

2022-06-08

Trabajo final de la Especialidad en Psicoterapia Cognitiva Integrativa

Crispino, Laura Analía

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1328>

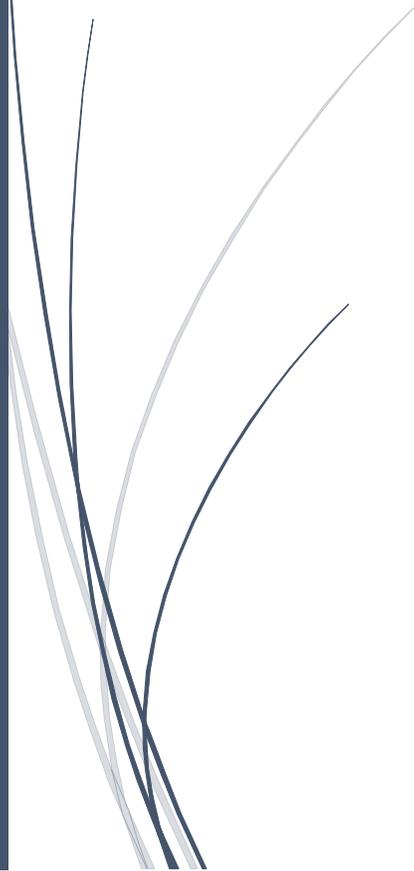
Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

A dark blue vertical bar on the left side of the page. A blue arrow-shaped graphic points to the right from the bar, containing the text 'Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva Integrativa 2019-2020'.

Carrera de Especialización en
Psicoterapia Cognitiva
Integrativa 2019-2020

Trabajo Final de la Especialidad en Psicoterapia Cognitiva Integrativa

Alumna: Lic. Laura Analía Crispino

A decorative graphic consisting of several thin, curved lines in shades of blue and grey, extending upwards from the bottom left corner.

FUNDACIÓN AIGLÉ
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva Integrativa
Alumna: Lic. Laura Analía Crispino
DNI: 31.469.028
Grupo de Supervisión a cargo de Lic. M. Carolina Palavezzatti

Trabajo final de la Especialidad en Psicoterapia Cognitiva Integrativa

“Usted debe *ganar* la alianza – no se le es dado, usted se debe brindar ahí con cada individuo,
cada interacción y cada sesión. Es una tarea abrumadora – no la subestime.”

Barry Duncan.

Datos básicos de la paciente

Nombre: Alma

Edad: 19 años (actual)

Ocupación: Estudiante universitaria (Carrera de Odontología)

Estado civil: Soltera

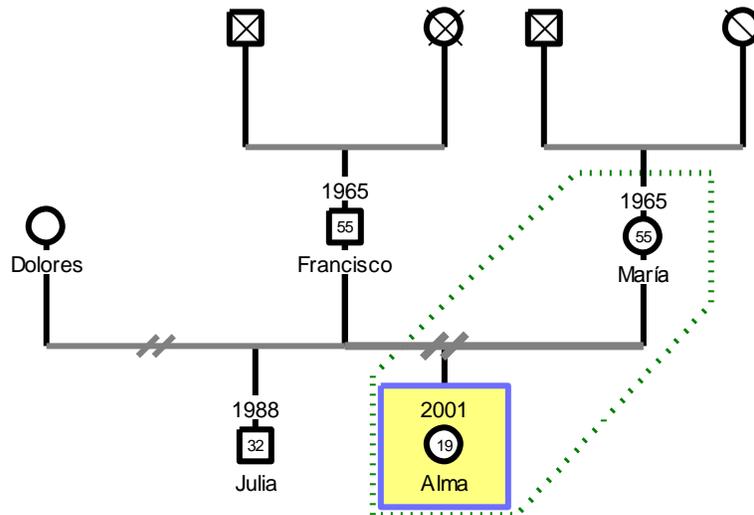
Grupo conviviente: madre (María), de profesión abogada.

