



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN  
Y HUMANIDADES**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Caso Clínico Trastorno Obsesivo Compulsivo en adulto,  
con intervención terapéutica Cognitivo - Conductual**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:** Pardo Carrión, John Lenin

**Director:** Cabrera León, Lizbeth Katherine

LOJA

2023



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2023

## **Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular**

Loja, 30 de junio de 2023

Magister

Gianella Liseth Toro Sánchez

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso Clínico Trastorno Obsesivo Compulsivo en adulto, con intervención terapéutica cognitivo - conductual realizado por John Lenin Pardo Carrión, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgs. Lizbeth Katherine Cabrera León

C.I.: 1105146698

Correo electrónico: lkabrera@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, John Lenin Pardo Carrión, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso Clínico Trastorno Obsesivo Compulsivo en adulto, con intervención terapéutica Cognitivo - Conductual de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Marco Teórico, Metodología y Resultados, siendo Lizbeth Katherine Cabrera León directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: John Lenin Pardo Carrión  
C.I.: 1150361382  
Correo electrónico: jlpardo@utpl.edu.ec

### **Dedicatoria**

Dedico este trabajo especialmente a Dios por haberme regalado la fortaleza y las habilidades necesarias para el desarrollo del mismo, a mis padres y hermanos quienes fueron el pilar fundamental de apoyo constante a pesar de las dificultades suscitadas durante el desarrollo de este trabajo, en especial a mi madre quien con esfuerzo y sacrificio fue mi compañera fiel y quien me regaló la fuerza de su corazón para poder culminar..

### **Agradecimiento**

Agradezco primeramente a Dios por la oportunidad de haberme permitido desarrollar un sueño más en mi formación profesional, de haberme acompañado en cada momento difícil y haberme regalado la fortaleza necesaria para continuar, a mis padres, hermanos y familiares que constantemente me brindaron palabras y gestos de amor y apoyo en cada momento, quienes confiaron en mí y permanecieron siempre a mi lado, agradezco también a mis compañeros, docentes y amigos quienes fueron parte de todo el tiempo de desarrollo de este trabajo y quienes me extendieron una mano solidaria cuando más lo necesitaba, finalmente agradezco a Josselyn R. por su apoyo incondicional y motivaciones diarias para la culminación de este trabajo, formando parte especial de mi vida y corazón.

## Índice de contenido

Carátula .....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular .....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos .....	III
Dedicatoria .....	IV
Agradecimiento .....	V
Índice de contenido.....	VI
Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción .....	3
Capítulo uno.....	6
Marco teórico .....	6
1.1    Presentación del caso .....	6
Identificación del paciente.....	6
Motivo de consulta.....	7
Historia del problema y descripción de la sintomatología .....	8
Proceso de evaluación .....	11
Proceso diagnóstico .....	17
1.3.1. <i>Diagnóstico diferencial</i> .....	17
1.3.2. <i>Diagnóstico definitivo</i> .....	18
Metodología.....	20
2.1    Tratamiento/Intervención .....	20
2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i> .....	20

<b>2.1.2 Plan de tratamiento/intervención .....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo tres .....</b>	<b>35</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Análisis de resultados cuantitativos .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2. Análisis de resultados cualitativos.....</b>	<b>35</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>38</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>43</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>45</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>46</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1 Instrumentos aplicados .....</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 2 Plan de intervención psicoterapéutica .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 3 Modelo de autorregistro usado durante el proceso de intervención .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 4 Modelo de ficha de observación usado durante el proceso de intervención..</b>	<b>38</b>

#### Índice de Figuras

<b>Figura 1 Genograma Familiar .....</b>	<b>7</b>
--	----------

## Resumen

El presente caso clínico detalla sobre un sujeto de sexo masculino, de cincuenta años de edad, quien inicialmente presentaba ideas obsesivas de contaminación, lo cual provocó aislamiento paulatino, con una evolución desfavorable para el paciente. Para su evaluación se utilizó la entrevista y observación psicológica, acompañado de la aplicación de reactivos psicométricos. Determinando con el Manual CIE-10 un diagnóstico definitivo de Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos F42.1.; con ello se realiza una intervención basada en el modelo cognitivo-conductual llevada a cabo en veintiún sesiones, de las cuales únicamente se pudieron desarrollar catorce debido a factores familiares que influenciaron para la deserción del tratamiento. En el proceso terapéutico, se evidenció la efectividad del modelo en la reducción de la sintomatología, llevando un control del progreso mediante autorregistros y fichas de observación desarrolladas por el terapeuta y sus cuidadores dentro y fuera de las sesiones. Finalmente se concluyó que, la influencia de la familia en la respuesta a la intervención clínica fue el principal factor de riesgo para el abandono al tratamiento.

*Palabras clave:* Trastorno Obsesivo-compulsivo, terapia cognitivo-conductual, familia.

### **Abstract**

The present clinical case describes a fifty-year-old male subject, who initially presented obsessive ideas of contamination, which caused gradual isolation, with an unfavorable evolution for the patient. For his evaluation, an interview and psychological observation were used, together with the application of psychometric reagents. Determining with the ICD-10 Manual a definitive diagnosis of obsessive-compulsive disorder with predominance of compulsive acts F42.1; with this, an intervention based on the cognitive-behavioral model was carried out in twenty-one sessions, of which only fourteen could be developed due to family factors that influenced the desertion of the treatment. In the therapeutic process, the effectiveness of the model in the reduction of symptomatology was evidenced, keeping track of progress through self-records and observation cards developed by the therapist and caregivers inside and outside the sessions. Finally, it was concluded that the influence of the family in the response to the clinical intervention was the main risk factor for treatment abandonment.

*Key words:* obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, family.

## Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una condición psiquiátrica que se encuentra entre las cinco enfermedades psiquiátricas más comunes y está catalogada como una de las 20 enfermedades más discapacitantes que afectan a las personas. El TOC es el cuarto trastorno psicológico más frecuente, superando a la esquizofrenia, la anorexia nerviosa y el trastorno bipolar (Saracut y Fernández, 2022).

Según Ángel y Pareja (2001) este trastorno se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones recurrentes que causan un deterioro significativo en las personas. Con frecuencia, las obsesiones suelen estar acompañadas por un profundo temor y la necesidad imperiosa de realizar ciertas prácticas y conductas específicas para aliviar el malestar. Mientras que las compulsiones son actos abiertos o encubiertos, repetitivos, dominados por reglas propias, excesivas e ilógicas que el individuo siente la necesidad de completar para aliviar la sintomatología ansiosa.

Su prevalencia en niños y adolescentes es del 1-3%, siendo mayor en el sexo masculino 2:1 en relación al sexo femenino, aunque antes se consideraba relativamente raro en la infancia, en la actualidad se sabe que más de la mitad de los adultos con TOC iniciaron los síntomas en la infancia y/o adolescencia, sin embargo, un análisis indica que sólo una quinta parte de los niños y adolescentes con este trastorno psiquiátrico son diagnosticados correctamente (García, 2023).

El TOC tiene consecuencias funcionales que se traducen en una menor calidad de vida con altos niveles de desajuste en el área social y laboral. El deterioro está asociado con la gravedad sintomatológica, que a su vez está directamente relacionada con el tiempo empleado por el paciente en las obsesiones y compulsiones. En ocasiones, los síntomas actúan como obstáculos restringiendo el correcto funcionamiento de la persona en las distintas esferas vitales (Orante y Esteban, 2022).

La comorbilidad del TOC con otros trastornos y patologías es elevada tanto a nivel de sintomatología como de síndrome. Según Saracut y Fernández (2022), aproximadamente el

57% de los pacientes diagnosticados con TOC presentan al menos un trastorno del estado de ánimo relacionado, como ansiedad y depresión mayor.

El pronóstico en pacientes con TOC depende de la presencia de factores de riesgo y factores protectores. Según el DSM-5 (2015), los factores de riesgo incluyen los temperamentales (síntomas de interiorización y emotividad negativa), ambientales (maltrato infantil) y genéticos/fisiológicos (presencia de familiares de primer grado con TOC).

Los casos con un pronóstico desfavorable son aquellos en los que se da una baja resistencia a las compulsiones, que tienen un inicio tardío del tratamiento, respuesta escasa por parte del paciente (poca adherencia), necesidad de hospitalizaciones, inicio de la problemática en la infancia, desarrollo de ideas delirantes y la comorbilidad con un trastorno depresivo mayor o de personalidad. Por el contrario, un buen ajuste social y laboral actuarían como factores de protección e indicarían un mejor pronóstico (Sarmiento y Rico, 2020).

Para la evaluación de esta psicopatología se tomaron en cuenta varios instrumentos y técnicas propias tanto de la evaluación psicológica, misma que es una disciplina que se enfoca en explorar y analizar el comportamiento, la personalidad, las habilidades cognitivas y otras características de la persona; en cuanto a los instrumentos de recogida de información estos son los test psicológicos, cuestionarios y la observación directa mediante las entrevistas clínicas, que luego se interpretan para llegar a conclusiones o establecer un modelo del funcionamiento sobre el objeto de análisis (Medrano y Perez, 2019).

Este proceso de evaluación es ampliamente utilizado tanto con fines investigativos como prácticos y se utiliza en el entorno psicológico manteniendo su objetivo principal que es comprender al sujeto o grupo facilitando su descripción, clasificación, predicción o transformación, ya sea con fines diagnósticos, para ofrecer orientación o guiar la intervención terapéutica. Este proceso culmina con un informe que deberá comunicarse al paciente (la persona evaluada), quien deberá conocer sus implicancias. Los instrumentos y procedimientos de recogida de información vienen en gran parte determinados por la demanda de evaluación y los comportamientos que se quieren estudiar (Paz y Peña, 2021), siendo en este caso los necesarios para evaluar TOC, la entrevista psicológica y reactivos

que evalúan la sintomatología de este trastorno y afianzar el diagnóstico. Es por ello, que, tras realizar una exhaustiva evaluación y según la Organización Panamericana de Salud. (2008). CIE 10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, se puede determinar un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos F42.1.

Para el tratamiento de dicha patología, existen diversos enfoques utilizados. que han demostrado la eficacia, entre ellos el tratamiento farmacológico como apoyo a la psicoterapia mediante la utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), resultando ser el tratamiento de primera línea por ser poco invasivo (Ruiz, 2019). En compañía con la terapia cognitivo conductual, se ha evidenciado gran efectividad y evolución favorable del paciente ya que la misma incorpora la exposición con prevención de respuesta (EPR) como la de mayor respuesta terapéutica, en conjunto con el entrenamiento en relajación progresiva y técnicas de manejo de la ansiedad. También se ha comprobado que mejora la perspectiva de autoeficacia en los pacientes, lo que les permite un mejor manejo de miedos en ausencia de conductas de evitación y una reducción de la sintomatología alrededor de un 60% (Imbali y Romero, 2021).

Teniendo en cuenta el deterioro vital mencionado, es de resaltar que en este trastorno figuran unas tasas de abandono al tratamiento que oscilan en torno a un 13%. Esto suele darse por las recaídas y en ocasiones por presión social y familiar durante el proceso terapéutico (Alvarado y Tenesaca, 2022).

