



Sistematización de dos casos clínicos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Esp. Romina Leardi

Lic. Angela Patricia Yani Ariza

Especialista en Terapia Cognitiva

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Septiembre 2022

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Trastorno de personalidad	7
Criterios Diagnósticos DSM-V	10
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad, en base a Simon (2005) ..	11
Conceptualización de caso Ali	12
Conceptualización de caso María	15
Caso Ali	18
Descripción del caso	18
Tratamiento	18
Caso María	23
Descripción del caso	23
Tratamiento	24
Conclusión	28
Técnicas	30
Referencias	32

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo la descripción de la conceptualización de dos casos clínicos cuyo trastorno de base es el Trastorno Obsesivo Compulsivo, detallando el recorrido realizado en la Especialización en Terapia Cognitiva, con los errores, miedos, debilidades, fortalezas y técnicas aplicadas para los casos mencionados. Se utilizaron técnicas cognitivas y conductuales como flecha descendente, descubrimiento guiado, exposición graduada, autorregistros y entrenamiento asertivo. Durante la formación se adquirió mayor precisión en la utilización de las técnicas y en el diagnóstico. Aquí se podrá evidenciar como la formación tanto teórica como practica en los talleres de entrenamiento fomentaron las prácticas como terapeuta.

Palabras Claves: conceptualización de casos, técnicas cognitivas, trastorno obsesivo compulsivo, terapia cognitiva.

Introducción

Este trabajo pretende dar cuenta del recorrido en la Especialización en Terapia Cognitiva a través de la metodología elegida llamada sistematización de caso mediante la presentación de dos casos clínicos que tienen como base el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Según López Pell & Brasca (2013) la terapia cognitiva tiene un manejo metodológico del caso, una estructura definida muy rigurosa, además de ser directiva y limitada en el tiempo. Para lograr esto, es de gran utilidad el manejo de herramientas en donde se busca la recolección y organización de información acerca de la problemática que presenta el paciente, incluyendo información actual y previa al desarrollo del problema, esto se realiza mediante la formulación o conceptualización de caso la cual es adecuada para la estructuración de información y el posterior plan de tratamiento.

Para lograr formular un caso se debe poder activar e identificar pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares. Beck, 1970, como se citó en Ruiz et al., 2012, denomina "*pensamientos automáticos* a los productos cognitivos, los cuales son pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias. Los contenidos de los pensamientos automáticos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia. Las *creencias nucleares* son concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Las *creencias intermedias* son actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: *Si...entonces*". También se debe reconocer e inducir en el paciente la expresión emocional y activación conductual, realizar un uso adecuado del tiempo y establecimiento de tareas, identificar precipitantes y situaciones activadoras y establecer una hipótesis acerca de cómo el paciente desarrolló su trastorno, que sirva como base para desarrollar un plan de tratamiento que se adecue al caso particular para presentar al paciente y proseguir luego de su consentimiento.

Para Nezu et al., 2006, como se citó en López Pell et al., 2013, la formulación del caso es la descripción detallada de síntomas ambientales e intrapersonales, que faculta la comprensión del modo en que coexisten estos y, a su vez, provee una explicación del por qué persisten a través del tiempo. Este proceso permite al terapeuta identificar, a partir de la historia del paciente, los factores de adquisición y mantenimiento de los síntomas reportados, y luego plantear objetivos y metas para la intervención.

El objetivo es poder explicitar la práctica clínica realizada durante la carrera de Especialización con el propósito de analizar las intervenciones realizadas en los casos y poder dar cuenta de las fallas para así mejorar en las mismas. Para esto se detalla el recorrido desde el ingreso hasta la finalización de la Especialización en Terapia Cognitiva haciendo énfasis en la observación y seguimiento de dos casos clínicos analizados durante las practicas.

El inicio a la vida profesional se dio al mismo tiempo que comencé la Especialización, para esto tuve en cuenta el significado del modelo cognitivo y sus conceptos básicos. Rush et al., 1977, como se citó en Caro Gabalda, 2007, entiende a la terapia cognitiva como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos. Ruiz y cols. (2007) manifiestan que para este modelo se utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrarrestar sus pensamientos disfuncionales. Este concepto estuvo presente durante toda la práctica clínica, viéndolo como una limitación para el cambio cognitivo en los pacientes por su necesidad de expresar sus problemas y no permitiendo la organización de la sesión y el discurso.

Frente a estos inconvenientes tuve en cuenta lo que Frank (1961), como se citó en Fernández Álvarez 2011, el cual planteo que todos los terapeutas sin importar su enfoque teórico, deben tener presente algunas características para lograr un resultado positivo, a estas características las llamo factores comunes. Expuso que los terapeutas deben: a) destacar la importancia de la relación terapéutica y proveer idea para fortalecerla, b) brindar esperanza y ayudar a sostener las expectativas del paciente, c) psicoeducar al paciente sobre sus problemas y como tratar con ellos, d) facilitar los procesos activación emocional, e) lograr en el paciente el efecto terapéutico de dominio, auto-control dándole nombre a la propia experiencia, f) animar al paciente a poner en práctica en su vida cotidiana los logros obtenidos en sesión.

Como profesional me propuse lograr la reestructuración cognitiva en los pacientes y generar una buena alianza terapéutica para así concebir adherencia al tratamiento, para esto tuve en cuenta la estructura de la primera sesión que menciona Ruiz et al., 2007, donde plantea que hay que recoger información relevante

sobre la problemática del cliente, establecer un buen rapport, explicar brevemente los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva, esbozar el tratamiento y generar expectativas de cambio. Una vez logrado cierto vínculo positivo con el paciente me enfoqué en la reestructuración cognitiva que según Beck y Weishaar, 1989, como se citó en Caro Gabalda, 2007, la terapia cognitiva está en corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas y emociones. Menciona Obst Camerini (2008) que hay algunos recursos para modificar los pensamientos o creencias, entre esos está el *análisis y discusión de la validez*, esto implica poder analizar la problemática que el paciente plantea mediante algunas preguntas que el paciente puede hacerse así mismo como ¿Qué pruebas tengo de que sea verdad este pensamiento?, ¿Qué es lo peor o mejor que me podría pasar?, etc. Otro recurso es enseñarle al paciente a *identificar las distorsiones cognitivas*, luego, poder *usar otros recursos* como las tareas de autoayuda, el registro de actividades diarias, técnicas de relajación, etc. Por último, los *recursos emotivos, de imaginación y psicodramáticos*, el cual implica usar la imaginación para recrear una escena o situación perturbadora y emplear pensamientos alternativos de solución.

Luego de tener en cuenta lo antes mencionado, al iniciar y tomar contacto con las distintas técnicas cognitivas y conductuales, empecé a encontrarme con dificultades en la aplicación de las mismas, si bien tenía conocimiento del proceso teórico y su forma de ejecución, al momento de implementarlas me costó lograr aumentar las emociones del paciente para una buena intervención.

Una de las técnicas en las que sentí mucho obstáculo en la aplicación fue flecha descendente y descubrimiento guiado, sentía que no lograba realizar las preguntas pertinentes para llegar a identificar las creencias que tenían los pacientes, sin embargo, con la supervisión del docente en los talleres de entrenamiento de la Especialización y su guía frente a mis limitaciones, logré tocar las emociones de los pacientes, una de las indicaciones que me fueron dadas era el tipo de pregunta que debía realizar, el docente me indicó empezar por las emociones que sentían estos pacientes y a partir de ahí pude expandirme y profundizar en sus problemas y pensamientos, siendo más fácil la aplicación de estas técnicas. Luego de varios ensayos, con la supervisión e indicaciones del docente pude adquirir mayor precisión en la conceptualización de casos y tener más certeza

en las hipótesis planteadas y en los diagnósticos establecidos, pudiéndose observar fortalecida las competencias adquiridas durante el recorrido por la Especialización.

Trastorno de personalidad

Según el DSM-V (2014) los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Según Beck et al (2005), Los rasgos de la personalidad pueden conceptualizarse como expresiones abiertas de los esquemas. Tan sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad.

Un Trastorno de Personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro (DSM-V, 2014).