Fuente

La paciente y su madre consultan a través de su sistema de Salud Prepaga.

Datos familiares (de origen y actuales): padres divorciados. Tiene una hermana mayor (Julia) de parte de su padre (Francisco), de 32 años de edad.

Genograma



Primera entrevista

Se realiza entrevista conjunta con la adolescente y su madre.

1. Precedentes

En el mes de septiembre de 2018, se contacta telefónicamente la madre de la paciente solicitando una primera entrevista para inicio de tratamiento psicológico para su hija de 17 años de edad tras solicitud de cambio de terapeuta a la psicóloga admisora de su prepaga. Según lo recabado, el tratamiento psicoterapéutico realizado tuvo un enfoque psicodinámico y se extendió durante 1 año hasta su interrupción en julio de dicho año.

2. Motivo de consulta declarado (registro de los primeros 5'): Madre de Alma: "La primera entrevista de admisión fue realizada en julio de 2017 porque Alma se sentía muy triste y angustiada. Fue derivada a Psicología y Psiquiatría. Realizó ambos tratamientos desde julio de ese año hasta julio pasado en el que solicitamos cambiar de psicólogo"

Alma: "Me costaba abrirme" "Suelo sentirme nerviosa, con humor cambiante".

3. Síntesis de la entrevista

❖ Temas

La adolescente concurre acompañada de su madre quien relata el camino recorrido desde mediados del año anterior en el que solicitan asistencia por salud mental a su prepaga hasta la actualidad en que han solicitado un cambio de terapeuta. María explicita las circunstancias que motivaron el pedido de ayuda, la asistencia recibida hasta la fecha, incluido el tratamiento psicofarmacológico que realiza Alma desde hace un año y brevemente, las razones que motivaron la solicitud de cambio de profesional.

Al momento de la consulta, la paciente se encontraba cursando el último año de la Escuela Secundaria, presentando un buen rendimiento escolar.

❖ Particularidades del aspecto y la presencia física

Tanto la paciente como su madre concurren en tiempo y forma a la entrevista, presentando un aspecto general apropiado para sus respectivas edades y contexto socio-económico y cultural.

❖ Actitud frente al entrevistador

Tanto la paciente como su madre se muestran colaboradoras activas, especialmente María, la madre de Alma. Se observa un estado ansioso en ambas, lo cual se considera esperable ante la situación de primera entrevista y a la vez, considerando la demanda de cambio de profesional.

Evolución de la Demanda

La paciente refiere obsesiones y compulsiones desde la infancia (recuerda su primera compulsión a los 3 o 4 años de edad). Al momento de la consulta, Alma refiere que un año atrás sufre un decaimiento anímico marcado, experimentando mucha tristeza y angustia, *“estaba muy triste, todo me daba igual”*, con dificultades para la atención y la concentración debido a una

agudización de sus obsesiones y compulsiones (en este punto, se observa la presencia de un episodio depresivo mayor como consecuencia de su TOC). Esta situación motivó la consulta con salud mental y el inicio de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

La demanda actual se encontraría en una fase de desarrollo considerando que el tiempo transcurrido entre el registro y la formulación del malestar es de dimensión mediata y se observan algunas frustraciones acumuladas en el intento por solucionar el problema.

Tratamientos anteriores y resultados informados

Al momento de la consulta, la paciente se encontraba en tratamiento psicofarmacológico desde hace un año aproximadamente, medicada con Sertralina 200 mg y Aripiprazol. Realizó psicoterapia durante el año previo, de la que refiere no haberse sentido cómoda con el vínculo terapéutico.

Previamente, a sus 10 años, su madre la había llevado por primera vez a tratamiento psicológico ante el cual la paciente refiere no haber estado dispuesta ya que consideraba que no lo necesitaba. *“La pasaba muy mal, no me gustaba”* expresa Alma. Le generaba vergüenza que sus compañeros de colegio se enteraran *“en ese entonces tenía un concepto erróneo de lo que era la terapia, pensaba que era para las personas que estaban locas”*.

