



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-
CONDUCTUAL.

RÍOS LOOR CARLOS ALCÍVAR
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO-CONDUCTUAL.

RÍOS LOOR CARLOS ALCÍVAR
PSICÓLOGO CLÍNICO

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

RÍOS LOOR CARLOS ALCÍVAR
PSICÓLOGO CLÍNICO

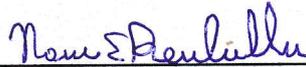
REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 08 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA
08 de febrero de 2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Plan de intervención para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo desde el enfoque cognitivo-conductual., hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE
0703340695
TUTOR - ESPECIALISTA 1



CUEVA REY ANDREA STEFFANIE
0703801332
ESPECIALISTA 2



VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA
0701684755
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 11 de febrero de 2019 - 09:53

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Complexivo para Urkund.docx (D47082829)
Submitted: 1/21/2019 6:22:00 PM
Submitted By: carios_est@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_obsesivo-compulsivo

<http://www.itoc.org.es/los-trastornos-del-espectro-obsesivo-compulsivo/trastorno-obsesivo-compulsivo>

Instances where selected sources appear:

2

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, RÍOS LOOR CARLOS ALCÍVAR, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Plan de intervención para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo desde el enfoque cognitivo-conductual., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 08 de febrero de 2019



RÍOS LOOR CARLOS ALCÍVAR
0704402882

AGRADECIMIENTO

Agradezco a nuestro docente tutor por la guía y apoyo brindado en la realización del trabajo.

RESUMEN

Carlos Alcívar Ríos Loor
C.I: 0704402882
carios_est@utmachala.edu.ec

Mediante el presente trabajo investigativo de alcance descriptivo de tipo bibliográfico, se pretende plantear una propuesta de plan de intervención para el tratamiento de un trastorno obsesivo-compulsivo. El soporte teórico que avala el desarrollo de la investigación y del plan de intervención, se respalda en el modelo de terapia Cognitivo Conductual. En el plan de intervención se toma en consideración doce sesiones de tratamiento con períodos de tiempo de una vez por semana que inician con el desarrollo de habilidades que tienen como finalidad obtener la mejora del paciente. En relación a la prevalencia de este trastorno es de 2 a 3% en adultos, la edad promedio de inicio al padecimiento es de 20 años, y en relación a la sintomatología, las investigaciones indican que aproximadamente desde los 11 años ya inician algunos síntomas. Además se propone que el profesional de salud mental considere como una de las premisas fundamentales en el tratamiento las técnicas terapéuticas que ofrece el modelo Cognitivo Conductual ya que han mostrado gran eficacia al abordar el TOC. Mediante una secuencia de pasos bien dirigidos, permite que el paciente haga conciencia de la necesidad de acoplarse al proceso terapéutico y logre identificar que su tipo de pensamiento no es acorde a la realidad, así se motiva a la consecución de logros mediante técnicas como son los autorregistros que le permite al paciente conocer el grado de sintomatología a través de las sesiones, el entrenamiento en solución de problemas, técnica de exposición con prevención de respuesta, autoinstrucciones, detención del pensamiento.

Palabras claves: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Terapia Cognitivo Conductual, Plan de Intervención.

ABSTRACT

Through this research work scope of bibliographic description, it is to raise a proposed plan of intervention for the treatment of obsessive-compulsive disorder. The theoretical support that supports the development of research and intervention plan is supported on the model of cognitive behavioral therapy. In the intervention plan is taken into consideration twelve sessions of treatment with time periods of two times for week starting with the development of skills that aim to obtain the patient's autonomy. In relation to the prevalence of this disorder, this is 2 to 3% in adults, the average age of onset to the disease is 20 years, but in relation to the symptomatology, research indicates that approximately since the 11 years already initiate some symptoms. Through it is proposed that the mental health professional consider as one of the fundamental premises in the treatment the therapeutic techniques that offers the cognitive behavioral model that have shown great efficacy the TOC.

Key words: Obsessive Compulsive Disorder, cognitive behavioral therapy, intervention plan.

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| AGRADECIMIENTO | I |
| RESUMEN | II |
| ABSTRACT | II |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL | 3 |
| CONCLUSIONES | 12 |
| BIBLIOGRAFÍA | 13 |
| ANEXO | 16 |

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) según Montero, Fernández y Rodríguez (2013) es una de las enfermedades más complejas en el ámbito clínico de la salud mental, su sintomatología y deterioro varía según el caso y puede ir en niveles de moderado a muy grave e incluso puede llegar a incapacitar a una persona. Según refiere el autor, la prevalencia de este trastorno actualmente es del 2,5% en la población. Peralta (2017) indica que sus síntomas inician con alto grado de ansiedad, produciendo obsesiones y compulsiones que aparecen súbitamente y de manera recurrente, inestabilizando a la persona y afectando sus áreas social, educativa y familiar, lo que a su vez representa una dificultad que causa malestar significativo. También añade que según los manuales diagnósticos ésta se encuentra asociada a otros tipos de trastornos como son Fobia Social, Depresión Mayor, Trastorno de Pánico y Abuso o Dependencia del Alcohol.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo es una enfermedad que según su sintomatología se caracteriza por pensamientos recurrentes e indeseados que se acompañan de imágenes o ideas intrusivas que causan ansiedad y que para evitar el mismo se procede a realizar rituales de conducta como forma de resistencia y varían en cada sujeto según su etapa del ciclo vital y pensamiento (Del Arco, Tornero y García, 2014).