Beck et al (2005), presentan una teoría de los trastornos de la personalidad basada en la hipótesis de que los prototipos de nuestras pautas de personalidad pueden derivarse de la herencia filogenética. Plantea el autor que, ante una situación específica, se da lo llamado el *procesamiento de la información*, que incluye los procesos afectivos, este procesamiento precede a la puesta en práctica de estrategias, es decir, primero se evalúa la situación, para que en base a esto se desencadene una estrategia adaptativa o inadaptada. Por lo tanto, explica el autor que la manera de evaluar una situación depende en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Esas creencias están insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas *esquemas*, que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan, por lo tanto, la secuencia psicológica pasa de la evaluación a la activación afectiva y motivacional, y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. En resumen, los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales dependen de los esquemas, los cuales son unidades fundamentales de la personalidad. Beck et al (2005), plantea entonces que los rasgos de personalidad son expresiones provenientes de los esquemas, al darle un significado a cierto acontecimiento se produce una estrategia la cual es desarrollada a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales. En los trastornos de personalidad, estas estrategias se presentan hiperdesarrolladas, en detrimento de otras, que están infradesarrolladas.

Los autores plantean que las creencias disfuncionales típicas y las estrategias mal adaptadas que se expresan en trastornos de la personalidad hacen a los

individuos sensibles a experiencias vitales que inciden en su vulnerabilidad cognitiva.

La teoría de la personalidad de Beck (2005), postula que esas creencias disfuncionales se originan en la interacción de la predisposición genética del individuo con su exposición a influencias indeseables de otras personas y a hechos traumáticos específicos. En los individuos con trastornos de la personalidad las creencias nucleares están altamente pronunciadas. Estas personas presentan las mismas conductas repetitivas en muchas más situaciones que los demás. Entonces, los esquemas inadaptados típicos de los trastornos de personalidad son causados por muchas o casi todas las situaciones, teniendo un carácter compulsivo y siendo menos fáciles de controlar o modificar que sus equivalentes en otras personas. Beck et al (2005) caracterizan a los esquemas de los trastornos de personalidad como proporcionados de generalización excesiva, inflexibilidad y resistencia al cambio. Plantean los autores que los esquemas pueden activarse o no en determinada situación, el nivel de activación oscila entre los extremos de latente e hipervalente. Cuando son latentes, no participan en el procesamiento de la información. En los trastornos de personalidad los esquemas son hipervalentes, porque al activarse uno de ellos se inhibe el resto. Los autores plantean que cuando las personas desarrollan un trastorno del Eje I o II, tienden a procesar la información de forma selectiva y de manera disfuncional y el modo como un individuo utiliza los datos sobre sí mismo y los demás es mediado por la organización de su personalidad; y, cuando hay un trastorno de algún tipo (i.e., Eje I o II) el procesamiento de esos datos es disfuncional y desordenado. La distorsión de la interpretación y la conducta consecuente es conformada por las creencias y actitudes disfuncionales de los pacientes.

Por otra parte, Millon (2002) plantea que entre la 'normalidad' y la 'patología' no hay una línea divisoria, por el contrario, la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo. La diferencia fundamental es que las personalidades 'normales' son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos o patológicas muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas. Por lo tanto, se entiende por personalidad normal aquel estilo en donde la adaptación se da de manera eficaz en entornos normales. En cambio, los Trastornos de Personalidad son estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse

a conflictos en la capacidad para vincularse con el entorno habitual. A su vez, estos trastornos de personalidad presentan ciertos criterios que los caracterizan: (a) poca flexibilidad adaptativa, implica utilizar estrategias rígidas e inflexibles en la relación con sí mismo y con el ambiente; (b) predisposición a crear círculos viciosos, fruto de las estrategias rígidas e inflexibles, ocasionando persistencia e intensificación en el malestar de la persona; y (c) labilidad, que se manifiesta en la fragilidad y ausencia de adaptabilidad de la persona ante situaciones que provocan estrés.

En el DSM-V (2014), los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes de sus características.

El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos.

El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este grupo se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.

El grupo C agrupa los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.

Se hará referencia a la descripción del Trastorno Obsesivo compulsivo debido a que los casos trabajados comparten dicho trastorno. El DSM-V (2014), plantea que la característica esencial del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Criterios Diagnósticos DSM-V

DSM-V 301.4 (F60.5). La persona con este trastorno puede manifestar cuatro o más de los hechos siguientes:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad, en base a Simon (2005)

PERFIL COGNITIVO		
Concepción de sí mismo	Responsable, Rinde cuentas, Fastidioso, Competente	
Concepción de los demás	Irresponsables, Excesivamente despreocupados, Incompetentes, Autocomplacientes	
Principales Creencias	Nucleares	"Puedo verme abrumado" "Soy básicamente desorganizado o estoy desorientado" "Para sobrevivir necesito orden, sistema y reglas" "Los errores son intolerables"
	Condicionales	"Si no soy sistemático todo se derrumbará" "Cualquier fallo o defecto por mi parte hará que me derrumbe" "Si yo u otro no nos esforzamos al máximo, fracasaremos" "Si fallo en esto soy un fracasado como persona" "Si uno comete un error, se merece ser criticado"
	Instrumentales o de Autoinstrucción	"Debo ser yo quien controla" "Debo ser cuidadoso y meticuloso" "Prácticamente todo tengo que hacerlo a la perfección" "Debo percatarme de los errores inmediatamente para estar a tiempo de corregirlos" "Sé qué es lo mejor" "Tienen que hacerlo a mi manera" "Los detalles son esenciales" "La gente deberá trabajar mejor y esforzarse más" "Continuamente tengo que empujarme a mí mismo – y empujar a otros" "Hay que criticar a la gente para evitar errores futuros"
Características Cognitivas	Pensamiento dicotómico: Cualquier desviación de lo que está bien, está automáticamente mal Pensamiento mágico: Uno puede prevenir los desastres/errores preocupándose por ellos. Si el perfecto curso de la acción no está claro, es mejor no hacer nada.	
Estrategias sobredesarrolladas	Aplicar las reglas Perfeccionismo Evaluar y medir el comportamiento de los demás y el suyo propio. Ejercer el máximo control sobre su propia conducta y la de los otros involucrados. 'Deberes', Criticar, Castigar.	
CURSO DE TRATAMIENTO		
	Objetivos	Técnicas
Establecer una relación terapéutica	Tener en cuenta la rigidez, la incomodidad de las emociones para establecer el rapport	Encarar una terapia de tipo más práctico y centrada en el problema. Evitar establecer demasiado pronto una relación emocional intensa.
Estructurar las sesiones de terapia	Identificar las áreas – problemas que se van a abordar	Establecer una agenda con prioridades y utilizar técnica de resolución de problemas para trabajar con problemas específicos hasta alcanzar un nivel aceptable.
	Establecer metas definibles y concretas a trabajar	Técnica de "Programa de actividad semanal": para que el paciente proyecte hora por hora las actividades de la semana ayudándolo a estructurar su vida, siendo más productivo con menor esfuerzo.
Identificar y modificar las creencias disfuncionales subyacentes	Presentar y explicar el modelo cognitivo al paciente	Ejemplificar el modelo estando alerta a cualquier cambio afectivo que se produzca en la sesión e indagando en el paciente sus pensamientos. Evocación de imágenes: en las que se experimentan diversas emociones para conectarlas con los pensamientos que probablemente las producen.
	Identificar las dificultades que pueden surgir en la realización de tareas relacionadas con la indecisión y la posposición.	Registro de pensamientos automáticos para relacionar cada dificultad que tiene en realizar una tarea con los problemas generales de la indecisión y la posposición. Experimentos conductuales para poner a prueba esas creencias y reemplazarlas por otras creencias más funcionales
Trabajar sobre la ansiedad y los síntomas físicos para disminuirlos	Identificar el síntoma y la o las situaciones en que aparece	Utilizar técnicas de relajación y meditación para aliviar el estrés y la tensión muscular.
	Asociar los síntomas y situaciones con los pensamientos automáticos que los provocan	Lista de ventajas y desventajas: con respecto al uso de las técnicas y también a tener una determinada conducta o creencia, para evaluar la disfuncionalidad de las mismas y reemplazarlas por nuevas creencias más adaptativas
	Ayudar al paciente a controlar su preocupación y rumiación crónicas	Técnicas de distracción o detención del pensamiento: para reorientar sus procesos mentales.
Abordar las distorsiones cognitivas para modificarlas	Contrarrestar el pensamiento dicotómico y el perfeccionismo	Encargar al paciente la realización de tareas graduales a partir de la fragmentación de una meta en pasos definibles específicos. Observación semanal entre sesiones mediante un registro de pensamientos disfuncionales para que vea con claridad que gran parte de su ansiedad y el hecho de posponer la tarea se deben a su perfeccionismo