Antecedentes y signos clínicos significativos

El padre de Alma ha sido diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo. Presenta antecedente de internación por salud mental y en la actualidad realiza tratamiento psicológico y psiquiátrico ambulatorio.

Por otro lado, la paciente refiere bruxismo, en tratamiento con especialista. No presenta otros antecedentes médicos de relevancia. Sueño y conducta alimentaria, sin alteraciones.

Acontecimientos vitales significativos

A sus 9 años: divorcio de sus padres. Actualmente, los mismos mantiene un buen vínculo entre ellos.

A sus 15 años: Internación de su padre en Institución de Salud Mental durante 6 meses tras conducta auto lesiva.

A sus 16 años: Muerte de una tía abuela de lado materno con quien Alma mantenía un vínculo muy estrecho.

Signos diagnósticos auto descriptivos

- **Rotulación:** Respecto a aquello que la motiva a consultar, Alma refiere *“Sentía la necesidad de tener un espacio para hablar de mis sentimientos y resolver algunas cuestiones que me impiden vivir del todo tranquila. Quería ayuda para poder tratarlas, aunque mucho no me guste, necesitaba una orientación para no sentirme triste por momentos y reducir mi nivel de ansiedad”*.
- **Atribución:** respecto al estilo atributivo de la paciente, predomina un *locus* interno como explicación de sus dificultades (vincula su malestar a su elevada ansiedad, pensamientos persistentes, elevada auto exigencia), presentando una representación de estas causas de su malestar como *estables*, persistiendo en el tiempo desde su infancia. Dichas dificultades son experimentadas por Alma como *incontrolables* de forma significativa al percibir, por ejemplo, que sus pensamientos controlan su vida.
- **Búsqueda:** De los dichos de la paciente, se desprende como objetivo principal, la reducción sintomática. En relación a sus conductas (explícitas e implícitas); *“Lograr reducir la ansiedad. Conseguir que los pensamientos no controlen mi vida. A la hora de actuar, lograr no pensar tanto ni evaluar cada cosa. Mejorar mi estado de ánimo”*, y en relación a su experiencia personal: *“No ser tan autoexigente conmigo misma”*.

Sobre estos aspectos, tanto en relación a la rotulación, como la atribución y la búsqueda, no se observaron diferencias de importancia entre la paciente y los dichos de su madre, concordando ambas en el modo de presentación del problema.

Representación del Equipo de Admisión

Se recibió una orden de derivación de parte de la psicóloga admisor, informando que se había solicitado un cambio de terapeuta, sin mayores detalles. Éste es el procedimiento habitual de derivaciones por parte del área de Salud Mental de la Prepaga de la paciente.

Evaluaciones realizadas

Inicialmente, se administraron los inventarios de depresión de Beck (BDI-II) y el de ansiedad Estado-Rasgo STAI, obteniéndose los siguientes resultados:

BDI-II: 24, moderado / STAI: Estado: leve/ Rasgo: moderado.

A los 9 meses de iniciado el tratamiento, se vuelven a administrar los inventarios mencionados para evaluar el curso de la evolución sintomática y el grado de malestar subjetivo:

BDI-II: 6, sin sintomatología depresiva / STAI: Estado leve /Rasgo: moderado

Diagnóstico

En función de la evaluación clínica realizada y las pruebas sencillas administradas, se arribó al siguiente diagnóstico según DSM-5: 300.3 (F42) Trastorno obsesivo-compulsivo, con introspección buena o aceptable (American Psychiatric Association [APA], 2013). Comorbilidad: Trastorno Depresivo Mayor con ansiedad.