Con lo antes mencionado, es importante destacar la importancia de este estudio como aporte a la investigación de este trastorno en específico en su evaluación, diagnóstico y tratamiento abordado desde el enfoque cognitivo-conductual. En el capítulo I se muestra la identificación del caso abordando toda su historia, aspectos relevantes y desarrollo de la enfermedad hasta la actualidad, en el siguiente capítulo, se abordan temas específicos referentes al proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento; y finalmente el capítulo III está centrado en el análisis de los resultados obtenidos.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### ***1.1 Presentación del caso***

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

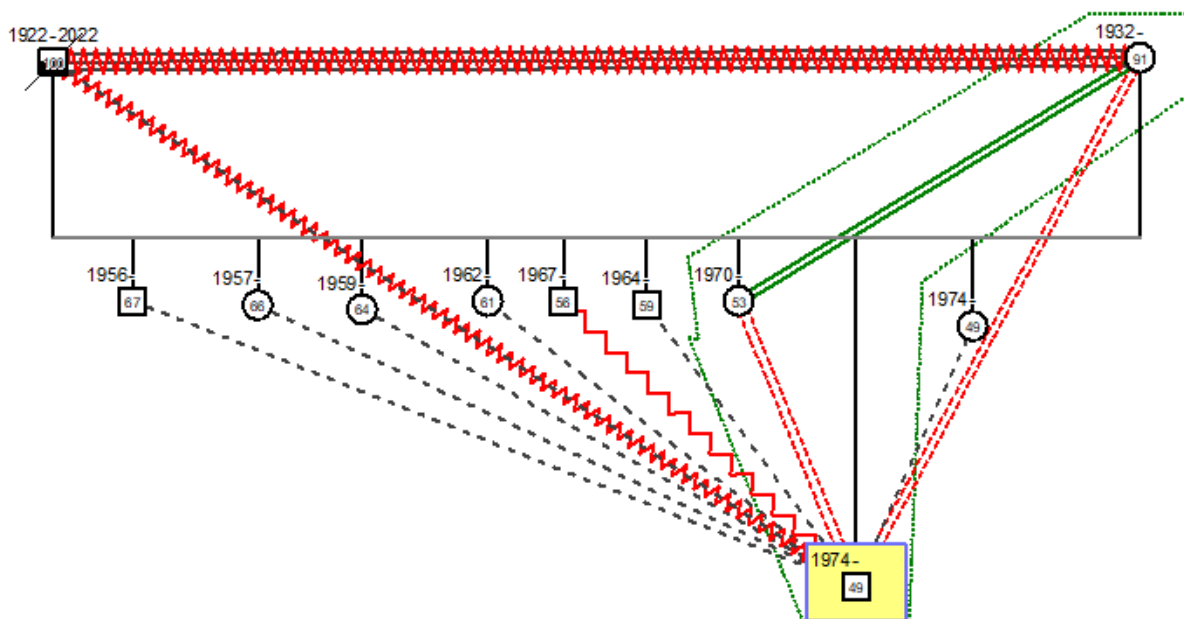
##### ***2.1.1 Identificación del paciente***

Paciente masculino de 50 años, nacido en la ciudad de Loja en agosto del año 1973, estado civil soltero. Su nivel de educación alcanza el grado básico, pero actualmente se encuentra desempleado y en una situación económica desfavorable.

Proviene de una familia monoparental, siendo el octavo hijo de nueve hermanos, el sistema familiar se ve caracterizado por problemas significativos en sus relaciones, puesto que estas han empeorado a partir del inicio de su sintomatología, tornándose conflictiva y distante con su red de apoyo principal.

A la presente fecha, reside con su madre y cuidadoras, su padre falleció hace aproximadamente un año. A pesar de estos inconvenientes relacionales, mantienen una actitud delicada y comprometida con el cuidado y bienestar del paciente, brindándole apoyo en la atención médica necesaria durante todo su tratamiento.

A continuación, se presenta el genograma familiar:

**Figura 1***Genograma Familiar*

*Nota.* Genograma familiar

### 2.1.2 **Motivo de consulta**

Paciente es atendido en su domicilio por presentar alteraciones en su conducta, estas parten desde un, descuido y desinterés de su aseo y cuidado personal, sumado a una restricción social, hasta el aislamiento casi total por temor a estar en la calle y mantener contacto con otras personas por miedo a ensuciarse. Esto habría iniciado aproximadamente hace más de veinte años iniciando con rituales de limpieza caracterizados por repeticiones constantes de tres veces en cada paso para la limpieza, es decir, jabonarse tres veces, enjuagarse tres veces, etc., estos rituales tienen un rasgo propio que únicamente se realizan en las extremidades superiores, centrándose en mayor parte en las manos, mantienen así mismo una duración aproximada de entre cuarenta y cinco minutos hasta tres horas.

Paciente al momento de la entrevista se encuentra vestido con zapatos deportivos, calentador y chaleco con capucha, dando la impresión de una persona de menor edad, presenta desaseo personal, agitación psicomotriz y facie ansiosa.

### 2.1.3

#### **2.1.4 Historia del problema y descripción de la sintomatología**

Paciente a los 16 años inició un consumo problemático de alcohol por influencia de pares, durante aproximadamente tres años, manifestando agresividad con sus familiares más cercanos, además de conductas de robo y vandalismo.

Paciente comenta que a los 18 años de edad ingresa al cuartel militar, desertando al mes, tras su salida se mantuvo en aislamiento en su domicilio aproximadamente 6 meses para evitar el castigo de su deserción, durante este periodo mantiene el consumo de alcohol e inicia prácticas de videojuegos, que fue aumentando en frecuencia, y duración.

A los 19 años inicia con hábitos y rutinas rígidas caracterizadas por salir de casa exclusivamente a la venta de prendas de vestir, actividad que realizaba con fines económicos; y, regresaba a casa a seguir jugando videojuegos. Este comportamiento era inflexible en cuanto a su forma de ejecución y horarios, manteniendo estas conductas por aproximadamente 5 años; este hábito generó en el paciente cefaleas, alteraciones del sueño y de la alimentación (en algunas ocasiones sin la ingesta de alimentos hasta por tres días consecutivos), además, se tornaba agresivo y apático.

Es importante mencionar que desde los 19 hasta los 24 años empieza a usar guantes de lana para tomar el dinero que cobraba y dejarlo en papel higiénico sobre la mesa de su cuarto aludiendo a que existe contaminación en el mismo.

A los 24 años de edad, debido al uso excesivo de la consola de videojuegos, esta llegó a deteriorarse totalmente, quedando inservible, esto ocasionó en el paciente estados de ansiedad por no poder cumplir con sus rutinas diarias. Luego de ello, presenta ideas delirantes asociadas a la contaminación, que empezaron desde el dinero hasta cualquier objeto o persona fuera de sí mismo con la que pudiera entrar en contacto; iniciando rituales de limpieza que se repetían tres veces, estas conductas generaban ansiedad en el paciente cuando no podía cumplirlas correctamente según su percepción.

Es importante mencionar que adicional a ello, comienza un aislamiento paulatino, en primera instancia compartía áreas comunes de la casa, sin embargo, los últimos 16 años

decide quedarse el 80% aproximadamente de su tiempo dentro de su habitación. Durante este periodo únicamente realizaba la limpieza de sus manos y brazos; para ello usaba específicamente jabón azul en barra y pasta de dientes.

A los 40 años de edad, paciente presenta un aislamiento casi total por aproximadamente 6 años; alterando su relación comunicativa y afectiva con su entorno, incluso no permitía el aseo de su cuarto, ni de su persona, prohibiendo el ingreso a su dormitorio. Según refirió el paciente, solía limpiar con papel higiénico ciertas zonas de su habitación en formas circulares en el piso, las cuales usaba para caminar y también aseaba una parte de su cama donde dormía.

Debido a esta conducta, hermano mayor del paciente, acude a solicitar atención especializada para su familiar, refiriendo aislamiento social y descuido en su aseo personal, cuadro se exagera en el último mes, presentando agresividad, agitación y ansiedad, el cuidador comenta *“no permite cambio de ropa, se altera cuando entran a su cuarto, grita, insulta y hecha llave, no permite el aseo del su cuarto, los alimentos hay que dejarle afuera y él los pone los en el mismo plato que come los días anteriores y usa la misma cuchara”*.

A sus 47 años recibe atención domiciliaria por personal de salud, presentando en un inicio agresiones verbales hacia los mismo, impidiendo el ingreso a su habitación. Posteriormente y con ayuda de familiares, se logra el ingreso y se puede evidenciar una marcada incapacidad del paciente para satisfacer las demandas de la vida cotidiana, acompañado de un bajo rendimiento en general, presenta ideas delirantes de contaminación las cuales persisten a diario sin llegar a la presencia de alucinaciones, mal estado del paciente, tanto físico como psicológico; en la habitación se observó capas de polvo, telaraña, entre otros signos de suciedad debido a que no había consentido que nadie tocara sus cosas durante los últimos dos años previos a la visita domiciliaria.

En sus rutinas de limpieza utiliza la misma marca de jabón y papel higiénico, el cual corta en fracciones similares en tamaño con Gillette, las cuales usa para tomar dinero, pasta de dientes y objetos personales, no varía el canal de televisión, ni la vajilla con que se alimenta, además en su habitación no toleraba la presencia de telas o cobijas por cuanto se

alteraba al tocar sus texturas. Paciente menciona que posterior a la visita domiciliaria, no se le brinda un tratamiento farmacológico.

Dentro del proceso de evaluación llevado a cabo por el personal de salud mental, se determina el diagnóstico de esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo.

A partir de ello se inicia un tratamiento multidisciplinario con médicos y psicólogos, estableciendo una alianza terapéutica, el planteamiento de objetivos de intervención, acuerdos y compromisos con el paciente y sus cuidadores, sin embargo, es importante detallar que este proceso se basó exclusivamente en visitas domiciliarias cada dos meses, con el fin de dar seguimiento a la sintomatología del paciente. Mediante el cual se logra que el paciente tome su primer baño después de su periodo de aislamiento, permite a sus cuidadores afeitar su barba, cortar sus uñas y con ayuda de los mismos, su cambio de vestimenta, se realiza la limpieza total de su habitación.

A los 48 años de edad, paciente mantiene la conducta obsesiva de bañarse (2-4 horas por cada ducha) o lavarse las manos por periodos prolongados de tiempo (60 – 90 minutos aproximadamente), menciona que debe tomarse este tiempo debido a que el jabón y espuma no desaparecen a pesar de las grandes cantidades de agua utilizadas durante estos procesos de limpieza; dicha conducta que se mantiene a la fecha.

Actualmente, el paciente continúa recibiendo visitas y sesiones de seguimiento del personal de salud mental y psiquiatría, con tratamiento farmacológico con haloperidol 2mg/1ml gotas, (20 gotas cada 12 horas), ácido valproico 500mg diarios; además se encuentra en proceso de calificación por discapacidad psicosocial en espera de formulario 001 de psiquiatría.

Para el paciente su principal red de apoyo es su madre y cuidadores, sin embargo, los mismos representan un factor de riesgo y mantención de la psicopatología ya que suplen las necesidades de N.N.; cediendo ante las exigencias al momento de realizar las conductas de limpieza.

