



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**EXAMEN DE CARÁCTER COMPLEXIVO ORDINARIO
DIMENSIÓN PRÁCTICA.**

TEMA ESTUDIO DE CASO:

**TRASTORNO POR ANSIEDAD EN PACIENTE DE 46 AÑOS DE
ESCOLARIZACIÓN MEDIO CON TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN
MODELO PSICOLÓGICO COGNITIVO CONDUCTUAL.**

AUTOR:

JAIRO VICENTE HERRERA ESPINOZA

MACHALA - NOVIEMBRE - 2015

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

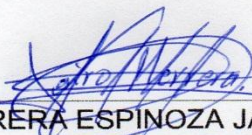
Yo, HERRERA ESPINOZA JAIRO VICENTE, con C.I. 0705010643, estudiante de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación TRASTORNO POR ANSIEDAD EN PACIENTE DE 46 AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN MEDIO CON TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN MODELO PSICOLÓGICO COGNITIVO CONDUCTUAL.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 18 de noviembre de 2015



HERRERA ESPINOZA JAIRO VICENTE
C.I. 0705010643

DEDICATORIA:

A Dios, por permitirme llegar a este momento de mi vida. Por los éxitos los triunfos y por aquellos momentos difíciles de caídas que me han enseñado a valorar cada día más, a mi familia por ser las personas que me ha acompañado durante el trayecto estudiantil y de mi vida a diario.

A mis amigos quien con sus actitudes y virtudes supieron guiarme y apoyarme para concluir mi carrera profesional.

A mis docentes, por su asesoramiento y guías por todos estos años de sabio conocimiento impartidos para el desarrollo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerzas y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres que sin duda alguna me apoyaron durante todo este trayecto de mi vida que me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas , celebrando mis triunfos y orgullosos al ver en la persona en la cual me he ido convirtiendo con el trayecto de los años.

A la Dra. Marcia Ullauri Carrión por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto por medio del cual me ha servido para enriquecer mi conocimiento.

RESUMEN

JAIRO VICENTE HERRERA ESPINOZA

C.I: 0705010643

vicente_092@hotmail.es

El objetivo general del desarrollo de este trabajo es Disminuir y Modificar las ideas negativas relacionadas con la responsabilidad y necesidad de control de pensamientos e Incrementar la conciencia de la persona de cara a prevenir recaídas, ya que el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) estuvo considerado hasta hace algunos años como una enfermedad psiquiátrica ya que son reconocidos como pensamientos o impulsos propios, que presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. El TOC suele aparecer en la adolescencia o edad adulta en varones rango: 6 a 15 años y en mujeres rango : 20 a 29 años es más alta en varones y se equiparan al llegar a la edad adulta y lo más frecuente es que las personas afectadas tardan mucho tiempo en buscar ayuda Psicológica .La terapia cognitiva Parte de la idea de que los pensamientos, fantasías o impulsos que invaden la mente no son el problema en sí mismo, ya que todo el mundo los experimenta en algún momento, sobre todo cuando está tenso por algún motivo. Los resultados principales de esta terapia cognitiva conductual es de Reducir y disminuir las compulsiones y comportamientos desadaptados que interfieren en el desarrollo de actividades personales.

PALABRAS CLAVES

- **RECRUDECIDO**
- **ANSIEDAD**
- **COGNITIVO**
- **TERAPIA**
- **TOC**

ABSTRACT

AUTOR: Jairo Vicente Herrera Espinoza

C.I: 0705010643

vicente_092@hotmail.es

The general objective of the development of this work is to reduce and modify the negative ideas related to the responsibility and need for control of thoughts and increase the awareness of the person in the face to prevent relapse, as an obsessive-compulsive disorder (OCD) was considered up until a few years ago as a psychiatric disease since they are known as own thoughts or impulses, which presents a ineffective resistance to at least one of the thoughts or acts, most of the compulsive acts relate to the cleaning (in particular the washing of the hands), with recurring checks to make sure it has avoided a potentially dangerous situation, or with neatness and order. OCD is usually appear in adolescence or early adulthood for men range: 6 to 15 years of age and females range : 20 to 29 years is higher in males and are equal to the reach adulthood and more often than not, the people affected may take a long time to seek psychological help .The cognitive therapy part of the idea that the thoughts, fantasies or impulses that invade the mind are not the problem itself, since the whole world experiences at some point, especially when it is tense for some reason. The main results of this cognitive-behavioral therapy is to reduce and diminish the compulsions and wich behaviors that interfere with the development of personal activities.