Los pensamientos e impulsos más comunes que provocan ansiedad en la paciente y que la llevan a las compulsiones, suelen estar asociados a una severa autocrítica (el pensamiento de haber dicho o hecho algo de modo incorrecto o inexacto) o crítica hacia los demás (la creencia de la presencia de una inconsistencia o falta de lógica y exactitud en los dichos de su interlocutor) y, a la

necesidad imperiosa de realizar las cosas de una determinada manera (asociada a un marcado perfeccionismo).

La paciente presenta, frente a sus obsesiones, compulsiones mayormente de tipo mental: se siente compelida a realizar rituales mentales específicos y precisos (sobre análisis exhaustivo de todas las posibilidades, búsqueda imperiosa de coherencia, exactitud y lógica, realización de listados mentales repetitivos de tareas que debe ejecutar, repeticiones de situaciones o secuencias) a fin de reestablecer su sensación de seguridad y comodidad.

Además de estas compulsiones mentales, Alma presenta rituales de comportamiento asociados a la repetición de una acción (re preguntar sucesivamente una misma cosa, repetir y re explicar algún suceso) y compulsiones motoras tales como movimientos repetitivos de manos y pies. Estos últimos en menor frecuencia e intensidad que el resto de sus compulsiones.

A la hora de pensar en los subtipos de TOCS, el cuadro clínico que presenta la paciente estaría más relacionado con el subtipo reactivo (Lee & Kwon, 2003), asociado a dudas, búsqueda de orden, exactitud y lógica mental que no le suponen a Alma una elevada egodistonia e irracionalidad. No obstante, para una mejor comprensión de sus síntomas obsesivos compulsivos, me fue de ayuda conocer la clasificación, ya no por subtipos, sino según dimensiones de síntomas (Bragdon y Coles, 2017): la evitación del daño / la necesidad de completar algo (asociado a la duda y sensación de inacabado). Los síntomas de Alma estarían más asociados a estas últimas (experiencias "*Not Just Right*"). La sensación de inacabado se refiere a un sentimiento persistente de que la tarea que se está realizando está incompleta porque se piensa que no está lo suficientemente bien o no es suficientemente buena como para dejarlo como está, lo cual se observa tanto en las compulsiones conductuales como mentales de Alma. Existen asociaciones entre las experiencias "*Not Just Right*" y la sensación de inacabado con la tendencia al perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre, ambos sesgos muy presentes en la paciente.

Modelo integrativo del estilo constructivo

La paciente se encontraría elaborando significados de su experiencia que facilitan la construcción de la autonomía, acorde a su etapa vital y facilitadora de la estructuración de su guion personal.

Formulación de caso

Se considera que el nivel de *severidad* del cuadro de TOC que presenta la paciente al inicio del tratamiento es moderado/grave (considerando la intensidad de sus síntomas y el malestar subjetivo resultante), con un nivel de *complejidad* leve, teniendo en cuenta que su desempeño global no estaría comprometido, presentando relaciones familiares e interpersonales con niveles de conflicto y dificultad más bien bajos, y un buen rendimiento en sus estudios y en actividades extra curriculares (idiomas, deporte, etc.), si bien identifica que el TOC le interfiere en algunos aspectos al momento de estudiar.

Considerando las variables que intervienen en el trastorno, como Esquemas de vulnerabilidad biológica y psicosocial, la paciente presenta un antecedente familiar de primer grado de TOC por parte de su padre, también diagnosticado y tratado por este mismo cuadro clínico. Por otro lado, ambos padres presentan un estilo de crianza exigente, con altos estándares y expectativas hacia Alma.

Asimismo, se destacan los siguientes rasgos de personalidad: neuroticismo elevado (marcada ansiedad, baja tolerancia al malestar) y escrupulosidad aumentada (perfeccionismo, preocupación significativa por la organización, presencia de principios y valores rígidos).