Uno de los tratamientos psicológicos que ha demostrado una alta eficacia en el Trastorno Obsesivo Compulsivo es la terapia Cognitivo Conductual, este tipo de intervención a más de ser de corta duración y de objetivos definidos, permite cambiar el esquema de pensamiento irracional mal adaptativo del sujeto, destacando que lo que causa ansiedad no es el problema en sí, sino el tipo de pensamiento e interpretación hacia el mismo. Además de disminuir la sintomatología a partir del cambio en sus patrones de pensamiento, emociones, sensaciones y comportamiento, permite disminuir los efectos de factores ambientales que causan estrés, disminuyendo sus recaídas al detectar pensamientos automáticos y a su vez utilizar medios de reestructuración cognitiva por medio del entrenamiento en la solución de problemas (Chávez, Benitez y Ontiveros, 2014).

En el presente trabajo investigativo se destaca la importancia de la intervención oportuna en el Trastorno Obsesivo Compulsivo mediante la Terapia Cognitivo Conductual a fin de detectar y reestructurar pensamientos irracionales o disfuncionales.

La finalidad de la utilización de este modelo terapéutico se basa en que el paciente reconozca y detecte pensamientos y comportamientos que son perjudiciales para su salud mental y los reemplace por pensamientos positivos o más ajustados a la realidad, mediante el empleo de técnicas cognitivo conductuales que permitan controlar los mismos y generar autonomía a fin de ir mejorando la calidad de vida.

El propósito de la siguiente investigación es elaborar un plan de intervención psicológica para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo que estará compuesto por doce sesiones establecidas en periodos de una vez por semana, mostrando la efectividad que podría generar el emplear la Terapia Cognitivo Conductual como forma de intervención. El proceso metodológico que se empleó es el de tipo bibliográfico descriptivo en base a la recolección de artículos científicos de alto impacto con autores especializados en Terapia Cognitivo Conductual.

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo se describe como una enfermedad mental que se caracteriza por dos aspectos que son: las obsesiones y las compulsiones, la primera incluye pensamientos o ideas que generan ansiedad y que se presentan de manera intrusa por lo que el individuo intenta ignorar debido a la carencia de sentido; la segunda incluye conductas excesivas y repetitivas también llamadas rituales que se presentan como forma de evadir los pensamientos intrusivos a fin de disminuir la ansiedad que causan los mismos y evitar la situación temida. En relación a la prevalencia se lo considera según el orden de enfermedades mentales en el cuarto nivel. Además, afecta de 1-2% de la población y es considerado como uno de los trastornos más complejos en relación al tratamiento pudiendo llegar a incapacitar a quien lo padece de manera total o parcial (Behobi, García y Fernández, 2013).

En relación al estudio de las dimensiones de los síntomas del TOC, se describen cuatro: simetría-orden; contaminación-lavado; acumulación y sexual-religiosa-agresión. Se lo considera como un trastorno heterogéneo y en correlación a la comorbilidad se destacan los siguientes trastornos: trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de pánico, trastorno de fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, depresión, esquizofrenia, etc. En la comorbilidad del TOC con la esquizofrenia, según las investigaciones existe dificultad en la adherencia al tratamiento y déficits neurocognitivos con un mal pronóstico (Lozano, 2017).

Dentro de las características diagnósticas se encuentra una división entre la sintomatología de las obsesiones y las compulsiones, donde se destaca las siguientes: en las obsesiones se encuentran las ligadas al temor de contraer una enfermedad, temor a causar daño a otros, necesidad de confesiones, pensamientos prohibidos, equivocarse o hacer mal las cosas, miedo a contaminarse con la suciedad, escurpulosidad religiosa, miedo a pecar, temor a tener malos pensamientos de cualquier índole, miedo a vomitar, etc.; en relación a las compulsiones se encuentran: contar varias veces, rezar varias veces, repetir palabras constantemente o de acuerdo al número que se plantee, contar objetos, ordenar, acumular, tocar, lavarse las manos de forma repetitiva, conductas de comprobación y simetría (Quintero, 2015). Así pues, el autor añade a esto seis dominios de creencias: exceso de responsabilidad (creer tener el control sobre todo), importancia de los pensamientos (cualquier tipo de pensamiento lo consideran de gran importancia), importancia de controlar los pensamientos (creer que todo es posible), intolerancia a la incertidumbre (no querer hacer frente al cambio) y el perfeccionismo (creer que para cada problema debe haber una solución perfecta).

Por otro lado, Bados (2015) destaca que en relación a las características diagnósticas se puede realizar la siguiente clasificación: muerte (negarse a hablar sobre temas de muertes o leer al respecto), tema somático (obsesiones con enfermedades o miedo a padecerlas), sin sentido (imágenes, frases, pensamientos, números que carecen de sentido que se presentan de manera intrusiva), temas diversos (necesidad constante de recordar cosas sin importancia o sentido real, obsesiones sobre sonidos, miedo a perder objetos), contar (pasar por la calle y contar las baldosas, libros de una biblioteca), etc., tocar (impulsos de rozar con sus manos superficies o personas), contaminación (evitar el contacto con objetos contaminados o miedo a enfermar o contagiar a alguien), sexo (obsesiones sobre conductas sexuales, órganos, dudas sobre orientación sexual, miedo a hacer daño a alguien), religión (pensamientos blasfemos), acumulación (pensar que no puede tirar nada porque todo es valioso).

El TOC se encuentra dentro del apartado Trastorno Obsesivo- Compulsivo y trastornos relacionados, de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Se hace necesario que para su diagnóstico se diferencie la variedad de codificaciones mediante el análisis de los síntomas. Según los criterios diagnósticos de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (2014) el TOC debe presentar para su distinción las siguientes características:

Presencia de obsesiones o compulsiones (pueden presentarse ambas).