### **2.1.5**

### **2.1.6 Proceso de evaluación**

El propósito del proceso de evaluación del paciente fue obtener un diagnóstico multidisciplinario en colaboración con el equipo de salud mental del MSP. Este se llevó a cabo mediante tres sesiones, siendo dos de ellas de acercamiento y una de entrevista semiestructurada para recopilar información correspondiente a la historia clínica del paciente. Los dos primeros encuentros duraron aproximadamente entre 40 minutos y una hora, mientras que la sesión de entrevista aproximadamente 1 hora y 30 minutos, y se realizó de manera presencial en el domicilio del paciente.

Las sesiones previas a la primera entrevista, estuvieron enfocadas en el establecimiento de rapport y una alianza terapéutica con el paciente, lo que facilitó la creación de un ambiente cordial y de respeto. Durante estas sesiones, se utilizaron técnicas que permitieron la recopilación de información relevante respecto al problema del paciente, incluyendo la observación clínica, una entrevista semiestructurada y autorregistros.

Es importante destacar que se establecieron acuerdos y compromisos sobre el desarrollo de proceso terapéutico, haciendo énfasis en la confidencialidad de las mismas y la importancia de la sinceridad del paciente en sus respuestas.

Dentro de las sesiones de evaluación, se obtuvo información sobre los antecedentes personales, familiares, laborales, sociales y sentimentales del paciente. Además, se aplicaron cuatro reactivos para evaluar rasgos de personalidad, niveles de ansiedad, impulsividad y deterioro cognitivo, con el fin de fortalecer el proceso diagnóstico.

Estas baterías psicológicas permitieron conocer con mayor detalle la sintomatología que el paciente estaba presentando dentro de su problemática, así como su intensidad y posibles factores que mantienen su condición actual.

#### **1.1.1 Entrevista con el paciente**

La entrevista clínica es una técnica fundamental en el enfoque clínico y una técnica de investigación científica. Es el medio a través del cual se obtienen datos significativos y aclaratorios a la hora de realizar un diagnóstico psicológico clínico o neuropsicológico. A

través de ella, se obtiene información relevante sobre el tipo de caso, terapia y tratamiento a seguir. Además, permite definir el tipo de intervención clínica que el paciente necesita, así como tomar las decisiones y juicios clínicos oportunos. Tiene como principales objetivos conocer las pautas y formas de vivir del sujeto, destacar características valiosas y patológicas del sujeto (Basanta, 2012)

Posterior a las sesiones de acercamiento se realizó una entrevista semiestructurada, la misma se llevó a cabo cómo una conversación social en el marco terapéutico, mediante la formulación preguntas dirigidas a indagar la problemática que aqueja al paciente, poniendo en manifiesto el carácter psicosocial de esta técnica; manteniendo los principios de comunicación e interacción humana.

- **Entrevista psicológica inicial:** En la primera sesión terapéutica, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada que se desarrolló en un ambiente clínico y profesional. Durante dicha entrevista, se plantearon preguntas específicas para explorar la problemática que aqueja al paciente, respetando los principios de comunicación e interacción humana. Se recopiló la mayor cantidad de información posible para elaborar la historia clínica y los datos necesarios para el tratamiento adecuado. Se obtuvieron detalles sobre el inicio, evolución y desarrollo de la psicopatología, así como el tiempo de duración y los malestares que produce en el paciente. También se recopiló información sobre los antecedentes personales y familiares del paciente, así como posibles factores desencadenantes y mantenedores. Es crucial que el paciente se exprese con sinceridad durante la evaluación para obtener una evaluación precisa y efectiva.

### **1.1.2 Observación clínica**

La observación es considerada una estrategia fundamental y una conducta natural de todas las personas y en el ámbito clínico ha sido uno de los procesos más utilizados dentro de la evaluación terapéutica entre el sujeto y el evaluador independientemente del modelo teórico que se vaya a utilizar en este. Consiste en la observación atenta del caso, tomar información y guardarla mediante registros para su posterior análisis, esta herramienta no

solo nos sirve para brindar origen al establecimiento de un diagnóstico terapéutico y un pronóstico, sino para su utilización en sistemas preventivos y de rehabilitación (Wainszelbaum, 2007).

Mediante la misma se evidenció en el paciente el descuido tanto en su salud física como aspecto personal. Mantenía una mirada perdida, evitando en un inicio el contacto visual, se observó dentro de su habitación un orden establecido para ubicar tanto sus productos para la limpieza como sus objetos personales. A la par se pudo observar también las conductas de limpieza realizadas en una forma de ejecución concreta y repetitiva.

Posterior a la observación clínica y la entrevista, se determinó las funciones mentales del paciente, mostrándose lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, atención sin aparente alteración (euproséxico), memoria de fijación y evocación preservadas, ninguna alteración en su sensopercepción, colaborador a las interrogantes realizadas, no se evidenció una alteración aparente en su sensopercepción, vigil, mantuvo la atención durante todo el desarrollo de la sesión, lenguaje con tonalidad de voz adecuada y coherente en estructura.

### **1.1.3 Instrumentos psicológicos aplicados**

Con el objetivo de obtener una evaluación diagnóstica precisa y concisa, se seleccionaron reactivos que abordaran tanto el diagnóstico de sospecha como los diferenciales. De esta manera, se buscó determinar un diagnóstico definitivo acertado que sirviera como base para el diseño del plan terapéutico. A continuación, se presentan los reactivos empleados durante el proceso de evaluación:

#### **Test de mayo (Ministerio de salud pública, 2023):**

Se trata de una valoración breve del estado mental del individuo, destinada a la población general a partir de los 12 años de edad. Su objetivo es brindar información sobre el proceso de deterioro cognitivo, considerando los estadios de cada ciclo vital. Es importante destacar que esta se basa en la medición y no en un coeficiente intelectual. Se evalúa la ejecución y respuesta de las funciones mentales superiores, en varias áreas en las que no es necesario medir conocimientos, sino la respuesta del estado cognitivo del paciente en relación a las funciones establecidas por el protocolo. Este test permite medir el nivel de déficit y/o

deterioro cognitivo (Rastreo) y su aplicación es individual (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Se distribuye en ocho secciones: orientación, atención, aprendizaje, cálculo, abstracción, información, construcción y revocación; su forma de calificación se establece por: 0 si la respuesta es totalmente incorrecta, 1 si la respuesta es correcta, a excepción del apartado siete, referente a la construcción el que se califica 0 cuando es totalmente incorrecta, (1) si es parcialmente correcta y (2) si es totalmente correcta; en cuanto a la calificación total se distribuye por rangos: normalidad (38-34), limítrofe (33-29), deficiencia leve (28-24), moderado (23-16) y grave-profundo (15 o menos) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

#### **Impulsividad de Barratt (Salvo y Castro, 2013):**

Este reactivo fue diseñado en Stanford, es un instrumento extensamente usado en investigación psicológica, psiquiátrica, sociológica y educativa. En la actualidad se usa la versión 11, la misma que es psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente más empleada, en adultos y adolescentes.

Para su aplicación consta de 30 ítems agrupados en tres subescalas que son: Impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada, cada uno de estos ítems presenta cuatro opciones de respuesta. Para la obtención de la puntuación total de este reactivo, se la obtiene con la sumatoria total de todas las subescalas (Salvo y Castro, 2013).

#### **Escala Obsesivo Compulsiva de Yale Brown (Nicolini et al., 2006):**

El cuestionario Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), adaptado por Steketee, se utiliza para medir la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Este instrumento consta de 10 ítems, de los cuales cinco están relacionados con obsesiones y cinco con compulsiones. Las opciones de respuesta van desde 0 hasta 4, reflejando la ausencia de síntomas hasta la presencia de síntomas severos. Para la clasificación diagnóstica, se establecen puntos de corte: de 0 a 7 puntos se considera "ausencia de manifestaciones clínicas", de 8 a 15 "leve", de 16 a 23 "moderado", de 24 a 31 "severo" y de 32 a 40 "extremo". Además, el cuestionario cuenta con cinco subescalas que miden el tiempo

dedicado, la interferencia, la angustia, la resistencia y el control. Es importante mencionar que el cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0.78 para personas con TOC y de 0.89 para personas sin manifestaciones clínicas (Nicolini et al., 2006).

**Inventario de ansiedad de Beck (Padrós Blázquez et al., 2020):**

El Beck Anxiety Inventory (BAI) es un instrumento ampliamente utilizado en el campo de la salud mental para evaluar los síntomas somáticos de la ansiedad que pueden estar presentes en trastornos de ansiedad y cuadros depresivos. Este cuestionario consta de 21 ítems, cada uno de los cuales representa un signo o síntoma que debe haber estado presente durante la última semana, incluyendo el día de la evaluación. La persona evaluada debe señalar una de las cuatro opciones de respuesta disponibles (nada, ligeramente, moderadamente y severamente) en relación a cada ítem. La puntuación se obtiene sumando los puntajes de los 21 ítems, que van de 0 a 3. El total puede oscilar entre 0 y 63 puntos.

Este instrumento ha demostrado ser válido para discriminar y detectar pacientes con patología ansiosa (Sanz et al., 2012) y presenta una alta consistencia interna, medida por el coeficiente alfa de Cronbach, que es de 0.9 (Padrós Blázquez et al., 2020).

**Inventario Multiaxial Millon (III) (Souci y Vinet, 2013):**

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) es una herramienta de evaluación integral de la personalidad para adultos que se utiliza ampliamente en el campo de la psicología. Este instrumento se basa en los trastornos de personalidad descritos en el DSM-V y cuenta con una versión chilena y estudios iniciales en población clínica chilena que confirman su confiabilidad y validez. Consta de 175 ítems con respuesta verdadero o falso que se dividen en 28 subescalas, incluyendo 11 escalas de patrones de personalidad básicos, 3 escalas de trastornos graves de personalidad, 7 escalas de síndromes clínicos básicos o moderados, 3 escalas de síndromes clínicos graves, 3 escalas modificadoras y 1 escala de validez. Los ítems se clasifican en dos grupos: prototípicos y periféricos. Los ítems prototípicos, que representan las características centrales de la personalidad, se puntúan con un valor de 2, mientras que los ítems periféricos, que denotan características compartidas por

dos o más patrones de personalidad o síndromes similares, se puntúan con un valor de 1 (Souci y Vinet, 2013).

**Tabla 1**

*Instrumentos aplicados*

<b>Instrumentos</b>	<b>Resultado cuantitativo</b>	<b>Interpretación</b>
Test de Mayo	28 puntos	Leve
Impulsividad de Barratt*	82 puntos	Moderado
Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown	35	Extremo
Inventario de ansiedad de Beck	42	Ansiedad Severa
Inventario Multiaxial MILLON	Esquizoide= 89 Evitativo= 99 Compulsivo= 89 T. de ansiedad= 84	Rasgos de personalidad de mayor puntaje en la aplicación del paciente.

*Nota.* En esta tabla se observa los instrumentos aplicados durante la evaluación.