KEY WORDS

- **WORSENERD**
- **COGNITIVE**
- **TOC**
- **ANXIETY**
- **THERAPY**

1. INTRODUCCIÓN

Como objetivo general del desarrollo de este trabajo de titulación es Reducir y Modificar las ideas negativas relacionadas con la responsabilidad y necesidad de control de pensamientos e Aumentar la conciencia de la persona de cara a prevenir recaídas, ya que el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) estuvo considerado como enfermedad psiquiátrica ya que son reconocidos como pensamientos o impulsos propios

El trastorno obsesivo compulsivo es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual DSMIV como trastorno de ansiedad. (Association, 2014)

Hasta hace poco, la evidencia considerable sugiere que los tratamientos que mejoran de forma duradera los trastornos de ansiedad tuvieron éxito porque incluían algún tipo de exposición sistemática a los estímulos temidos (imaginar, vivo, vicarias, rápidas y lentas, continuas e intermitentes) (Marks 1. , 2011)

La terapia cognitiva en si parte de la idea de los pensamientos, fantasías o impulsos que invaden la mente, ya que todo el mundo los experimenta en algún momento, sobre todo cuando está tenso o stress por algún motivo. El problema aparece cuando el usuario ve como peligrosa la aparición de estos fenómenos en su mente y se siente responsable de lo que ocurra, momento en el que trata de hacer algo que le permita sentirse seguro y no responsable de lo que pase.

Para el control de la Ansiedad podemos también apoyarnos en las técnicas de relajación tales como:

Entrenamiento autógeno de SCHULTZ(siquia, 2013)que consiste en la relajación es uno de los más usados en terapia psicológica y, a su vez, uno de los más amplios.

Relajación Muscular Progresiva de Jacobsonesta técnica es útil en los procesos terapéuticos, vamos a ver ahora cómo aplicarla directamente para reducir la ansiedad.(Rillo, 2013)

2. DESARROLLO

2.1 Que Es El Trastorno Obsesivo – Compulsivo?

Las definiciones del TOC aluden a la presencia de sus dos con TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ponentes, obsesiones y compulsiones, y a las descripciones de los mismos. De forma general, al hablar de obsesión se hace referencia a pensamientos intrusivos, que son de carácter molesto y difícilmente pueden ser evitados. Por otra parte, las compulsiones, se refieren a acciones que se ejecutan de manera repetitiva, con el propósito de reducir la ansiedad que provoca el pensamiento intrusivo. La explicación de ambos componentes sugiere una dificultad por parte de la persona para controlar sus pensamientos y sus acciones.(Toro-Alfonso)El TOC es un trastorno perteneciente al grupo de los trastornos de ansiedad caracterizado por:

Obsesiones: son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que no son experimentados como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido.

Compulsiones: son conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas de forma estereotipada. El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir a la compulsión, por lo menos inicialmente.

2.2 Diagnóstico Presuntivo SEGÚN(DSM IV)“El Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales De La Asociación Estadounidense De Psiquiatría.”

Padecer TOC significa tener obsesiones, compulsiones o ambas cosas.

- **Las obsesiones se definen según los dos aspectos siguientes:**

Estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales son indeseados y causan mucha ansiedad o estrés.

La persona que tiene estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales trata de ignorarlos o de hacer que desaparezcan.