Factores de desencadenamiento: se identifica un evento vital significativo que Alma atraviesa a sus 15 años el cual pudo haber generado el agravamiento de sus síntomas, condicionando su conducta (incremento de obsesiones y compulsiones, seguido de un cuadro depresivo). Para ese entonces, su padre es internado durante 6 meses en una institución de salud mental luego de una conducta auto lesiva en el marco de un trastorno depresivo mayor severo como consecuencia de su TOC. Alma refiere que se trató de un periodo de tiempo muy difícil para ella ya

Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva Integrativa
Alumna: Lic. Laura Analía Crispino
DNI: 31.469.028
Grupo de Supervisión a cargo de Lic. M. Carolina Palavezzatti

que visitaba a su padre cada semana y éste casi no le hablaba. Sobre esto manifiesta: “*supe lo que es una persona deprimida*” “*Justo cumplí 15 años y mi papá ni siquiera me llamó por teléfono*”.

Agentes de Mantenimiento: las estrategias de neutralización que lleva adelante la paciente (compulsiones de tipo mental y comportamental).

Diseño de tratamiento

Se indicó psicoterapia individual para Alma con frecuencia semanal (entrevistas de 45 minutos de duración aproximada), estimando inicialmente una duración aproximada de tratamiento de 18 meses. Se indicaron asimismo entrevistas de orientación a padres (de 60 minutos de duración aproximada), cada 2 meses aproximadamente. La paciente ya se encontraba en tratamiento psiquiátrico razón por la cual se estableció contacto con la psiquiatra tratante.

Objetivos

- Lograr que las obsesiones y las compulsiones disminuyan (reducción sintomática) y de ser posible, remitan completamente.
- Lograr una mejoría de su estado de ánimo (disminución de síntomas de ánimo deprimido).

Expectativas de resultados

Como datos de buen pronóstico se considera la edad de la paciente (adolescencia); un adecuado grado de insight; así como de motivación y disposición al cambio (se evidencia en su asistencia regular a las consultas, su actitud de colaboración y la realización de tareas inter sesión).

Como datos de mayor dificultad, se considera el inicio temprano de su cuadro de TOC; el hecho de que sus compulsiones sean predominantemente de tipo mental, asociadas a la experiencia *Not Just Right*; un moderado nivel de egodistonia e irracionalidad hacia sus síntomas; sus sesgos sobresalientes de perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre; sus características de personalidad asociadas a la escrupulosidad; y la tendencia a la cronicidad que caracteriza al TOC.

Entrevistas subsiguientes

En una primera etapa de tratamiento, el foco del trabajo terapéutico estuvo puesto en el establecimiento de un vínculo terapéutico positivo. Se dedicó un tiempo considerable a esta tarea considerando que la paciente había interrumpido su tratamiento anterior debido a dificultades en la alianza. En este sentido, se procuró favorecer un clima de empatía, confianza, validación y de colaboración considerando que “antes de que comience el trabajo de la terapia, se debe crear una unión inicial entre el terapeuta y el paciente” (Wampold, 2015, p.2), y que una buena alianza de trabajo constituye una fuerza de cambio en sí misma (Duncan, 2010). En un primer momento, la paciente se mostró ansiosa y desconfiada hacia el vínculo de terapia. A medida que fueron transcurriendo las primeras sesiones, y luego de una exploración inicial acerca de sus actividades cotidianas, intereses y pasatiempos, así como sobre su grupo de pares y vínculos familiares, con ayuda de la psicoeducación (tarea para la cual me apoyé en material impreso tales como fichas, libros y actividades breves que la paciente completaba durante la sesión), Alma comenzó a mostrarse más tranquila, confiada y colaboradora.

