



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO**



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**Pensamientos irracionales y su influencia en el comportamiento compulsivo en una mujer adulta del centro de atención IEES en el cantón la Concordia- Santo Domingo**

**AUTOR:**

**GENESIS BELEN NUÑEZ GUERRERO**

**TUTOR:**

**MSC. RICARDO MELECIO ARANA CADENA**

**BABAHOYO - 2020**



## RESUMEN

La base investigativa del presente estudio de caso se manifiesta en la dinámica de los pensamientos irracionales que intervienen en gran medida en el comportamiento de las personas y en este caso en el comportamiento compulsivo que sostiene una mujer adulta, a partir, de la emergencia sanitaria la misma que ha ido adoptando comportamientos desadaptados en su ámbito laboral, familiar, personal y social y, por tanto le han traído consecuencias negativas en su vida. Es de vital importancia identificar y sobre todo analizar los pensamientos que se procesan en nuestro cerebro y discernir cuales son aquellos que crean perturbación emocional para así poderlos modificar en la medida que se vaya presentando, además, entender lo que en gran medida afecta en el comportamiento no son las situaciones que se presentan sino, como se piensa de esa situación y que debido a dicho pensamiento o creencia surge el comportamiento o la conducta de una persona adicional a ello se enmarca, que las personas son capaces de encontrar alternativas de la generación de nuevas creencias.

**Palabras clave:** comportamiento, compulsivo, pensamiento irracional, paciente, mujer adulta

## ABSTRACT

The research base of this case study is manifested in the dynamics of irrational thoughts that intervene to a great extent in people's behavior and in this case in the compulsive behavior that an adult woman maintains, from the health emergency she has been adopting maladaptive behaviors in her work, family, personal and social environment and, therefore, they have had negative consequences in her life. It is vitally important to identify and above all to analyze the thoughts that are processed in our brain and to discern which are those that create emotional disturbance in order to be able to modify them as it occurs, in addition, to understand what greatly affects behavior They are not the situations that arise but, how do you think of that situation and that due to said thought or belief the behavior or conduct of an additional person arises, that people are able to find alternatives of the generation of new beliefs.

**Keywords:** behavior, compulsive, irrational thinking, patient, adult woman.

# ÍNDICE GENERAL

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN .....   | ii |
| ABSTRACT .....  | ii |
| DESARROLLO .....  | 2  |
| JUSTIFICACION .....   | 2  |
| Pensamiento .....   | 3  |
| Pensamientos irracionales. ....   | 3  |
| Comportamientos compulsivos .....   | 7  |
| Comportamiento .....  | 7  |
| Compulsiones .....  | 7  |
| TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION .....                                 | 9  |
| Entrevista semiestructurada .....   | 9  |
| Dialogo socrático .....   | 9  |
| Ensayo de conducta .....  | 10 |
| Técnica de auto instrucción .....   | 10 |
| RESULTADOS OBTENIDOS .....  | 10 |
| Presentacion del caso.....  | 10 |
| Primera sesion 07/ 07/ 2020 a las 15:30.....  | 11 |
| Segunda sesion 09/07/2020 a las 15:30 .....   | 11 |
| Tercera sesion 14/07/2020 a las 15:30 .....   | 11 |
| Cuarta sesion 16/07/2020 a las 15:30.....   | 12 |
| Quinta sesion 21/07/2020 a las 15:30.....   | 12 |
| Sexta sesion 23/07/2020 a las 16:00.....  | 13 |
| SOLUCIONES PLANTEADAS.....  | 14 |
| Diagnostico : Trastorno Obsesivo Compulsivo DSM-5 (300.3); CIE 10 (F42) .....               | 14 |
| N° de sesiones: 6 sesiones.....   | 14 |
| Tipo se sesiones: .....   | 14 |
| Técnicas aplicadas: debate socrático, ensayo de conducta, técnica de auto instrucción ..... | 15 |
| Pronostico: Favorable .....   | 15 |
| Esquema terapéutico .....   | 15 |
| CONCLUSIONES .....  | 16 |

|                      |    |
|----------------------|----|
| RECOMENDACIONES..... | 17 |
| BIBLIOGRAFÍA.....    | 18 |

## INTRODUCCION

El presente estudio de caso dentro del marco práctico, previo a la adquisición del título de Psicología Clínica, es pertinente con la línea de investigación: asesoramiento psicológico, enfocada en la sublínea de asesoría y orientación educativa personal, socio familiar, vocacional y profesional.

Se va a investigar el caso de una mujer adulta que labora dentro del centro de atención IESS en el cantón la Concordia- Santo Domingo en el área de limpieza debido a que desde el inicio de la emergencia sanitaria la paciente empezó a presentar comportamientos compulsivos generados a partir de creencias irracionales que con el tiempo se han ido enraizando en la paciente creando, malestar consigo misma, tanto como en su hogar y, más aun, con sus compañeros de trabajo creando así un ambiente poco favorable y lleno de tensión.

Es importante este marco investigativo dentro de la formación profesional porque, enmarca esquemas mentales que, se han generado a partir de un evento activador, los cuales, han dado lugar a la manifestación de comportamientos compulsivos, tanto en su vida personal, y especialmente, en la laboral. Para el efecto, se consideró como modelo la terapia racional emotiva conductual (TREC) en donde, se hará la aplicación de diferentes técnicas que le ayudaran a modificar su esquema mental, y, por tanto, le servirá en la adaptación de nuevas alternativas conductuales dentro del ámbito personal, familiar, laboral y social de la paciente.

## **DESARROLLO**

### **JUSTIFICACION**

Analizar de qué manera inciden los pensamientos irracionales en el comportamiento compulsivo en una mujer adulta del centro de atención IESS la Concordia- Santo Domingo. protección lo cual, es de gran importancia dentro de la realidad en la que se encuentra el país y el mundo entero, sin embargo, esta ideología ha avanzado de tal forma que ciertas personas han ido distorsionando sus pensamientos evocando pensamientos irracionales en sus esquemas mentales.