El test de mayo evalúa el deterioro cognitivo y el resultado obtenido es de 28 colocándose como un deterioro leve, en el test de impulsividad de Barratt se obtuvo un puntaje de 82 distribuidos en: 41 puntos en impulsividad cognitiva, 25 puntos en impulsividad motora y 16 puntos en impulsividad no planeada, en el Inventario de ansiedad de Beck, su puntuación fue de 42 denotando la presencia de ansiedad severa, en el Inventario Multiaxial MILLON, los rasgos de personalidad más prevalentes fueron: esquizoide, evitativo, compulsivo y de ansiedad, caracterizados por tendencias a la evitación al contacto con los demás, sintomatología ansiosa y a las compulsiones; y finalmente en la aplicación de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown se obtuvieron los resultados distribuidos en: tiempo dedicado= 7, interferencia= 7, angustia= 6, resistencia= 7 y control= 8; en la sumatoria

total se obtuvo un puntaje de 35, que representa la presencia extrema tanto de obsesiones como de compulsiones.

### **2.1.7 Proceso diagnóstico**

En el desarrollo del proceso de evaluación diagnóstica del presente caso, se utilizó la décima revisión del manual diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS (CIE-10), en el mismo se distinguen varios criterios para la evaluación y diagnóstico de algunas enfermedades psiquiátricas (Organización Panamericana de Salud, 2008).

#### **1.3.1. Diagnóstico diferencial**

Debido al prolongado tiempo de la presencia de la sintomatología del paciente, se tomó en cuenta el diagnóstico de Trastorno Anancástico de la personalidad (F60.5), los síntomas que se cumplen son relacionados a la falta de decisión, dudas y precauciones excesivas que reflejan una profunda inseguridad personal (esto se puede ver reflejado a que en las decisiones legales, y de su cuidado, son sus familiares quienes están al pendiente de ello), además de rigidez y obstinación (mantiene hasta la actualidad conductas establecidas que son muy rígidas en forma y tiempo de realización); y la invidencia no razonable en que los demás se sometan a su propia forma de hacer las cosas (presiona a sus cuidadores para que acompañen en la realización de sus conductas ritualizadoras y las efectúen en la forma en que el paciente lo desea). Sin embargo, se descartó, debido a que, a pesar de la persistencia en el tiempo, cumple únicamente tres de cuatro criterios que manifiesta la CIE-10, además de que este trastorno tiene más relación con conductas perfeccionistas, preocupaciones constantes por el orden y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, mismas que durante la observación clínica no estuvieron presentes (Organización Panamericana de Salud, 2008). También se tomó en cuenta el Trastorno esquizoide de la personalidad, en este caso también se tomó en cuenta esta psicopatología, debido a su aislamiento, dentro del cual prefería actividades en solitario, en ocasiones presentaba una incapacidad para sentir placer, una incapacidad para expresar

sentimientos de simpatía y ternura; y su marcado desinterés por las relaciones sexuales con otras personas. Con ello cumple con los criterios necesarios para un este diagnóstico según la CIE-10, siendo sus características principales la evitación de las actividades sociales que involucren intimidad emocional con otras personas, no disfrutando de relaciones estrechas, ni siquiera con sus familiares.

Sin embargo, se lo descartó ya que N.N. al trato con su familia denotaba interés y apego únicamente con su madre quien le visitaba constantemente en su habitación (Organización Panamericana de Salud, 2008).

### **1.3.2. Diagnóstico definitivo**

Con base en la entrevista y la observación clínica, acompañado de un resultado positivo en la escala de Yale Brown, indicando la presencia tanto de obsesiones como de compulsiones, se evidenciaron de manera muy clara todos y cada uno de los criterios diagnóstico que son necesarios para diagnosticar un Trastorno Obsesivo-compulsivo según la Organización Panamericana de Salud (2008). CIE 10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

A. Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un período de por lo menos dos semanas.

B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y compulsiones (actos) comparten las siguientes características, todas las cuales deben hallarse presentes.

1. El enfermo las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influidas externamente.

2. Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de la obsesión o compulsión presente debe ser reconocida como carente de sentido.

3. El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque con el tiempo la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). El enfermo opone resistencia sin éxito. Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones presentes es resistida sin éxito.

4. El llevar a cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).

C. Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general por el tiempo que consumen.

D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: Las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia (F20-F29) o trastornos del humor (afectivos) (F30-39).

Por tanto, el diagnóstico definitivo es Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos F42.1. Debido a que N.N. presenta ideas obsesivas de contaminación que son reconocidas por el mismo como propias, además de que causan malestar dada la intensidad de la presencia de las mismas que denotan en actos compulsivos de limpieza que se prolongan demasiado tanto en duración como en intensidad con la finalidad de reducir la sintomatología ansiosa generada por los pensamientos recurrentes, estas conductas interfieren en sus actividades sociales y cotidianas evitando contacto con casi todos los objetos y personas.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

Para la intervención de N.N., se utilizó el modelo de intervención cognitivo-conductual. La psicoterapia cognitivo-conductual es una de las terapias más efectivas en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Esta terapia aborda la exposición y prevención de respuesta, que implica una exposición progresiva a un objeto temido o a una obsesión con temas específicos, como la suciedad. A través de la educación, se establecen distintas formas de resistir el impulso de realizar rituales compulsivos para manejar tanto la obsesión como la compulsión. Este tratamiento ha sido ampliamente estudiado y ha demostrado ser eficaz en cada uno de ellos.

##### 2.1.1 Objetivos terapéuticos

- Reducir la intensidad de la evitación que experimenta ante las situaciones temidas internas y externas.
- Disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el crecimiento del grado de autocontrol
- Reducir significativamente las conductas ritualizadoras (internas y externas) con el fin de permitir la habituación a los pensamientos.
- Prevenir las recaídas en las conductas compulsivas.

##### 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 2

*Plan de intervención psicoterapéutica*

SESIÓN	OBJETIVO TERAPEÚTICO	OBJETIVO SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Reducir la intensidad de la evitación que	la Ayudar al paciente a que comprenda su	Psicoeducación	

	experimenta ante las situaciones temidas internas y externas.	problema desde su origen hasta su mantenimiento.		
2	Reducir la intensidad de la evitación que experimenta ante las situaciones temidas internas y externas.	Incrementar el conocimiento del paciente respecto a su problema y su mantenimiento.	Psicoeducación	
3	Disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el crecimiento del grado de autocontrol.	Disminución de los niveles de activación de ansiedad.	Respiración diafragmática	Tarea Terapéutica: Entrenamiento tres veces al día.
4	Reducir significativamente las conductas ritualizadoras (internas y externas) con el fin de permitir la habituación a los pensamientos.	Identificar y concientizar al paciente respecto al pensamiento base que origina y mantiene las conductas ritualizadoras.	Psicoeducación. Flecha descendente.	Tarea Terapéutica: Entrenamiento de la técnica en el periodo entre sesiones.
5	Disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el crecimiento del grado de autocontrol.	Intervenir en las distorsiones cognitivas que promueven el mantenimiento del problema.	Detención del pensamiento.	Tarea Terapéutica: Aplicación de la técnica en el periodo entre sesiones ante las obsesiones.
6	Disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el	Facilitar la comprensión del papel central que tiene la	Reatribución	Tarea Terapéutica: Aplicación de la técnica en el

	crecimiento del grado de autocontrol.	del autoexigencia y de la responsabilidad excesiva del paciente en el mantenimiento del problema y la modificación de creencias e ideas relacionadas.		periodo entre sesiones ante las obsesiones.
<b>7 y 8</b>	Reducir significativamente las conductas ritualizadoras (internas y externas) con el fin de permitir la habituación a los pensamientos.	Intervenir en las distorsiones cognitivas que promueven el mantenimiento del problema.	Reestructuración cognitiva. Debate socrático.	Tarea Terapéutica: Aplicación de las técnicas en el periodo entre sesiones ante las obsesiones.
<b>9</b>	Disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el crecimiento del grado de autocontrol.	Reducir la intensidad de la sintomatología ansiosa y la evitación que experimenta el paciente ante las situaciones que le generan temor tanto internas como externas.	Elaboración de jerarquía para la exposición	
<b>10</b>	Reducir significativamente las conductas ritualizadoras (internas y externas) con el fin de permitir la	Reducir la intensidad de la sintomatología ansiosa y la evitación que experimenta el paciente ante las situaciones que	Técnicas imaginativas de exposición.	Tarea terapéutica: Realizar autoexposición y llenar fichas de observación de la misma.

	habituaación a los pensamientos.	le generan temor tanto internas como externas.		
11	Disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el crecimiento del grado de autocontrol.	Manejar asertivamente los impulsos de ira y agresividad que se presentan en los conflictos familiares.	Entrenamiento en resolución de problemas.	
12, 13 y 14	Reducir la intensidad de la evitación que experimenta ante las situaciones temidas internas y externas.	Reducir la intensidad de la sintomatología ansiosa y la evitación que experimenta el paciente ante las situaciones que le generan temor tanto internas como externas.	Técnicas imaginativas de exposición.	Tarea terapéutica: Realizar autoexposición y llenar fichas de observación de la misma.
15,16,17y 18	Reducir significativamente las conductas ritualizadoras (internas y externas) con el fin de permitir la habituación a los pensamientos.	Reducir las conductas ritualizadoras (internas y externas) a fin de permitir la habituación a los pensamientos.	Exposición en vivo	
19,20,21	Prevenir las recaídas en las conductas compulsivas.	Prevenir las futuras recaídas y consolidar los logros obtenidos		Retroalimentación de los logros obtenidos. Seguimiento.

*Nota.* En esta tabla se observa el plan psicoterapéutico aplicado en el presente caso describiendo las sesiones, los objetivos y las técnicas empleadas.

### 2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1:**

La psicoeducación se erige como un elemento crucial en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). La correcta comprensión de la enfermedad constituye el primer paso hacia el tratamiento y la subsiguiente recuperación. El paciente debe recibir la información relativa a su enfermedad directamente de su terapeuta, si bien también puede acceder a ella a través de otros medios audiovisuales. Esta técnica se define como un proceso que busca educar y enterar a las personas que padecen un trastorno psicológico acerca de su enfermedad. Así, esta herramienta persigue que tanto los pacientes como sus familias conozcan la naturaleza del trastorno, fomentando la autonomía, empoderamiento y toma de decisiones informadas (Hernández, 2020).

Durante la sesión se inició con la devolución de resultados de los test aplicados en las previamente, mediante una retroalimentación. A partir de esta, se realizó una retroalimentación y recordatorio de lo trabajado previamente al inicio de cada intervención. Posteriormente, se proporcionó al paciente información detallada acerca de su diagnóstico de TOC, sus implicaciones y desarrollo, tanto en la presencia de las obsesiones como en la realización de las compulsiones, destacando que el objetivo de estas últimas es reducir los niveles de ansiedad generados por los pensamientos obsesivos. Al final de la sesión, se logró que el paciente comprendiera de forma cabal todo lo trabajado en relación a su patología y sus implicaciones.

