

Cuando el pensamiento habla y el sentimiento calla. La ansiedad y compulsión desde un abordaje sistémico

Bautista Romero, Karina

2021

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5069>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



CUANDO EL PENSAMIENTO HABLA Y EL SENTIMIENTO
CALLA. LA ANSIEDAD Y COMPULSIÓN DESDE UN ABORDAJE
SISTÉMICO: ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.

DIRECTORA DEL TRABAJO

DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

presenta

KARINA BAUTISTA ROMERO

Índice

<i>Contenido</i>	<i>Página</i>
Resumen	4
Introducción	6
Objetivos terapéuticos	19
Datos de identificación	20
Motivo de consulta	22
Instrumentos de evaluación	22
Diagnóstico del paciente	25
Formulación del tratamiento	27
Implementación del tratamiento	29
Descripción de las sesiones	33
Resultados	35
Factores asociados la terapeuta	39
Discusión	41
Anexos	44
Referencias	51

Índice de figuras

Figura	Título	Página
1	Genograma	21
2	Resultados primera sesión	36
3	Resultados quinta sesión	37
4	Resultados décima sesión	38
5	Inventario de depresión de Beck	45

Índice de Tablas

Tabla	Título	Página
1	Sesiones	30
2	Descripción de la sesión 7	31
3	Descripción de las sesiones	33
4	Escala Enojo Rasgo	44
5	Inventario de ansiedad de Beck	48
6	Escala Global	49

Resumen

El objetivo de este estudio de caso es describir la sistematización del proceso terapéutico de un hombre de 29 años de edad que inicia acompañamiento a través de terapia en línea al servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla, que supervisa a los estudiantes de la maestría en Psicoterapia. El motivo de consulta del paciente es que padece crisis de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada) por cambio de trabajo, la contingencia y necesidad de estar limpiando (compulsión- trastorno de personalidad obsesivo – compulsivo) que le lleva a tener problemas con su pareja. El acompañamiento terapéutico se llevó a cabo durante 13 sesiones abordado desde un enfoque sistémico. Los resultados del proceso se realizaron de manera cualitativa y cuantitativa a través de la utilización de los siguientes instrumentos: la escala de Enojo rasgo, inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck y Escala Global. Al finalizar el tratamiento se logró una disminución de la ansiedad, cambios en la comunicación con su pareja, disminución de sus pensamientos de que algo malo va a pasar, disminución en la compulsión de la limpieza.

Palabras claves: Trastorno obsesivo - compulsivo, trastorno ansiedad generalizada, enfoque, estudio de caso clínico.

Abstract

The objective of this case study is to describe the systematization of the therapeutic process of a 29-year-old man who begins accompaniment through online therapy channeled by Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) at

Universidad Iberoamericana, which supervises students of the master's degree in Psychotherapy. The chief complaint is suffering from anxiety about changing jobs, due to the contingency and need to be cleaning (compulsion) that leads to problems with your partner. The therapeutic accompaniment was carried out during 13 sessions approached from a systemic approach. The results of the process were given in a qualitative and quantitative way through the use of instruments such as: Escala Enojo-Rasgo, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck y Escala Global. The results obtained are: decreased anxiety, changes in communication with your partner, decreased catastrophic thoughts and less compulsive thoughts about cleanliness

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, approach, clinical case study.

Introducción

El inicio de un confinamiento en casa por el SARS-CoV-2, a partir del mes de marzo de 2020, llevó a que las terapias psicológicas que se desarrollaban en un consultorio de manera presencial, se transformaran en terapias en línea.

Las intervenciones por internet (ciber terapias) se han convertido en una nueva modalidad de tratamiento (Andersson, 2009). De esta manera surge la ciber- terapia como una modalidad de ayuda a personas que buscan resolver asuntos relacionales y de la vida utilizando como medio de comunicación internet (Ramírez-Moreno, et al., 2007). siendo característico de las ciber terapias el que la comunicación se produce sin proximidad o contacto físico, existiendo un gran potencial de interactividad y retroalimentación (Andersson, 2009).

Al respecto Kaltenthaler, Parru, y Berverley (2004, pp. 31-55) aseveran que estas intervenciones pueden incluir procedimientos desde diagnósticos, psicoterapia, hasta supervisiones.

Mercado (2020) “ Enfatiza que entre los servicios de psicoterapia, la necesidad del terapeuta de flexibilizar sus servicios para poder asistir a sus consultantes (pacientes) – aunque no sea físicamente– se ha vuelto imperiosa” en (Gagliesi, 2020), Aun considerando el posible agravamiento de aquellos cuya sensibilidad emocional se ha agudizado por la crisis que atraviesa gran parte del mundo y, asimismo, por los efectos clínicos adversos que se experimentan por los periodos prolongados de aislamiento social.

Dentro del programa académico de la maestría en psicoterapia, se realiza un año de prácticas supervisadas con dos enfoques: El humanista y el sistémico.

La supervisión clínica es un área profesional que reviste gran importancia en la formación de psicoterapeutas, debido a que no sólo aporta retroalimentación al trabajo técnico, sino que promueve una práctica ética, además del cuidado y bienestar del paciente, la actualización constante del psicoterapeuta y su autoobservación, entre otros beneficios.

Selicoff (2006, p 45.) agrega que si bien se trata de una relación donde hay una jerarquía, el vínculo o alianza entre supervisor y supervisado debe ser colaborativo, de modo que se compartan ideas para el manejo de los casos y ambos profesionales se enriquezcan.

La supervisión cumple a su vez con varias funciones: por un lado, mejora las habilidades psicoterapéuticas de quien es supervisado, también hace un control sobre la calidad del servicio terapéutico que se ofrece e incluso, en los programas de posgrado, puede funcionar como un filtro de selección para separar a aquellas personas que pueden dedicarse a esta labor de las que no están calificadas. Goodyear & Bernard, 1998; Milne, 2007, (citados en Villafuerte, 2016, p. 2).

Por su parte, O'Donovan, Halford y Walters (2011, p.2) sugieren que la supervisión tiene una “función restauradora” porque constituye un medio para que el supervisado obtenga bienestar y crecimiento personal a través del apoyo que se brinda y que es base fundamental en la formación psicoterapéutica. Un beneficio directo de este apoyo es que el psicoterapeuta puede concentrarse más eficientemente en su cliente al disminuir su propia ansiedad y separando con eficacia los temas personales de los profesionales.

La supervisión es una herramienta a la que se puede recurrir aún cuando ya se tiene amplia experiencia como clínico, ya que siempre resulta útil recibir retroalimentación sobre el propio desempeño, así como recibir consejo sobre cómo manejar con mayor eficacia los

casos complicados, o bien, como mencionan Holloway y Neufeldt (1995, p. 2) para formar “una comunidad de aprendizaje entre profesionales” de diversos modelos.

Es importante mencionar que el objetivo de sistematizar es hacer referencia al ordenamiento y clasificación de datos e información, estructurando de manera precisa categorías, relaciones, posibilitando la constitución de base de datos organizados, etc. En la sistematización de experiencias, partimos de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra propia práctica, (Jara, 2001).

La sistematización de intervenciones en la práctica clínica consiste en hacer un análisis sobre el proceso terapéutico con la intención de poder identificar los elementos que promueven la mejora del paciente, incluyendo tanto las actuaciones del terapeuta como la retroalimentación del paciente, suponiendo que son estas interacciones las que generan el cambio (Agrelo, 2011, p.11).

Cabe mencionar que en este trabajo se hace la sistematización de 13 sesiones, donde se plantean los objetivos terapéuticos y se rescatan los resultados tanto cuantitativos como cualitativos. Dichas intervenciones fueron grabadas para fines educativos con la garantía de confidencialidad con el consentimiento expreso del paciente a través de la firma de tres documentos que forman parte del protocolo de OPTA.