Los comportamientos compulsivos son aquellas conductas que una persona realiza de manera inquebrantable y estas acciones o conductas se generan a través de pensamientos continuos que el individuo tiene de forma constante lo que hace que, no pueda dejar de pensar en ello sino, hasta realizarlo sin importar las veces que ya haya realizado la misma acción durante el día o en ese momento.

Esta investigación está dirigida a una mujer adulta que labora dentro del puesto de atención en salud del IESS del cantón “La Concordia” Santo Domingo en el área de limpieza, donde se ha visto reflejado estos comportamientos impulsivos, lo que ha generado inestabilidad en la relación con sus compañeros de trabajo.

El estudio de caso es factible debido a que la paciente es consciente de su enfermedad y colabora con el proceso terapéutico, además, el acceso a la comunicación permite que, a pesar de la emergencia sanitaria, la paciente pueda seguir con un plan psicoterapéutico por medio del sistema tele asistido.

### **OBJETIVO**

Analizar las ideas irracionales que influyen en el comportamiento compulsivo en una mujer adulta en el centro de atención del IESS La Concordia-Santo Domingo, 2020.

## **SUSTENTOS TEORICOS**

### **Pensamiento**

Para (Jorge, 2018)“el proceso cognitivo de pensar implica lo que acaba de suceder, utilizando el conocimiento previo y la comprensión general de la situación” es decir, que dicha eventualidad surge a partir de una serie de constructos que el individuo percibe y procesa de su entorno.

Según (Jara, 2012) el pensamiento puede ser un reflejo de lo que se siente, creando una realidad subjetiva, alejada de la realidad objetiva, que se visualiza solamente en la mente de quien lo piensa (p. 56) . Cada ser humano tiene la capacidad de comprender o asimilar cada situación desde su propio esquema mental de tal, forma que dara, inicio a su propio pensamiento y aceptación del mismo como una realidad en relación a pensar y se encaminara a su actuar.

### **Pensamientos irracionales.**

Según (Bitacora, 2017). “Son aquellos que nos llevan a mantener emociones y conductas contraproducentes. Aunque no seamos conscientes, solemos mantener algunos pensamientos irracionales entremezclados con otros racionales” (p. 1). Es decir que en cualquier momento de la vida las personas han tenido pensamientos irracionales, lo que ha generado alguna perturbación significativa no altera significativamente su modo de percibir la vida y la realidad.

Se diferencian de las racionales en dos características: 1° son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “Tengo que”, “Debo”, “Debería”, “Estoy obligado a”, etc. Y 2° en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (por ej. Depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo). (SEPIMEX, 2012, p. 1)

Existen grandes diferencias entre los pensamientos racionales y los irracionales, entre las manifestaciones más importantes son las que se remarcan los pensamientos que generan malestar hacia el individuo creando así un circuito negativo dentro de las personas como por ejemplo dentro de las relaciones interpersonales así como en su vida personal, estas características se enlazan a los pensamientos irracionales.

De la misma manera (Bertomeu, 2019) nos recalca que “Las creencias irracionales son pensamientos indiscutibles, tajantes. Se expresan de manera rígida y obstaculizan nuestros objetivos o propósitos. Unos ejemplos claros de cómo empiezan estos tipos de creencias son: <debería>, <debo ser>, <tengo que>”. En base a esta argumentación se puede decir, que las personas con pensamientos irracionales tienden a bloquearse dentro de sí mismos creando así cuestionamientos negativos de sí mismos como a los demás fortaleciéndolas con su comportamiento y aceptándolas en su diario vivir

En tanto el (Gabinete de Psicología M&M, 2013) menciona que cuando estas ideas se instalan en la mente, nos generan unos pensamientos automáticos negativos, que disparan nuestras emociones negativas y nuestras expectativas sobre las diversas situaciones de la vida, haciendo que respondamos ante ellas de manera desadaptativa y fortaleciendo, por último, dichas creencias negativas.

Es decir, que una vez que estas ideas irracionales se instauran en los pensamientos de las personas, crean un sin número de situaciones negativas en la vida de un individuo de modo que se ve afectado desde su estado emocional hasta su comportamiento y a medida que estas ideas o pensamientos irracionales se van evocando se enraízan con mucha más convicción en el individuo.

Una creencia irracional es un pensamiento, y/o concepto mental que llevamos en nuestra vida diaria, son irracionales porque incluyen exigencias excesivas hacia nosotros mismos, los demás y el mundo, y al esperar tanto de todo, acabaremos decepcionados la mayoría de las veces, o nos vamos a frustrar porque no somos perfectos como “deberíamos“. (Morales, 2018)

Las personas que son vulnerables a evocar pensamientos irracionales tienden a manifestar ciertos patrones de comportamiento errados de la realidad, de modo tal, que al no realizarse o al no tener lo que esperaban entran en un cuadro perturbador lo cual puede manifestarse alteraciones en su estado emocional, así como en su comportamiento o en ambos.

Dentro de los distintos enfoques de terapias conductuales, se considerara la TREC para llevar a cabalidad dicho estudio de caso en la cual (Arosemena, 2018) nos menciona que: “La terapia racional emotiva conductual, trabaja sobre la base de los acontecimientos (A), las creencias (B) y las consecuencias (C) que pueden ser emotivas



o conductuales y se encadenan para gobernar nuestra conducta. A este modelo se le denomina ABC”. Dentro de este enfoque terapéutico se puede apreciar que dicha técnica se basa en las situaciones o eventos activadores, para luego enfocarse en las ideas o pensamientos que tiene el individuo y así mismo, para que el/la paciente pueda darse cuenta de las consecuencias que le han traído tener estos pensamientos ya sea en su comportamiento o su estado emocional.