- **Las compulsiones se definen según los dos aspectos siguientes:**

Conductas repetitivas ejemplo, lavarse las manos, colocar cosas en un orden específico o revisar algo una y otra vez El propósito de estas conductas o pensamientos es prevenir o reducir la angustia, o evitar una situación o acontecimiento temido. Sin embargo, estas conductas o pensamientos no tienen relación con la realidad o son claramente exagerados.

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

Las obsesiones o compulsiones consumen mucho tiempo (más de una hora por día), y causan una intensa angustia o interfieren en forma significativa con las actividades diarias de la persona.

Los síntomas no se deben al consumo de medicamentos u otras drogas ni a otra afección.

Si la persona padece otro trastorno al mismo tiempo, las obsesiones o compulsiones no se pueden relacionar tan solo con los síntomas del trastorno adicional.

El diagnóstico también debe indicar si la persona con TOC comprende que los pensamientos obsesivo-compulsivos pueden no ser ciertos, o si está convencida de que son verdaderos (por ejemplo, es posible que alguien sepa que no es necesario revisar la estufa [cocina] 30 veces, pero que sienta que debe hacerlo de todas maneras).

➤ **TOMANDO COMO EL REFERENTE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE 10 EL REFERENTE DIAGNOSTICO**

(CIE10, 2003)

Pautas Para El Diagnóstico:

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos):

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto, son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones.

Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapias de modificación del comportamiento.(CIE10, 2003)

2.3DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Crterios para el diagnóstico de

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82) [Crterios(CIE10, 2003)]

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.

2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

El modelo cognitivo , tal como lo expresa J. Beck 2000 propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento , que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. La terapia cognitiva (TC) al caso individual se basa en la Conceptualización clínica cognoscitiva (CCC) del o los trastornos en cuestión , cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva y de los paradigmas del procesamiento de la información.

(Beck, 2000)

Cuando (Riper)propuso su terapia, la técnica de afrontamiento de la ansiedad que había demostrado de forma más fehaciente su eficacia se llamaba desensibilización sistemática y de ella tomó su nombre la fase que aquí describimos. Sin embargo, en el proceso de avance de la terapia cognitivo conductual se han ido matizando los elementos que hacían que esa técnica funcionase y se ha demostrado que lo fundamental es la exposición a los estímulos temidos. Por eso se actualmente se utiliza menos la palabra desensibilización y más la de exposición.

Según(Marks, 1991)Para el manejo de la ansiedad que es la exposición (desensibilización) a la situación temida y otras carreteras secundarias como son la relajación, la tensión muscular en algunos casos, la respiración, etc.

(Hayes et al)Señalan también otro fenómeno que mantiene y da fuerza a pensamientos que son dañinos para la persona y es la creencia en la literalidad del lenguaje. Tomar el lenguaje

en sentido literal significa que no se distingue la diferencia entre el contenido del pensamiento y la realidad que refleja, es decir, cuando reaccionamos a un pensamiento como si fuera un hecho real que ha ocurrido

2.4 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE TOC

- a) Acortar la valoración negativa de pensamientos obsesivos.
- b) Transformar las ideas relacionadas con la responsabilidad y necesidad de control de pensamientos.
- c) Comprimir las compulsiones y comportamientos desadaptados que interfieren en el desarrollo de actividades personales.
- d) Desarrollar la conciencia de la persona de cara a advertir recaídas.

2.5 DATOS SOBRE PREVALENCIA Y PRONÓSTICO

El TOC suele aparecer en la adolescencia o edad adulta en varones rango: 6 a 15 años y en mujeres rango: 20 a 29 años es más alta en varones y se equiparan al llegar a la edad adulta y lo más frecuente es que las personas afectadas tardan mucho tiempo en buscar ayuda Psicológica.

El pronóstico ha mejorado mucho con desarrollo de tratamientos, un estudio encontró que aproximadamente que un 60% de personas con TOC prestaban signos de mejoría tras un seguimiento de 10 años (Skoog y skoog, 2008) sin embargo en ausencia de tratamiento el curso suele ser crónico.