Conceptualización de caso Ali

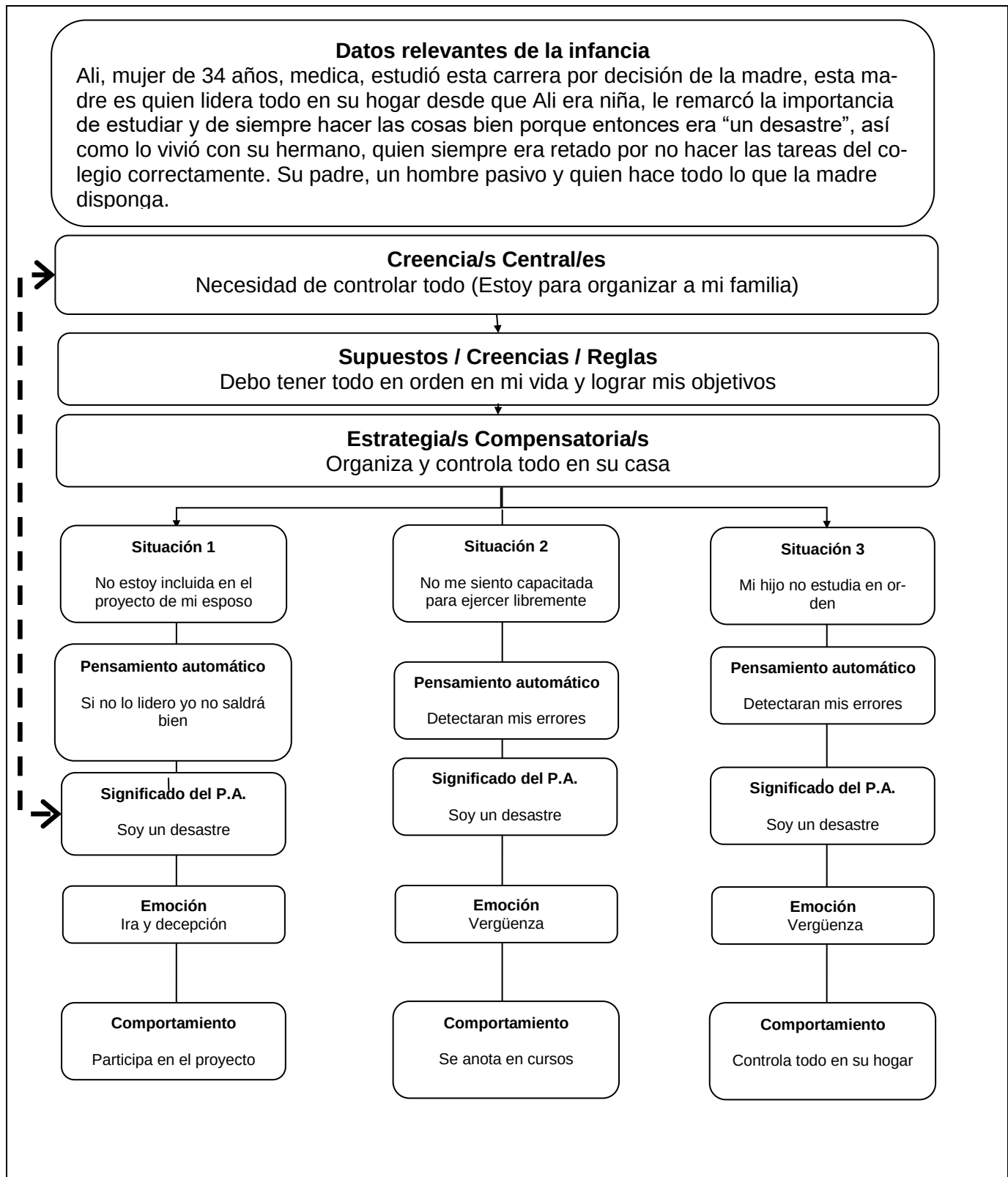


Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).

Nombre y otros datos identificatorios:

Ali es una mujer de 34 años, medica, creció en una familia donde la madre le exigió mucho respecto al estudio, le remarcó la importancia que es tener una carrera universitaria y los logros que puede obtener si es organizada y dedicada. Su madre alcanzó estudios universitarios, pero no estudió lo que deseaba (enfermería) a raíz del nacimiento de Ali, por tal motivo estudió contaduría ya que enfermería le tomaba mucho tiempo del cual no disponía por estar Ali recién nacida. Esta madre es quien dispone de la carrera para Ali, es ella quien la inscribe en la universidad en la facultad de medicina, sabiendo que Ali deseaba estudiar ingeniería bioquímica. Esta madre es dominante en su hogar, ella es quien controla todo en su casa, era quien decidía sobre las comidas en casa, a que escuela iban los hijos, la que pagaba todo. El padre es una persona más pasiva, hace todo lo que la madre le imponga, no participa económicamente en el hogar y no estaba muy presente en la infancia de Ali por su tipo de trabajo. Ali es sumamente organizada y perfeccionista, a tal punto que planificó en que años iba a tener a sus hijos, ésta organización sobre la vida familiar es el ejemplo que le dio su madre, donde manifiesta que debe tener un auto, una casa y una especialidad, tanto así que es la madre quien le costea todos los cursos y especialidades que Ali realiza. En su hogar es ella quien controla todas las situaciones, dispone del dinero del esposo para pagar las cuentas, le dice al esposo que ropa ponerse, es quien decide como decorar el hogar, a que colegio van los hijos, le dice a la empleada doméstica que hacer para el desayuno, almuerzo y cena, es quien hace las compras, es la que da los permisos y la que impone los castigos en casa, es ella quien asigna las reglas del hogar. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden y la organización ya que siente que si ella no lo hace no saldrá nada bien.

A) Lista de problemas

1. Soy muy cuadriculada en mis cosas
2. Soy controladora
3. Miedo a que vean mis errores
4. Falta de seguridad
5. Me exijo demasiado

B) Diagnóstico

Eje II: Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F60.5)

C) Hipótesis de trabajo

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

- a. Cuando el esposo expresa las ideas que tiene del proyecto personal ella piensa que tiene que dejar todo lo que logró a ese momento, el pensamiento automático es "no logro la estabilidad que me había propuesto", y la hace sentirse como una fracasada, generándole mucha ira que sus objetivos se dieron vuelta y la conducta es de participar atrevidamente del proyecto.
- b. Cuando se va a casa luego de terminar las consultas tiene pensamientos de "van a detectar algún error", esto la hace sentir que no está completamente capacitada, generándole vergüenza y la conducta es leer sobre el tema que acaba de atender.
- c. En su cuenta de instagram profesional dejó de hacer publicaciones, ya que pensaba que lo estaba haciendo mal y que "detectarían sus errores", esto la hace sentir que es un desastre y le genera vergüenza con los otros profesionales, la conducta que tomó fue dejar la cuenta pausada y no hacer más publicaciones.

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias): Debo tener todo en orden en mi vida

C2) Creencias nucleares con respecto a:

- a) **sí mismo:** No sirvo
- b) **los otros:** Son críticos
- c) **la vida:** la vida es cruel
- d) **el futuro:** debo controlar

C3) Orígenes de estas creencias:

Sus creencias fueron generadas desde la infancia por las conductas y verbalizaciones de su

madre. La madre le infundió la idea de que hay que ser perfectos en todo y lograr los objetivos propuestos, además Ali observó cómo su hermano era maltratado por sus errores, lo cual le incrementó la idea de la perfección.

C4) Precipitantes

Por herencia (familiar de primer grado, la madre), por situaciones estresantes (dificultades en lo laboral), por su personalidad (esquemas mentales negativos, baja autoestima y tendencia a la perfección y control)

C5) Situaciones activadoras:

Lo que activa en la paciente sus distorsiones cognitivas, emociones y conductas ligadas a estos pensamientos son las actitudes de la madre, como también las situaciones estresantes por los problemas de trabajo que surgen y las situaciones del hogar que no puede controlar.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo:

Favorecer en la reestructuración cognitiva, brindándole las herramientas adecuadas para identificar y manejar sus distorsiones cognitivas, su perfeccionismo y los altos estándares de rendimiento que se autoimpone y que le causan una disfunción significativa y angustia provocándole malestar en su vida diaria y así permitirle realizar actividades de la vida cotidiana con total seguridad y sin inconveniente alguno; además poder prevenir recaídas.