De acuerdo al criterio de (M<sup>a</sup>. Ruiz, 2012) “La TREC sugiere que los seres humanos tienen dos tendencias biológicas importantes: 1) La tendencia a pensar irracionalmente; 2) la capacidad de elegir cambiar sus creencias irracionales si así lo desean” (p. 356). Todas las personas pueden generar ideas irracionales o constructos erróneos debido a las situaciones en las que se encuentren y de la misma manera tienen la capacidad de cambiar o modificar dichos pensamientos.

La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables. Las emociones adecuadas son todos aquellos sentimientos positivos y negativos que va experimentando un individuo a lo largo de su vida que no interfieren con el establecimiento y consecución de metas. (M<sup>a</sup>. Ruiz, 2012, pág. 356).

La terapia racional emotiva conductual, se fundamenta en reconocer que no existen emociones positivas o negativas en la vida de un individuo, sino más bien en como dichas emociones sean buenas o malas que denotan en el ciclo de vida del individuo y a su vez como interfieren en el proceso y cumplimiento de objetivos, es decir que, una persona que genera pensamientos sean “buenos” o “malos” estarán reflejados en la asimilación y construcción de objetivos y el cumplimiento de los mismos.

Así como lo manifiesta (Bados, 2010) que: en la RC el terapeuta ha de ayudar al cliente a: a) identificar las cogniciones pertinentes, b) comprender el impacto de estas sobre las reacciones emocionales y conductuales, c) considerar las cogniciones como hipótesis que han de ser discutidas y sometidas a prueba, d) cuestionar verbal y conductualmente las cogniciones inadecuadas, y e) modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado. Estas cogniciones alternativas deben ser al menos relativamente plausibles para el cliente y fáciles de recordar y utilizar.

Relacionando este enunciado con lo que se espera en una terapia racional emotiva conductual, se establece que, se debe discernir las ideas irracionales así, como las ideas racionales que manifieste el paciente, además, es importante relacionar estas creencias sobre todo, las racionales en favor de las situaciones que se le presentan y las reacciones tanto, emocionales como conductuales que puede exteriorizar en las diferentes circunstancias y, en ese contexto cuales son los pensamientos que necesitan ser analizados dentro del proceso terapéutico, para posteriormente debatir esas creencias que están generando malestar en el individuo y finalmente modificar estos pensamientos irracionales por otros racionales, de esta manera, también van generándose cambios en la conducta del paciente y la emociones que se pueden generar a partir de nuevas creencias.

Según (Flores, 2015) "Para Ellis existen dos formas de ansiedad menciona la ansiedad perturbadora y la ansiedad del yo" (p. 5). La ansiedad se la puede manifestar de dos formas según el modelado de la TREC y estas son la ansiedad perturbadora y la ansiedad del Yo cada una con sus particularidades.

En referencia a lo postulado por Ellis en cuanto a las formas de la ansiedad (L, 2019) menciona que "la ansiedad perturbadora: tensión emocional que tiene lugar cuando las personas sienten que su comodidad y/o su vida está amenazada. Tiende a aparecer en situaciones perturbadoras y peligrosas da lugar a fobias" (p. 2). Es decir, que esta forma de ansiedad es meramente emocional, en la cual, un individuo puede generarla si, siente que su ser está siendo amenazado, además, estas pueden generar los miedos a las situaciones que generan dichas incomodidades, y en relación con los pensamientos irracionales se podría enfatizar que dicha ansiedad surge con estos pensamientos lo que, en un punto puede llegar a generar comportamientos desadaptados.

De la misma manera (L, 2019) nos habla también acerca de la ansiedad del Yo en que nos recalca que " que su Yo o su valía personal está amenazada, que DEBEN y TIENEN que hacer bien las cosas y/o ser probados por los demás" (p. 2). Por tanto, las personas que manifiestan esta forma de ansiedad se ven amenazados desde el punto de vista subjetivo, donde se ve reflejado el malestar, por no cumplir con unas expectativas o con constructos, que el individuo se ha planteado y se siente con el deber y la obligación de realizarlo de manera eficaz y por consiguiente ser reconocido.

Según (M<sup>a</sup>. Ruiz, 2012, pág. 329) Ellis resalta la necesidad de tratar de forma independiente estos dos tipos de ansiedad (perturbadora y del yo) aunque a veces se solapan, porque en cada uno de ellas están implicadas creencias irracionales diferentes.

Como ya se ha mencionado, estos tipos de ansiedad tienen sus propias características en tanto a las creencias irracionales que cada una posee y así mismo tiene sus similitudes, por esta razón Ellis manifiesta que se las debe tratar de diferente manera a cada una de ellas ya que la ansiedad perturbadora es objetiva mientras que la ansiedad del Yo es subjetiva.

## **Comportamientos compulsivos**

### **Comportamiento**

Según (Plethora, 2014) nos menciona que el comportamiento es un “Conjunto estable de acciones y reacciones de un organismo frente a un estímulo proveniente del ambiente externo ( estímulo) o del interior del organismo mismo (motivación)”. Por consiguiente, esta definición hace referencia a que los comportamientos tienen estrechamente relación con los estímulos que se suscitan en el medio en donde el individuo se encuentre o también estas reacciones se pueden generar a partir de una incentivación subjetiva que tiene el individuo.