Las obsesiones presentan las siguientes características:

Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, persistentes que se consideran como intrusas y causan malestar significativo.

Se intenta ignorar los pensamientos, imágenes o ideas y suprimirlos mediante una conducta.

Las compulsiones presenta las siguientes características:

Conductas o actos mentales que se dan de manera repetitiva que se realiza como parte de respuesta a una obsesión (rezar, contar, repetir palabras, acciones repetitivas).

Se realizan las conductas como forma de evadir la ansiedad y los pensamientos que causan malestar, evitar algún suceso o situación a la que se teme, que no son realista y se consideran excesivos.

Nota: Los niños de corta edad no pueden identificar los objetivos de este tipo de comportamiento.

Las obsesiones y compulsiones requiere de mucho tiempo, ocupando más de una hora diaria y causan malestar significativo o deterioro laboral, social, familiar.

No se atribuyen a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.

La alteración no se explica mejor por los síntomas de otros trastornos mentales.

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: La persona reconoce que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son claramente o probablemente no ciertas.

Con poca introspección: La persona reconoce que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son claramente o probablemente no ciertas.

Con ausencia de introspección/ con creencias delirantes: La persona está completamente convencida que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son ciertas.

Especificar si:

La persona tiene una historia antigua a anterior de un trastorno de tic.

En relación a los criterios diagnósticos del TOC, en la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (1994) el trastorno se encuentra dentro del encasillado de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48), con codificación F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo, donde se destaca que las características para identificar al mismo es la presencia de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas que se presentan intrusivas y de forma estereotipada en el que el individuo los reconoce como pensamientos y conductas propias y regularmente repugnantes o molestas, que incluye neurosis anancástica, neurosis obsesivo-compulsiva y excluye el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (F60.5). Sus criterios diagnósticos se basan en las siguientes características: presencia de obsesiones o compulsiones con un tiempo de al menos dos semanas en la mayoría de los días; las obsesiones y compulsiones se describen por reconocer que se originan de su mente, son consecutivas y desagradables con excesividad que se reconocen como irracionales por lo menos una de ellas, resistencia a ellas o una de ellas sin resultados, experimentar pensamientos obsesivos o realizar actos compulsivos sin placer; los síntomas producen malestar e interfieren con su desenvolvimiento individual o social; No son resultado de otras enfermedades o trastornos mentales.

Uno de los aspectos relevantes que se hace necesario recalcar según el Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología (2014) y Echeburúa, Salaberría y Cruz (2014) los cambios que han tenidos los manuales diagnósticos en relación al TOC es que este a sido retirado de los Trastornos de Ansiedad en la que constaba su codificación. Para ello se ha creado una categoría específica para el TOC y Trastornos relacionados lo cual permite una mejor categorización de los casos y de la situación clínica del paciente (Pons, 2014; Rodríguez, Senín y Perona, 2014).

Como señala De La Cruz (2018) el TOC es un trastorno con mayor dificultad en relación al tratamiento y pronóstico, según la Organización Mundial de la salud ocupa el décimo lugar de las enfermedades más complejas e incapacitantes. En relación a la prevalencia esta es de 2 a 4% en niños y adolescentes; y de 2 a 3% en adultos, la edad promedio de inicio al padecimiento es de 20 años, pero en relación a la sintomatología, las investigaciones

indican que aproximadamente desde los 11 años ya inician algunos síntomas. En contraste a lo mencionado anteriormente Saval (2015) manifiesta que el TOC suele iniciar en la adolescencia y que los porcentajes son mayores en los varones, también añade que en la población a nivel general lo padecen los individuos en un 2.5% y que en un 13% existen casos que presentan algún tipo de síntoma del TOC que interfiere con sus actividades. Otro aspecto a destacar es que las obsesiones y las compulsiones poseen tres fases en sus inicios que son: niños (hasta los 12 años), adolescentes (13 a 18 años) y jóvenes o adultos (más de 18 años) en los que un 2% manifiesta tener obsesiones sin compulsiones.

Según Huertas (2014) las compulsiones pueden presentarse o no presentarse en los sujetos, debido a que las obsesiones pueden permanecer por mucho tiempo sin llegar al acto que en este caso sería el impulso a actuar sobre los pensamientos y aunque se encuentran íntimamente relacionados cuando se ejecuta la acción, existe una ruptura del equilibrio del área psíquica y orgánica con el área de la conciencia intacta lo que representa una tortura para el individuo ya que reconoce que sus pensamientos no son coherentes y por mucho que su voluntad interceda, no ejerce control sobre ellos.

En los niños es común visualizar ciertas obsesiones o rituales que tienden a aparecer como parte de su desarrollo evolutivo, estas no deben ser motivo de preocupación a menos de que causen malestar significativo y deterioren sus áreas de funcionamiento. En relación a las características clínicas, los síntomas del TOC en los niños y adultos suelen ser parecidas, exceptuando que en los niños la capacidad de percepción es baja debido a la madurez cognoscitiva y no reconocen sus pensamientos como ideas recurrentes (Saval, 2015).

En correspondencia a las dimensiones "The National Comorbidity Survey Replication Epidemiological Study" (NCS-R) indica que los porcentajes actuales son: chequeo (79,3%), acumulación (62,3%), orden (57%), temas morales (43%), temas sexuales/religiosos (30,2%), contaminación (25,7%), hacer daño (24,2%), temas acerca de enfermedades (14,3%), otros (19%) y múltiples áreas (81%) (Lozano, 2017).