D) Fortalezas y ventajas del paciente:

Se pudo observar que la paciente presenta un buen nivel intelectual y razonamiento, pero no tiene un buen manejo de las situaciones que la angustian, las cuales las pudo apreciar en las sesiones y ser consciente que las mismas no la dejan progresar en su vida cotidiana para lograr ciertas metas u objetivos.

E) Plan de Tratamiento

E1. Objetivos y cómo se los medirá:

- a. Superar los miedos
- b. Incrementar la autoconfianza
- c. Intervenir en el perfeccionismo
- d. Aprender a delegar y sentirse tranquila

Los objetivos serán medidos con metas a corto plazo y de fácil realización mediante las diferentes técnicas a implementar para lograr un cambio en la cognición y la conducta y a su vez se vean reflejadas en las emociones. Para superar los miedos respecto a los errores que puede cometer se le pedirá que asista de manera regular a quirófano y poder observar y participar de las intervenciones que allí se realizan. Para incrementar la autoconfianza, la cual se ve reflejada en la actitud que tomó con su instagram profesional, se le indicará que ante cada publicación pueda colocar el autor de dicho contenido para que así no sienta que la evaluarán. Respecto al perfeccionismo sobre los “debería o tendría” que tiene como creencias se le pedirá que se plantee objetivos a corto plazo, realistas y de fácil acceso, los cuales se observaran semanalmente.

E2. Formato y frecuencia: sesiones individuales con una frecuencia de una vez por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán: reestructuración cognitiva, técnicas cognitivas, técnicas conductuales.

- a. Técnicas cognitivas: autorregistro y descubrimiento guiado
- b. Técnicas conductuales: técnica de afrontamiento (entrenamiento asertivo y exposición graduada).
- c. Técnica para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos: (detectar los debería y tendría & flecha descendente)

E4. Otros tratamientos que hacen falta: tratamiento individual.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia:

Pude observar que su capacidad de raciocinio y la creencia que tiene sobre “*debo mantener todo en orden*” y “*lo que los demás profesionales pueden pensar de ella*” la pone de manifiesto en las sesiones no permitiéndole en algunas ocasiones expresarse libremente sobre lo que realmente sucede.

Conceptualización de caso María

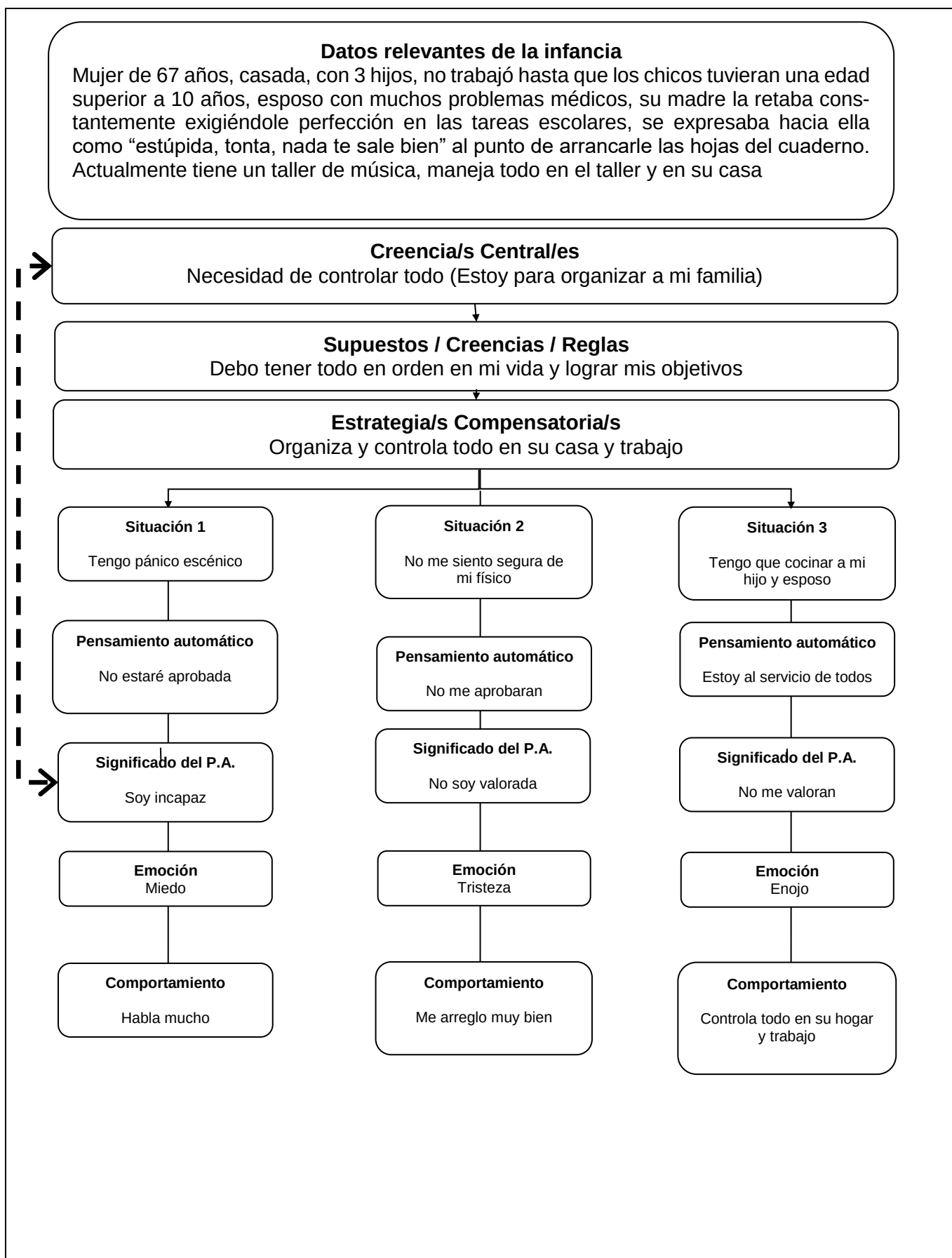


Diagrama de conceptualización cognitiva, Beck (2000, p.177)

Diagrama de formulación inicial de caso y plan de tratamiento de Persons (2008).

Nombre y otros datos identificatorios:

María, mujer de 67 años, casada, con 3 hijos, se dedicó a cuidar de ellos hasta que ellos tuvieran una edad superior a 10 años, uno de sus hijos está diagnosticado con síndrome de asperger, durante muchos años estuvo en constantes terapias y controlando toda la situación familiar, su esposo se encuentra hace varios años con muchos problemas médicos y es ella quien se ha encargado del cuidado de él. Tuvo una madre que la retaba constantemente exigiéndole perfección en las tareas escolares, se expresaba hacia ella como “estúpida, tonta, nada te sale bien” al punto de arrancarle las hojas del cuaderno para que repitiera la tarea. En su hogar y trabajo se esmera por hacer todo bien, respecto a su casa organiza todo, la ropa por colores, la comida fraccionada en el freezer y la decoración la cambia constantemente. Su esposo necesita cuidados y medicación, es ella quien le hace las recetas, organiza los medicamentos, lo lleva a todas partes y le controla el dinero.

La paciente trabajó muchos años como docente hasta jubilarse, actualmente tiene un taller de música en donde sigue controlando todo como el dinero, el cupo de los estudiantes y los horarios de atención del lugar. Su compañero en el taller es un chico de 30 años, discapacitado (no vidente), tienen una relación amorosa hace 2 años, manifiesta que la hace sentir bien, amada, querida y sostenida, sentimientos que nunca tuvo en su matrimonio. No está separada, vive con su esposo y tiene esta relación extramatrimonial. En su casa y en el taller es ella quien realiza la compra del supermercado, cocina para todos, lleva a su novio a los médicos y otros trámites. Se encarga de las dos casas en todo sentido, esto le está generando malestares físicos, en la piel.

A) Lista de problemas

1. Tengo pánico escénico
2. Tengo muchas inseguridades
3. Hablo mucho
4. Me abruma la falta de memoria y concentración
5. Tengo poco tiempo y ganas para los ensayos

B) Diagnóstico

Eje II: Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (F60.5)

Eje III: Diabetes tipo 2

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (Z63.8)

C) Hipótesis de trabajo

Al menos tres situaciones problemáticas típicas, con sus pensamientos automáticos, emociones, conductas y significado que les da (Beck).