Al respecto, Wampold (2015), basándose en Bordin (1979), explica que la alianza está formada por tres componentes: el establecimiento de una relación terapéutica de confianza y de respeto mutuo, el consenso acerca de los objetivos o metas del tratamiento y el acuerdo sobre las tareas de la terapia. En este sentido, se pautaron los objetivos de la terapia de forma colaborativa con la paciente (los mismos fueron conversados y puestos por escrito en una hoja que se integró a su historia clínica), y se comenzó con psicoeducación sobre ansiedad, en un primer momento: qué es la ansiedad, la diferencia entre ansiedad adaptativa y disfuncional, características y funciones de la ansiedad y de las emociones en general, la relación entre los pensamientos, las emociones y las acciones; y luego, se brindó información acerca del Trastorno Obsesivo Compulsivo (Foa & Wilson, 2001). Se dedicaron varias sesiones a la psicoeducación sobre TOC: se brindó información acerca del modelo explicativo del TOC, la diferencia entre pensamientos intrusivos normales, pensamientos obsesivos y compulsiones, identificando ejemplos de cada uno de ellos. Vimos los diferentes subtipos de TOCS y los factores mantenedores del trastorno (estrategias de neutralización). Cabe

destacar que más allá de esta primera etapa, las intervenciones psicoeducativas continúan formando parte del tratamiento ya que contribuyen a incrementar los recursos de la paciente para afrontar el problema del TOC, su motivación al cambio y la adherencia a las tareas propuestas (Bregman, 2006). Cabe destacar que la paciente no había recibido psicoeducación sobre su problema en su terapia anterior.

Una de las primeras tareas que hicimos con la paciente fue la de ayudarla a entender su problema y ponerle un nombre a su TOC a los fines de poder tomar una mayor distancia del mismo y comenzar a manejarlo de una forma más funcional. La paciente nombró a su TOC como “*Delay*”. Se le explicó que, ante la presencia de pensamientos obsesivos, tiene dos grandes opciones: la primera es luchar y oponer resistencia, la cual incrementa a largo plazo, la ansiedad y mantiene e intensifica las obsesiones, modo en el que ha estado respondiendo hasta el momento. La segunda opción y tendiente a la recuperación del TOC, es el desarrollo de una actitud de aceptación hacia el pensamiento obsesivo y en cambio, de lucha contra las compulsiones. En este punto, se le explicó las curvas de la evitación y de la habituación a la ansiedad.

Una vez finalizada esta primera etapa de psicoeducación, se trabajaron con algunas intervenciones tales como posponer la compulsión hasta un momento ulterior específico y añadir una consecuencia o tarea adicional al ritual (Foa & Wilson, 2001) con el objetivo de aumentar su grado de conciencia del momento en que está a punto de llevar a cabo la compulsión. Se le solicitó como tarea inter sesión, un registro semanal de situaciones en las “ganaba ella”, es decir, lograba postergar o prevenir la compulsión, situaciones en las que “había un empate” porque lograba prevenir parcialmente la conducta y situaciones en las que “ganaba el TOC”, es decir, que realizaba la compulsión.

Los primeros meses de tratamiento, de forma paralela a la psicoeducación y exposición, se utilizaron recursos de la Entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2015) para trabajar sobre su disposición al cambio y capacidad de insight. Asimismo, y con el fin de favorecer una mayor motivación al cambio, se utilizaron recursos de la Terapia de Aceptación y Compromiso asociados a la clarificación de sus valores y metas (Wilson & Luciano, 2002). El trabajo con valores contribuyó

por ejemplo a aumentar su motivación a la hora de prevenir compulsiones que involucraran a otras personas, especialmente a su familia, considerando que las mismas suelen desencadenar peleas y discusiones que Alma desea evitar para cuidar el vínculo con ellos.

Respecto a sus pensamientos obsesivos, se intervino con reestructuración cognitiva (Leahy, 2017) y técnicas de Defusión Cognitiva (ACT). Se trabajó, asimismo, con algunos sesgos de pensamientos asociados al TOC como Fusión pensamiento acción (moral), Responsabilidad excesiva, y Perfeccionismo (Bunge, Gomar & Mandil, 2014).