Por otro lado, en relación al caso del paciente que abordaremos, cuyo motivo de consulta se encuentra relacionado con la ansiedad, es importante mencionar que Schalatter

(2003, p. 12) la define como una sensación subjetiva que se presenta ante situaciones que se valoran como amenaza o riesgo.

Beck (2013) señala que en la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana.

De igual manera, decir que la palabra ansiedad viene de un vocablo que significa “preocupación por lo desconocido” y también está relacionada con la palabra griega que significa comprimir o estrangular. (Trickett, 2012).

La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck,1985), citado en Beck, 2013.

De estas definiciones y de la información obtenida del paciente se puede decir que padece de Trastorno de ansiedad generalizada, tomando en cuenta que: La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad persistente (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. López, 2005, p. 2

Los criterios del DSM – 5 (APA 2014) para el trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1) establecen:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente agitado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica por otro trastorno mental (p.ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo – compulsivo, separación de la figura de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos , percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por

enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o trastorno delirante.

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. (American Psychiatric Association, 1994/1995; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994).

El TAG requiere que la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos produzcan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. Tal como indican los datos de Wittchen y cols. (1994), el TAG interfiere mucho en la vida de los pacientes, les empuja a buscar ayuda profesional, especialmente médica, y/o les lleva a tomar medicación. (López, 2005, p.5).

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento (Navas, 2012, p. 8).

En el caso del paciente M, cumple con los criterios del trastorno de ansiedad generalizada, en tiempo y en síntomas (inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente agitado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, tensión muscular, problemas de sueño -dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

Dentro de los trastornos relacionados con la ansiedad tenemos el trastorno obsesivo compulsivo, el cual, para Schalatter (2003, p. 112) consiste en la presencia repetida y molesta

de obsesiones (pensamientos, imágenes, etc.) y de compulsiones (conductas, a veces verdaderos rituales).

Las obsesiones consisten en pensamientos, imágenes y/o impulsos, derivados de preocupaciones y aspectos importantes de la vida de la persona, que invaden la mente de la misma en contra de su voluntad. Sean de la forma que sean, las obsesiones causan tal malestar e incomodidad que la persona siente que debe hacer algo para detenerlas, para alejarlas de su mente y recobrar así su tranquilidad y bienestar. (Villarroya, 2016, p5).

A su vez, Schallatter (2003) opina que las compulsiones son comportamientos o actos mentales (contar, repetir mentalmente palabras, limpieza) de carácter repetitivo, que la persona se ve obligada a realizar para que desaparezcan en la obsesión y la ansiedad que la acompaña.

Las compulsiones son conductas, encubiertas o manifiestas, cuya finalidad es reducir el malestar generado por las obsesiones. Suelen estar relacionadas con el contenido de la obsesión. Las compulsiones son realizadas de manera voluntaria, aunque a veces el individuo se vea forzado a realizarlas (Belloch et al., 2011).

Así mismo, Belloch asevera que, a diferencia de las obsesiones, las compulsiones son voluntarias, ya que es la propia persona afectada la que “decide” realizarlas.

En el Trastorno obsesivo- compulsivo se han descrito algunas de las dificultades que presentan aquellos que los padecen, en relación a la identificación (habilidades intrapersonales) y expresión (interpersonales) de pensamientos y emociones,

circunstancias que contribuyen al aislamiento social y a la pérdida de confianza que frecuentemente los incapacita para la vida productiva. (Salovey, 1997, p.14).

Los dos sistemas clasificatorios de los trastornos mentales más utilizados actualmente, el DSM-5 (APA, 2014) y la CIE-10 (OMS, 1984), coinciden en los elementos que hay que tener en cuenta para llevar a cabo el diagnóstico de un TOC. A continuación, se muestran los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014, pp145-146.):

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún 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.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción

de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Villarroya (2016) nos describe que el Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (O-CCWG), constituido en 1996 por investigadores y clínicos expertos en el TOC y en psicopatología cognitiva de distintos países y liderado por Gail Steketee y Randy O. Frost, tiene como objetivo examinar las aportaciones que muchos de los componentes del grupo realizaban a la comprensión del TOC para así hallar claves comunes que favorezcan el avance en el tratamiento psicológico. La primera aportación de este grupo fue el consenso de las áreas de creencias disfuncionales que están presentes en el TOC y que se exponen a continuación:

1. Sobrestimar la importancia del pensamiento
2. Importancia de controlar los pensamientos
3. Sobrestimar el peligro
4. Responsabilidad excesiva
5. Intolerancia a la incertidumbre
6. Perfeccionismo

Se enfatizan los que presenta el paciente:

Sobrestimar el peligro: se tiende a exagerar la probabilidad de ocurrencia de sucesos peligrosos o dañinos relacionados con la vida cotidiana o el mundo en general.

Intolerancia a la incertidumbre: Se basa en que la persona tiene que estar absolutamente segura de sus pensamientos y acciones si quiere reducir el malestar

que provocan las dudas, los pensamientos surgidos por la novedad, la ambigüedad y la posibilidad de que ocurran eventos negativos. Incluye creencias sobre la necesidad de certeza absoluta creencia de que uno tiene poca capacidad para afrontar los cambios impredecibles, y creencias sobre la dificultad de desenvolverse de manera adecuada en situaciones ambiguas. Un aspecto relevante relacionado con la intolerancia a la incertidumbre es la duda, que, desde el punto de vista clásico, constituye el elemento nuclear del trastorno (Belloch, Cabedo y Carrió, 2011).

Las personas con TOC suelen tener dificultades en la toma de decisiones, ya que a menudo son más cautos, les lleva más tiempo decidir, suelen pedir que se les repita la información con más frecuencia y, además, suelen mantener dudas sobre lo correcto o no de su decisión.

Perfeccionismo: Se refiere a la valoración de que hay una solución perfecta para cada problema o situación, que, además, no sólo es posible, sino que es necesario hacer las cosas perfectamente, y que incluso los errores más pequeños pueden tener graves consecuencias.

Hay personas con TOC que no dejan de hacer lo que están haciendo en ese momento hasta que sienten que las cosas ya están como deben estar.

Los efectos del TOC no se limitan únicamente al individuo con el trastorno. Los padres, cónyuges, hermanos y otros en el entorno del individuo afectado, pueden verse impactados o promover el trastorno y sus respuestas a las dificultades pueden desempeñar un papel importante en el curso que toma el trastorno. Lebowitz, Panza, Su, & Bloch, (2013). Es por ello que con el paciente M. se trabaja bajo un enfoque sistémico que nos permitirá entender de donde surge su compulsión por la limpieza.

En cuanto a la terapia familiar sistémica, Ortiz (2008) la describe como un: proceso de acompañamiento a las personas en sus dificultades para encontrar alternativas a las mismas. Este trabajo psicoterapéutico requiere la adopción de una nueva manera de ver el mundo y lo que sucede en él, a través de la integración del enfoque sistémico.

El objetivo básico del terapeuta sistémico es ayudar a la persona o familia a construir una nueva “narrativa”, desarrollando nuevos patrones de sentimientos, acciones, interacciones y/o formas de percibir la realidad que hagan innecesario el problema o el síntoma por el que consultan (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002, citados en Moreno y Fernández 2014, p. 218).

Cornejo (2021) menciona que la terapia sistémica parte de la teoría general de sistemas que a su vez es planteada por Ludwig Von Bertalanffy, básicamente señalando, “El sentido de la expresión algo mística, el todo es más que la suma de sus partes reside sencillamente en que las características constitutivas no son explicable a partir de las características de partes aisladas.” (Bertalanffy, 1986).

De esta manera se explica que ciertos síntomas, que las personas desarrollan, son parte de síntomas que se han desarrollado en su grupo de pertenencia, por lo tanto, la aparición de estos y su remisión afectarán, de una u otra forma, tanto a los individuos como al grupo, es decir a todo el sistema. (Cornejo, 2021).