Varios estudios muestran que cuando el TOC se presenta desde la infancia, el desconocimiento de los padres o de la familia acerca del trastorno y la no búsqueda de ayuda profesional, refuerza sus patrones de comportamiento compulsivo ya que por disminuir la ansiedad de quien lo padecen, tienden a generar codependencia y reforzar las conductas en vez de crear una manera de afrontamiento, lo cual desarrolla un círculo vicioso sin salida que a más de complicar los síntomas no logra una salida o tratamiento del

padecer. En otros casos donde se busca ayuda profesional, el tratamiento no suele ser el indicado por lo que el impacto en la calidad de vida del niño hace que se deteriore creando problemas tanto a nivel familiar como escolar. En relación a la población adulta la calidad de vida conlleva más afectación en el funcionamiento social y desempeño de roles instrumentales, con un alto grado de dificultad en mantener la atención en los ámbitos laboral y académico (Rodríguez, 2013).

En relación a la evaluación psicológica para determinar el diagnóstico de TOC, se emplea como primer eslabón la recolección de información que se realiza mediante la historia clínica del paciente, y la observación clínica, el tipo de entrevista que más se utiliza en estos tipos de casos es la semiestructurada, permite seguir un patrón establecido de preguntas en relación la sintomatología y direccionar de mejor manera la evaluación (Antón, García y García, 2016).

En relación a los test más utilizados para diagnosticar un TOC se encuentran según Castañeiras et al., (2009) la escala Yale Brown Obsessive-Compulsive que está compuesta por 10 afirmaciones que evalúan el grado de complejidad del trastorno, corresponde a puntuaciones de 0 a 4 por ítem con un resultado final de valor total a 40 puntos, con resultados finales que se encasillan de leve a muy grave. Otra de las escalas aplicables es el Inventario de pensamientos intrusivos obsesivos que está compuesto por 48 ítems que permiten evaluar el rango de imágenes o pensamientos intrusivos mediante 6 escalas como son: cheque, acumulación, orden, temas morales, temas sexuales/religiosos, contaminación. El autor también añade que es necesario evaluar el grado de ansiedad y depresión, mediante los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck donde se mide el grado de intensidad sintomática presente calificando de mínimo a severo según los valores.

Otros test aplicables para evaluar el TOC como señala Berrío y Restrepo (2017) son el Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión, que consta de 30 ítems que permiten conocer los comportamientos obsesivos y compulsivos y distinguirlos de un TOC a un Trastorno de la Personalidad Obsesiva con las siguientes subescalas: dudas, verificación, lavado y repetición; la Escala de Ideas Sobrevalorada que permite caracterizar los síntomas de una semana anterior y evaluar hasta qué punto el paciente las distingue como reales con una puntuación total de 10 puntos; Test de Evitación Conductual para el Trastorno Obsesivo Compulsivo, se aplica mediante la observación para medir la conducta y el grado de evitación en dónde se eligen tareas a poner en práctica y valorar la evitación y rituales.

Luego de que el profesional en salud mental evalúa y realiza el respectivo diagnóstico perteneciente al TOC, varios autores especializados en estos casos recomiendan emplear la TCC que es una de las terapias más utilizadas a nivel mundial, sus resultados son rápidos y permiten tratar la mayoría de problemas de origen mental así como tratar tanto de manera individual como grupal. Permite modificar la forma en cómo piensa el individuo, como siente y cómo actúa, potenciando las habilidades y destrezas del individuo. Aunque son varias las técnicas que se aplican en el modelo de terapia, se distinguen tres que son: a) técnicas racionales, técnicas de reestructuración cognitiva (Ellis, Beck y Meichenbaum); b) técnicas en el manejo de las emociones y; c) técnicas de resolución de problemas. Es ampliamente utilizada en varios trastornos mentales como son: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Bipolaridad, etc. Disminuye la ansiedad y permite una mejor adherencia al tratamiento farmacológico logrando así en algunos casos, disminuir las dosis (González y Duarte, 2014). Entre las técnicas más utilizadas según Acevedo y Yañez (2014) en TCC se encuentran: entrenamiento en relajación, técnicas de afrontamiento, entrenamiento en solución de problemas, detención del pensamiento, procesamiento emocional, etc.

El objetivo base de la TCC es cambiar los patrones de procesamiento de la información mal instituidos en las personas, el modelo se fundamenta en que lo que se piensa afecta las emociones, el sentir de las personas y su conducta (Chávez et.al, 2014). Los procedimientos de la TCC son promover cambios de pensamiento del paciente, reduciendo obstáculos mentales y afectivos disminuyendo la ansiedad, los pensamientos o ideas obsesivas mediante la reestructuración cognitiva en las que se utiliza el cuestionamiento socrático para contrarrestar los pensamientos desadaptativos (Tamez y Rodríguez, 2017).

En relación a la recolección de información para conocer el grado de ansiedad y características que generan los síntomas en TCC se utilizan los Autorregistros, tomando en cuenta que al iniciar un proceso terapéutico es fundamental realizar la alianza terapéutica como parte importante en la adherencia al tratamiento. Una vez detectado el problema se procede a psicoeducar al mismo y la familia que son la fuente de apoyo, informándoles acerca de la enfermedad y de cómo la psicoterapia lo ayudará en su proceso a más de la acción de los fármacos. En los autorregistros se realizan preguntas en relación a los síntomas, que permitan que el paciente analice los errores lógicos y que le permitan al especialista conocer la gravedad de los síntomas y sus particularidades, detallando en el registro diario ante qué circunstancias se activan las obsesiones y su durabilidad, facilitando el seguimiento del paciente. Para ello se le da a conocer lo importante que será su

autorregistro y que debe llevarlo consigo a donde vaya, incluso a la terapia donde se realizará una revisión cuidadosa de lo registrado (Albornoz, Miranda y Solano, 2016).