Psicoeducación hace referente a la educación e información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico que da a conocer al paciente y a sus familiares sobre el proceso de enfermar para que entiendan y sea capaces de manejar la enfermedad que presenta el paciente y saber responder ante una recaída que en algún momento se presente.

2.6 LA TERAPIA COGNITIVA

Inicia de la idea de que los pensamientos, fantasías o impulsos que invaden la mente no son el problema en sí mismo, ya que todo el mundo los experimenta en algún momento, sobre todo cuando está tenso por algún motivo. El problema aparece cuando el usuario valora como peligrosa la aparición de estos fenómenos en su mente y se siente responsable de lo

que ocurra, momento en el que trata de hacer algo que le permita sentirse seguro y no responsable de lo que pase.

Mediante experimentos que el terapeuta diseña para el paciente, se pone a prueba ideas destructivas sobre el poder de los pensamientos, la culpa, la búsqueda de seguridad absoluta, la tendencia al catastrofismo, el perfeccionismo, el autocastigo y la intolerancia al malestar. Esto permite que el paciente no reaccione con la angustia de antes, consiguiendo que las obsesiones y las compulsiones vayan desapareciendo progresivamente

2.7 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA REALIZAR UNA PSICOTERAPIA EN OBSESIVOS COMPULSIVOS.

➤ **Entrenamiento autógeno de Schultz**(Siquia, 2013)

Este **entrenamiento en relajación** es uno de los más usados en terapia psicológica y, a su vez, uno de los más amplios. Aquí vas a encontrar una **versión reducida** del entrenamiento, apta para llevarla a cabo en un tiempo más o menos corto.

1. Escoge un lugar cómodo y tranquilo donde no te distraiga nada.
2. Cierra los ojos y respira profundamente.
3. Con cada exhalación repite mentalmente “estoy relajado, cada vez más tranquilo”.
4. Fija tu mente en tu pierna derecha y concéntrate en su calor. ves relajándola lentamente a medida que te repites “mi pierna derecha está relajada, cada vez más”.
5. Cuando esa extremidad esté relajada, pasa a la pierna izquierda y repite el ejercicio. Continúa después con el abdomen, los brazos y el cuello.
6. Cuando tu cuello esté relajado pasa a la cabeza. Concéntrate en ella y repite “mi cabeza está despejada”. En este momento todo tu cuerpo debería estar sumido en un estado de relajación.
7. Respira hondo antes de abrir los ojos. Retén esa sensación de relajación y, antes de levantarte, estira los músculos y activa tus sentidos.

➤ **Relajación Muscular Progresiva de Jacobson**(Rillo, 2013)

En un artículo hablamos de cómo esta técnica es útil en los procesos terapéuticos, vamos a ver ahora cómo aplicarla directamente para **reducir la ansiedad**.

Este ejercicio requiere de una dedicación de tiempo algo mayor que los anteriores, así que hazlo sólo cuando tengas una media hora para dedicarle. Intenta hacerlo cada día, notarás los resultados.

1. Estírate en un lugar cómodo y relajado. Intenta que no haya interrupciones o molestias.
2. Concéntrate en la respiración. Inspira profundamente y exhala lentamente hasta que te sientas algo más relajado.
3. Concéntrate en tu pie derecho. Visualízalo en tu mente y ténsalo. Aprieta los dedos y provoca una gran tensión en tu pie derecho.
4. Cuenta hasta 5 y relaja los músculos del pie.
5. Concéntrate en la sensación de relajación del pie.
6. Haz lo mismo con tu pie izquierdo. Cuando lo hayas hecho continúa con tus piernas, tus rodillas, las caderas, el abdomen, los brazos, las manos, los hombros, el cuello y la cabeza.
7. Cuando llegues a la cabeza atiende especialmente a la relajación de las mandíbulas, el cuero cabelludo, las sienes y la frente, puesto que son zonas que suelen acumular mucha tensión.