Por otro lado, entre los modelos de Psicoterapia Sistémica se encuentra la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Este modelo de terapia, surge en los años setenta, en respuesta a otros modelos cuya duración y complejidad, sobrepasaban la tolerancia y economía de las personas, que podían pasar días, meses y hasta años sin llegar a sentir remisión en sus

síntomas, y en ocasiones tampoco solucionar sus dificultades o problemas. El objetivo era experimentar con nuevas ideas y la premisa de la intervención era: “¿Qué es lo que funciona en la terapia breve?”. (Lipchik, Derks, Lacourt, & Nunnally, 2012), citados en Cornejo, 2021.

En este modelo se trabaja sobre las relaciones significativas del paciente y sobre los cambios que pueda promover una nueva lectura de los conflictos dada por el terapeuta (Canevaro, 2012).

Es importante mencionar que en la terapia sistémica se pueden generar hipótesis basadas en diferentes áreas, (Moreno 2014, p. 231). A continuación, se indicarán las planteadas en el proceso de M:

- Ciclo vital familiar
- Funcionalidad del síntoma en la familia, como una forma de evitar o provocar un cambio.
- La estructura familiar disfuncional (subsistema parental débil, coaliciones intergeneracionales).
- La repetición de cargas emocionales, roles o patrones relacionales de la familia de origen.
- Las creencias o visiones de las realidades individuales, familiares o culturales que mantienen el problema y dificultan la puesta en marcha de alternativas.

Para poder generar las hipótesis la información obtenida del paciente es fundamental, es por eso, que se utilizaron principalmente las preguntas circulares.

Al realizar la primera entrevista, se obtuvieron respuestas a las preguntas lineales que dieron información para poder crear el genograma.

El genograma es un medio para conceptualizar visualmente, en términos de los miembros y sus relaciones, a la familia y el sistema más amplio. Debiendo incluir la siguiente información:

- Miembros del sistema familiar, incluyendo miembros adoptivos.
- Delimitación de la familia nuclear.
- Todos los miembros del sistema familiar extenso.
- Fechas de nacimiento.
- Muertes, con sus respectivas fechas.
- Uniones, matrimonios.
- Separaciones y divorcios.
- Embarazos, pérdidas y abortos.
- Profesiones, ocupaciones.

(Stratton, & Pote, & Cottrell, & Boston, & Shapiro, & Hanks, & Otero-Campos, (2004.)

Objetivos terapéuticos

Determinar que se desea lograr con el paciente, desde el enfoque sistémico, se deben establecer metas. Los referidos autores afirman que el establecimiento de las metas debería ser planteado en una manera que exprese la posibilidad de cambio, y debería transmitir la expectativa de que el cambio es posible.

Es por ello que se plantea lo siguiente:

Objetivo general:

- Sistematizar un caso clínico supervisado con enfoque sistémico

Objetivo general terapéutico:

- Disminuir los pensamientos obsesivos y la compulsión por la limpieza.

Objetivo Específicos terapéuticos

- Reducir los síntomas de ansiedad
- Identificar herramientas para el manejo de la compulsión de la limpieza
- Mejorar la relación con la familia.
- Reforzar el autoestima y confianza.

Caso clínico**Datos de identificación**

M, seudónimo que utilizaremos para referirnos de ahora en adelante al paciente acompañado en el proceso terapéutico, es un hombre de 29 años de edad, estado civil casado por 3 años, católico, originario de la ciudad de Puebla. Actualmente trabajador en un call center. Tiene dos hijos de 5 y 3 años. Con escolaridad trunca de Diseño Gráfico cursada en Universidad pública.

Mide aproximadamente 1.65 metro de estatura, de complexión robusta, de tez moreno claro, cabello castaño oscuro y ojos cafés, utiliza lentes, tono de voz fuerte y claro.

M, es el menor de tres hermanos. Sus padres siguen casados desde hace 35 años. Con ambos mantiene buena relación, pero describe que siente más cercano a su madre. En relación a sus hermanos, manifiesta que con su hermana se lleva bien, son unidos, sin embargo, con su hermano mayor se lleva muy mal.

Es la segunda vez en un proceso terapéutico, la primera vez fue hace 2 años después de un intento de suicidio. Actualmente acude al psiquiatra una vez al mes para revisión y ajuste de medicina. Está tomando Sertralina. A continuación, se presenta el genograma.

Genograma

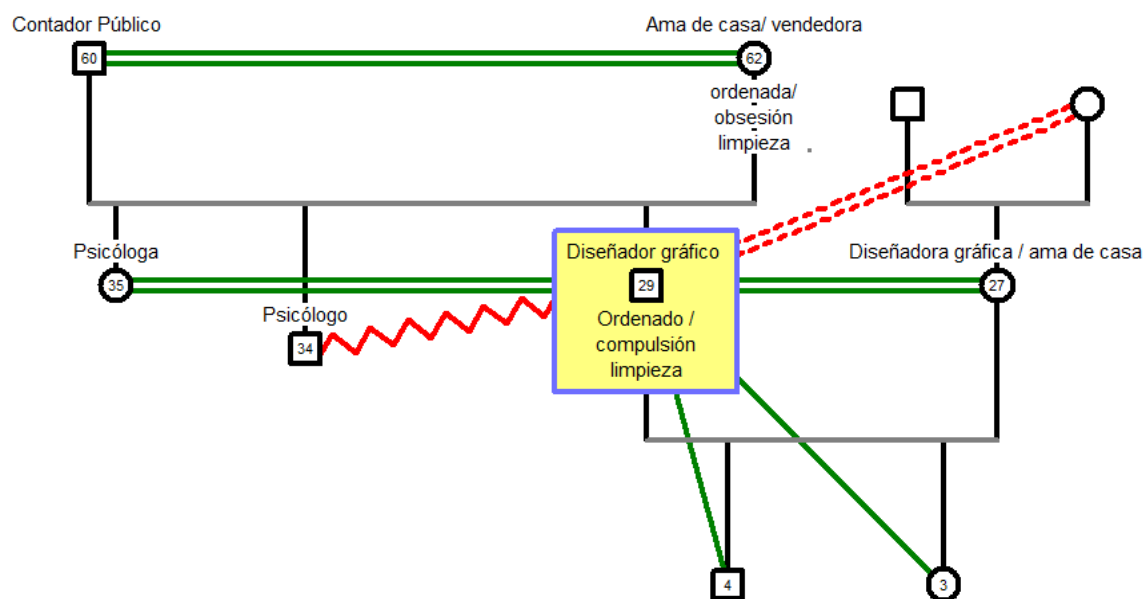


Figura 1. Genograma. Elaboración propia.

Motivo de consulta

Dentro del encuadre de la primera sesión, se le pregunta a M cuál es su motivo de consulta a lo que refiere tener crisis de ansiedad por cambio de trabajo y por la contingencia:

[mi ingreso a terapia] “fue motivado por mi esposa, ya había estado previamente en otra [terapia],” pero me quedaba muy lejos el lugar, es más que nada por episodios de ansiedad, la irritabilidad es muy (...), mi humor está muy variable, hay problemas con la familia y el trabajo.”

M, muestra preocupación por sus crisis de ansiedad y quiere trabajar en él para mejorar su relación con su esposa e hijos. Relata que ha sido inestable en los trabajos y eso le provoca miedo en este trabajo que está comenzando pues quiere ser más independiente de la familia de su esposa ya que los apoyan económicamente.

Instrumentos de evaluación

En este proceso de acompañamiento terapéutico se aplicaron instrumentos de evaluación para obtener resultados cuantitativos con la finalidad de medir la presencia de determinados síntomas. Las aplicaciones de dichos instrumentos se hicieron de manera virtual, en el caso de M mandó sus pruebas antes del inicio de la primera sesión. En la sesión 5 y 10 se aplicaron al comienzo de la terapia.

Los instrumentos que se aplicaron son:

Escala de enojo rasgo: Fue creada por Moscoso y Spielberger en 1999 y validada en México por Álcazar en 2011. La finalidad del instrumento es medir la predisposición de la persona al experimentar enojo. Esta escala consiste en 10 ítems, los puntos de corte van de 10 a 40, el puntaje igual o mayor a 23 significaría una mayor frecuencia a experimentar enojo en

comparación con la mayoría de la gente. El Alfa de Cronbach es de .83 es decir, presenta una confiabilidad aceptable.