En TCC consiste en identificar la idea irracional, realizar un autoanálisis y cambiar el patrón desadaptativo, considerando dos ideas básicas: a) que toda idea o pensamiento erróneo puede ser cambiado ya que son fruto de aprendizajes y que, b) la fuerza con la que creemos en algo no quiere decir que se ajuste a la realidad que describe. Una vez realizada la discusión cognitiva, debatidos los pensamientos negativos (nunca, siempre, seguro, jamás, debería), para ello buscaremos un tipo de pensamiento más ajustado a la realidad y que genere bienestar en el paciente con los siguientes pasos: a) explicación del modelo, b) evaluación y análisis funcional de los pensamientos, c) discusión cognitiva y, d) búsqueda de alternativa racional (Ibáñez y Manzanera, 2014).

Un modo de intervención que también se emplea en TCC es la Técnica de Exposición con prevención de respuesta, es empleada de manera guiada, se basa en exponer al paciente ante la situación que causa ansiedad, evitando que el mismo de una respuesta de evitación, se basa en dos aspectos principales: a) exposición ante el pensamiento obsesivo y, b) prevenir la situación de escape ante el pensamiento o situación de tipo obsesivo. En las sesiones se irá realizando un acercamiento ante la situación que provoca malestar, realizándose paso a paso de forma guiada y con tareas que sean concretas, logrando que el paciente logre la resistencia ante las compulsiones por sí mismo. Puede ser aplicada mediante la exposición o la imaginación teniendo contacto con el estímulo directo que genera la ansiedad (Gómez et. al, 2014; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2013). Como señala Saval (2015) esta técnica permite obtener óptimos resultados en el tratamiento, ya que disminuye las comprobaciones y elimina su mantenimiento.

Es fundamental explicarle paso a paso al paciente esta técnica ya que el debe entender la necesidad de cooperación, posterior a esto se elaborará una jerarquía de situaciones temidas y cumplir objetivos de afrontamiento empezando desde las más sencillas, se califica el grado de ansiedad con puntajes de 0 a 10 mediante una gráfica que represente el grado de temor que se irá superando poco a poco (Del Arco, Tornero y García, 2014).

Por otro lado la Técnica de Autoinstrucciones cuyo creador fue Meichenbaum, permite generar cambios en la conducta de los pacientes mediante la sustitución de pensamientos negativos o autoverbalizaciones por otros que generen bienestar, es decir pensamientos positivos (Luque, 2017). Debido a que las creencias en las personas están bien arraigadas, es necesario trabajar de manera previa con las autoinstrucciones detectando aquellos

pensamientos que podrían ser los causantes de la dificultad para adherirse al tratamiento, esto conlleva cambiar el pensamiento irracional por uno racional y motivador, por ejemplo (porque solo a mí) por (muchas personas padecen esta enfermedad, pero debemos afrontarla) (García, 2017).

Mediante la técnica de autoverbalizaciones, el hecho de hablarse a sí mismo permite reforzar la autonomía del paciente y generar una voz interna motivadora que le permita cambiar tipos de pensamientos erróneos favoreciendo su interiorización, para ello se toma en cuenta los siguientes pasos: a) pensar en voz alta y sustituir pensamientos irracionales por racionales, pensando en las barreras, estrategias y posibilidades; b) realizar una actividad que genere bienestar, repitiendo en la mente los pasos que va dando al acercarse a la meta; c) generar pensamientos guía, es decir cambiar los pensamientos en voz alta por autoinstrucciones mentales. Entre los pasos a tomar en cuenta para realizar la técnica se encuentran: autointerrogación, análisis de tareas, autocomprobación y autorrefuerzos, los últimos se refieren a motivarse y darse cuenta que lo puede hacer (Dpto de Educación, 2018).

A manera de provocar una reducción de respuesta condicionada se utiliza la técnica de Desensibilización Sistemática que permite descondicionar conductas mal aprendidas que producen ansiedad en el sujeto que son las que conectan los mecanismos psicofisiológicos mediante el aprendizaje erróneo frente a la ansiedad, se aplica mediante técnicas de exposición y también mediante la imaginación que para el autor es lo idóneo ya que no se expone al sujeto a un alto grado de ansiedad y se obtienen los mismos resultados. El Objetivo de la Desensibilización Sistemática es asociar respuestas que causan ansiedad a la relajación creando un nuevo aprendizaje que hace posible su afrontamiento, extinguiendo la situación al notar el cambio de ansiedad mediante la habituación emocional (Vallejo y A., 2016).

En el TOC es característico escuchar en consulta que los pacientes manifiestan que en la consecución del tratamiento una vez logrados los objetivos requieren de técnicas que le permitan detener sus pensamientos para de esta manera bloquear su entrada, para ello se emplea la técnica de detención del pensamiento. El primer paso a emplear para el desarrollo de esta técnica es identificar los pensamientos negativos el cual muchas veces es complejo captar por el paciente pero mediante la entrevista se recoge la información. Como segundo paso se aplica el entrenamiento en detención del pensamiento donde se

aplican una serie de palabras que serán en primera instancia palabras en voz alta (stop) (Lozano y Rubio, 1999).

Plan de Intervención y desarrollo de las sesiones:

Se realizó un plan terapéutico con el enfoque cognitivo conductual que consta de doce sesiones de tratamiento con períodos de tiempo de una vez por semana **(Ver Anexo 1)**.

Objetivo general:

Reducir la sintomatología a partir del cambio en sus patrones de pensamiento, emociones y conductas mediante la aplicación de técnicas cognitivo conductuales.