2.8 Contenido Y Tipos Más Frecuentes De Obsesiones Y Compulsiones

Contaminación (prevalencia 37,8%)

- **obsesiones** sobre posibles contagios de enfermedades o virus u bacterias capaces de transmitir enfermedades.
- **Compulsiones** de lavado , limpieza y desinfeccion.

Seguridad (prevalencia 23,6%)

- **Obsesiones** relacionadas sobre conductas de seguridad o sobre haber cometido descuidos en este sentido(ej. cerrar la cocina , cerrar las puertas)
- **Compulsiones** la comprobación (verificación) o de haber realizado la conducta de seguridad.

Orden , Simetría , Perfección. (prevalencia 10%)

- **Obsesiones** con las cosas que deben de hacerse de un modo concreto , siguiendo un orden determinado y con exactitud y perfección.
- **Compulsiones** como restablecer el orden y la simetría de las cosas, realizar cosas de forma meticulosa o en secuencia determinada

3. CONCLUSIONES

Lo que se buscó a través de esta revisión bibliográfica fue la de conocer como es el manejo del TOC dentro de la corriente conductual. Como se pudo ver, el punto más importante o eficiente, por decirlo de esa manera, es la estructura que se le brinda al paciente en cuanto a la duración del tratamiento, el trabajo sobre el síntoma que le está afectando y las características del signo y por último buscar prevenir la manifestación para no reforzarla y que el paciente conozca cómo enfrentarla y entienda como superarla.

Tomando como tratamiento una terapia cognitiva conductual que parte de las ideas del pensamiento o impulsos que invaden la mente del ser humano ya que el problema se hace presente cuando hay fenómenos de peligro en su mente y se siente responsable de lo que ocurre

Terapeuta, pone a prueba ideas destructivas sobre el poder de los pensamientos, la culpa, la búsqueda de seguridad absoluta, el perfeccionismo, el autocastigo. Esto permite que el paciente no reaccione con la angustia de antes, consiguiendo que las obsesiones y las compulsiones vayan desapareciendo progresivamente.

4. Trabajos Citados

(s.f.). En *DSM IV*.

(s.f.). *psicoterapeutas.com*.

(s.f.). En *CIE-10*.

(s.f.). En *DSM IV*.

1973, M. (s.f.).

(2003). En *CIE10* (pág. 179).

2006, W. R. (s.f.).

228, B. -C. (s.f.).

228, B. -C. (s.f.).

Association, A. P. (2014). En E. M. S.A., *DSM IV* (pág. 4). Editorial Médica Panamericana S.A.; Edición: 5ª (11 de septiembre de 2014).

Beck, J. (2000). Modelo Cognitivo. 5.

Ferrer, E. (s.f.). Técnicas cognitivas modificadas en el trastorno obsesivo-compulsivo. Informe de dos casos.

Hayes et al, 1. (s.f.).

IV, D. (s.f.).

Marks. (1991).

Marks, 1. (2011). Psychology. En d. f. marks.

Morales, & Colaboradores. (2013). Habilidades para la vida(cognitivas y sociales) en adolescentes de una etapa terminal. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 98-113.

Rillo, M. (2013). Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. *SIQUIA*, 6.

Riper, V. (s.f.).

siquia. (2013). Entrenamiento autógeno de SCHULTZ. *SIQUIA*, 9.

Skoog y skoog, 1. (2008). En García-Soriano.

Toro-Alfonso, J. (s.f.). Trastorno Obsesivo-Compulsivo . *Revista Puertorriqueña de Psicología VL - 201S - AB*.