### **Compulsiones**

El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad, o el malestar, o evitar alguna suceso o situación temida; sin embargo estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. (American Psychiatric Association , 2014, pág. 237)

Tomando en consideración lo que postula el DSM-5 se puede argumentar que las compulsiones son las acciones que el individuo realiza para reducir o evitar de cierta forma malestar en su vida, de tal forma que una vez realizados el individuo asume que, esto le ayudara a no sentirse mal el resto del día, sin embargo, el individuo al seguir ejecutando dicha acción lo que provoca es que, los pensamientos que ya tenía en un inicio poco recurrentes se hagan mucho más recurrentes y empiezan a apoderarse de su actuar y por ende, afectando su vida personal, familiar, laboral, etc.

Los factores de riesgo que existen ante el desarrollo del trastorno obsesivo compulsivo según (Mayo Clinic, 2016) son los siguientes: Antecedentes familiares. Tener padres u otros familiares con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollarlo. Acontecimientos estresantes de la vida. Si has experimentado eventos traumáticos o estresantes, el riesgo puede ser mayor. Esta reacción puede, por algún motivo, desencadenar los pensamientos intrusivos, los rituales y la angustia emocional característica del trastorno. Otros trastornos de salud mental. El trastorno obsesivo compulsivo puede estar relacionado con otros trastornos de salud mental, como el trastorno de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de tic.

Ante, este fragmento de los factores de riesgo mencionados anteriormente se puede decir que, existen varias particularidades que incitan a la manifestacion de comportamientos compulsivos, a pesar de que el autor menciona como tal, al trastorno obsesivo compulsivo, es importante enfatizar el comportamiento que se genera a partir de ideas frecuentes que se enfrascan en la mente de un individuo como tal, y se pueden manifestar como consecuencia de tener familiares que hayan manifestado o desarrollado el trastorno obsesivo compulsivo sera de gran influencia para exteriorizarlo, otro factor influyente son los factores estresantes es decir, todas aquellas situaciones que han generado malestar ya sea, por el trauma que se ha generado a partir de una situacion especifica o por circuntancias que hayan aumentado la tension del individuo o puede ser un factor de mayor riesgo manifestar algun trastorno de salud mental en los que se vea relacionado, el trastorno obsesivo compulsivo y que lo pueda desencadenar.

Dentro de los sintomas que puede manifestar (J., 2014) nos menciona que: los “síntomas comunes para TOC son de contaminacion, sexual, religiosa, agresiva, relacionados con el control, duda patologica o integridad, relacion de supersticion y por ultimo simetria y exactitud” (p. 2). En lo que se dará un enfoque prioritario al síntoma de contaminación y al de duda patológica o integridad en donde se puede destacar que estos dos síntomas específicos podrían generar malestar a pacientes y más aún, durante una pandemia como la de Covid- 19, es decir, el miedo a ser contaminada o contagiada por este virus por personas mal intencionadas o imprudentes que le desean el mal; así como el ser causante de contagiar a su familia o a su entorno por no manejar la situación de manera adecuada o tomar las medidas que le impliquen resguardar a su hogar inclusive a el mismo de dicho virus.

## **TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION**

### **Entrevista semiestructurada**

Esta entrevista semiestructurada se basa, en la recopilación de información del paciente, en donde se conoce el motivo o razón por la que se encuentra en la consulta, así como, otros datos importantes como son la composición y dinámica familiar, el examen de estado mental donde se puede analizar el lenguaje verbal no verbal de paciente, anamnesis, historia familiar, laboral, hábitos, adaptación social, etc. En este tipo de entrevista se establecen dos partes una de ellas en la que el terapeuta realiza preguntas abiertas, es decir, que aquí en paciente emplea el discurso dicho de otro modo, se puede expresar que es el momento en donde el terapeuta le brinda el tiempo al paciente para que pueda dialogar sobre un tema específico, en relación a su malestar este dialogo se da, en un tiempo determinado por el terapeuta, la otra parte se basa en realizar preguntas cerradas de tal forma que la dinámica del paciente y el terapeuta sea más didáctica y esto posibilita una interacción más fluida y concreta.

### **Observación clínica**

Durante la entrevista semiestructurada se aplicó la observación clínica la cual, consta realizar una observación de las expresiones verbales y no verbales que manifestaba la paciente durante la entrevista psicológica.

### **Dialogo socrático**

Esta técnica se basa en poner en evidencia las creencias irracionales que mantiene el paciente mediante, preguntas que pongan en tela de duda dichas creencias las mismas que han sido manifestadas en su discurso, con el fin de que el paciente pueda evidenciar dichos pensamientos que claramente son los que le han generado una perturbación y, por ende, es necesario analizar la carencia de sentido común que, tienen dichos pensamientos.

De tal modo, que al aplicar el dialogo socrático a la paciente se puede observar que va teniendo una reacción favorable ante esta técnica, pues, iba reflexionando acerca de las creencias que ha estado manteniendo, y que no han sido las más lógicas y acertadas, además que es su cognición la que causa o genera la perturbación, mas no la situación en la que se encuentra

### **Ensayo de conducta**

El paciente puede discernir situaciones en las que se siente emocionalmente perturbado, o a su vez comportamientos disfuncionales o inadecuados, por tanto, el paciente con el terapeuta irán debatiendo esas creencias irracionales con el fin de ir asociándolas a situaciones similares y ensayándolas con creencias racionales o pensamientos más funcionales.

### **Técnica de auto instrucción**

Esta técnica se basa específicamente en que el paciente, pueda autorregular su conducta por medio de sí mismo, es decir, a través de la autoverbalización modificando pensamientos negativos por otros más racionales y aceptables, además le permite conocer y reconocer sus creencias, y así diferenciar las que le generan algún tipo de perturbación de las que le ayudan a mantener un equilibrio emocional y conductual, por tanto aquí se verá envuelto el insight del paciente, sobre todo el primero ya que, por medio de él, el paciente podrá analizar que, al cambiar su cognición podrá ejercer un cambio en su conducta. Por consiguiente, al conocer la dinámica de la técnica se procede a aplicarla en el paciente, en donde, como profesional se le explica en qué consiste y el objetivo de la misma, primero se hizo un ensayo en donde se planteó una situación en base a la problemática de la paciente y luego se enfatizó en el comportamiento que se desencadenaría a raíz del evento es allí donde se pondría en manifiesto, la autoverbalización de lo que tendría que pensar para no ejecutar dicho comportamiento y a su vez, como ha influido esa autoverbalización en su estado emocional y conductual.