- d. El hijo no colabora en casa, le toca estar detrás de él para que se bañe y limpie la habitación, el pensamiento automático es “estoy al servicio de todos” haciéndola sentir poco valorada, generándole enojo, su conducta es limpiarle la habitación al hijo.
- e. Su esposo no puede armar los medicamentos que consume a diario, su pensamiento es “si no estoy no funciona nada”, haciéndola sentir que nadie la considera, generándole enojo, su conducta es organizarle los medicamentos y recetas a su esposo.
- f. Frente a un evento en donde tiene que exponerse en el escenario se siente fea físicamente, su pensamiento es “no estaré aprobada”, haciéndola sentir fracasada, incapaz, esto le genera tristeza, la conducta para manejar esto es arreglarse muy bien (maquillaje, peinado y ropa)

C1) Creencias Intermedias (supuestos y estrategias): Debo hacer todo bien

C2) Creencias nucleares con respecto a:

- a) **sí mismo:** Soy necesaria
- b) **los otros:** Son críticos
- c) **el futuro:** debo controlar

C3) Orígenes de estas creencias:

Sus creencias fueron generadas desde la infancia por las conductas y verbalizaciones de su madre. La madre le infundió la idea de que hay que ser perfectos en todo y lograr los objetivos propuestos.

C4) Precipitantes

Por herencia (familiar de primer grado, la madre), por su personalidad (esquemas mentales negativos y tendencia a la perfección y control)

C5) Situaciones activadoras:

Lo que activa en la paciente sus distorsiones cognitivas, emociones y conductas ligadas a estos pensamientos son las actitudes de la madre, como también las situaciones estresantes por los problemas familiares que surgen.

C6) Resumen de la Hipótesis de Trabajo:

Favorecer en la reestructuración cognitiva, brindándole las herramientas adecuadas para identificar y manejar sus distorsiones cognitivas, su perfeccionismo y los altos estándares de rendimiento que se autoimpone y que le causan una disfunción significativa y angustia provocándole malestar en su vida diaria y así permitirle realizar actividades de la vida cotidiana con total seguridad y sin inconveniente alguno; además poder prevenir recaídas.

D) Fortalezas y ventajas del paciente:

Se pudo observar que la paciente presenta un buen nivel intelectual y razonamiento, pero no tiene un buen manejo de las situaciones que la angustian, las cuales las pudo apreciar en las sesiones y ser consciente que las mismas no la dejan sentirse tranquila.

E) Plan de Tratamiento

E1. Objetivos y cómo se los medirá:

- e. Trabajar memoria y atención
- f. Incrementar la autoconfianza
- g. Intervenir en el perfeccionismo
- h. Aprender a delegar y sentirse tranquila

Los objetivos serán medidos con metas a corto plazo y de fácil realización mediante las diferentes técnicas a implementar para lograr un cambio en la cognición y la conducta y a su vez se vean reflejadas en las emociones. Para incrementar la autoconfianza, la cual se ve reflejada en el escenario, se le indicará que ante cada evento se arregle de tal manera que ella se sienta bien consigo misma y que trate de no mirar al público, ya que son estas miradas la que la hacen sentir evaluada y no aprobada. Respecto al perfeccionismo sobre los “debería o tendría” que tiene como creencias se le pedirá que se plantee objetivos a corto plazo, realistas y de fácil acceso, los cuales se observaran semanalmente.

E2. Formato y frecuencia: sesiones individuales con una frecuencia de una vez por semana.

E3. Intervenciones que se utilizarán: reestructuración cognitiva, técnicas cognitivas, técnicas conductuales.

- d. Técnicas cognitivas: autorregistro y descubrimiento guiado
- e. Técnicas conductuales: técnica de afrontamiento (entrenamiento asertivo).
- f. Técnica para identificar y modificar esquemas cognitivos y supuestos: (detectar los debería y tendría & flecha descendente)

E4. Otros tratamientos que hacen falta: tratamiento individual.

E5. Obstáculos que se anticipan en el curso de la terapia:

Pude observar que su capacidad de raciocinio y la creencia que tiene sobre “*debo mantener todo en orden*” “*tengo que controlar todo para que salga bien*” lo pone de manifiesto en las sesiones no permitiéndole en algunas ocasiones expresarse libremente sobre lo que realmente sucede, ni realizar las actividades planteadas.

Caso Ali

Descripción del caso

Paciente de 34 años, casada hace 10 años, con 2 hijos, uno de 5 años y otro de 3 años, es médica y consulta por un ataque de ansiedad en el año 2021, dicho ataque le había dado hace un par de días. Se la observa muy angustiada, no paraba de llorar, hasta que logró calmarse y poder expresar lo que le sucedía. Su patología de base es el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo comórbido con un trastorno de ansiedad. Es una paciente que le costaba mucho poder respetar los días y horarios de su sesión justificándose con ocupaciones del hogar, al principio era puntual con su asistencia, pero cuando empezamos a tocar temas incómodos para ella empezó la impuntualidad, si bien hubo una alianza terapéutica positiva, ya que había empatía, se trabajaba sobre objetivos específicos y había responsabilidad en las tareas asignadas, su trastorno no le permitía poder cumplir con las sesiones ya que le costaba mucho expresar sus problemas por la necesidad de control que tenía y la creencia de que los demás la podían criticar y observar sus errores. Observé que le costaba mucho hablar de sus problemas a profundidad, mi intervención ahí fue muy precisa, me enfoqué en sus emociones y así pudo desplegar toda su historia y lo que realmente pensaba y sentía, ya que antes de que esto sucediera ella sentía vergüenza y culpa de sus sentimientos y pensamientos. Una vez que se sintió no señalada, no juzgada y no observada por mí, pude apreciar que la paciente empezó a mostrar mejorías, comenzando con la puntualidad en las sesiones, mucho más motivada con las tareas indicadas y los logros obtenidos y con más seguridad en sí misma.

Tratamiento

Al iniciar el tratamiento mi primera intervención fue bajar la sintomatología ansiosa en la que se encontraba (crisis de llanto, taquicardia, dificultad para respirar), utilice una técnica conductual para poder estabilizar a la paciente y así poder utilizar técnicas cognitivas, ya que frente al ataque de ansiedad que estaba cursando era muy difícil la aplicación de las técnicas cognitivas. Una vez calmada pudo manifestar que sentía mucha presión interna de no haber logrado lo que había planeado hasta ese momento. La paciente realizó una especialización en argentina, en dicho país vivió muchos años y un día toman la decisión de irse a

su país de origen en donde pensó que todo sería diferente. Planificó su vida laboral y profesional antes de llegar a ese país y cuando se encuentra viviendo allí se da cuenta que su plan no estaba saliendo como ella lo deseaba y había programado, esto ocasiono en ella un desborde, produciéndole inicialmente un ataque de ansiedad seguido de distorsiones cognitivas. Como tarea inter-sesión le indique realizar un listado de sus problemas para poder plantear objetivos de trabajo. Las tareas inter-sesión son un concepto introducido por la terapia racional emotiva conductual (TREC, 1994) en donde su propósito principal es ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica a través de ejercicios para realizar en casa, la TREC denomino este concepto como “tareas para casa”. Entre sus metas específicas está cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta adaptativa, reducir pensamientos irracionales y reemplazarlos por ideas más racionales y eficaces, evaluar el grado de comprensión por parte del paciente de los principios básicos de la terapia y generar un aprendizaje facilitando la interpretación y afrontamiento de las situaciones para emitir respuestas emotivas y conductuales funcionales. Las tareas se asignan al final de cada sesión y se revisan durante los primeros minutos de la siguiente sesión (Lega et al., 1997). Por otra parte, realice psicoeducación sobre el modelo terapéutico para facilitar la adherencia al tratamiento y planteamos objetivos de trabajo juntas. A pesar de las limitaciones que presentaba la paciente en cuanto a su visión de las situaciones pudo realizar el tratamiento con buena predisposición al cambio.

La paciente al iniciar el tratamiento se encontraba en su país de origen, sin trabajo y al cuidado de sus hijos, cursando la pandemia Covid-19, con muchos temores propios del coronavirus, adicional manifestaba muchas frustraciones por no lograr lo que ella planeo y lo que siempre deseo, le costaba organizar sus tiempos entre sus hijos y la búsqueda laboral. Para no sentirse inútil como ella lo manifestó, empezó a realizar cursos y abrió una cuenta en instagram referente a su especialidad, iniciando en el mundo de las redes sociales para poder captar pacientes y lograr un ingreso económico ya que se sentía muy incómoda que su esposo fuera el que aportara todo en casa, además de sentirse fracasada de no estar ejerciendo lo que estudio y de no haber logrado lo que había planificado antes del viaje. Para este momento revisamos la lista de problemas que había escrito y planteamos el objetivo de trabajo guiándola en la organización de las

sesiones. Ella manifestó que se sentía abrumada por la cantidad de tiempo que estaba con los hijos, esto no le permitía cumplir con las tareas personales que tenía, tales como la realización de los cursos en los que estaba inscripta y tener un buen manejo de su cuenta de instagram profesional. La indicación dada frente a esta situación que la abrumaba demasiado fue que se organizara con su empleada y sus hijos con horarios establecidos, ella se dedicaría a sus hijos hasta el mediodía y luego de esa hora ella trabajaría desde su habitación simulando las veces de oficina para optimizar su atención y concentración logrando organizarse en cada tarea que tenía. En la sesión siguiente manifestó alegría porque logró un equilibrio respecto al tiempo.