La escala mide tres factores: dos asociados con exacerbación del enojo (ideas de venganza y pensamientos peyorativos/denigrantes) y uno asociado al autocontrol del enojo.

Inventario de Depresión de Beck (BDI): Mide la intensidad de los síntomas y aspectos conductuales asociados a la depresión. Consiste en 21 preguntas, las cuales tienen 4 posibles respuestas en donde el puntaje va de 0 a 4. Se le pide a la persona que elija la opción de respuesta que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas. Los puntos de corte son: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión severa (a partir de 30 puntos). Su Alfa de Cronbach es de .87, lo cual indica que su confiabilidad es aceptable (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loropena y Varela, 1998).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Su propósito es medir la intensidad de los síntomas asociados a la ansiedad. Se trata de 21 reactivos y el paciente responde en relación a las últimas dos semanas. El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Las opciones de respuesta son: 0= “Poco o nada”, 1= “Más o menos”, 2=

“Moderadamente”, 3= “Severamente” y se evalúa de la siguiente manera: ansiedad mínima (0-5 puntos), leve (6-15 puntos), moderada (16-30 puntos) y severa (31-63 puntos). Su Alfa de Cronbach es de .84 lo que indica una confiabilidad aceptable (Robles, Varela, Jurado y Paéz, 2001).

Escala global de afectación.: Mide el funcionamiento de una persona en las diversas áreas de la vida: laboral, escolar, relaciones de amistad, familia y pareja, salud física y sexual. Consta de 7 reactivos y el paciente responde de acuerdo a cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.

Aplicación de los instrumentos

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo durante las sesiones 1, 5 y 10 con la finalidad de ver los cambios durante el proceso terapéutico. En el caso de la aplicación para la sesión 1 el paciente las mandó contestadas, en el caso de la 5 y 10 fueron aplicadas antes de iniciar la sesión a través de la proyección de las pruebas a través del compartir pantallas, pues cabe recalcar que las sesiones son llevadas de manera virtual.

En el caso de los instrumentos y técnicas cualitativos se emplearon la Observación directa, entrevista clínica, protocolo OPTA, reportes de sesiones psicoterapéuticas y genograma.

Diagnóstico del paciente

De los datos obtenidos a través de la entrevista, los instrumentos de evaluación y el protocolo de OPTA y considerando el diagnóstico multiaxial se puede decir lo siguiente:

Diagnóstico multiaxial. APA (2002)

Eje I: 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Eje II: Trastorno obsesivo compulsivo (F42.2)

Eje III: No presenta

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG 65

Formulación del caso

Problema del paciente

M, refiere tener crisis de ansiedad por cambio de trabajo y por la contingencia.

Al inicio de sus sesiones M, menciona la necesidad de tener limpia su casa todo el tiempo y que debido a que ahora están en casa todo el día, la limpieza se ve disminuida porque sus hijos están jugando por todos lados, lo que le provoca ansiedad y no puede dejar de pensar en que la casa está sucia.

En la relación de pareja, a raíz de sus compulsiones por la limpieza presenta problemas con su esposa, lo que los ha llevado aún distanciamiento afectivo y sexual. Problemas de comunicación en la forma de llevar las finanzas, la educación de los hijos y expresión de sentimientos y deseos.

En relación en la parte social M, menciona tener un grupo de amigos (5) con los cuales lleva una buena relación pues no le gusta “estar enojado con nadie”, a raíz del confinamiento añora tener su noche de juego.

En cuanto a su relación familiar, M tiene una buena relación con sus padres, refiere tener apoyo cuando lo solicita, y a lo largo de su historia familiar, menciona que cuando decidió cambiar de carrera, no hubo objeción por parte de ellos. Incluso cuando les informó a sus padres que iba a ser papá lo apoyaron para que se llevara a cabo la boda y expresaron felicidad por ser abuelos. En referencia a su hermana mantiene una buena relación, de respeto y confianza, e incluso en un aborto que tuvo su hermana él estuvo muy cerca de ella. A diferencia de su hermano mayor, con quien refiere tener muchos problemas, ya que lo hacía sentir menos a través de los insultos y desprecio. Comenta que esta relación con su hermano lo llevó a tener ideas suicidas con 1 intento.

En respecto a la familia política, tiene mala relación con su suegra porque las cosas se tienen que hacer como ella dice porque económicamente aporta una cantidad muy fuerte que los ayuda vivir, se hace cargo de los gastos académicos de sus hijos lo que lo lleva a sentirse un mal padre y esposo por no poder mantener a su familia y acatar lo que la suegra le dice, lo que también le lleva a tener problemas con su esposa.

Dentro del área profesional M, ha sido muy inconstante en sus trabajos, no ha durado más de 6 meses en ellos, porque duda de su capacidad para ejercer el puesto que tiene lo que le lleva a sentirse frustrado y con baja autoestima.

En relación a sus hijos vive constantemente preocupado por no estarles dando tiempo de calidad y reconoce que le cuesta poner límites con sus hijos, ya que no quiere que sientan que no los quiere o que no les importa.

En cuanto a su personalidad podemos decir que M tiene rasgos obsesivos compulsivos pues “posee de una gran autodisciplina, se rige por el intelecto y no por las emociones y suele ser reservado y poco efusivo afectivamente. Es propenso al estrés cuando su comportamiento se acerca a su patrón de conducta”. (Caballo, 2007, p. 233).

Formulación del tratamiento

El trabajo terapéutico que se realizó con M, fue desde un enfoque sistémico, por lo que fue importante indagar acerca de su familia nuclear y la extensa para poder entender de donde surgen sus pensamientos y compulsiones, así como los introyectos de lo que es una figura paterna, para poder obtener esta información, se hizo uso de las preguntas circulares. Como menciona Baños (1990) Las preguntas circulares están pensadas para recoger información y, al mismo tiempo, introducir información en el sistema familiar. Tienen como objetivo la observación de la diferencia y son, por lo tanto, una manera de introducir nueva información. Estas pueden ser acerca del estado/ comportamiento/ creencia de otro miembro de la familia; sobre las relaciones (directas o indirectas); acerca de futuros posibles y preguntas de escala o grado. (Stratton & Pote, & Cottrell, & Boston, & Shapiro, & Hanks, & Otero-Campos, 2004.)

También se trabajaron los límites que debían existir en la familia, por lo que fue importante indagar como fueron estos en su familia de origen, descubriendo que existieron límites difusos. Como nos dice Ortiz, 2008: “Las familias con este tipo de límites pueden presentar trastornos psicosomáticos, los niños pueden tener problemas de adaptación a la

escuela o el colegio, así como también depresiones”, en el caso de M se cambió el discurso que tenía de los límites y de la importancia de poner límites ante los berrinches de su hija la mayor.

En su historia de vida, tuvo un cambio drástico entre una etapa y otra por lo que también se trabajó con la etapa del ciclo vital de la familia. Es importante mencionar que el estudio del ciclo vital permite entender las fortalezas y debilidades del momento que transcurre las vidas de los integrantes de una familia, identificar las posibilidades de esta frente a las dificultades y obtener elementos de entendimiento. (Dávalos, 2007).

Para poder trabajar con su ciclo vital se llevó a cabo la técnica de “carta de despedida”. En el caso de los berrinches de su hija se utilizó la técnica de “haga algo diferente”, y para mejorar la relación de pareja la técnica de “quejas y anhelos”.

A continuación, se explica cada una de ellas:

Técnica: Haga algo diferente

En qué consiste: Se le pide al paciente, que cuando aparezca el berrinche de su hija, actúe de manera diferente, de lo que ha hecho hasta ahora. Es una tarea para introducir un cambio en la secuencia del problema, sin prejuzgar qué cambio tiene que ser.