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

### **Presentación del caso**

Mujer adulta de 48 años de edad, en unión libre, con instrucción básica, oriunda de Calceta – Manabí, referida por la médica encargada del puesto de salud de “La Concordia” la cual labora dentro de la institución, sin embargo, la situación laboral se ha visto comprometida debido al comportamiento inusual de la paciente, por ende, la médica encargada del centro derivó a la paciente al consultorio psicológico.

Para este estudio de caso se realizaron 6 sesiones las cuales, se las detalla de la siguiente manera:

#### **Primera sesion 07/ 07/ 2020 a las 15:30**

El primer contacto tuvo una duracion de la sesion fue de 40 minutos, esta inicio con la entrevista en la cual, tuvo por objetivo la recopilacion de informacion, de motivo de consulta en donde pudo manifestar “ *me siento ansiosa,siento la necesidad de limpiar todo lo que los pacientes tocan, y aumenta cuando llega gente y sé que se han contagiado, tengo panico,miedo, porque pienso en que me contagiare y contagiare a mi familia*” ademas, de la sintomatologia presentada, la historia familiar, anamnesis se ha considerado la exploracion del estado mental de la paciente, la paciente manifesto que ella vive con sus 2 hijos y su esposo el cual labora en la empresa de “ Coca cola” cuyo trabajo consiste en distribuir las bebidas por diferentes lugares del pais.

#### **Segunda sesion 09/07/2020 a las 15:30**

Durante la segunda sesion se preparo al paciente para el debate socrático en donde se señalo la situacion ( A) que genero dicho comportamiento ( Cs) es alli donde se enfatizo el pensamiento especifico (B) que tuvo cuando sucedió el evento (A) y a razón de ello tambien se genera el comportamiento (Cs) antes de iniciar el debate socrático es necesario primero señalar los pensamientos y los patrones habituales de conducta y comportamiento que mantiene la paciente.

#### **Tercera sesion 14/07/2020 a las 15:30**

Durante esta sesion se trabajo mediante el dialogo socrático en el cual, luego de haber preparado al paciente, se aplica la técnica en donde se le puso en tela de juicio su discurso, haciendola reflexionar, acerca de sus creencias asi como, los comportamientos que ella ha manifestado durante los ultimos meses, lo cual ha sido muy satisfactorio porque, se fueron desarrollando nuevas alternativas de pensamiento y comportamiento ante sus “necesidades” de realizar tareas de limpieza y desinfeccion excesivas.

#### **Cuarta sesion 16/07/2020 a las 15:30**

Esta sesion en particular se relaciono con el debate socratico con la diferencia que en esta sesion se aplico la tecnica del ensayo de conducta en la que se le pidio a la paciente, señalar situaciones cotidianas, ademas de ello tambien que mencione el comportamiento que ha adoptado en esas situaciones, luego de ello, se procedio a realizar un ensayo de una situacion en particular en donde ella primero manifiesta creencias irracionales y por ende, su comportamiento es disfuncional luego se vuelve a realizar otro ensayo en la misma situacion, pero esta vez, debera adoptar nuevas creencias, sin embargo muestra las creencias racionales pero sus emociones aun, se ven perturbadas, donde manifiesta que *“aunque estoy protegida y mantengo las normas de bioseguridad aun tengo la sensacion del contagio”*, entonces se realiza un nuevo ensayo donde ella va derogar esa sensacion por medio del control emocional.

#### **Quinta sesion 21/07/2020 a las 15:30**

Durante esta sesion se aplico la tecnica de autoinstrucciones en donde se le explica al paciente que luego del proceso de las sesiones anteriores y de haber trabajado con las creencias irracionales que ha manifestado y asi mismo la modificacion o reestructuracion de dichas creencias que han creado perturbacion emocional y comportamientos disfuncionales era momento de ejecutar o aplicar autoverbaizaciones que le ayudaran a manejar las situaciones que se le presentan con pensamientos mas racionales y por ende, su comportamiento, señalado todo ello se le manifesto que ella es capaz de identificar las situaciones y cambiar sus pensamientos por medio de si misma entonces se procedio a realizar un ejercicio en donde aparecia una situacion cotidiana y ella tenia que auto verbalizarse acerca de lo que tenia que hacer o pensar, lo cual fue muy favorable para ella, porque la adopto de manera aceptable.



Mas alla de una sesion esta vez, se realizo el seguimiento de la paciente con el fin de conocer como le ha ido durante estos dias y si ha logrado manejar sus pensamientos irracionales y a su vez su comportamiento, en la cual manifesto que se siente satisfechas, pues ya no ha tenido pensamientos de esa indole o por lo menos ya no son tan intensos y cuando aparecen, pues ella los va desechando o cambiandolos por medio de las tecnicas aplicadas anteriormente.

### **SITUACIONES ENCONTRADAS (HALLAZGOS)**

En relacion a las tecnicas y herramientas aplicadas, se recolecto informacion la cual, ha sido de gran beneficio para identificar y analizar los pensamientos irracionales que influyen en los comportamientos compulsivos que manifiesta la paciente.

**Area cognitiva:** la paciente manifiesta pensamientos irracionales como: *“soy la responsable de evitar que mi familia se contagie”*; *“estoy segura que me contagiare”* con el constructo de estos pensamientos ansiosos catastroficos, es decir, que crea en su cognicion situaciones anticipadas, feente a situaciones proximas a suceder, lo que da lugar a consecuencias emocionales y conductuales, las que le generan malestar y problemas en su vida personal y laboral.