- **Sesión 2:**

En el inicio de la sesión se realizó un breve recordatorio de lo desarrollado en la sesión anterior, comprobando que N.N. haya comprendido correctamente todo lo trabajado, lo cual se dio con éxito. Posterior a ello se le presentó una explicación del modelo planteado para la terapia. El mismo que es el modelo cognitivo conductual, el cual une conocimientos de la teoría del aprendizaje con el procesamiento de la información y trata de explicar cómo se aprenden determinadas conductas durante la infancia y la adolescencia.

La manera en que cada persona procesa la información, es fundamental para entender su forma de comportarse y para aplicar el tratamiento adecuado. Se parte de la base de que lo que nos rodea nos influye y de que aprendemos las conductas.

- **Sesión 3:**

La técnica de respiración abdominal, también conocida como respiración diafragmática, se enfoca en la utilización consciente del diafragma, junto con los músculos intercostales, abdominales y del suelo pélvico. Para realizarla, se debe seguir un proceso que incluye colocar una mano sobre el abdomen justo debajo del ombligo y la otra mano sobre el pecho, inspirar lentamente por la nariz, mantener la respiración durante unos segundos y luego exhalar lentamente por la boca, concentrándose en la respiración y tratando de relajarse (Valencia, 2020).

Se inició con una retroalimentación del modelo de intervención terapéutica planteado anteriormente. Posterior a ello, se le solicitó al paciente que describiera lo que sentía cuando experimentaba pensamientos obsesivos o tocaba ciertos objetos, a lo que él respondió con sentimientos de desesperación, sudoración excesiva y una fuerte necesidad de lavarse las manos.

A continuación, se presentó al paciente el entrenamiento en respiración abdominal como técnica para reducir su sintomatología ansiosa. Se le mostró la forma correcta de respirar, enfatizando la tensión muscular y la falta de aire que se sentía en la forma clavicular de respiración del paciente; guiándolo en la técnica en tres ocasiones, extendiendo gradualmente los tiempos de inhalación y exhalación. Luego, se le permitió que practicara por sí mismo y pudo realizarla de manera efectiva durante cinco ocasiones consecutivas.

Se concluyó la sesión con la tarea terapéutica de realizar la respiración abdominal tres veces al día hasta el próximo encuentro. En general, se logró que paciente pueda comprender su proceso de pensamiento y sus compulsiones, y le proporcionó herramientas para manejar efectivamente su ansiedad a través de la respiración abdominal.

- **Sesión 4:**

En la terapia cognitivo-conductual, la técnica de la Flecha Descendente se emplea con el propósito de identificar las creencias básicas irracionales del paciente y descubrir el significado que las obsesiones tienen para él. Generalmente, es utilizada al principio de la terapia para localizar las principales obsesiones, compulsiones y conductas de neutralización

del paciente, así como para conocer las creencias irracionales de base ligadas a la obsesión (Mercedes et al., 2021).

Para aplicar esta técnica, se selecciona la obsesión del paciente y se le pregunta repetidamente "¿Y qué pasaría si eso ocurriera?" o "¿Y qué es lo peor que podría pasar si eso se diera?", con el objetivo de llegar a la idea irracional de base que mantiene el problema y sustenta el malestar del paciente.

Por lo cual, se aplicó dicha técnica para identificar el pensamiento base que originaba tanto sus obsesiones como sus compulsiones. A través de preguntas como "¿Qué significa esto para usted?" y "¿Cómo lo interpreta usted?"; se logró encontrar el pensamiento base que se repetía constantemente, este era "estoy sucio". Con este reconocimiento, se brindó al paciente psicoeducación respecto al proceso pensamiento-emoción-conducta, iniciando por la manifestación del pensamiento, las emociones que este provocaba (incluyendo las reacciones físicas) y cómo ello llevaba a la conducta de limpieza. Al finalizar la sesión, el paciente pudo comprender el pensamiento obsesivo base y el proceso que llevaba a la compulsión.

- **Sesión 5:**

La técnica de detención del pensamiento, tiene como objetivo interrumpir los pensamientos rumiativos mediante el uso de una palabra asociada. Para aplicarla correctamente, es necesario seguir los siguientes pasos: en primer lugar, identificar los pensamientos rumiativos; en segundo lugar, elegir una palabra asociada para interrumpir dichos pensamientos; en tercer lugar, pronunciar la palabra en voz alta para detener el pensamiento; y, por último, repetir el proceso varias veces. Es importante tener en cuenta que estas técnicas requieren práctica y paciencia para poder dominarlas y obtener resultados efectivos. Además, pueden combinarse con técnicas de relajación y respiración para reforzar los pensamientos positivos o para distraer la mente (Gemar Fernández y López Alberca, 2021).

Durante el inicio de la sesión, se le preguntó a N.N. si había notado algún cambio en el tiempo entre sesiones en cuanto a la percepción de sus conductas. El paciente respondió

afirmativamente, indicando que es capaz de reconocer la presencia del pensamiento y la compulsión, pero que aún no logra controlarlos. En respuesta a ello, se presentó la técnica de la parada de pensamiento, utilizando la palabra "basta" acompañada de la respiración abdominal. Se le solicitó imaginar una situación específica y se le acompañó en el reconocimiento del pensamiento rumiativo para poner en manifiesto la palabra "basta", realizando este ejercicio cuatro veces consecutivas. Posteriormente, el paciente lo hizo por su cuenta tres veces más, obteniendo resultados exitosos en todas las ocasiones. Finalmente, se le pidió al paciente que practique la técnica hasta la siguiente sesión.

- **Sesión 6**

La reatribución es una técnica de intervención psicológica comúnmente utilizada en la práctica clínica, tanto de manera directa o como parte de un programa o tratamiento más complejo (como la terapia cognitiva de Beck).

Así también, Espinosa Hernández y Macías (2023) exponen que se trata de una técnica de tipo cognitivo que busca trabajar sobre la atribución de las causas de los pacientes, es decir, en ayudar al paciente a valorar cuáles pueden ser los orígenes de una situación específica para discutir y cambiar sus creencias sobre la misma, lo que redirigirá la atribución que realiza el paciente hacia una perspectiva más realista, objetiva y funcional.

Esta técnica implica identificar todos los elementos que contribuyeron a un problema para tener una perspectiva realista, permitiendo concentrarse en encontrar soluciones, evitando las emociones causadas por la situación en específico.

El propósito de la reatribución es eliminar las ideas distorsionadas y ver todo desde una perspectiva realista (Espinosa Hernández y Macías, 2023).

Durante la sesión se retomaron los síntomas físicos que sentía el paciente y eran motivo para el inicio de la obsesión y la compulsión, entre los mismos el más influyente era la sudoración, que según el paciente, era el signo más claro de que se encontraba sucio, en otras palabras él estaba sucio cuando sudaba, ante ello se le pidió que pudiéramos analizar algunas alternativas para dar explicación al origen del sudor realizando un desglose del mismo, se utilizaron varios ejemplos respecto a condiciones ambientales. Mediante la

formulación de estas preguntas y ejemplos se logró que N.N. pudiera analizar varios puntos de origen al sudor, comentó que cuando lo analiza de la forma presentada, habría habido muchas situaciones en las que no estaba sucio, sin embargo, las tomaba como algo negativo atribuyéndose la responsabilidad de lavarse las manos y una autoexigencia firme en cumplirlo. Finalmente, se le pidió al paciente que hasta la próxima sesión realice este ejercicio cuando presente sudoración.

- **Sesiones 7 y 8**

La reestructuración cognitiva es una técnica cognitivo-conductual de gran importancia en el ámbito de la psicología clínica, ya que su objetivo primordial es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente, tales como creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas. Para aplicar esta técnica es necesario seguir una serie de pasos detallados que incluyen la identificación de pensamientos desadaptativos, el cuestionamiento de su validez y la sustitución de los mismos por otros más adaptativas (Mercedes et al., 2021).

En este sentido, Bustamante Barro (2020) menciona que, el debate socrático es una de las técnicas empleadas en la reestructuración cognitiva, que consiste en hacer preguntas abiertas que guíen hacia el razonamiento. Implica plantear el problema en forma de pregunta, escuchar atentamente las respuestas que da la persona y redirigirlas mediante nuevas preguntas. Asimismo, existen otras técnicas de reestructuración cognitiva como la flecha descendente y los procesos de dramatización. Es importante destacar que la efectividad de la reestructuración cognitiva depende en gran medida de la honestidad del paciente en la identificación de sus cogniciones desadaptativas. Además, cada técnica de evaluación tiene su propio grado de fiabilidad y validez, lo que implica que deben ser aplicadas con precaución y por profesionales capacitados en el área de la salud mental (p.14).

En el comienzo de la presente sesión, se propuso un modelo de preguntas para la reestructuración cognitiva, utilizando el debate socrático como herramienta para intervenir en las distorsiones cognitivas que sustentan el problema. Durante la misma, se enseñó al paciente cómo puede debatir sus propios pensamientos mediante preguntas que se basan

en una fundamentación con pruebas de la veracidad del mismo. Para ello, se trabajó pregunta por pregunta, para que pudiera debatirlos por sí mismo. Al finalizar, el paciente comentó que, en la mayoría de las ocasiones, su pensamiento carece de una fundamentación sólida que se pueda comprobar como real. No obstante, señaló que se sentía un poco fatigado para continuar. Por lo tanto, se dio por concluida la sesión y se explicó que se continuaría en la próxima cita.

En la sesión siguiente, se mantuvo el modelo de reestructuración cognitiva mediante el diálogo socrático, enfocándonos en las consecuencias negativas que le había traído este pensamiento rumiativo, y las que le acarrearía a corto, mediano y largo plazo. Entre las consecuencias manifestadas por el paciente, se encontraban problemas en la relación con su familia, nulo desenvolvimiento a nivel social y laboral, incapacidad para realizar actividades normales como cualquier persona, laceraciones en sus brazos, resequedad y descamación de la piel, gastos económicos para el desarrollo de sus rituales, e incomodidad al querer dejar de hacerlo sin éxito. Posteriormente, se trabajó en conjunto buscando pensamientos alternativos que pudieran modificar su pensamiento rumiativo, logrando establecer: “cada vez que sudo, no significa que estoy sucio, ni que todas las cosas que están a mi alrededor están completamente sucias” y “es importante mantener la limpieza, pero no en exceso, ya que esto me lastima y me hace daño”.

Finalmente, el paciente comentó que, a pensar de esta nueva manera, experimentaba una mayor sensación de tranquilidad. Se le explicó que, en la siguiente sesión, se desarrollaría una jerarquía para la exposición de las cosas que le producen más ansiedad.

- **Sesión 9**

La elaboración de una jerarquía para la exposición es una técnica altamente efectiva empleada en la terapia cognitivo-conductual para tratar trastornos de ansiedad. Es una técnica valiosa y efectiva en la terapia cognitivo-conductual para tratar trastornos de ansiedad, que puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes que la reciben. Consiste en crear una lista de situaciones o estímulos que generan ansiedad al individuo, ordenándolos de menor a mayor grado de ansiedad. Por lo general se emplea en conjunto

con otras técnicas de exposición, como la exposición interoceptiva, que consta de exhibir al paciente a sensaciones corporales que generan ansiedad, como la aceleración del ritmo cardíaco o la hiperventilación. Es una técnica utilizada para planificar la exposición gradual del paciente a situaciones o estímulos temidos, ya sea a través de la imaginación o en la realidad (Campello y Maciá, 2021).