Siguiendo el objetivo de trabajo y de acuerdo a los problemas manifestados se tomó como primer ítem de trabajo la auto exigencia, ella manifestó que no había podido conseguir un trabajo, que su plan había fallado y eso la hacía sentir fracasada, para esto inició con la cuenta de instagram, en donde sentía muchos temores de que otros profesionales en las redes observaran algún error por parte de ella y de lo que publicaba, a tal punto que dejó de hacer publicaciones, le indique que podría colocar el autor del tema al que ella hacía referencia para sentir más seguridad y como tarea inter-sesión le indique el registro diario de pensamientos automáticos. Para la siguiente sesión revisamos la tarea que se le indicó en la sesión anterior, aprecie que pudo cumplir con ella y observe que se sintió más tranquila tanto con la cuenta de instagram como con el hecho de poner en papel sus pensamientos. El registro de pensamientos lo siguió realizando por más semanas, poniendo a la vista situaciones que en algún punto no había contemplado, desplegándose del motivo de consulta otros objetivos terapéuticos como la inseguridad, la autoestima y la necesidad de control. Un día manifestó que logró conseguir una entrevista de trabajo, con este acontecimiento sintió que su vida empezaba a tener orden, una vez conseguido el trabajo empezó con la atención en consultorio, si bien estaba capacitada para realizar operaciones, ella no sentía la seguridad suficiente para enfrentarse sola a esto, implemente la técnica de exposición de manera gradual, le indique que inicialmente debía ingresar a quirófano con otro profesional en el que ella confiara y simplemente observar todo el proceso, esto la hizo sentir fracasada porque sentía que era un empezar de cero después de haber logrado tanto en Argentina. Por varias semanas ingresó a quirófano a observar, luego su ingreso era más participativo

generándole más seguridad de aquello que sabía. Sus miedos también se veían reflejados en la atención que brindaba en el consultorio ya que cuando se iba a casa luego de terminar las consultas tenía pensamientos como “van a detectar algún error”, esto la hacía sentir que no está completamente capacitada, generándole vergüenza y la conducta que tomaba frente a esto era leer sobre el tema que acaba de atender. Empecé a implementar la técnica flecha descendente para poder observar sus creencias y deberías, poniéndose de manifiesto su necesidad de control, el autoconcepto sobre ser un desastre, no ser útil, el miedo a equivocarse y la sensación de que otros la observan y critican. Otra de las situaciones que manifestó fue que no había logrado que su hijo estudiara en orden, era muy inquieto y presentaba poca atención, ella expuso que sus hijos tenían una crianza respetuosa, esto incluía no retarlos fuertemente y pretendía que los niños le hicieran caso con facilidad, no estaba teniendo en cuenta la personalidad de cada niño, ella quería un modelo de hijos desde el embarazo, les controlaba la comida, toda la alimentación era completamente sana, controlaba los juegos, los tiempos de ocio, etc. Frente a esta situación problemática seguí utilizando la técnica flecha descendente y sus pensamientos automáticos eran que los demás detectarían sus errores como madre, sintiéndose un desastre y generándole vergüenza, su conducta frente a esto era controlar todo en su casa.

Implemente la técnica de descubrimiento guiado para identificar y posteriormente modificar pensamientos automáticos que la llevaban a tener distorsiones cognitivas, para esto utilice una de las situaciones que había resaltado y que la hacía sentir incomoda, dicha situación era el proyecto de trabajo que tenía su esposo con un amigo, sentía que si ella no llevaba el control de esto no saldría bien, se disgustaba mucho cuando él no la hacía participe de las reuniones, para esto ella empezó a entrometerse en el proyecto, opinando aun cuando no le habían preguntado, pero era la manera de ella cerciorarse de que todo saldría bien porque sentía que su esposo no era tan calculador y organizado como ella. Observe que una vez implementada la técnica la paciente pudo re-evaluar sus puntos de vista.

En su hogar ella controlaba lo que se iba a comer, a que colegio irían los chicos, la ropa que su esposo se colocaba, administraba el dinero del esposo para pagar las cuentas de la casa manejando una cuenta bancaria única para los dos.

Trabaje mucho con objetivos a corto plazo y de fácil acceso, ya que las metas a largo plazo le generaban mucha ansiedad, durante todo el tratamiento utilice mucho la técnica de flecha descendente, descubrimiento guiado, registro de pensamientos y psicoeducación, esto permitió que la paciente tuviese una mayor detección y cuestionamiento de sus pensamientos logrando pensamientos alternativos frente a las situaciones que vivía. La psicoeduqué respecto a las distorsiones cognitivas, le explique los diferentes tipos de distorsiones que hay y juntas pudimos observar en cuales aplicaba, una vez visto esto le indique que escriba situaciones para cada distorsión en la que había encajado. Una vez realizado esta tarea observe que podía cuestionarse con mayor facilidad cada pensamiento disfuncional que tenía.

La paciente deja de asistir a sesión por la falta de tiempo por otros trabajos que logró conseguir, seguí a disposición de ella vía telefónica en caso de requerirlo. Revisando el caso pude observar los avances como terapeuta y mis limitaciones. Detecte que mi mayor dificultad en un primer momento era llegar a las emociones de la paciente y al significado de sus pensamientos automáticos, aferrándome mucho al manual de las técnicas. Una de las fortalezas en este caso, fue que trabaje para que la paciente pudiera identificar sus pensamientos disfuncionales y tener unos alternativos y más adaptativos, que lograra estabilizar la ansiedad que le generaba las metas propuestas y que se sintiera más segura de sí misma.

Caso María

Descripción del caso

Paciente de 67 años casada, con 3 hijos, uno de sus hijos está diagnosticado con síndrome de asperger, consulta porque manifiesta tener mucho estrés y presiones familiares por tener una relación extramatrimonial con un chico menor que ella hace 2 años, manifiesta sentirse feliz con él, pero a sus hijos no les gusta dicha situación. Vive con su esposo el cual se encuentra hace varios años con muchos problemas de salud y con su hijo diagnosticado con asperger quien durante muchos años estuvo en constantes terapias y es ella quien se ha encargado de los cuidados de los dos. Su novio vive a la vuelta de casa, tiene 30 años y tiene una discapacidad (no vidente), ella se ha encargado por voluntad propia de los cuidados del novio, lo lleva al médico, le compra los medicamentos, lo lleva al supermercado, le realiza la comida, etc. En la familia todos conocen al novio porque ella y su esposo le brindaron ayuda hace varios años atrás por la historia que estaba pasando el chico, pero un día esa amistad pasó a ser una relación amorosa, ella manifiesta que sus hijos saben de esto y que su esposo lo sospecha y no le dice nada. Tiene una empleada que asiste a casa a darle una ayuda con su esposo, sin embargo, le cuesta mucho delegarle algunas cosas. La paciente trabajó muchos años como docente hasta jubilarse, actualmente tiene un taller de música con su novio en donde controla todo como el dinero, el cupo de los estudiantes y los horarios de atención del lugar. Su patología de base es el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, durante todo el tratamiento se observó la necesidad de control, al comienzo le costó mucho poder expresarse libremente y seguir con las tareas inter-sesión. Realice psicoeducación sobre el modelo terapéutico para facilitar la adherencia al tratamiento, si bien había un buen vínculo y una buena asistencia, no veía compromiso con las tareas inter-sesión.