Objetivos específicos:

Reducir obsesiones a través de la utilización de técnicas conductuales.

Reducir compulsiones a través de la utilización de técnicas conductuales.

Señalamiento de técnicas:

Psicoeducación, Autorregistros, Reestructuración cognitiva, Técnicas de Reatribución, Entrenamiento en solución de problemas, Técnica de exposición con prevención de respuesta, Autoinstrucciones, Técnica de autoverbalizaciones, Desensibilización sistemática, Detención del pensamiento.

CONCLUSIONES

El TOC es una enfermedad que ejerce un impacto negativo en el bienestar general del individuo, su sintomatología puede ser evaluada en varios rangos según con complejidad como son de leve a muy grave. Por lo tanto, afecta varias de las áreas del desempeño del individuo como son el funcionamiento familiar, social y escolar. En la actualidad se presentan varios casos a nivel general de la población y su complejidad requiere del apoyo familiar para sobrellevar de mejor forma.

La Terapia Cognitivo Conductual ha mostrado alta eficacia en el abordaje del TOC, sus técnicas permiten identificar pensamientos irracionales y modificarlos por positivos,

cambiando el esquema de pensamiento y desarrollando su afrontamiento. El rol del Psicólogo Clínico es fundamental en el proceso de Psicoeducación al paciente y la familia, es desde ahí donde se parte para una buena adherencia al tratamiento.

Las técnicas terapéuticas que ofrece la Terapia Cognitivo Conductual han mostrado gran eficacia al abordar el TOC, mediante una secuencia de pasos bien dirigidos, permite que el paciente haga conciencia de la necesidad de acoplarse al proceso terapéutico y logre identificar que su tipo de pensamiento no es acorde a la realidad, así se motiva a la consecución de logros mediante técnicas como son los autorregistros que le permite al paciente conocer el grado de sintomatología a través de las sesiones, el entrenamiento en solución de problemas, técnica de exposición con prevención de respuesta, autoinstrucciones, detención del pensamiento. Estas permiten mejorar la calidad de vida del paciente y modificar sus esquemas cognitivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A., & Yañez, C. R. (enero-junio de 2014). Clinical cognitive-behavioral intervention proposal for people facing psychosocial problems. *Tesis Psicológica [en línea]*, 9 , 156-171 . Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/1390/139031679013/>
- Albornoz, M. D., Miranda, U. G., & Solano, C. C. (2016). TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN BULIMIA NERVIOSA. *Anales de Salud Mental, Volumen XXVI* , 67-74.
- Antón, M. V., García, M. P., & García, B. J. (enero de 2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3, 45-52. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/4771/477152548005/#page-1>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. London, England. doi:ISBN 978-0-89042-551-0
- Bados, A. (22 de mayo de 2015). (U. d. Barcelona, Ed.) Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65644/1/TOC.pdf>
- Behobi, B. W., García, F., & Fernández, Á. H. (julio-agosto de 2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. (I. N. Muñoz, Ed.) *Salud Mental*, 36, 347-354. doi:ISSN: 0185-3325

- Berrío, G. N., & Restrepo, D. L. (2 de diciembre de 2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: Revisión. *Revista Poiésis*, 32, 101-115. Obtenido de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/2303/1742>
- Chávez, L. E., Benitez, C. E., & Ontiveros, U. M. (marzo-abril de 2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37, 111-117. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n2/v37n2a4.pdf>
- Claudia Castañeiras; María Fraga Míguez; Fernando García; Héctor Fernández-Álvarez; Amparo Belloch. (junio de 2009). Procesos de cambio en el Trastorno Obsesivo Compulsivo: análisis cualitativo de los resultados de un tratamiento cognitivo desde la experiencia subjetiva de los pacientes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100007
- De La Cruz, V. N. (noviembre de 2018). TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. *Revista Médica Sinergia*, 3, 14 - 18. doi:<http://orcid.org/0000-0002-1299-2057>
- Del Arco, J. R., Tornero, G. M., & García, S. C. (julio de 2014). Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado. (U. M. Elche, Ed.) *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1, 141-148. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147184005.pdf>
- Dpto de Educación, U. C. (17 de diciembre de 2018). *ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES*. Obtenido de Gobierno de Aragón: <http://cpjcfraq.educa.aragon.es/1112/autoinstrucciones.pdf>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz, S. M. (diciembre-enero de 2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. (S. C. Clínica, Ed.) *Terapia Psicológica*, 32, 65-74. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- García, N. A. (Enero-Marzo de 2017). Entrenamiento psicológico para la mejora del autocontrol en un entrenador de fútbol. *Acción Psicológica*, 14, 27-42. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/ap.14.1.19252>
- Gómez, L., de Quirós, M. B., Labrador, F. J., Fernández, A., Estupiñá, I. F., & Blanco, C. (Abril-Junio de 2014). Uso de técnicas de exposición en una clínica de psicología. (C. U. Psicología, Ed.) *Universitas Psychologica*, 13, 715-724. doi:[doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.utec](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.utec)
- González, S. M., & Duarte, C. G. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. *Ene*, 8. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010>
- Huertas, R. (2014). Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. (C. S. Científicas, Ed.) *Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21, 1397-1415. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000014>
- Ibáñez, T., & Manzanera, E. (enero-febrero de 2014). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 40, 1-54. doi:[DOI: 10.1016/j.semerg.2011.07.020](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.020)