Por qué se eligió ésta: Para romper con los esquemas, con lo acostumbrado a reaccionar ante los berrinches.

Es propuesta por Steve de Shazer y su equipo (de Shazer et al, 1986) y estratégica (Fisch, et al, 1982)

Técnica: La carta de despedida

En qué consiste: Se le solicita al paciente que escriba una carta de despedida a su yo de 24 años. Que detalle porque quiere prescindir de él.

Por qué se eligió: Se emplea esta tarea para motivar al paciente para el cambio y aceptación de su presente, ya que se halla en una situación ambivalente, en una fase contemplativa.

Esta tarea fue propuesta por White, 1989. pp. 62-63

Técnica: Quejas y anhelos

En qué consiste: Se le explica al paciente que con frecuencia bajo una queja se esconde un anhelo, que desean algo bueno.

Por qué se eligió: Para tener una negociación entre su pareja y él. Escucha de él otro

Tarea de: Gottman y Silver, 2000

Implementación del tratamiento

El proceso de las sesiones fue en un lapso de 4 meses (septiembre 2020 a diciembre 2020). La frecuencia fue de una vez por semana con una duración de 50 minutos por sesión en la plataforma de Zoom.

Durante cada sesión se fueron implementando diversas técnicas relacionadas con el enfoque sistémico.

Tabla 1. Sesiones

FECHA	SESIÓN	OBJETIVO
7 de Sept. 2020	Sesión 1	Entrevista inicial/ motivo de consulta
14 de Sept. 2020	Sesión 2	Obtener información para generar su genograma y trabajar la hipótesis 1 Circularidad en la familia.
21 de Sept 2020	Sesión 3	Rasgo de personalidad
28 de Sept 2020	Sesión 4	Bullying en casa (relación con el hermano)
5 de Oct 2020	Sesión 5	Ansiedad, límites con la familia extensa y nuclear
14 de Oct 2020	Sesión 6	Miedo a repetir patrones
21 de Oct 2020	Sesión 7	Adaptación a su etapa del ciclo vital
28 de Oct de 2020	Sesión 8	Rompiendo patrones/ limites
4 de Nov de 2020	Sesión 9	Nombrando la compulsión
11 de Nov de 2020	Sesión 10	Comunicación con la pareja
18 de Nov de 2020	Sesión 11	Personificación del tercero Trabajo de ideas de creencia de género y creencias del amor.

25 de Nov de 2020	Sesión 12	Estrategias de comunicación con la pareja
2 de Dic de 2020	Sesión 13	Cierre

Elaboración propia

A continuación, se presenta el desarrollo de una sesión:

Tabla 2. Descripción de la sesión 7.

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN # 7	
TÉCNICA EMPLEADA:	OBJETIVO DE LA SESIÓN:
Carta de despedida	Objetivo de la sesión: Motivar al paciente para el cambio y aceptación de su presente, ya que se halla en una situación ambivalente, en una fase contemplativa.

Elaboración propia

Sesión modelo

Dentro de la sesión se habla de la persona que fue cuando tenía 19 años, cuando tenía 24 y de la persona que es ahora. Ayudándole a que se sitúe en su presente.

Terapeuta (T): ¿Y esa persona en que te has convertido ahora con todos esos recursos que has rescatado en ti, que le diría a M. de hace 10 años?

Paciente (P): Hace 10 tendría 19 años, me cuesta ponerme en los zapatos de hace 10 años, que le diría, risas, me ubico más en un M. de hace 6 años.

T: ¿Qué es lo que más extrañas de esos 6 años?

P: mmm, silencio, la sensación de libertad, la sensación de que era muy fácil, darse escapadas, aprender cosas nuevas y ahora es más difícil, más complicado.

T: ¿Has dejado de aprender cosas?

P: Como antes si, antes me volcaba, me obsesionaba, ahora no me puedo volcar de manera obsesiva

T: Oye M, fíjate que dijiste ahorita en este párrafo dos veces obsesivamente. ¿Qué te dice la obsesión M.?

P: mmm algo que está constante en tu cabeza, que le echas todo.

T: La obsesión es de cierta manera sentirte lleno?

P: mmm, es tener un tema y hasta que surgía otro.

T: ¿Es no dejar que haya espacio vacío, te es difícil tener tu mente en blanco?

P: si, eso, si, siempre. Muchas veces que cuando logro hacerlo ahora me sorprende a mí mismo, pues es raro porque siempre tengo pensamientos.

T: ¿Sientes que te hace falta llenar más?

P: Si.

Descripción de las sesiones

Tabla no 3. Descripción de sesiones

No. de sesión	Fecha	Descripción de la sesión
1	7-Sep	Contrato terapéutico, motivo de consulta, Entrevista inicial Objetivo. Conocer las condiciones bajo las que se trabajará en las próximas sesiones.
2	14-Sep	Explorar motivo de consulta. Información sobre su contexto general, familia, amigos, escuela, pasatiempos. Objetivo. Obtener información para generar su genograma y trabajar la hipótesis 1
3	21-Sep	Continúa la exploración sobre su contexto general, familia, amigos, escuela, pasatiempos. Rasgo de personalidad. Objetivo. Localizar áreas importantes a trabajar. Resultado: Reconoce como hay patrones que tiene arraigado de su mamá la limpieza.
4	28-Sep	Se trabaja la neurosis de su limpieza y los problemas que le trae con su pareja. Objetivo. Sensibilizar al paciente para trabajar con su ansiedad. Resultado. Cambio de estrategias y de pensamientos a cambiar de pendientes sino tareas que tengan un propósito. Reconoce que no quiere cargar con su hermano, no lo quiere presente en su vida y que en la casa hay la idea de que los hermanos se deben hacer cargo del otro.
5	5-Oct	Se trabaja el concepto de límite con sus hijos Objetivo. Disminuir la ansiedad por el futuro, por cómo será como padre de familia. Resultado. M. trabajará el aquí y el ahora para poder establecer los límites, rompiendo la creencia que tiene que ser amigo de sus hijos.
6	14-Oct	Una emoción que sale a la luz es el miedo a aceptar la etapa del ciclo vital que está viviendo. Objetivo. Abordar el miedo y su raíz. Resultado. Ve la ganancia de su trabajo, logra tener una independencia económica y se siente que atrae más a su pareja. Manifiesta su inseguridad como defecto de su persona porque siempre sus papas lo criticaban. Se retoma el cuento de las monedas. Y se le acompaña a reconocer sus habilidades y vivir un presente.
7	21-Oct	Trabajar su obsesión, que es lo que le dice. Objetivo. Motivar al paciente para el cambio y aceptación de su presente, ya que se halla en una situación ambivalente, en una fase contemplativa.

		Resultado. Se le regresan los recursos de cómo se está reconstruyendo. A partir de lo que está viviendo ahora. Tiene que trabajar en el creer en sí. Se queda con, de una u otra forma, las cosas saldrán bien
8	28-Oct	Habla de las personas significativas como el bisabuelo (y se indaga lo trigeracional nuevamente). Objetivo. Re significación de lo que es ser padre, límites Resultado. Reconoce que en la historia familiar la violencia que hay y como está se rompió gracias al bisabuelo y el decide romper con patrones.
9	4-Nov	Trabajo de su compulsión por la limpieza y los problemas con su pareja. Objetivo. Identificación de los momentos en que surge la compulsión. Qué papel juega la compulsión y la relación de su pareja Resultado Encuentro de sus recursos, como está manejando las expectativas y que entiende por ellas.
10	11-Nov	Circularidad en la familia extensa, como fue su comunicación de pequeño. Comunicación con la pareja y familia. Objetivo. Separar la historia de los padres con la propia. Resultado. Logra identificar qué tipo de comunicación está tomando en su familia.
11	18-Nov	Trabajo de ideas de creencia de género y creencias del amor. Objetivo. Clarificar cuáles son sus responsabilidades reales Resultado. Manejo del tiempo fuera como una ganancia, y de las peleas que tienen con su pareja, que es lo que obtiene.
12	25-Nov	Recaída de pensamientos controladores, explorar la historia de su mamá y la comunicación. Objetivo. Sesión de contención y acompañamiento. Resultado. Planteamiento de cómo él ha sido resiliente en estos momentos de crisis. Encontrar una solución a las peleas.
13	2 – Dic	Cierre/ Comunicación con la pareja Objetivo: Sesión de cierre. Resultado: Reconocimiento de lo aprendido.