Durante el transcurso de esta sesión, se solicitó respetuosamente al paciente que identificara todas aquellas cosas que le generan ansiedad al tocarlas. En este proceso, se descubrió de manera conjunta que existen únicamente ciertos objetos y situaciones que le provocan malestar al entrar en contacto con ellos, lo cual ha sido representado en una tabla jerarquizada para la exposición. En respuesta a estas situaciones, N.N. mencionó sentirse capaz de relativizar sus pensamientos y ofrecer otras interpretaciones y explicaciones que le permiten reducir su nivel de ansiedad. A pesar de considerar que este nuevo enfoque es beneficioso, el paciente aún informó tener dificultad para evitar que sus pensamientos le generen malestar, así como para evitar llevar a cabo sus rituales de limpieza. Ante esta situación, se presentó la finalidad de la técnica utilizada al inicio de la sesión, la cual sirve como punto de partida para llevar a cabo la exposición y prevención de respuesta en sesiones posteriores.

Al finalizar la sesión, se identificaron once objetos y situaciones que fueron ordenados de menor a mayor según el nivel de ansiedad que provocan en el paciente. Asimismo, se informó que en la siguiente sesión se llevará a cabo un trabajo de exposición en la imaginación.

- **Sesión 10**

Las técnicas imaginativas de exposición son utilizadas en la terapia cognitivo-conductual para tratar trastornos de ansiedad, consisten en exponer al paciente a situaciones o estímulos temidos a través de la imaginación, en lugar de exponerlo directamente a ellos en la realidad. La idea es que el sujeto imagine la situación o el estímulo temido de manera detallada y realista, y experimente las emociones y sensaciones físicas asociadas a esa situación. A medida que el mismo se siente más cómodo y seguro imaginando la situación o

el estímulo temido, se puede avanzar hacia la exposición real en la realidad (Ramos Pérez et al., 2020).

Estas técnicas de exposición se utilizan en conjunto con otras técnicas como la exposición interoceptiva y la exposición en vivo, que consiste en exponer al paciente directamente a la situación o el estímulo temido en la realidad, busca reducir la angustia física o emocional que se experimenta al enfrentarse a un objeto, situación o pensamiento angustiantes en particular. Durante la terapia, se anima al paciente a discutir sus temores, pensamientos o sentimientos de angustia, aprender maneras de enfrentar el miedo, controlar los pensamientos o sobrellevar la angustia física y emocional, y visualizar el temor, pensamiento angustioso o sentimiento de angustia física y emocional de una manera diferente (Ramos Pérez et al., 2020).

Para esta sesión se trabajó fundamentalmente con la exposición en imaginación a las situaciones que provocan los pensamientos obsesivos de N.N y la prevención de respuesta de las compulsiones que realiza, con el fin de lograr la habituación a las mismas.

En esta primera sesión se trabajó las tres primeras situaciones de la jerarquía, todas ellas catalogadas en 30 USAs por el paciente. Se le planteó a N.N. una situación conjuntamente con él ejemplificando que se encuentra en casa observando un programa de televisión, desea cambiar de canal y no tiene cerca un pedazo de papel higiénico, y toca el control remoto para hacer el cambio, cuando lo realiza también toca su velador y mesa, ante ello aparece la necesidad/ pensamiento obsesivo de contaminación, sin embargo, no realiza el ritual de limpieza. Se partió desde un nivel subjetivo de ansiedad de 30 USAs y durante la sesión se le preguntó cada cinco minutos por su ansiedad hasta conseguir una reducción considerable de la línea de inicio (0 USAs) luego de cuarenta minutos de exposición. Una vez alcanzado este resultado, se retroalimentó la sesión con N.N. y se procedió a repetir una vez más el ensayo de exposición, en esta ocasión el resultado se obtuvo a los 15 minutos de exposición.

Finalmente, se le indica al paciente que realice ejercicios de autoexposición y que sea su cuidadora quien le ayude tomando el tiempo y la intensidad.

- **Sesión 11**

La técnica de entrenamiento en resolución de problemas es utilizada en la terapia cognitivo-conductual con el objetivo de ayudar a las personas a enfrentar y resolver problemas de manera efectiva. Los principales aspectos de esta técnica incluyen la definición y formulación clara del problema, la generación de alternativas de solución y la toma de decisiones basada en la evaluación de cada alternativa. Finalmente, se lleva a cabo la solución elegida y se evalúan los resultados obtenidos (Arráez, 2020).

El entrenamiento en resolución de problemas se lleva a cabo mediante diversas técnicas, incluyendo las autoinstrucciones y ensayo conductual. La primera consiste en enseñar al paciente a darse a sí mismo instrucciones para solucionar problemas, mientras que la segunda implica practicar la solución de problemas en situaciones simuladas. Es importante destacar que el entrenamiento en resolución de problemas se utiliza en combinación con otras técnicas de la terapia cognitivo-conductual, como la reestructuración cognitiva y la exposición, para tratar diferentes trastornos psicológicos. Sin embargo, es fundamental que estas técnicas sean administradas por profesionales capacitados y que se fomente la honestidad y la confianza en la relación terapéutica para asegurar su efectividad (Arráez, 2020).

En la sesión planificada, se tenía previsto continuar con los dos siguientes ítems de la jerarquía. Sin embargo, al llegar al domicilio del paciente, se observó que este se encontraba realizando su ritual de limpieza con excesiva fuerza y agresividad, y lo había estado haciendo desde hacía aproximadamente una hora antes de la visita. Ante esta situación, se le pidió al paciente que recordara la técnica de respiración abdominal que había aprendido en sesiones previas; el cual accedió a la solicitud, lo que redujo la intensidad de su ritual de limpieza y lo culminó.

Después de unos minutos de practicar respiración profunda, se le solicitó al paciente que explicara la razón detrás de su conducta intensa. Detallando que sus familiares lo instan constantemente a cambiar. En esta ocasión, su hermano mayor lo habría obligado a firmar unos documentos, a pesar de la resistencia del paciente, quien había comenzado

recientemente un tratamiento para controlar su ansiedad. El hermano del paciente se habría dirigido hacia él de forma ofensiva, lo que generó una discusión que desencadenó en la intensidad de su ritual de limpieza.

En función de esta situación, se presentó el entrenamiento en solución de problemas. En conjunto, se analizaron cada uno de los apartados de la discusión y las posibles respuestas tanto negativas como positivas al conflicto. Se descartaron todas las respuestas negativas hasta que finalmente el paciente concluyó que lo mejor es escuchar, respirar y tomarse un tiempo para sí mismo, a fin de evitar las discusiones y poder usar esa energía en el entrenamiento en autoexposición.

Es importante destacar que, a partir de esta sesión, se mantuvieron los conflictos, presiones y discusiones con los cuidadores de N.N., a pesar de que este constantemente trataba de no generar ni agravar más los conflictos.

- **Sesiones 12, 13 y 14**

En estas sesiones se procedió a continuar trabajando con los ocho ítems siguientes de la jerarquía, utilizando la misma metodología que en la sesión anterior. La tarea de autoexposición en imaginación se mantuvo constante, y el desarrollo de estas sesiones transcurrió de manera satisfactoria gracias a la correcta secuenciación de la jerarquía. La adición de nuevas situaciones en la tarea no produjo una gran diferencia en los niveles de ansiedad experimentados previamente, lo que permitió una habituación rápida a las mismas.

Es importante destacar que la motivación y el esfuerzo por parte de N.N. jugaron un papel crucial en la disminución de los niveles subjetivos de ansiedad. A partir del octavo ítem, se observó una disminución considerable de la ansiedad en comparación con los niveles iniciales de cada sesión, lo que puede atribuirse al trabajo previo realizado tanto en habituación como en reestructuración cognitiva.

Es importante mencionar que hasta este punto durante todas las sesiones se trabajó, repasando y reforzando todos los avances realizados por el paciente (entrenamiento en respiración, ejercicios de stop del pensamiento y tareas de reestructuración y retribución).

- **Sesiones 15, 16, 17, 18,19, 20 y 21**

La técnica de exposición en vivo es una intervención terapéutica que implica exponer al paciente directamente a la situación o estímulo temido en la realidad, ya sea de forma gradual o mediante inundación. Se considera una forma altamente efectiva de tratamiento en algunos casos, y puede ser más eficaz que la exposición imaginaria. Esta técnica se divide en varias fases que deben ser cuidadosamente planificadas y ejecutadas por un profesional capacitado. En primer lugar, se explica al paciente en detalle la técnica de exposición en vivo y se planifica de acuerdo con una jerarquía de situaciones o estímulos temidos, ordenados por grado de ansiedad. Luego, se lleva a cabo la exposición en vivo, junto con las tareas prescritas, y se registra cuidadosamente el progreso del paciente. Es importante destacar que debe ser realizada por un profesional capacitado en terapia cognitivo-conductual. La confianza y honestidad en la relación terapéutica son fundamentales para el éxito de la técnica. Además, se debe trabajar en conjunto con el paciente para identificar y abordar cualquier otro problema que pueda surgir durante el proceso de tratamiento (Costoya et al., 2021).

Se había planificado realizar durante estas sesiones la exposición en vivo, pero antes de la sesión 15, el paciente expresó un rechazo completo a continuar con el tratamiento. Al intentar profundizar en sus motivos para abandonarlo, solo mencionó sentirse sobrecargado y hastiado de que, después de cada sesión terapéutica, su hermano mayor lo recriminara, presionara y reprochara por no trabajar y vivir a expensas de ellos mientras realizaba sus rituales de limpieza. A pesar de haber logrado una reducción significativa en la frecuencia, duración e intensidad de sus compulsiones, el paciente refirió que su familia no consideró suficiente su esfuerzo y no lo valoró como tal. En la semana siguiente, se hizo un intento para contactar al paciente nuevamente, sin embargo, su respuesta fue la misma; mostrándose negativo y rechazando cualquier sesión de cierre.

## Capítulo tres

### Resultados

#### 3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Los únicos datos recolectados en el apartado cuantitativo, se encuentran en las primeras evaluaciones realizadas, ya que no se pudieron concretar las sesiones para aplicación de re test.

#### 3.2. Análisis de resultados cualitativos

Para la elaboración de esta sección, se han utilizado dos técnicas: autorregistros y fichas de observación. Los autorregistros son una técnica empleada en terapia cognitivo-conductual que permite la recopilación de información sobre los pensamientos, emociones y conductas de una persona en relación con un problema específico. Estos pueden ser diarios o semanales y se utilizan para identificar patrones y desencadenantes de los problemas, así como para evaluar el progreso del tratamiento (Espeche, 2023)

Por otro lado, las fichas de observación son utilizadas en investigación cualitativa que permite recopilar información sobre el comportamiento y las interacciones de las personas en un entorno específico. Estas fichas se utilizan para registrar datos objetivos y subjetivos sobre lo que se observa, como la conducta, el lenguaje corporal, las emociones y las interacciones sociales. Existen diversas opciones para llevarlas a cabo, como el uso de un diario de campo, una hoja de registro o una aplicación móvil. No obstante, se sugiere que estas fichas sean específicas, detalladas y se realicen de forma regular para obtener una imagen precisa del comportamiento e interacciones de las personas en el entorno observado. Es importante tener en cuenta que las fichas de observación son una herramienta valiosa para el seguimiento y documentación del progreso del tratamiento, y deben ser realizadas de acuerdo con los requisitos de la organización y las normativas establecidas por los organismos profesionales y legales correspondientes (Piacente, 2009).