- Lozano, O. J., & Rubio, Z. E. (1999). Eficacia de la Técnica Detención del Pensamiento. (U. d. (España), Ed.) *Psicología Conductual*, 7, 471-499. Obtenido de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/02/Detencion-de-pensamiento.pdf>
- Lozano, V. A. (enero-marzo de 2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. (U. P. Heredia, Ed.) *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80, 36-42. doi:ISSN: 0034-8597
- Luque, G. A. (Marzo-Junio de 2017). TRATAMIENTO DE UN CASO DE FOBIA A LAS INYECCIONES. (C. d. (CPA-UAM), Ed.) *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*(ISSN: 2255-5609), 1-24. Obtenido de file:///C:/Users/carli/Downloads/Dialnet-TratamientoDeUnCasoDeFobiaALasInyeccionesSinRespue-6201735.pdf
- Montero, F. C., Fernández, M. L., & Rodríguez, P. J. (ene./mar de 2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 33, 123-134. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000100009>.
- Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología, P. y. (marzo de 2014). DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52, 1-66. doi:ISSN 0717 - 9227 Versión Electrónica
- Peralta, L. J. (mayo-agosto, de 2017). El trastorno obsesivo-compulsivo: diferencias entre las esiciones iv y v del manual. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22, 223-228. doi:ISSN: 0185-1594
- Pons, T. C. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*, 22-27. Obtenido de file:///C:/Users/carli/Downloads/Dialnet-EIEspectroObsesivocompulsivoEnEIDSM5-4907706.pdf
- Quintero, N. C. (octubre de 2015). *VARIABLES COGNITIVAS EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INFANTOJUVENIL*. (U. d. Málaga, Ed.) doi:<http://orcid.org/0000-0003-2902-800X>
- Rodríguez, B. R. (agosto de 2013). Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: Una revisión. (F. Aiglé, Ed.) *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXII, 139-146. doi:ISSN: 0327-6716
- Rodríguez, T. J., Senín, C. C., & Perona, G. S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. (A. E. Conductual, Ed.) *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221-231. doi:ISSN: 1697-2600
- Ruiz, Á., Díaz, I. M., & Villalobos, A. (2013). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (tercera ed.). (D. D. BROUWER, Ed.) Madrid: Biblioteca de Psicología. Obtenido de ISBN: 9788433025357
- Salud, O. M. (1994). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. España: Editorial Médica Panamericana. doi:ISBN: 84-7903-492-0
- Saval, M. J. (enero de 2015). Exposición y prevención de respuesta en el caso de una joven con trastorno obsesivo compulsivo. (U. M. Elche, Ed.) *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2, 75-81. doi:E-ISSN: 2340-8340

Tamez, O. A., & Rodriguez, A. J. (2017). Integración de Modelo Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones en un caso de falta de Asertividad y Autoestima. (U. N. México, Ed.) *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20, 338-372. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art19.pdf>

Vallejo, S. L., & A., V. M. (diciembre de 2016). Sobre la Desensibilización Sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13, 157-168. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>

ANEXO

Plan de intervención terapéutico

| Sesión y técnica utilizada | Contenidos | Objetivo de la sesión |
|---|--|---|
| 1° Motivo de consulta y evaluación. | Presentación, Motivo de consulta, recolección de información, aplicación de entrevista semiestructurada. Aplicación de test de ansiedad de Aron Beck. Aplicación de test de Inventario de Obsesión-Compulsivo de Maudsley. Aplicación de test de Inventario de Obsesión-Compulsivo de Yale- Brownf. | Lograr un contacto inicial, recoger información relevante y sintomatología descrita por el paciente. |
| 2° Psicoeducación Autorregistros Reestructuración cognitiva | Informándoles acerca de la enfermedad y de cómo la psicoterapia lo ayudará en su proceso. Se utiliza para identificar las emociones y pensamientos que llevan a un sujeto a una conducta. | Aumentar el conocimiento y la comprensión del trastorno. Preguntas en relación a los síntomas que permita que el paciente analice lo errores lógicos. Modificar la forma en el que interpretamos nuestras |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos.</p> | <p>experiencias, pensamientos negativos y las valoraciones subjetivas que nos provocan malestar.</p> |
| <p>3° Psicoeducación Autorregistros Reestructuración cognitiva</p> | <p>¿Cómo se origina el problema?.</p> <p>Se utiliza para identificar las emociones y pensamientos que llevan a un sujeto a una conducta.</p> <p>Consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos.</p> | <p>Aumentar el conocimiento y la comprensión del trastorno</p> <p>Preguntas en relación a los síntomas que permita que el paciente analice lo errores lógicos.</p> <p>Modificar la forma en el que interpretamos nuestras experiencias, pensamientos negativos y las valoraciones subjetivas que nos provocan malestar.</p> |
| <p>4° Entrenamiento en solución de problemas. Técnicas de Reatribución</p> | <p>Es una técnica cognitiva en la que los pacientes identifican soluciones eficaces con actitudes y habilidades de contextos diferentes.</p> <p>Consiste que cuando un paciente no tiene las herramientas necesarias para darse cuenta y hacer conciencia de su deficiencia personal en cuanto a una salida a una situación, el terapeuta tiene que ayudarlo o a lo mejor puede dirigirlo mediante información</p> | <p>Presentar al paciente un conjunto de alternativas eficaces ante la situación problemática.</p> <p>El objetivo no es quitarle toda la responsabilidad al paciente, sino identificar dichos factores que estén implicados.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | científica, razonamiento para prevenir que ocurra un evento futuro. | |
| 5° Entrenamiento en solución de problemas. Técnicas de Reatribución | <p>Es una técnica cognitiva en la que los pacientes identifican soluciones eficaces con actitudes y habilidades de contextos diferentes.</p> <p>Consiste que cuando un paciente no tiene las herramientas necesarias para darse cuenta y hacer conciencia de su deficiencia personal en cuanto a una salida a una situación, el terapeuta tiene que ayudarlo o a lo mejor puede dirigirlo mediante información científica, razonamiento para prevenir que ocurra un evento futuro.</p> | <p>Presentar al paciente un conjunto de alternativas eficaces ante la situación problemática.</p> <p>El objetivo no es quitarle toda la responsabilidad al paciente, sino identificar dichos factores que estén implicados.</p> |
| 6° Técnica de exposición con prevención de respuesta. | Consiste en exponernos y enfrentarnos a un estímulo de forma voluntaria, este estímulo puede ser un pensamiento, una sensación o físico. | Exponer al paciente ante la situación que causa ansiedad. Se basa en dos aspectos: exposición ante el pensamiento obsesivo y prevenir la situación de escape ante el pensamiento o situación de tipo obsesivo. |