5. ANEXOS

Caso De Investigación

El paciente es un hombre de 46 años, casado, sin hijos, de nivel de escolarización medio. Refiere haber sido obsesivo desde "siempre", pero distingue el comienzo del trastorno hace 20 años. Los síntomas se han recrudecido y menguado desde entonces, pero siempre se han mantenido de forma elevada. Trabajó en un comercio de propiedad familiar durante varios años hasta que tuvo que dejarlo hace unos siete debido a los síntomas. En relación a sus vínculos interpersonales, refiere una relación familiar conflictiva, definiendo a su familia como "muy demandante", mientras que relata sus actitudes frente a ellos como sumamente pasivas. Refirió que su padre padecía también de síntomas del TOC. No presentaba patologías médico-clínicas y tiene un nivel socioeconómico medio. Vive con su mujer desde hace al menos 15 años en una ciudad cercana a donde se desarrolló el tratamiento. Fue derivado a la red de asistencia clínica de la Fundación Aiglé por recomendación de un familiar directo. En el momento de la derivación no trabajaba ni realizaba ninguna actividad que no fuera ocuparse de los rituales, los cuales le insumían gran parte del día e incluso lo obligaban a quedarse despierto hasta altas horas de la noche o hasta el día siguiente. En la indagación por actividades placenteras, refirió que le gustaba la pintura abstracta y que antes que los síntomas lo interrumpieran totalmente, pintaba con asiduidad, asistía a exposiciones y realizaba actividades relacionadas con el arte y el periodismo. Sus síntomas más salientes eran: Obsesiones de contaminación: El paciente expresaba preocupaciones por la contaminación y la suciedad. Los rituales que cancelaban la preocupación por la suciedad era el limpiarse y limpiar todo lo que tocaba con toallas húmedas descartables, de las que poseía una enorme provisión. Además intentaba evitar el tocar todo lo que podía ensuciarlo. Esto lo había llevado a interrumpir el contacto marital con su esposa y ni siquiera la besaba por miedo a la contaminación. En caso de no saber si el objeto a manipular había estado en contacto con la suciedad, el paciente asumía que: a) el objeto estaba sucio, b) la suciedad era de un grado de contaminación máximo, c) la suciedad era tremendamente peligrosa para su organismo y d) la única forma de evitar el daño era lavar de una forma extremadamente rigurosa el elemento contaminado o lavarse a sí mismo, en caso de contacto inevitable. Todo esto también lo llevaba a pensar que, en caso de contaminar a otros, él sería totalmente responsable de cualquier posible catástrofe que la contaminación pudiese causar. Obsesiones de duda: El paciente presentaba dudas obsesivas sobre cierto tipo de cuestiones relativas a la seguridad del hogar. Por ejemplo, le asaltaba el pensamiento sobre si había cerrado correctamente la llave de gas de las estufas, si las

ventanas estaban cerradas correctamente o si las cortinas estaban a una adecuada distancia de las estufas. Los rituales de neutralización que correspondían a estas obsesiones consistían en llevar a cabo una ronda de comprobación por toda la casa antes de acostarse, verificando ventanas, pestillos, llaves de paso, etc. La preocupación central era que algo le ocurriera a la casa o a su esposa, y que él fuera culpado de la desgracia por no haber sido suficientemente previsor. Rituales con la computadora: El paciente presentaba la necesidad de completar ciertos rituales al usar la computadora, específicamente al jugar un videojuego por Internet, el cual no podía dejar si no completaba la máxima puntuación. Esto podía llevarle fácilmente más de seis horas. Como el paciente comenzaba a jugar por la noche, podía ocurrir que se pasara noches enteras jugando una y otra vez hasta lograr el resultado buscado. En esta conducta existe superposición entre adicción a la Internet y el TOC, puesto que el paciente tenía que jugar de manera estereotipada y ritualista, ganando en cierto orden y debiendo recomenzar el partido al menor fallo.

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	CASO PRACTICO.pdf (D15809725)
Submitted:	2015-10-22 18:11:00
Submitted By:	vicente_092@hotmail.es
Significance:	9 %

Sources included in the report:

<https://centronagual.wordpress.com/2014/02/21/tecnicas-de-relajacion-para-reducir-la-ansiedad/>

Instances where selected sources appear:

3