Tratamiento

Al iniciar el tratamiento mi primera intervención fue organizarla en su discurso, ya que al empezar a hablar de un tema terminaba conversando de otro, le costaba mucho tener un hilo conductor y coherente de los hechos. En el momento que inicia el tratamiento la paciente se encontraba con problemas de salud, su cardiólogo la deriva por los problemas que ella le manifestó. La paciente expresa que no ha tenido tiempo para realizar las cosas que a ella le gustan, desde que se caso ha estado a cargo de muchas tareas del hogar, del cuidado de sus hijos y recién cuando sintió que su hijo con asperger ya funcionaba bastante bien recae su esposo con un ACV y desde ese día no ha mejorado. Además, su hija le cuestiona su relación y le pide que no deje de cuidar a su papá por esta relación. Como tarea inter-sesión le solicite que realice un listado de problemas para trabajar sobre ellos y poder organizarnos mejor planteando objetivos terapéuticos, en la siguiente sesión al revisar la tarea indicada, ella manifestó no haberla realizado, su excusa era la falta de tiempo y planteó que no veía en la tarea asignada una manera de mejorar, observe que se comportaba como la madre, ella manifestó que su madre era controladora y perfeccionista, que la retaba constantemente exigiéndole perfección en las tareas escolares, se expresaba hacia ella como “estúpida, tonta, nada te sale bien” al punto de arrancarle las hojas del cuaderno para que repitiera la tarea, si bien la paciente no se expresaba de manera vulgar, se podía ver como tenía el control de todas las situaciones en su vida y buscaba la perfección en cada cosa que hacía. En este momento realice psicoeducación sobre el modelo terapéutico, sobre las tareas de autoayuda para juntas poder tener objetivos claros de trabajo y favorecer el compromiso con el tratamiento. Pude apreciar que se sentía avergonzada conmigo y esto no le permitía desplegarse con tranquilidad, aquí le explique que yo no estoy para juzgarla, sino que soy su terapeuta quien la ayudara en sus problemas. Le indique que realizara un cronograma de sus actividades fijas en la semana para ayudarla a organizarse y así pudiera observar cuales eran sus tiempos libres, los días más complicados, etc. Al revisar la tarea en la siguiente sesión manifestó no haberla hecho con la excusa que se le complico por los tiempos, así que ese día en la sesión, juntas lo realizamos, se apreció que la mayor parte del tiempo está dedicado al taller de música y su hija le recrimina esto, por eso en su hogar y trabajo se esmera por hacer todo bien sin falla alguna, respecto a su casa organiza todo, la ropa por colores, la comida fraccionada en el freezer y la decoración la cambia

constantemente, es ella quien le hace las recetas a su esposo y novio, les organiza los medicamentos, los turnos médicos, los lleva a todas partes y controla el dinero, de esta manera la crítica de su hija es menor.

Empecé a implementar la técnica flecha descendente para poder observar sus creencias nucleares más profundas y deberías, poniéndose de manifiesto su necesidad de control, el autoconcepto sobre no estar aprobada, no ser valorada y la sensación de que otros la observan y critican. Una de las situaciones que la aquejan es que su hijo no colabora en casa, ella tiene que estar detrás de él para que se bañe, organice la habitación, para que saque la comida del freezer que ella ha elaborado días antes y simplemente es calentar, manifiesta que, si ella no esta no funciona nada en su casa, esta situación la hace sentir poco valorada, la emoción que le despierta es enojo y su actitud para sostenerlo es controlando y manejando estos inconvenientes ella misma. Para este punto le pregunte si estaba dispuesta a realizar la tarea sobre el listado de problemas, la psicoeduqué sobre los objetivos de las tareas de autoayuda y manifestó que se siente con ganas de intentarlo. Para la siguiente sesión acude con la tarea realizada, sigue con un discurso muy verborrágico y seguí organizándola en las sesiones, la guiaba constantemente al tema central. Dentro de la lista de problemas aparecen inseguridades y necesidad de aprobación, siendo los precipitantes de esto su madre como familiar de primer grado, sus esquemas negativos y la necesidad de control y perfección. Otra de las técnicas que implementé fue la de descubrimiento guiado con el objetivo de identificar pensamientos automáticos para después modificarlos, traje a sesión uno de los problemas de su lista y eran las inseguridades, ella manifestó tener inseguridades respecto a su físico, se siente que está muy subida de peso, cree que cuando está en el escenario el público la criticará por su físico y no será admirada por su canto, para sostener esta situación ella se maquilla y arregla muy bien. A la vez cuando se encuentra en la tarima lista para cantar le genera pánico escénico que la vean transpirar, que su voz no sea lo que el público espera, aquí su necesidad de aprobación se aumenta, la forma que ella encontró para sostener estas inseguridades es hablando mucho sobre temas varios como chistes, se le indica como tarea inter-sesión realizar el registro diario de pensamientos. En la siguiente sesión al revisar la tarea indicada observe que no la realizó, su excusa nuevamente fue la falta de tiempo. Para este punto empecé a darme cuenta que era una paciente que no

estaba completamente comprometida con el tratamiento, le costaba mucho seguir pautas y lo que implemente fueron tareas más conductuales y menos cognitivas para ir evaluando si las podía realizar. Una de las indicaciones dadas fue dejar que su novio sea más independiente, ella manifestó que no lo veía listo para que él hiciera sus cosas totalmente solo, para esto continué con la técnica de descubrimiento guiado, le pregunte como hacía antes él sus cosas cuando aún no la conocía a ella, y así continué con varias preguntas para lograr en ella un pensamiento más crítico sobre dicha situación.

Juntas pudimos planificar objetivos de trabajo, uno de ellos era sobre tener el control de las situaciones, la idea era lograr que ella pudiese confiar un poco en el otro, para que la carga que sentía apaciguara, para esto las indicaciones eran muy precisas, una de ellas fue que le explicara a su esposo como realizar las recetas de los medicamentos que eran iguales todos los meses, le dije que hiciera un modelo y lo dejara pegado en algún lugar de la casa y cuando tocara realizarlas el esposo solo copiaría el modelo que ella dejó. Cuando llegó el día de realizar la receta ella manifestó que lo hizo ella para no desgastarse explicándole al esposo, que era más fácil hacerlo ella y que así saldría bien sin errores. Aquí observé que tiene un esquema cognitivo complicado de modificar, empecé a pesar si realmente ella quería un cambio o simplemente buscó una terapeuta para ser escuchada. Sin embargo, uno de los objetivos era la reestructuración cognitiva, por lo cual quise intentar con una técnica más, y era la de “detectar los debería y tendría”. Analice su discurso y aprecie que tenía un uso frecuente de palabras como *debería* y *tendría*, las iba anotando para luego poder mostrarle como eran sus creencias intermedias o supuestos subyacentes. A pesar de que la paciente comprendía todo lo que le mostraba y estaba de acuerdo con varios objetivos de trabajo, le costaba mucho poder aplicar en su vida las indicaciones dadas, a tal punto que manifestó que tanto control que lleva en su vida le estaba generando malestares a nivel de salud, empezó a tener problemas en la piel y se incrementó su problema de diabetes.

En las primeras sesiones tuve que aprender a dejar de lado mis propios preconceptos sobre cómo debían ser las relaciones amorosas, me costó al principio entender esta relación de ella, pero con la supervisión del caso con el docente de la especialidad logré quitar la concepción que tenía y ser más neutral, fue aquí que le permití a la paciente mediante mis palabras y mis gestos ser más

abierta, observe el cambio en ella, pudo confiar más en mí y referirme varios temas que la aquejaban

La paciente dejó de asistir a sesión en diciembre del 2021 porque le dio neumonía, le costó recuperarse de esto luego de dos semanas, luego de esto se va de viaje y en la ruta tiene un accidente con la familia, su auto volcó y duro internada varias semanas. Seguí a disposición de ella vía telefónica de requerirlo, en varias ocasiones le escribí para saber de su estado de salud y me contestaba que se estaba recuperando de todo, tanto de lo físico como de lo emocional que esto le género, me dijo que cuando se sintiera lista volvería con las sesiones.

Conclusión

A partir de mi recorrido en la Especialización en Terapia Cognitiva y de la elaboración de este trabajo que tuvo como objetivo analizar y describir mi práctica clínica realizada durante la carrera, con el propósito de revisar las intervenciones ejecutadas en los casos clínicos presentados, me pude dar cuenta de mis fortalezas y debilidades adquiriendo las competencias necesarias para el perfeccionamiento como terapeuta. Durante el recorrido por la carrera de Especialización también me encontraba iniciando en la vida laboral, requiriendo supervisión constante, lo cual me generó un mayor apego a los manuales de tratamiento, que, si bien es necesario seguir el modo de ejecución de las técnicas para lograr el objetivo para lo cual fueron diseñadas, con el paso del tiempo y formación, fui adquiriendo mayor experticia y precisión en las intervenciones realizadas.