Elaboración propia

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de forma cualitativa desde el enfoque sistémico:

- Disminución de la ansiedad. Muestra una mejora en cuanto a reconocer sus emociones y conductas que le generan la ansiedad.
- Cambios en la comunicación con su pareja; cambio de su discurso que le permite ser más asertivo con ella.
- Disminución de sus pensamientos catastróficos
- Reducción en la compulsión de la limpieza.
- Establecimiento de límites hacia sus hijos.
- Identificación de mandatos familiares y creencias de género.
- Aceptación de la etapa de su ciclo vital familiar (manejo de su rol familiar).
- En la sesión 12, el cierre se llevó a cabo través de la exploración de los recursos adquiridos en su proceso terapéutico reconoce que durante su proceso realizó varios cambios significativos, como manejo de la ansiedad, la compulsión por la limpieza, la importancia de los límites en sus hijos.

En cuanto a los resultados cuantitativos se observa lo siguiente:

Con la aplicación de las pruebas en la primera aplicación del paciente se obtienen los siguientes resultados:

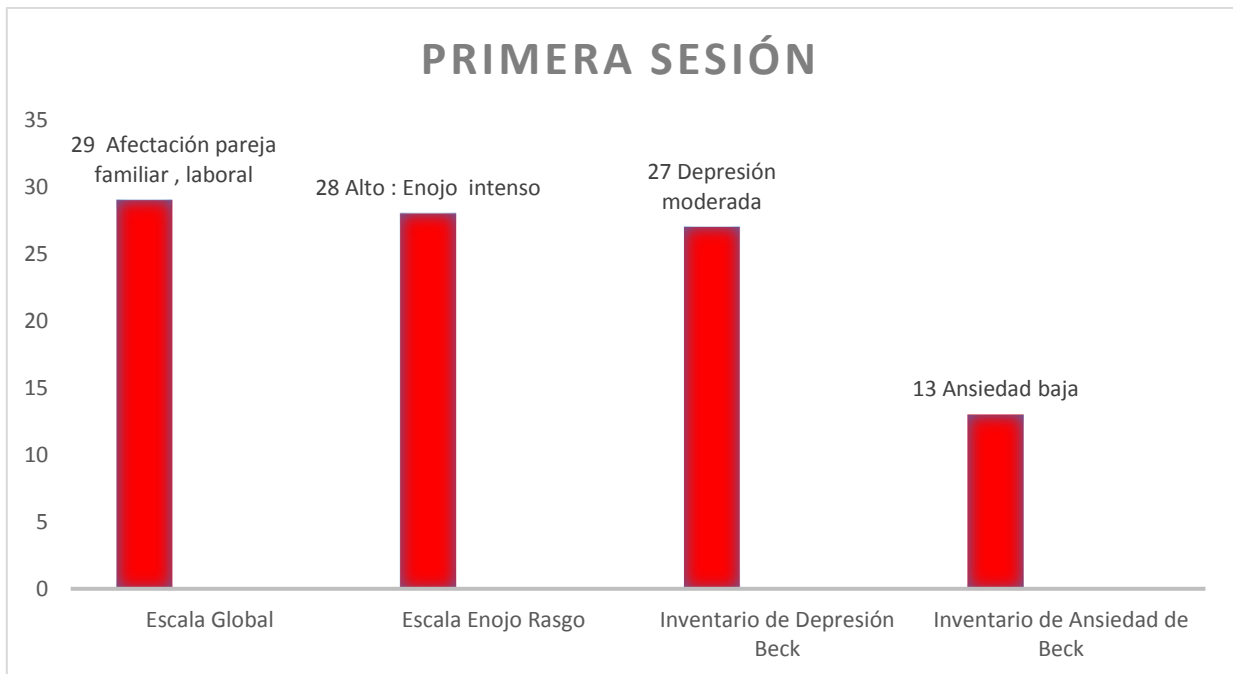


Figura no. 2 Resultados primera sesión

Se puede observar que los resultados de la primera sesión concuerdan con el motivo de consulta donde expresa sentir ansiedad y problemas con su pareja (enojos).

En la sesión número 5 se aplican los mismos instrumentos obteniendo los siguientes resultados:

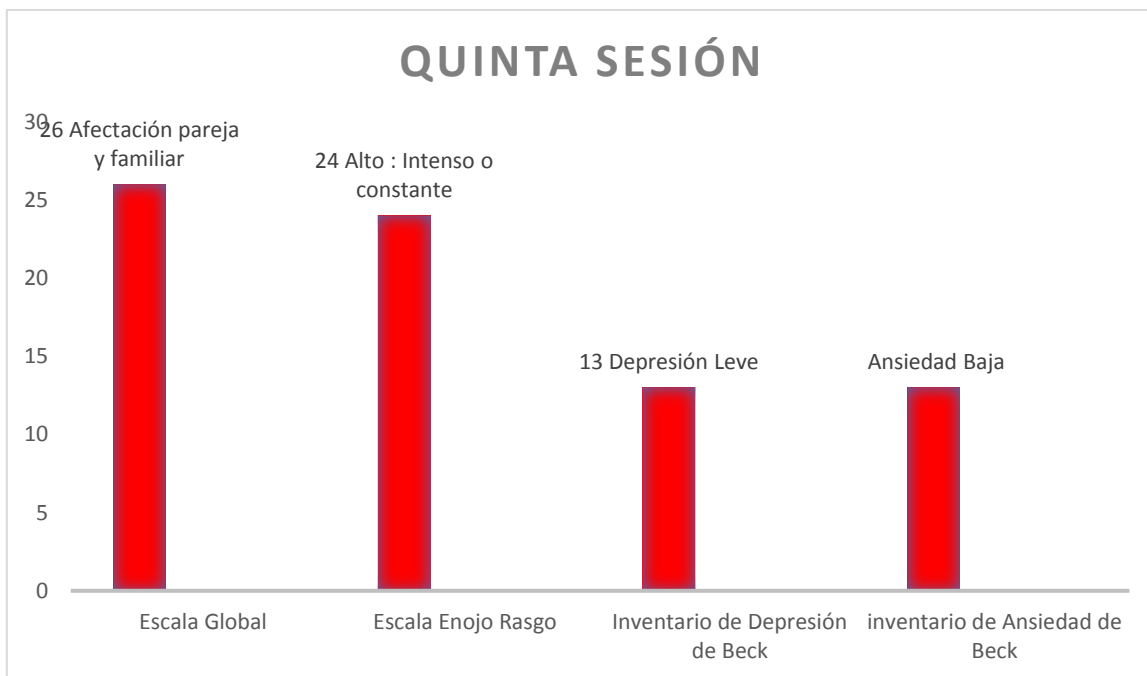


Figura No.3 Resultados quinta sesión

Se puede observar que hay un cambio en los resultados obtenidos, con lo que respecta a la escala global hay una mejora en el área de salud física y en la relación laboral, sin embargo, su nivel de ansiedad sigue permaneciendo igual ya que el poner límites con sus hijos le genera pensamientos que mantienen la ansiedad en su cuerpo y por lo tanto no hay mejora en la relación familiar y de pareja, porque el no tener límites hacia sus hijos y querer ser su amigo le genera problemas con su pareja ya que ella no está de acuerdo en los berrinches que tiene su hija principalmente. Se trabaja en la sesión los límites con la familia y en la 6 sesión se trabaja con los patrones adquiridos durante su infancia que influyen en la forma en que él pone los límites con sus hijos con el objetivo de que bajen los pensamientos que le provocan la ansiedad.