Ambas técnicas se desarrollaron en función del plan terapéutico, tanto en su desarrollo como en su efectividad, y los problemas que pudieran ocurrir durante las mismas. Los autorregistros se llevaron a cabo en el período entre sesiones, mientras que las fichas de observación fueron trabajadas por el terapeuta durante el transcurso de cada sesión.

Para su ejecución, se tomaron en cuenta varios aspectos, como la fecha y hora, la situación o acontecimiento ocurrido, los pensamientos que se originan a partir de este, la duración, uso de la técnica, entrenamiento de la misma, niveles de ansiedad, principales inconvenientes, acción realizada y emociones. Cada dato variaba dependiendo de la técnica desarrollada y la tarea establecida.

En las técnicas de intervención en cuanto al entrenamiento en respiración abdominal desarrollado en la sesión tres, se observó que N.N. pudo llevar a cabo la técnica con efectividad las tres veces al día, todos los días previos a la siguiente sesión. Aunque presentó una dificultad durante los dos primeros días al realizar la respiración por las noches, ya que sentía sofocación, se realizó un entrenamiento en conjunto que evidenció la correcta aplicación de la técnica. Se determinó que su dificultad para realizarlas por las noches se debía a una necesidad constante de lavarse las manos.

Con la presentación y aplicación de la flecha descendente, detención del pensamiento, reatribución y debate socrático en las sesiones posteriores, se trabajó de igual manera con las tareas en casa. Se observó que N.N. desarrolló con efectividad y con relativa facilidad la aplicación de estas técnicas, ya que, durante la octava sesión, era capaz de identificar su pensamiento base, detenerlo casi instantáneamente, brindarle una explicación diferente a la sintomatología que presentaba y poder debatir razonablemente sus pensamientos rumiativos.

En los autorregistros se evidenció una reducción considerable de la frecuencia de los pensamientos rumiativos, presentándose inicialmente hasta ocho veces al día y reduciéndose posteriormente a solo dos ocasiones por día. También se observó un acortamiento en la frecuencia de las compulsiones, ya que, al no presentarse las obsesiones, no existía la necesidad de realizarlas. Sin embargo, cuando se presentaban, la duración de las mismas se

mantenía similar a las primeras sesiones y previo al inicio de la terapia, manteniéndose en un periodo aproximado de tres a cuatro horas.

Considerando la duración de las compulsiones, se observó una reducción significativa después de introducir el entrenamiento en técnicas imaginativas de exposición. Durante la sesión doce a la trece, el tiempo de uso para las compulsiones disminuyó de tres horas a quince minutos. Posteriormente, en la sesión trece a la catorce, el uso de compulsiones se mantuvo en quince minutos diarios, incluso durante dos días del período entre sesiones, el tiempo se redujo a cinco minutos. Este éxito demuestra la efectividad de la terapia de exposición en imaginación.

Durante los tres días anteriores a la sesión número quince, el paciente se manifestó reacio a seguir aplicando las técnicas terapéuticas mencionadas, por lo que se dio por culminado el proceso de seguimiento ya que la no se podía llevar a cabo la recopilación de información para el seguimiento.

**Tabla 3**

*Modelo de autorregistro usado durante el proceso de intervención*

<b>Fecha y hora</b>	<b>Situación Desencadenante</b>	<b>Intensidad 1-10</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Ritual Realizado</b>	<b>Duración (minutos)</b>
15/12/2022 18h30	“Topó accidentalmente una funda de colombina”.	7	Estoy sucio.	Lavado de manos.	45 min.
29/12/2022 11h30	“Tuvo que firmar unos documentos para el bono”.	10	Estoy sucio.	Al llegar a casa se lavó las manos y los brazos.	180 min.
02/01/2023 08h00	“Le dieron un abrazo”.	10	Estoy sucio.	Lavado de manos y brazos.	240 min.

09/01/2023 14h15	“Topó el control remoto para cambiar de canal en la televisión”.		Estoy sucio.	Lavado de manos.	45 min
17/03/2023 15h45	“Topó el control remoto para cambiar de canal en la televisión”.	2	Creo que me ensució un poco.	Lavado de manos.	5 min

*Nota.* En esta tabla se muestra el modelo usado para los autorregistros llenado por la cuidadora del paciente.

**Tabla 4**

*Modelo de ficha de observación usado durante el proceso de intervención*

Síntomas	Sesión 1		Sesión 15	
	Intensidad	Duración	Intensidad	Duración
Compulsiones (rituales de limpieza).	10	120 min	2	5 min
Agitación psicomotora ante la presencia de las obsesiones.	10	20 min	1	2 min

*Nota:* En esta tabla se muestra el modelo usado para las fichas de observación desarrollados sesión a sesión por el terapeuta.

## Discusión

En el presente informe de caso clínico, se trata de un adulto joven, proveniente de una familia disfuncional, con diagnóstico de TOC tardío y cuyo cuadro clínico inicia en la adolescencia, por su condición socio-económica su tratamiento y apoyo en psicoterapia se ha visto retrasada y presenta limitaciones en el desarrollo de su vida diaria, y en las funciones y relaciones familiares. Para su tratamiento se emplea la terapia cognitivo-conductual. Es importante destacar que la presencia de un buen ajuste social y laboral por parte del paciente puede actuar como un factor de protección y predecir un mejor pronóstico de la enfermedad. También es de suma importancia recordar los objetivos terapéuticos que fueron: reducir la intensidad de la evitación que experimenta ante las situaciones temidas internas y externas, disminuir los niveles de ansiedad para favorecer el crecimiento del grado de autocontrol, reducir significativamente las conductas ritualizadoras (internas y externas) con el fin de permitir la habituación a los pensamientos y prevenir las recaídas en las conductas compulsivas, cumpliéndose en su mayoría posterior al tratamiento, sin embargo, el último no se pudo completar debido a la negativa del paciente a continuar con el proceso de intervención.

Para el presente caso se desarrollaron varios puntos importantes, partiendo desde la recolección de datos mediante la entrevista clínica semiestructurada y la observación psicológica, acompañada de reactivos destinados a evaluar sintomatología obsesivo-compulsiva, esto se puede contrastar en un estudio de caso realizado por Martin y Bellido, quienes mencionan que como estrategias de evaluación en primera instancia se encuentra el uso de la entrevista semiestructurada y posteriormente la aplicación de reactivos relacionados directamente al trastorno y aspectos que ayuden a la elaboración de un diagnóstico (Martin y Bellido, 2022). Para ello se tomaron en cuenta las obsesiones, compulsiones y conductas de evitación, así como su frecuencia, duración y topografía; a la par, también se integró los antecedentes y consecuentes, factores predisponentes, estresores u otros elementos ambientales que estaban principalmente implicados en el desarrollo y mantenimiento del problema.

Durante la entrevista, la observación clínica y los autoinformes, se obtuvieron datos relevantes para caracterizar el trastorno obsesivo-compulsivo. Esta metodología de recopilación de información está en línea con la Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Facultad de Psicología UAM, que destaca la importancia de evaluar las manifestaciones principales del trastorno, las variables relacionadas con el problema, las disposiciones personales y los factores ambientales facilitadores. Estas técnicas de evaluación incluyen la entrevista conductual centrada en el análisis funcional, la observación o auto-observación (autorregistros) y la autoinformación sobre variables relevantes. La observación detallada y regular de estos datos es esencial para un seguimiento preciso del progreso y la determinación de la efectividad de la terapia (Márquez et al., 2020).

Subsecuentemente, se llevó a cabo un complemento de la evaluación mediante el uso de baterías psicológicas. Entre los instrumentos utilizados, se consideraron algunos que evalúan la personalidad, la ansiedad, la impulsividad y el deterioro cognitivo, lo que permitió obtener una comprensión más profunda de las condiciones psicopatológicas del paciente y prever, en cierta medida, su evolución. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Lotito (2015), quien destaca la importancia de considerar la personalidad, la impulsividad, los niveles de ansiedad y el deterioro cognitivo del paciente en los trastornos relacionados con la ansiedad. En cuanto a la sintomatología obsesivo-compulsiva, se utilizó la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale, la cual ha sido utilizada en varios estudios de casos y ha demostrado ser un instrumento efectivo, confiable y válido en el proceso de evaluación. Es fundamental realizar evaluaciones psicológicas sólidas para obtener información precisa y detallada sobre los pacientes en cuestión. (Gemar Fernández y López Alberca, 2021; Márquez et al., 2020; Martín y Bellido, 2022; Ulloa et al., 2004).

Durante las primeras sesiones de intervención, se llevó a cabo la identificación de diversos puntos cruciales que resultan fundamentales para el abordaje de la problemática en cuestión. Entre los aspectos identificados se encuentran el pensamiento subyacente que conduce a la compulsión, los factores predisponentes y mantenedores, el listado de

pensamientos obsesivos, así como el registro diario de la obsesión primaria. Dicha identificación ha permitido contar con una base sólida en la cual trabajar en las sesiones posteriores. Cabe destacar que esta identificación se encuentra en concordancia con un estudio previo, en el que se hace hincapié en la importancia de llevar a cabo la identificación de las obsesiones y las compulsiones, así como de todas sus implicaciones en la vida del paciente, durante las sesiones iniciales (Illianova, 2022).

Para el tratamiento, este se desarrolló en un periodo de 21 sesiones, tomando como base la terapia cognitivo conductual, la cual ha tenido un alto grado de efectividad y evolución favorable en el tratamiento de este trastorno, esto se puede constatar con un estudio realizado por Ruiz (2019), donde se plantea una intervención basada en este modelo psicoterapéutico logrando una efectividad considerable al finalizar el tratamiento

Dentro de este modelo también se incluyen varias técnicas usadas en el caso de N.N. como la reestructuración cognitiva, técnicas de exposición, técnicas de relajación, stop del pensamiento, entre otras descritas anteriormente. La aplicación de las mismas concuerda con los estudios realizados por varios autores, quienes demuestran la efectividad del empleo de dichas técnicas y la evolución favorable de sus pacientes. Lo cual se puede confirmar con N.N. al mostrar una aceptación favorable y efectividad en la utilización de cada una de las técnicas sesión a sesión, logrando así la reducción en gran medida de la sintomatología obsesivo-compulsiva (Baudou et al., 2013; Parra y Arias, 2020; Ruiz, 2019; Vílchez y Orozco, 2015).

Para el control de la evolución de N.N. se llevaron a cabo autorregistros y fichas de observación destinadas a desarrollarse tanto dentro como fuera de sesión, estas herramientas de seguimiento nos permitieron evidenciar de manera clara la mejoría del paciente, teniendo como componentes clave las obsesiones, las compulsiones, la frecuencia, intensidad, duración, aplicación de las técnicas y posibles dificultades que hayan existido durante el periodo entre sesiones. Este procedimiento de control concuerda con un estudio realizado en 2022, en el cual sus autores demuestran la importancia de estas dos herramientas dentro del seguimiento a la evolución del paciente (Martin y Bellido, 2022).