Se aplico el dialogo socratico en donde se pudo analizar los pensamientos que manifestaba en su discurso y a su vez se puso en tela de duda ciertas cogniciones que manifestaba con el fin de llegar a la reflexion de estos pensamientos, que claramente, han creado perturbacion en su vida.

**Area emocional:** Durante las entrevistas la paciente se mostro, temerosa, ansiosa, preocupada, ante la idea de contagiarse y peor aun ser, quien contagie a su familia, se sentia responsable de la salud de su familia.

**Area conductual:** la paciente mantiene un comportamiento de limpieza excesivo en su area de trabajo, les comenta a sus companeros de trabajo quienes de las personas que llegan a consulta han sido contagiados, aunque ella no tenga certeza o si, del estado de salud de los pacientes, cuando llegan los pacientes al centro de salud, ella los sigue desinfectando todo lo que tocan o donde pisan, en su hogar ella hace la compras, las desinfecta no permite que nadie mas lo haga .

Se aplico el ensayo de conducta, en donde, se focalizo con la paciente las situaciones que se podrian generar en su vida cotidiana y como ella debia actuar frente a dichos eventos, primero, se realizo una retroalimentacion de todos los aspectos tratados, luego se enfatizo, en las nuevas creencias que debia manejar, para modificar dichos comportamientos de carácter compulsivos.

**Area fisiológica:** la paciente refiere sentirse mas cansada de lo habitual, menciona que podria dormir un dia entero y aun asi se sentiria exhausta, siente dolor del cuerpo, sobre todo en los brazos y las piernas, presenta cefaleas, falta de apetito.

Luego de haber recabado toda la informacion mediante las diferentes tecnicas, durante el proceso, y en base a los manuales DSM-5 y el CIE 10, se instaura el diagnostico:

- Trastorno obsesivo compulsivo (300.3) según el DSM-5
- Trastorno obsesivo compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F42.2) según el CIE-10

## **SOLUCIONES PLANTEADAS**

Sustentado en los hallazgos encontrados, se procedió a la aplicación de la terapia basada en el modelado de TREC, con el objetivo de analizar los pensamientos irracionales de la paciente y fomentar la reflexión acerca de, su conducta y las creencias que ha tenido hasta el momento para luego proceder a la confrontación de dichas creencias y fomentar nuevas creencias mas funcionales y por ende, que pueda verse reflejado en su comportamiento.

**Diagnostico :** Trastorno Obsesivo Compulsivo DSM-5 (300.3); CIE 10 (F42)

**Evento precipitante:** emergencia sanitaria

**Tiempo de evolución:** 4 meses

**N° de sesiones:** 6 sesiones

**Tipo de sesiones:** Individual

**Antecedentes:** carece de antecedentes del trastorno obsesivo compulsivo, sin embargo, presenta antecedentes de sintomatología de ansiedad.

**Técnicas aplicadas:** debate socrático, ensayo de conducta, técnica de auto instrucción

**Pronostico:** Favorable

### Esquema terapéutico

| N de sesiones | Técnica                     | Objetivo  | Resultados  |
|---------------|-----------------------------|---|---|
| 3             | Debate socrático            | Confrontar de ideas irracionales para encontrar evidencias que permita que el paciente desestime la creencia irracional y adopte nuevas creencias racionales. | Análisis y confrontación de ideas irracionales  |
| 4             | Ensayo conductual           | Construir nuevas conductas para incrementar conductas o comportamientos funcionales   | Construcción de nuevas conductas ante, situaciones cotidianas.  |
| 5             | Técnica de auto instrucción | Auto regular su comportamiento en base, a auto verbalizaciones del paciente.  | Paciente es capaz, de discernir pensamientos irracionales y por medio de si mismo, reestablecerlos a pensamientos racionales. |

## CONCLUSIONES

Dentro de la elaboración del presente, estudio de caso se puede decir, que se cumplió con las expectativas de la línea de investigación basada en el asesoramiento psicológico, enfocada en la sub-línea de asesoría y orientación educativa personal, socio familiar, vocacional y profesional, en donde se lo enfatizo en el proceso psicoterapéutico de una mujer adulta con el fin de reestructurar pensamientos irracionales por otros mas adaptativos al igual que las conductas compulsivas , mediante un seguimiento completo de la problemática y el uso de técnicas estratégicas. Mediante el trabajo expuesto se puede decir, que, a pesar de las circunstancias en las que se establecieron las sesiones terapéuticas, se mantuvo una buena comunicación y comprensión con la paciente, además, que al ser esta una nueva experiencia dentro del campo profesional, como lo es el uso de la tecnología, para el manejo de las sesiones psicoterapéuticas, las cuales han fortalecido los conocimientos, además, de enriquecer las estrategias para poder, llegar al paciente.

Se debe destacar que, establecer un proceso psicoterapéutico, por medio de herramientas tecnológicas como en este caso, el uso del celular ( video llamadas), no tiene parecido en lo mínimo con la ejecución de un proceso psicoterapéutico de manera presencial, puesto que es mas complicado darse cuenta del lenguaje no verbal del paciente y coordinarlo con el lenguaje verbal, sin embargo, fue algo que se fue aprendiendo sobre la marcha del proceso, y eso es de gran utilidad dentro del marco profesional porque ayuda a desarrollar habilidades visuales, que ayudan dentro del proceso de formación y que, nos ayudaran en la vida profesional.