En la sesión número 10 se obtuvieron los siguientes resultados:

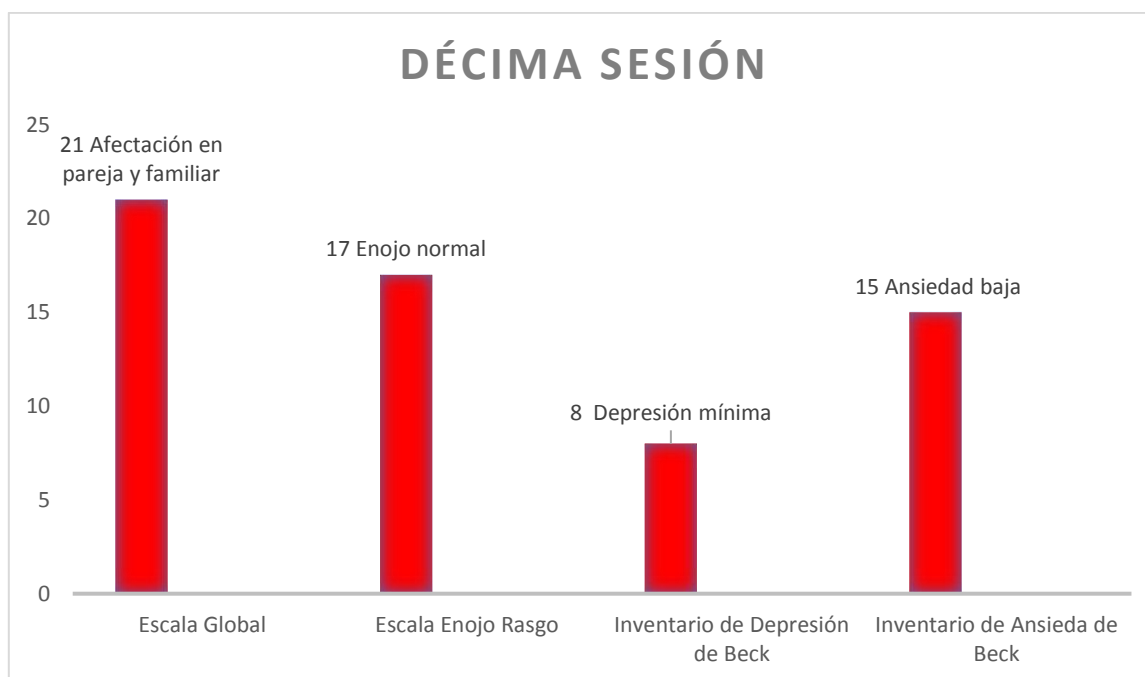


Figura no.4 *Resultados décima sesión*

Cabe mencionar que hay una disminución importante en cuanto su escala de enojo debido a que trata de usar la técnica de respiración sin embargo es importante referir que estas pruebas se aplicaron en diciembre, próximas las fiestas decembrinas, lo que en casa ha generado mayores discusiones con su esposa por la situación económica por la que están pasando, los problemas de su pareja han aumentado a raíz de los gastos (decoraciones y regalos) que para él, en estos momentos de austeridad e incertidumbre por la situación de la pandemia, no tienen la misma importancia que para su esposa. En las sesiones 11 y 12 se trabaja la comunicación de la pareja.

Factores asociados a la terapeuta

En una revisión realizada por Beutler, Machado y Allstetter Neufeldt (1994) el estilo del terapeuta constituye un estado objetivo y específico de la terapia que presenta cierta estabilidad temporal. Dentro de este marco de investigaciones, surge el constructo del Estilo personal del terapeuta. Genise, 2015, p. 10.

Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhuez (1989) en Araya-Véliz, & Jalife, (2017) considera como aspectos relevantes la actitud, la personalidad, las habilidades, el nivel de experiencia y el bienestar emocional que posee el psicoterapeuta, las que influirían de manera fundamental en la calidad de la alianza terapéutica.

Es por ello que dentro de este proceso llevado con el paciente M. se destacan las siguientes habilidades:

- Respeto
- Compromiso
- Retroalimentación
- Escucha activa
- Autoconocimiento
- Atención
- Alianza terapéutica
- Comprensión
- Calidez

- Empatía

En cuanto a las áreas de oportunidad, éstas son:

- Mantenimiento de la postura corporal
- Brindar demasiada dirección terapéutica
- Manejo de los silencios
- Mejor manejo de emociones difíciles
- Observación del lenguaje corporal

Santibáñez et al (2008) plantea que el ajuste emocional del terapeuta se relaciona directamente con el éxito terapéutico. Es por ello importante recalcar que se mantuvo un proceso de psicoterapia y supervisión para ser acompañada en la manifestación de elementos contra transferenciales.

Discusión

En este estudio de caso M, inicia su proceso terapéutico con el objetivo de controlar sus crisis de ansiedad, mejorar la relación con la esposa e hijos, tener estabilidad en su nuevo trabajo y disminuir la compulsión por la limpieza.

Al trabajar bajo un enfoque sistémico se plantean metas que le permitan a M, tener cambios en la forma de relacionarse con su familia nuclear. En este caso, se logra una leve mejoría en la comunicación con la pareja.

Por lo que respecta a la relación con sus hijos se abordaron sus introyectos, en la que la creencia de que los padres deben ser amigos de sus hijos no le permitía establecer límites adecuados ya que los berrinches de su hija iban en aumento y esto ocasionaba problemas con su pareja. Al trabajar la técnica de más de lo mismo y trabajar con un cuento le permitió transformar su discurso sobre lo que debe ser un padre. Mejorando notablemente la relación con sus hijos, al grado, de que los berrinches pasaron ser momentos de comunicación y escucha activa a las emociones que sus hijos y él presentan, por lo que se puede decir que este objetivo fue cumplido.

En cuanto a su compulsión, hubo disminución significativa, identificando técnicas de respiración como herramienta para bajar la ansiedad y así, la necesidad de hacer la limpieza una vez al día, comprendiendo que el estar todo el día en casa por la pandemia, genera más suciedad por el juego constante de los niños.

Cenavaro, 2003 proporciona un perfil de pacientes con quienes se llevó a cabo un proceso exitoso terapéutico bajo enfoque sistémico mencionando lo siguiente:

Adultos autónomos, generalmente entre 30 y 40 años, sin trastornos mentales graves y capaces de ocuparse de sí mismos. Con un funcionamiento autónomo regular, que trabajan o viven solos, con síntomas como bulimia, ataques de pánico, anorexia, depresión o sintomatología obsesiva, problemáticas relacionales o grave disfuncionalidad de uno de los padres o uno de los hermanos, poniendo una distancia física y/o emocional por impotencia de ayudar o por miedo a permanecer envuelto.

Retomando a dicho autor M, oscila en la edad mencionada, sin problemas mentales graves pues el TAG está siendo tratada con tratamiento farmacológico que ayuda con la disminución de los síntomas de ansiedad y el TOC, tiene problemas relacionales, con su hermano principalmente.

Para cambiar la relación que tiene con el hermano se indagó mediante el uso de preguntas circulares como ve él a su hermano para lograr la diferenciación entre ellos (re encuadre) y reafirmar su autoestima.

M, logra acepta su etapa del ciclo vital, despidiéndose del M que no tenía hijos para asumir su rol actual como padre y proveedor de familia. El aceptar su rol actual permite que el mantenga la estabilidad que no había tenido en su trabajo, al estar ya 7 meses en la misma empresa y lograr promociones, nos indica un avance en su autoestima y seguridad.

M, identifica que la situación económica genera problemas con su pareja, sobre todo cuando la suegra proporciona lo que él no pudo. Se cierra el proceso con estrategias de comunicación y abriendo la posibilidad de que compartir su emoción con ella practicando la asertividad. En cuanto esté objetivo no se vio grandes cambios ya que mientras no haya independencia total de su economía, seguirán los altercados y discusiones con su pareja.

