes biológicos del trastorno. Finalmente, siendo este un estudio de caso único, los hallazgos no pueden generalizarse a todos los pacientes con condiciones similares, ya que cada individuo puede responder de manera diferente a las mismas intervenciones debido a la variabilidad inherente en la presentación y progresión de los trastornos mentales (Casas Cabrera, 2021).

Para futuras prácticas clínicas, se recomienda considerar la combinación de TCC con tratamiento farmacológico para maximizar los beneficios terapéuticos. Además, extender la duración del tratamiento y realizar seguimientos a largo plazo puede ayudar a consolidar los avances y prevenir recaídas. La integración de la red de apoyo del paciente en el proceso terapéutico se destaca como una estrategia eficaz que debería ser adoptada de manera más amplia en la práctica clínica.

6. Referencias Bibliográficas



American Psychiatric Association, ed. 2014. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM- 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

Becerra. A. (2018). Comorbilidad Ansioso-Afectiva: Valoración y Propuesta de Tratamiento de Colombia. Chávez, L., & Ontiveros, M. (2014). FAES FARMA. *Definiciones* , 111.

CIE-10. (2000). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. (Medica, Ed.)

Obtenido de

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Y_oACCnRG34C&oi=fnd&pg=PP9&dq=cie+10+p
[df&ots=Cn9MfwEcde&sig=-oS9s7qG3foiRUnM361uts0Np1w#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Y_oACCnRG34C&oi=fnd&pg=PP9&dq=cie+10+p)

Rodriguez, I. F. M., & Sánchez, S. G. (2019). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 3-23.

<file:///C:/Users/steve/Downloads/Dialnet->

[TratamientoCognitivoconductualEnUnaAdolescenteConT7323082.pdf](file:///C:/Users/steve/Downloads/Dialnet-)

Dávila. W. (24 de Enero de 2018). *Terapia cognitivo-conductual en el trastorno*. Obtenido de <file:///C:/Users/steve/Downloads/Dialnet->

[TerapiaCognitivoconductualEnElTrastornoObsesivocom-4830460.pdf](file:///C:/Users/steve/Downloads/Dialnet-)

Díaz. (2010). *La observación*. Mexico: Unam.

Martinez Rodes, L. (2016). *Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno obsesivocompulsivo*.Díaz. (2010). *La observación*. Mexico: Unam.

Díaz, L. (2011). Procedimiento y proceso del método clínico. México.



- Jódar, R, García, C. (2017). Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado en una niña con trastorno obsesivo-compulsivo. (pág. 144). *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.
- Martínez-González, A. y Piqueras-Rodríguez, J. . (2019). *Exposición con Prevención de Respuesta (EPR)*. Obtenido de <https://www.psiquion.com/blog/exposicionprevencion-respuesta-epr>
- Becerra, A. (2018). Comorbilidad Ansioso-Afectiva: Valoración y Propuesta de Tratamiento de Colombia.
- Molina, D. (2024). Indicadores de cambio. [Presentación]. Maestría en Psicoterapia. UDLA. <https://udla.brightspace.com/d2l/le/lessons/280313/topics/2680914>
- Dirección de Educación en Línea. (2024, 18 abril). *La narrativa del consultante como evidencia cualitativa de cambio* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=n1nJySPfilk>
- Díaz, L. (2011). Procedimiento y proceso del método clínico. México.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Ramírez, I. (2006). *INDICADORES GENÉRICOS DE CAMBIO EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO I*. *Revista latinoamericana de psicología* , 38 (2), 299-325.
- Rivera Medina, Carmen L., & Bernal, Guillermo. (2008). La medición en el cambio psicoterapéutico: hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19, 223-244. Recuperado em 27 de junio de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262008000100010&lng=pt&tlng=es.



Sánchez, Maream J., Fernández, Mariela, & Diaz, Juan C.. (2021). Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador

cualitativo. *Revista Científica UISRAEL*, 8(1), 107-

121. <https://doi.org/10.35290/rcui.v8n1.2021.400>

Alfaro-Sandoval, D. S., Vergara-Drago, C. L., Cortes-Jofre, M., & Ortiz-Muñoz, L. E. (2023, August 20). Terapia cognitivo conductual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

en personas con trastorno del espectro autista (TEA).

<https://doi.org/10.31219/osf.io/8xuzj>

Casas Cabrera, P. (2021). Estudio de caso con diseño N= 1 bajo la utilización del Protocolo Unificado en un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada: una evaluación ecológica momentánea mediante tecnología.

7. ANEXOS

CONTRATO TERAPÉUTICO

La finalidad del presente contrato es especificar las condiciones generales del funcionamiento del programa clínico que Vd. va a comenzar. En él se detallan, además, una serie de compromisos que deben ser respetados por las partes implicadas para su adecuado desarrollo.

CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISOS DEL PSICÓLOGO

1. El psicólogo se compromete a velar por la adecuación científica y profesional de los programas de tratamiento que se realicen.
2. El programa de intervención se llevará a cabo respetando las normas recogidas en el Código Deontológico de la profesión (Colegio Oficial de Psicólogos). Ello supone, entre otros aspectos, la **confidencialidad** de los datos obtenidos dentro del mismo.
3. Las sesiones de tratamiento se llevarán a cabo con una periodicidad de una sesión semanal de aproximadamente una hora de duración. En ocasiones, pueden llegar a realizarse dos sesiones semanales siendo justificadas por necesidades concretas de la intervención.
4. Si la dificultad del problema clínico a tratar requiere un recurso diferente a los que puede ofrecerse, el psicólogo se compromete, si Vd. así lo desea, a informarle sobre otros profesionales o centros (no necesariamente sujetos a este régimen) que se ajusten más a sus características particulares.

COMPROMISOS DEL CLIENTE

1. El cliente/paciente se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En aquellas ocasiones en las que le sea imposible acudir, deberá avisar con 24 horas de antelación como mínimo. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin informar de ello, el tratamiento se dará por terminado.
2. El cliente/paciente se compromete a realizar las tareas clínicas y trabajos personales indicados en cada momento por su terapeuta.
3. En los casos en los que sea necesario por indicación de su terapeuta y previo acuerdo, el cliente/paciente se compromete a facilitar el contacto con cualquier familiar o persona allegada con objeto de mejorar la eficacia de la intervención.

La firma del presente contrato terapéutico supone el consentimiento por todas las partes implicadas para que el programa de tratamiento se desarrolle conforme a las condiciones reseñadas.

Consideraciones Éticas:

- **Beneficios:**
 - **Contribución al avance científico:** Participar en la medición de la efectividad de la práctica clínica rutinaria puede ayudar a generar evidencia científica que beneficie a futuros pacientes y profesionales de la salud.
 - Se entiende también el principio de beneficencia como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Incluye el hecho de no hacer daño a otros, acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.
 - **Mejora de la atención médica:** Al proporcionar datos sobre la efectividad de las prácticas clínicas rutinarias, se pueden identificar áreas de mejora en la atención médica y se pueden implementar cambios para optimizar el cuidado de los pacientes.
 - **Monitorización de la propia salud:** Al participar en el estudio, los pacientes pueden recibir una monitorización más cercana de su condición médica, lo que podría llevar a una mejor gestión de su salud.
- **Riesgos:**
 - **Carga adicional:** Participar en el estudio puede requerir tiempo y esfuerzos adicionales por parte del paciente, lo que podría comprometer su capacidad para cumplir con otras responsabilidades. Por esto es muy importante contar con un tiempo establecido y a su vez compromiso y constancia.



- **Resultados negativos:** Existe la posibilidad de que el tratamiento o la intervención no sean efectivos o que no puedan ser aptos con la individualidad del paciente y el enfoque necesario para su tratamiento y mejora.
- **Impacto emocional:** Participar en un estudio clínico puede ser emocionalmente difícil para algunos pacientes, especialmente si experimentan resultados negativos o complicaciones.
- **Costos y Compensación**
 - **Costos médicos:** Dependiendo del proceso puede implicar costos financieros para el paciente, ya sea a través del pago directo o a través de copagos de seguros médicos.
 - **Costos de transporte:** Los participantes pueden necesitar viajar a centros médicos o de investigación para participar en el estudio, lo que puede implicar gastos adicionales de transporte y estacionamiento.
 - **Costos de tiempo:** Participar en un estudio clínico puede requerir tiempo adicional para viajar al consultorio del terapeuta y para participar en las sesiones mismas, lo que podría afectar la disponibilidad del paciente para otras actividades.
 - **Compensaciones no financieras:** No se ofrecerá compensación financiera por su participación, además de la mejora en el bienestar emocional, los pacientes pueden beneficiarse de una mayor autoconciencia, una mejor calidad de vida y de la posibilidad de contribuir al avance científico.
- **Voluntariedad de la Participación:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted o su representante legal tienen el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de proporcionar una razón. Si decide retirarse, todos los datos obtenidos, evaluaciones y procesos serán eliminados y no se utilizarán para ningún propósito adicional. Es importante destacar que su decisión de no participar no afectará de ninguna manera la atención médica que por ley le corresponde. A su vez, participar en este estudio podría contribuir al avance del conocimiento en psicoterapia y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para futuros pacientes.
- **Confidencialidad y Privacidad:**

Según El principio de respeto a las personas plantea la convicción de que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos. Se sustenta moralmente en el respeto de los profesionales de la