| | | |
|---|--|--|
| <p>7°</p> <p>Técnica de exposición con prevención de respuesta</p> <p>Autoinstrucciones</p> | <p>Consiste en exponernos y enfrentarnos a un estímulo de forma voluntaria, este estímulo puede ser un pensamiento, una sensación o físico.</p> <p>Son verbalizaciones internas que una persona se hace así misma dirigiendo su actuación.</p> | <p>Exponer al paciente ante la situación que causa ansiedad.</p> <p>Se basa en dos aspectos: exposición ante el pensamiento obsesivo y prevenir la situación de escape ante el pensamiento o situación de tipo obsesivo.</p> <p>Permite generar cambios en la conducta de los pacientes mediante la sustitución de pensamientos negativos.</p> |
| <p>8°</p> <p>Técnica de exposición con prevención de respuesta</p> <p>Autoinstrucciones</p> | <p>Consiste en exponernos y enfrentarnos a un estímulo de forma voluntaria, este estímulo puede ser un pensamiento, una sensación o físico.</p> <p>Son verbalizaciones internas que una persona se hace así misma dirigiendo su actuación.</p> | <p>Exponer al paciente ante la situación que causa ansiedad.</p> <p>Se basa en dos aspectos: exposición ante el pensamiento obsesivo y prevenir la situación de escape ante el pensamiento o situación de tipo obsesivo.</p> <p>Permite generar cambios en la conducta de los pacientes mediante la sustitución de pensamientos negativos.</p> |
| <p>9°</p> <p>Técnica de exposición con prevención de respuesta</p> <p>Autoinstrucciones</p> | <p>Consiste en exponernos y enfrentarnos a un estímulo de forma voluntaria, este estímulo puede ser un pensamiento, una sensación o físico.</p> | <p>Exponer al paciente ante la situación que causa ansiedad.</p> <p>Se basa en dos aspectos: exposición ante el</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Son verbalizaciones internas que una persona se hace así misma dirigiendo su actuación.</p> | <p>pensamiento obsesivo y prevenir la situación de escape ante el pensamiento o situación de tipo obsesivo.</p> <p>Permite generar cambios en la conducta de los pacientes mediante la sustitución de pensamientos negativos.</p> |
| <p>10° Autoverbalizaciones Desensibilización sistemática Detención del pensamiento</p> | <p>Permite reforzar la autonomía del paciente y generar una voz interna motivadora que le permita cambiar tipos de pensamientos erróneos.</p> <p>Es un tratamiento orientado a la aproximación, en donde los clientes construyen una jerarquía de las situaciones temidas y se imaginan a sí mismos en distintas situaciones bajo un estado de relajación.</p> <p>Consiste en intentar tener un poco de control sobre ciertos pensamientos constantes que producen conductas desadaptadas.</p> | <p>Sustituir pensamientos irracionales por racionales.</p> <p>Asociar respuestas que causan ansiedad a la relajación creando un nuevo aprendizaje.</p> <p>Identificar los pensamientos negativos el cual muchas veces es complejo captar por el paciente.</p> |
| <p>11° Autoverbalizaciones Desensibilización sistemática Detención del</p> | <p>Permite reforzar la autonomía del paciente y generar una voz interna motivadora que le permita cambiar tipos de pensamientos erróneos.</p> | <p>Sustituir pensamientos irracionales por racionales.</p> <p>Asociar respuestas que causan ansiedad a la</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>pensamiento</p> | <p>Es un tratamiento orientado a la aproximación, en donde los clientes construyen una jerarquía de las situaciones temidas y se imaginan a sí mismos en distintas situaciones bajo un estado de relajación.</p> <p>Consiste en intentar tener un poco de control sobre ciertos pensamientos constantes que producen conductas desadaptadas.</p> | <p>relajación creando un nuevo aprendizaje.</p> <p>Identificar los pensamientos negativos el cual muchas veces es complejo captar por el paciente.</p> |
| <p>12° Autoverbalizaciones Desensibilización sistemática Detención del pensamiento</p> | <p>Permite reforzar la autonomía del paciente y generar una voz interna motivadora que le permita cambiar tipos de pensamientos erróneos.</p> <p>Es un tratamiento orientado a la aproximación, en donde los clientes construyen una jerarquía de las situaciones temidas bajo situaciones de estado de relajación.</p> <p>Intentar tener un poco de control sobre ciertos pensamientos constantes que producen conductas desadaptadas.</p> | <p>Sustituir pensamientos irracionales por racionales.</p> <p>Asociar respuestas que causan ansiedad a la relajación creando un nuevo aprendizaje.</p> <p>Identificar los pensamientos negativos el cual muchas veces es complejo captar por el paciente.</p> |