M, logra identificar el mandato familiar por parte de su mamá y la necesidad de tener todo limpio y en orden. Cambiando su discurso, de que tener limpieza y es un buen hábito que quiere inculcar a sus hijos, el que esté limpio y ordenada no tiene que ver con la capacidad de amor que puede recibir y dar, por lo que el objetivo de mejorar la relación con sus hijos se ve lograda.

En el mes de abril del presente año, se le escribió a M, para dar seguimiento. Él refirió estar aún con crisis pero que estas son de menor duración gracias a las herramientas adquiridas durante el acompañamiento como la respiración, asertividad, límites. Por lo que se puede decir que se logró un avance significativo en la disminución de las crisis de ansiedad. Se le recomendó que continúe con su proceso una vez que tenga establecido sus jornadas laborales.

Anexos

Tabla 4. Escala Enojo Rasgo

ESCALA GLOBAL

Instrucciones: Responde todas y cada una de las preguntas. Indica con una “X” la opción que mejor te describa.

Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas...	1 Nada	2 Casi nada	3 Poco	4 Regular	5 Mucho	6 Muchísimo
1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada...						
2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado...						
3, Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas...						
4, Mi relación con mi familia está siendo perjudicada...						
5, Mi salud física está siendo perjudicada...						
6, Mi vida en general está siendo perjudicada...						
7, Mi relación de pareja está siendo perjudicada...						
() Yo no tengo pareja.						

* Estandarizado en la Cd de México por Jurado, S. Et al (1998). *Salud Mental*. 21(3) 26-31

Figura 2 *Inventario de Depresión de Beck*

1. 0 Yo no me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2. 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
 - 1 Me siento descorazonado por mi futuro
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 - 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. 0 Yo no me siento como un fracasado
 - 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
 - 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 - 3 Siento que soy un completo fracaso como persona
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 - 1 Yo no disfruto las cosas de la manera como solía hacerlo
 - 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo
5. 0 En realidad yo no me siento culpable
 - 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
 - 2 Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo
6. 0 Yo no siento que este siendo castigado
 - 1 Siento que podría ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Siento que he sido castigado
7. 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 - 1 Estoy desilusionado de mí mismo
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3 Me odio

8. 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
 - 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
 - 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
 - 1 Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo
 - 2 Me gustaría suicidarme
 - 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10.0 Yo no lloro más de lo usual
 - 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
 - 2 Actualmente lloro todo el tiempo
 - 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de lo que deseo.
- 11.0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 - 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
 - 2 Me siento irritado todo el tiempo
 - 3 Yo no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo
- 12.0 Yo no he perdido el interés de la gente
 - 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 - 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
 - 3 He perdido todo el interés en la gente
- 13.0 Tomo decisiones tan bien como le hecho
 - 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
 - 2 Tengo más dificultades en tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar decisiones
- 14.0 Yo no me siento verme peor de cómo me veía
 - 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
 - 3 Creo que me veo feo(a)

15.0 Puedo trabajar tan bien como antes

- 1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

16.0 Puedo dormir tan bien como antes

- 1 Yo no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormirme
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

17.0 Yo no me canso más de lo habitual

- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que me haga canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

18.0 Mi apetito no es peor de lo habitual

- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada

19.0 Yo no he perdido mucho peso últimamente

- 1 He perdido más de dos kilogramos
- 2 He perdido más de cinco kilogramos
- 3 He perdido más de ocho kilogramos

A propósitos estoy tratando de perder peso comiendo menos

Sí_____ No_____

20.0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes

- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como, dolores, dolor estomacal o constipación.
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es muy difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puede pensar en ningún otra cosa

21.0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

3 He perdido completamente en el interés por el sexo

Tabla 5. *Inventario de ansiedad de Beck*

	Poco o nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____

15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión, malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse , sonroja miento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (No debida al calor)	_____	_____	_____	_____

¿Quieres agregar algún comentario?

- Estandarizado en la Cd de México por Robles, R. Et al (2001). *Revista mexicana de psicología*. vol.18, Número 2, págs. 211-218

Tabla 6. Escala Global

CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE...	(1) Casi nunca	(2) Algunas veces	(3) Frecuen- -temente	(4) Casi Siempre
1 Soy muy temperamental (enojón).				
2 Tengo un carácter irritable.				
3 Exploto fácilmente.				
4 Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado.				
5 Me enojo muy fácilmente.				
6 Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás.				
7 Me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos.				
8 Me pongo furioso(a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco.				
9 Me enojo cuando alguien arruina mis planes.				
10 Tengo un carácter enojón.				

Referencias

- Agrelo, A. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción del cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y Procesos Cognitivos UCES*, 15(1), pp. 15-54.
- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., y Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, pp. 307-318.
- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta. edición. México: Editorial Médica Panamericana, pp. 350-351.
- Araya-Véliz, C., & Jalife, B. P. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista argentina de clínica psicológica*, 26(2), 232-240
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6), pp. 893-897.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A. y Steer, R. (2011). *BAI. Inventario de Ansiedad de Beck*. Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.
- Belloch, A., Cabedo, E y Carrió, C. (2011) *TOC obsesiones compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Caballo, V. (2007). *Manual de trastornos de la personalidad, Descripción, evaluación y tratamiento*. España: Síntesis.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica*. Ediciones Morata.
- Cornejo Troche, O. M. (2021). *Terapia breve centrada en soluciones en un caso de trastorno de estrés post traumático*. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 19(1), 160-194.
- Genise, G (2015) *Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta*. Universidad de Palermo. Pp. 9-22
- Gagliesi, P. (2020). *Recomendaciones para terapeutas en los tratamientos online. DBT Latinoamérica*. Recuperado de <https://www.facebook.com/pablo.gagliesi/post/10160086344668312>

- González-Peña, Paloma, & Torres, Ramón, & del Barrio, Victoria, & Olmedo, Margarita (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2),81-91. [fecha de Consulta 25 de enero de 2021]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180651222006>
- Jara, O. (2001). Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. Centro de estudios y publicaciones Alforja..2-3
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2013). Acomodación familiar en el trastorno obsesivo-compulsivo. *RET, Revista de Toxicomanias*, 70, 3-14.
- López, A. B. (1998). Trastorno de ansiedad generalizada. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>.
- Mercado, R. G. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136. doi: <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2640>
- Moreno, A y Fernández(2014) Manual de terapia sistémica: Principios y Herramientas de intervención. Bilbao.
- Ortiz, D. (2008) Terapia familiar sistémica. Ediciones Abya- Yala/Universidad Politécnica Salesiana. ISBN: 978-9978-10-044-8
- Santibáñez, P., Roman, M., Chenevard, M., Espinoza, A., Irribarra, D. y Muller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*. Vol 26(1) 89-98.
- Soto – Pérez, Felipe, Franco, Manuel, Monardes Claudia & Jiménez, Fernando (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15, 19-37
- Schlatter Navarro, J. (2003). La ansiedad: un enemigo sin rostro. EUNSA. <https://elibro.net/es/ereader/iberopuebla/46939?page=6>
- Stratton, Peter & Pote, Helen & Cottrell, David & Boston, Paula & Shapiro, David & Hanks, Helga & Otero-Campos, Ismael. (2004). Manual de Terapia Familiar Sistémica.
- Tallis,F. (1999). Trastorno obsesivo compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica. Bilbao, Spain: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/iberopuebla/47631?page=15>.
- Trickett, S. (2012) p 15. *Supera la ansiedad y la depresión*. Editorial Hispano europea.
- Villafuerte, A.L., (2016). La Práctica de la Supervisión Clínica en México: Una Actividad Profesional en Desarrollo. *Multidisciplinary Health Research*. (1)2. Recuperado de: <http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/2470/1/560-1412-A.pdf>

Villarroya Sanz, S. (2016). El trastorno obsesivo-compulsivo y la regulación emocional: una revisión bibliográfica.