Teniendo en cuenta lo planteado por Beck, citado en Ruiz et al., 2012, donde manifiesta que la Terapia Cognitiva no sólo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, sino también en los problemas externos relacionados con su malestar, como también lo plantea Millon (2002) en su concepto normalidad-patología, en donde expone que hay factores que influyen en la construcción de la personalidad los cuales son factores biológicos patógenos y la historia experiencial patógena, me propuse en tener presente el pasado de estos pacientes, su historia y ambiente para de esta manera poder determinar sus esquemas, creencias y así conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, es así que la colaboración con el paciente se extiende a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales.

Beck (1990), menciona que la Terapia Cognitiva pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, que adquiriera las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarlo a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativas y racionales. Siguiendo a los autores mencionados y a los docentes de la Especialización, los cuales me aportaron conocimiento en los métodos y técnicas psicoterapéuticas, logré tener una mejor interpretación de los casos clínicos que se presentaban, realizar mayores precisiones de los resultados a través de las técnicas que implementaba, realizar un diseño ajustado a los requerimientos del paciente respecto a su problemática y a poder precisar los objetivos terapéuticos

los cuales eran uno de los inconvenientes presentados en los pacientes expuestos.

Al presentar los casos clínicos en los talleres de entrenamiento en la Especialización y tener un seguimiento y diferentes aportes por parte de los docentes, pude conocer mi estilo terapéutico, mis fortalezas y limitaciones, pudiendo fortalecer aquellas características que favorecían mi desempeño y modificando las que lo entorpecían. Como lo mencione en la introducción uno de los obstáculos fueron la aplicación de las técnicas flecha descendente y descubrimiento guiado, en donde no lograba identificar las creencias de estos pacientes ya que no realizaba las preguntas pertinentes ni tocaba las emociones de dichos pacientes. Una de las indicaciones dadas por parte del docente era activar la emoción y esto me permitió profundizar en sus problemas y pensamientos siendo así más fácil la aplicación de dichas técnicas.

Luego de varios ensayos, con la supervisión e indicaciones del docente pude adquirir mayor precisión en la conceptualización de casos, mejorando mi capacidad para el diseño de los tratamientos, recabando en los datos verdaderamente importantes de acuerdo a la teoría de Beck y Millon en la que concuerdo, también pude tener más certeza en las hipótesis planteadas y en los diagnósticos establecidos, pudiéndose observar fortalecida las competencias adquiridas durante el recorrido por la Especialización.

Esta práctica me permitió tener presente el motivo de consulta con otros casos e ir construyendo junto con el paciente los objetivos terapéuticos respecto de situaciones que iban surgiendo durante el transcurso del tratamiento y el diseño del plan de intervención, permitiéndome tener mayor flexibilidad para poder trabajar objetivos nuevos sin perder de vista la problemática en sí.

De lo dicho anteriormente y basándome en la literatura como buenas prácticas clínicas, puedo concluir que el recorrido por la Especialización me permitió ver mis limitaciones, fortalecer aquellas competencias necesarias para actuar como psicoterapeuta, llevándome a elegir las estrategias y técnicas adecuadas para cada paciente, y como menciona Blackburn y Davidson (1990), citado en Ruiz et al., 2012, el terapeuta cognitivo debe cumplir con ciertas habilidades específicas como son conocimiento del modelo cognitivo, colaboración, educación y cortesía, habilidad para escuchar, profesionalidad, flexibilidad y humor, las cuales pude incorporar en mi estilo terapéutico.

Técnicas

Descubrimiento Guiado

Esta técnica consiste en que el terapeuta guíe al paciente mediante preguntas de carácter inductivo y activo para descubrir sus errores de pensamiento. Estas preguntas se deben realizar de tal manera que ayuden al paciente a examinar sus creencias, a reflexionar sobre sus conclusiones erróneas y a descubrir mejores soluciones para sus problemas. El descubrimiento guiado, también denominado *diálogo o interrogatorio socrático*, comienza a utilizarse como una técnica en las Terapias Cognitivas por Beck (2000), quien lo emplea como uno de los pilares de la terapia (López Pell & Palumbo, 2013). El objetivo es que el paciente aprenda a reconocer sus pensamientos, examinarlos, para posteriormente buscar las posibles distorsiones cognitivas, substituyéndolos por pensamientos más adecuados (Gabalda, 2007), buscando ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Autorregistros

Para Ruiz et al, (2012) los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo. Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores. Durante la fase de tratamiento se utilizan para seguir entre sesiones el cuestionamiento de las cogniciones que surgen ante acontecimientos activadores buscando evidencia que permita confirmarlas o refutarlas (p. 387).

Entrenamiento asertivo

Esta es una técnica conductual de afrontamiento que tiene como objetivo modificar los pensamientos disfuncionales “permitiéndole al paciente poner en práctica las estrategias entrenadas para manejarse adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye poder decir “no”, expresar opiniones, realiza preguntas o pedir ayuda” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 385).

Exposición Graduada

Esta técnica tiene por objetivo que las personas se expongan de manera graduada a aquellas situaciones temidas, se utiliza fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. Para la utilización de esta técnica se establece un orden de situaciones según el grado de conflicto mediante la exposición en vivo o desensibilización sistemática en la imaginación. (Ruiz et al., 2012)

Flecha Descendente

Esta técnica se utiliza en la etapa de indagación de los casos, permitiendo la conceptualización y formulación de casos clínicos. El objetivo principal es lograr ilustrar la cadena de inferencias que guían a la persona para establecer una conclusión a partir de un hecho concreto (Burns, 1980), con la intención de descubrir una creencia subyacente (Beck, 2000). La correcta utilización de esta técnica inicia con la identificación de los pensamientos automáticos que es el nivel más superficial de la cognición, siguiendo con la búsqueda de la cadena de inferencias o asociaciones que llevan al cliente a una determinada conclusión con el propósito final de develar la creencia nuclear básica. Esta técnica se utiliza para comprender cómo se relaciona un evento con sus implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales.

Su aplicación está indicada frente a emociones intensas que surgen en sesión, ya sean positivas o negativas o mientras el paciente mantiene una imagen perturbadora en su cabeza. Se permite la utilización para el trabajo con adolescentes y adultos, para pacientes con depresión, ansiedad generalizada y/o con tendencias a pensamientos catastróficos.

La aplicación está contraindicada a pacientes que presenten déficits cognitivos severos, en momentos de excitación psicomotriz, episodios maníacos, psicosis, demencia y/o retraso mental. Se debe suspender su aplicación si se detecta poca colaboración, escasa concentración o que la técnica despierta excesiva ansiedad (López Pell & Palumbo, 2013).

Referencias

- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Caro Gabalda, I. (2007). Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Fernández Álvarez H. (2011). El campo de la psicoterapia. En H. Fernández Álvarez (Comp) Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos (pp. 1343). Buenos Aires: Polemos.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- López Pell, A, F. & Palumbo, A, C. (2013). Material de entrenamiento de la carrera de especialización en Terapia Cognitiva. Material de cátedra. Extraído de <https://es.scribd.com/document/374750625/Grilla-Descubrimiento-guiado>
- López Pell, A, F. & Palumbo, A, C. (2013). Material de entrenamiento de la carrera de especialización en Terapia Cognitiva. Material de cátedra. Extraído de <https://es.scribd.com/document/374750469/Grilla-Flecha-Descendente>
- López Pell, A, F. & Palumbo, A, C. (2013). Material de entrenamiento de la carrera de especialización en Terapia Cognitiva. Material de cátedra. Extraído de <https://es.scribd.com/document/374319670/Grilla-Conceptualizacion-Beck-y-Persons>
- López Pell, A., Rondón, J.M., Cellerino, C. & Alfano, S.M (2005). Guías esque-

matizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y Otros. Ciencias Psicológicas 2010; IV (1): 97-124.

López Pell, A., Rondón, J.M., Cellerino, C. & Alfano, S.M (2005). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. Ciencias Psicológicas 2010; IV (2): 239-271.

Ruiz, M.A., Díaz, M.I., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Biblioteca de Psicología: Desclée de Brouwer.

Obst Camerini, J. (2008). La terapia Cognitiva Integrada y Actualizada. Buenos Aires: CATREC.

Simon, K.M. (2005). El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. En A.T. Beck, A. Freeman, D.D. Davis y otros (Autores) Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad (pp. 359-380). Buenos Aires: Paidós Ibérica.