Finalmente, se había mencionado con anterioridad que la influencia de los familiares de N.N. fue desfavorable en el transcurso de la intervención psicoterapéutica, ya que la presión que ejercían sobre el paciente exigiendo una mejoría en el menor tiempo posible favorecía a la exacerbación de su sintomatología en algunas ocasiones, este evento concuerda con un estudio realizado en 2017, donde se menciona que los familiares son los principales factores desencadenantes y mantenedores del trastorno obsesivo compulsivo (Baudou et al., 2013). Estas conductas hacia el paciente provocaron la insatisfacción de N.N. que lo llevó a la deserción total del tratamiento, negando toda posibilidad a retomarlo posteriormente; esto último también se puede corroborar con un estudio realizado por López (2021) quien expresa que, en general, la influencia de los familiares en el tratamiento de pacientes con TOC es negativa debido a las respuestas emocionales que experimentan y al tiempo que dedican a los síntomas del paciente. Esto puede generar cansancio y una sobrecarga física y emocional en el cuidado. Además, en algunos casos, puede haber una presión constante por mejorar, lo que puede llevar a que abandone el tratamiento (Teresa et al., 2021).

## Conclusiones

Para el proceso de evaluación fueron de suma importancia los primeros acercamientos al paciente, ya que esto permitió establecer un vínculo previo que facilitó obtener la obtención de la mayor información posible acompañado de la aplicación de reactivos que sirvieron como soporte y ayuda para el desarrollo de un diagnóstico psicológico adecuado.

El paciente presenta un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos F42.1, debido a la presencia de ideas obsesivas de contaminación que causan malestar en el paciente y que denotan en actos compulsivos (rituales de limpieza), estas acciones se realizaban en un inicio en periodos de hasta tres horas consecutivas de limpieza y mantenían la finalidad de reducir la sintomatología ansiosa que provocaban los pensamientos rumiativos.

En el presente estudio se evidencia la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de pacientes con Trastorno obsesivo-compulsivos, debido a la reducción casi total de los síntomas, especialmente en la aplicación de la reestructuración cognitiva, demostrando la mejoría en cuanto a la cognición en primera instancia al demostrar una capacidad intrínseca de modificar los pensamientos y; posteriormente las conductas reduciéndose en intensidad y duración, es importante mencionar que en algunas ocasiones el paciente logró no realizar los rituales de limpieza a pesar de la intensidad de los pensamientos.

Aún a pesar de las dificultades que se pueden presentar durante la aplicación de la terapia, fue de suma importancia la implicación del paciente durante el desarrollo de las sesiones y las motivaciones tanto internas como externas del mismo para continuar con el proceso. La identificación y comprensión por parte del paciente respecto a su sintomatología y evolución, facilitaron la adherencia al tratamiento ya que por medio de motivaciones personales favorecía la voluntad en el cumplimiento de cada tarea asignada para el periodo entre sesiones.

La influencia de la familia puede ser un factor de protección como de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología obsesivo-compulsiva, así como la evolución favorable o desfavorable del paciente, incluyéndose en este último la deserción del tratamiento.

## Recomendaciones

Para al proceso diagnóstico se recomienda recopilar la mayor cantidad de información de manera directa con el paciente y e indirectamente con sus familiares o personas más allegadas, acompañado del uso correcto de los manuales diagnósticos tanto DSM-V como la CIE-10 que se pueden complementar en cuanto a la comparación de criterios.

Para la intervención se sugiere fortalecer las redes de apoyo y alianzas con los familiares del paciente para favorecer la continuidad del tratamiento, ya que estas malas relaciones suelen un factor de riesgo para la deserción del proceso de terapia.

En pacientes TOC que llevan varios años con este trastorno se recomienda a la terapia cognitivo-conductual acompañarla de un tratamiento farmacológico previo al inicio de la intervención en caso de que el paciente lo requiera y con revisiones periódicas por parte del área de psiquiatría quien se hará cargo de dar seguimiento a la evolución en cuanto a este tratamiento. En cuanto a la intervención con la familia, se recomienda extender el servicio de tratamiento psicológico a todos quienes forman parte de la misma y cuidadores más cercanos para evitar el desarrollo de otras psicopatologías en los mismos y producto de las mismas la interferencia en el tratamiento y evolución del paciente TOC.

Es importante intensificar los seguimientos a la evolución del paciente para evitar complicaciones a futuro, realizando un control tanto de la persona que padece el trastorno como de su familia y cuidadores

## Referencias

- Alvarado, M., y Tenesaca, E. (2022). PREVALENCIA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN EL CANTÓN NABÓN, 2021. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12322>
- Ángel, M., y Pareja, V. (2001). Efficacious psychological treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Obsessive-Compulsive Di.* <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713307.pdf>
- Arráez, T. (2020, enero 1). Psicología de los procesos cognitivos y la resolución de problemas en educandos con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 3(5), 46-59. <https://doi.org/10.33996/repesi.v3i5.32>
- Arroba Basanta, M. L. (2012). Taller de entrevista clínica. En *Rev Pediatr Aten Primaria Supl* (Número 21). [www.pap.es](http://www.pap.es)
- Basanta, A. (2012). Taller de entrevista clínica. 14, 105–111. . Obtenido de <https://doi.org/10.4321/s1139-76322012000200016>
- Bustamante Barro, E. (2020). Creencias irracionales y conductas desadaptativas en un estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8910>
- Constanza, M., Villarroel, N., Soledad, Y., y Ferrero, D. (2018). Las Habilidades Clínicas Entrenadas en el Trabajo con Instrumentos de Autorregistro en el «Programa Provincial Permanente de Prevención y Control de Tabaquismo». *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(3). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20703>
- Costoya, M., Ylenia, M., Concepción, R., Hatidje, A., Batista, S., Benito, P., Delgado, A., y Fernández, M. H. (2021). TERAPIA DE EXPOSICIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE SU EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN PERSONAS CON FOBIAS ESPECÍFICAS. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23987>

- Espeche, M. C. (2023). "Programa Provincial Permanente de Prevención y Control de Tabaquismo.". Obtenido de Unc.edu.ar.  
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20703/20>
- Espinosa Hernández, B. A., y Macías, A. B. (2023). Plan de intervención para la modificación de creencias irracionales, <http://200.23.125.59/PDF/Libros/CreenciasIrracionales.pdf>
- García, K. (2023). Prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y otros factores en el cantón Gualaceo, 2022. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12734>
- Gemar Fernández, E. A., y López Alberca, C. R. (2021, octubre 31). Tratamiento Cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Formato Online: un Caso Clínico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 205-220. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1074>
- Hernández, T. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM Revista Científico-Sanitaria*.  
[https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum\\_v4\\_n3\\_a5.pdf](https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf)
- Illianova, K. (2022). *Mente Poderosa: Intervención en un caso de TOC Puro*.  
<http://dspace.umh.es/handle/11000/27885>
- Imbali, D., y Romero, C. (2021). Trastorno Obsesivo-Compulsivo en tiempos de la COVID-19: una revisión sistemática. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 145-155.  
<https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v14i2.13594>
- Intervención en un caso clínico de trastorno obsesivo-compulsivo desde un enfoque integral., (28 de febrero de 2022). <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/2307>
- Intervención en un caso clínico de trastorno obsesivo-compulsivo desde un enfoque integral., (2022). <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/2307>
- Intervención psicológica en un joven con trastorno obsesivo compulsivo en relación con el covid-19, (2021). <http://dspace.umh.es/handle/11000/26849>
- León, C. Y. (2023). *Manual de Rehabilitación Cardíaca*. <https://acortar.link/S9HGPT>
- Márquez, M., Romero, R., Fernández, T., y Ortega, M. (2020). *Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*.  
<https://www.uam.es/uam/media/doc/1606899112394/protocolo-toc.pdf>

Mercedes, Y., Romero, P., Blanca, D., Saravia, J., y Trujillo -Perú, A. (2021).

DISEÑO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA  
PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE INSTITUCIONES  
EDUCATIVAS, TRUJILLO. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/29268>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Test de Mayo.

Nicolini, H., Herrera, K., Sánchez, M., y Paez, F. (2006). Escala Obsesivo Compulsiva de Yale  
Brown. <https://www.researchgate.net/profile/Humberto->

Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., y Martínez Medina, M. P.  
(2020). Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the general  
population of Mexico. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>

Paz Guerra, S., y Peña Herrera, B. (2021). Fundamentos de la evaluación psicológica.

<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20863>

Piacente, T. (2009). INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NO TIPIFICADOS.  
OBSERVACIÓN, ENTREVISTA Y ENCUESTA. CONSIDERACIONES GENERALES.

<https://www.academia.edu/download/37575136/2-entrevista.pdf>

Ramos Pérez, C., García Medina, P., y Concepción, M. (2020). TRASTORNO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO: ENFOQUE CLÍNICO UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.

<http://bit.ly/3rgxf95>

Ruiz, N. M. (2019). INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL DEL TRASTORNO OBESIVO  
COMPULSIVO EN EL ADULTO. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4390>

Salvo, L., y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt  
(BIS-11) en adolescentes Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in  
adolescents. [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)

Saracut, A., y Fernández. (2022). Pronóstico de la comorbilidad entre Esquizofrenia y Trastorno  
Obsesivo Compulsivo. <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/2661>

- Sarmiento, L., y Rico, D. (2020). Intervención Terapéutica en Adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo en un Consultorio de Psicología de una Universidad Particular de Lima, 2020. <http://intra.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5422>
- Souci, M., y Vinet, E. V. (2013). EXAMEN PSICOMÉTRICO EXPLORATORIO DEL MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY III (MCMI-III) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4778333>
- TERAPIA COGNITIVA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, (2020). <http://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/9259>
- Teresa, M., Jiménez, L., Cristina, D., y Mendoza, L. (2021). Respuestas emocionales y tiempo que dedican los familiares a los síntomas de los pacientes con TOC, antes y después del programa de Terapia Cognitivo Conductual Multifamiliar [UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO]. [https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB\\_UNAM/TES01000820402/3/0820402.pdf](https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB_UNAM/TES01000820402/3/0820402.pdf)
- Ulloa, E., Psychiatric, C., Dr, H., Navarro, J. N., De La Peña, F. R., y Palacios Cruz, L. (2004). Validity and reliability of the Spanish version of Yale-Brown rating scale for children and adolescents View project Intranasal PH94B for acute intermitent and chronic treatment of social anxiety View project. <https://www.researchgate.net/publication/8475486>
- Valencia, A. (2020). *Repository*. Obtenido de Caso Cristian: intervención en crisis desde el enfoque cognitivo conductual: <https://acortar.link/wvFMKN>
- Vílchez, M., y Orozco, M. T. (2015). APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO–CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Casos Clínicos en Salud Mental, 1, 79-100.
- Wainszelbaum, D. (2007). La observación, herramienta en la formación del psicólogo. <https://www.aacademica.org>.