La primera sesión me pareció interesante porque, trataba de observar cada movimiento corporal de la paciente, además de analizar como un pensamiento irracional, puede afectar vida de una persona, sobre todo en el campo laboral, ya que, la paciente fue referida desde la misma institución, porque el comportamiento adoptado por ella estaba creando nuevas perturbaciones a sus compañeros de trabajo, debido a que la situación que le creaba perturbación y malestar a la paciente era causa de la pandemia y el hecho de ella vivir en el mismo sector de su trabajo, imposibilitaba tener un ambiente de confort laboral.

Dentro de la primera técnica aplicada que lleva por nombre debate socrático, se pudo analizar las creencias que mantenía la paciente durante su discurso y por ende, el comportamiento que se generaba a partir de ello, es allí, donde como profesional se

confronto dichas creencias, posibilitando alternativas de nuevos constructos y por tanto, de nuevos comportamientos, no solo en el ámbito laboral sino también, en su vida personal y social, a razón de que la paciente no solo manejaba este discurso con los compañeros de trabajo sino, también con su familia, así como con su vinculo social, lo que de alguna manera había sido motivo de alejamiento de los mismos hacia ella como consecuencia de su comportamiento.

En la implementación de la técnica de autoinstrucciones fue más, dinámica y sencilla puesto, que, al haber logrado confrontar las creencias irracionales de la paciente, el siguiente paso fue el ensayo conductual ya constaba de manejar, las creencias irracionales y trasladarlas a comportamientos racionales. Por último se aplicó la técnica de autoinstrucciones que al igual que, la anterior ya no era tan complicada porque, estaba fundamentada en todo el proceso que se había llevado a cabo, durante las sesiones anteriores, por tanto, en esta técnica la paciente, debía auto verbalizarse cuando, se presenten situaciones que ella crea, que sean amenazantes para ella de tal modo, que ella sea la que pueda discernir los pensamientos que le generan perturbación y así mismo lo pueda desechar por pensamiento mas racionales que le hagan tener una conducta más funcional, lo cual le ha sido de gran utilidad.

## **RECOMENDACIONES**

Se debe enfatizar que los pensamientos irracionales, pueden generarse a partir de, cualquier situación, y que deben ser identificados por la paciente a fin, de poder corregir esos pensamientos disfuncionales por otros más racionales para que de esta, manera se pueda manejar las situaciones mediante comportamientos funcionalmente aceptables, dentro del contexto en el que se encuentre la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

Almagro, A. (2017). ¿Qué son los pensamientos irracionales?. Instituto Bitácora. Recuperado de <http://institutobitacora.org/que-son-pensamientos-irracionales>.

Arosemena, M. (2018, Mayo). Psyciencia. Albert Ellis: Vida y obra de un terapeuta excéntrico y confrontativo. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/albert-ellis-vida-y-obra-de-un-terapeuta-excentrico-y-confrontativo/>

Bados, A. (2010, Abril). Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. La Técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/43436214>.

Bertomeu, E. ( 2019, Febrero). Las creencias irracionales. Edupsicólogo. Recuperado de <https://edupsicologo.com/las-creencias-irracionales/>

De Gyves. L ( 2019, Noviembre). Ansiedad perturbadora. Scribd. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/434087043/Ansiedad-Perturbadora>

Fundación mayo para la educación e investigación médicas. (2020). Trastorno obsesivo compulsivo. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases/conditions/obsessive-compulsive-disorder/symptoms-causes/syc-20354432>

Hé Hernández, G. (2014). Comportamiento. Plethora. Recuperado de <https://consulta-psicologica.com/diccionario-de-psicologia.html>

Jara, V. (2012, Enero). Desarrollo del pensamiento y teorías cognitivas para enseñar a pensar y producir conocimientos. Sophia, Colección de Filosofía de la Educación.(12) ,53-66

Jon, E. Grant, J. M,D. y M,P (2014, Noviembre). Trastorno obsesivo compulsivo. Intramed. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=85676#>

Jorge, B. ( 2018, Marzo). La psicología te ayudará a superar tus problemas. Blancajorge. Recuperado de <https://www.blancajorge.com/>

Mendieta, J. (2013, Abril). Pensamiento racional vs. Pensamiento irracional. Gabinete de Psicología M&M. Recuperado de <https://www.gabinetedepsicologia-mm.com/2013/04/03/pensamiento-racional-vs-pensamiento-irracional-en-tiempos-de-crisis/>

Morales, C. (2020, Enero). ¿Qué son y cómo se manejan las creencias irracionales?. Carlos Lios Morales. Recuperado de <https://psicocarlosmorales.wordpress.com/2018/01/04/que-son-y-como-se-manejan-las-creencias-irracionales/>

Pedroza, R. (Julio-Diciembre, 2015). Reeducción cognitiva- emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. (6), p. 5.

Rojas, C. De lima, M. Mobilli A. (2014) .El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (3), 208-21

Ruiz, M. (Ed.). (2017). Manuel de técnicas de intervencióm cognitivo conductuales. España, Bilbao: descleé de brower.

## ANEXOS

### Anexo 1.

### HISTORIA CLÍNICA

HC. # 1

Fecha:

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Género:

Estado civil:

Religión:

Instrucción:

Ocupación:

Dirección:

Teléfono:

Remitente:

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

#### 3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

#### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

b. Tipo de familia.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

#### 5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



## **6. HISTORIA PERSONAL**

### **6.1. ANAMNESIS**

**6.2. ESCOLARIDAD** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

### **6.3. HISTORIA LABORAL**

### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

**6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE** (ocio, diversión, deportes, intereses)

### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

**6.7. HÁBITOS** (café, alcohol, drogas, entre otros)

### **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

### **6.9. HISTORIA MÉDICA**

### **6.10. HISTORIA LEGAL**

### **6.11. PROYECTO DE VIDA**

## **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

**7.1. FENOMENOLOGÍA** (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

**7.2. ORIENTACIÓN**

**7.3. ATENCIÓN**

**7.4. MEMORIA**

**7.5. INTELIGENCIA**

**7.6. PENSAMIENTO**

**7.7. LENGUAJE**

**7.8. PSICOMOTRICIDAD**

**7.9. SENSO PERCEPCION**

**7.10. AFECTIVIDAD**

**7.11. JUICIO DE REALIDAD**

**7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:**

**7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**

**8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

## **9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

| <b>Función</b>            | <b>Signos y síntomas</b> | <b>Síndrome</b> |
|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Cognitivo                 |                          |                 |
| Afectivo                  |                          |                 |
| Pensamiento               |                          |                 |
| Conducta social - escolar |                          |                 |
| Somática                  |                          |                 |

**9.1. Factores predisponentes:**

**9.2. Evento precipitante:**

**9.3. Tiempo de evolución:**

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

## **11. PRONÓSTICO**

## **12. RECOMENDACIONES**

## **13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

| <b>Hallazgos</b> | <b>Meta Terapéutica</b> | <b>Técnica</b> | <b>Número de Sesiones</b> | <b>Fecha</b> | <b>Resultados Obtenidos</b> |
|------------------|-------------------------|----------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|
|                  |                         |                |                           |              |                             |
|                  |                         |                |                           |              |                             |
|                  |                         |                |                           |              |                             |

Firma del pasante

## Anexo 2

The image shows a Zoom meeting interface on a mobile device. At the top, the time is 16:18 and the battery level is 35%. A red 'GRAB.' (Recording) indicator is visible. The main screen displays a presentation slide titled 'Estructura de trabajo escrito' (Structure of written work). The slide lists the following components:

- Caratula
- Dedicatoria
- Agradecimiento
- Autorización de la autoría intelectual
- Certificación del tutor
- Resumen
- Resultado del trabajo de graduación
- Informe final del sistema Utkund
- Índice general
- Otros índices (de ser necesarios)

On the right side of the slide, a detailed table of contents is shown:

- INTRODUCCIÓN (1 pág.)
- DESARROLLO
  - Justificación y Objetivo(s) (1 pág.)
  - Sustentos teóricos (8 pág.)
  - Técnicas Aplicadas para la recolección de la información (2 pág.)
  - Resultados Obtenidos (6 pág.)
- CONCLUSIONES (2 pág.)
- BIBLIOGRAFÍA
- ANEXOS

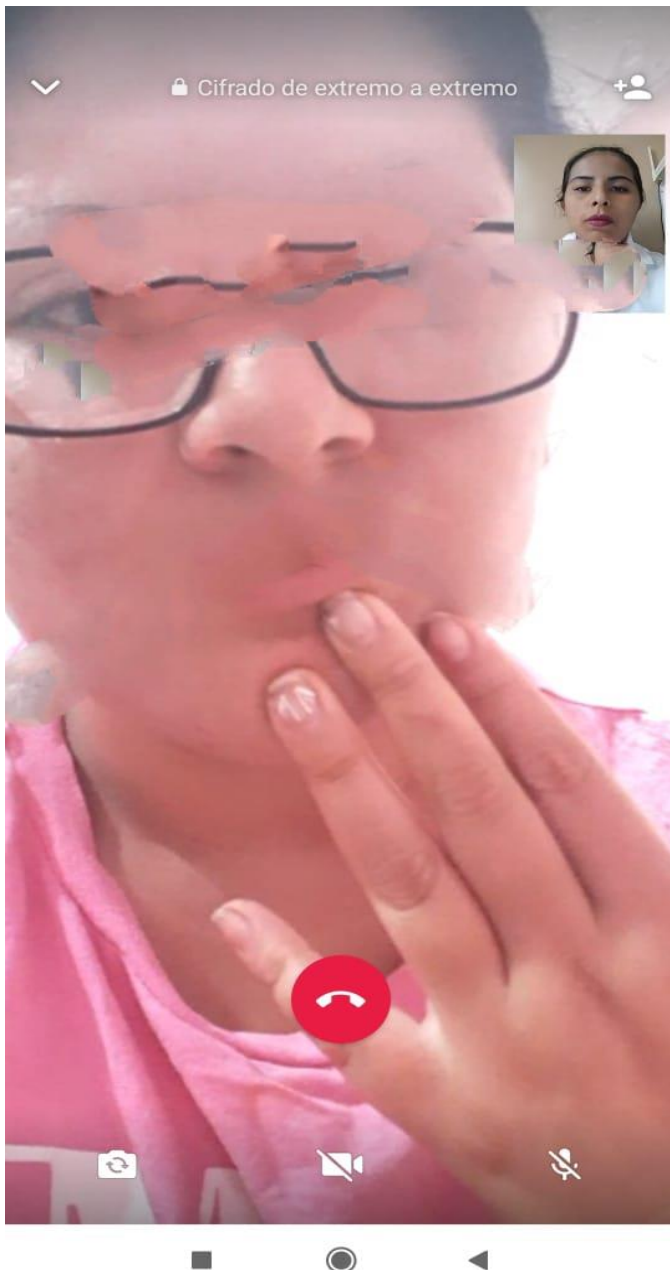
Below the slide, the Zoom interface shows a list of participants:

- GENESIS BELEN NUÑEZ GUERRERO (...)
- ARANA CADENA RICARDO ME... >
- ERWIN ALEXANDER MOYANO ... >
- ARANA CADENA RICARDO ME... >

At the bottom, there is a section for 'Otras personas en la reunión (6)' (Other people in the meeting (6)), showing a partial view of another participant's profile and control icons for mute, video, and chat.

TUTORIAS DEL ESTUDIO DE CASO POR MEDIO DE MEET

### Anexo 3.



SESIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE MEDIANTE VIDEO LLAMADAS POR WHATSSAPP