Más adelante y desde hace algunos meses atrás, se comenzó a trabajar de una forma más metódica con Exposición con Prevención de Respuesta (Pedrick & Hyman, 2003), técnica con la que se continúa trabajando en la actualidad.

Para ello, se reforzó la psicoeducación sobre los principios de habituación/inhibición y se realizó una evaluación más minuciosa de los síntomas obsesivos de la paciente, identificando con mayor precisión sus obsesiones y compulsiones. Y se acompañó en la confección de un listado de ansiedad/exposición en la que pudo identificar hasta el momento unas 10 situaciones específicas en las que estimó un grado de ansiedad subjetiva de 0 a 100 que nos permitió ordenarlas de forma jerárquica, iniciando la exposición por las situaciones que le generaran menor grado de ansiedad para luego poder avanzar hacia las situaciones más desafiantes. Las exposiciones se llevan a cabo en el entorno natural de Alma (en su casa y en las interacciones con su familia y amigos).

Al respecto, se estuvo trabajando en la prevención de las siguientes compulsiones:

- Listados y secuencias mentales repetitivas
- Preguntar a su interlocutor de forma insistente y reiterativa hasta obtener una respuesta que la satisfaga, que le resulte completamente clara, lógica y en la que no encuentre ninguna contradicción o duda.

Por otro lado, se han mantenido entrevistas con ambos padres para brindarles psicoeducación sobre el TOC y los agentes de mantenimiento del trastorno. Se los ha psicoeducado a ambos para prevenir que su modo de responder refuerce las compulsiones de Alma. Más allá de

algunas de sus características y dificultades (padre con TOC, madre con rasgos de perfeccionismo y rigidez), siempre se han mostrado accesibles y colaboradores hacia el tratamiento.

Seguimiento

En la actualidad, la paciente tiene 19 años y se encuentra finalizando el segundo año de la carrera de Odontología, presentando un buen rendimiento académico. Presenta estabilidad anímica, sin síntomas de depresión. Actualmente se encuentra medicada con Sertralina 50 mg, con controles mensuales por psiquiatría (su médica tratante le fue modificando el plan psicofarmacológico y reduciendo la dosis). Es una paciente que normalmente realiza actividad física de forma regular pero debido a una operación reciente de rodilla, debió suspender toda actividad física, realizando tratamiento kinesiológico en la actualidad. La paciente identifica la realización de ejercicio físico como protector de su estado de ánimo. Tiene amigos y compañeros de facultad con quienes mantiene un vínculo regular (actualmente de forma remota debido a la pandemia por Covid-19).

En las últimas sesiones, se estuvo trabajando con Alma para que pueda diferenciar características de su personalidad que valora tales como el perfeccionismo, la sobre exigencia o la escrupulosidad, de creencias, actitudes y comportamientos que están asociados al TOC, a los fines de favorecer una mayor comprensión del problema.

Al tratarse de la primera paciente que recibía con diagnóstico de TOC, conducir su tratamiento me llevó a investigar e informarme acerca de esta condición clínica a través de la lectura de artículos, libros, cursos y consultas con colegas y supervisores. Evaluando su tratamiento en la actualidad, considero que hubiese sido de ayuda comenzar de una forma más rigurosa con las exposiciones desde el inicio, una vez finalizada la primera etapa psicoeducativa, así como también con el abordaje cognitivo específico del TOC. También hubiese sido de utilidad utilizar la escala Y-BOCS al inicio de la terapia para evaluar la gravedad de los síntomas obsesivos-compulsivos y su posterior evolución. Recientemente se le administró dicha escala, dando como resultado una puntuación de 17, la cual implica una gravedad moderada de sus síntomas TOC.

En los próximos meses de tratamiento se tiene previsto continuar con las exposiciones (actualmente con la paciente tenemos una carpeta compartida en la red que ella misma creó en la que se encuentra la jerarquía de situaciones temidas y las exposiciones que va realizando semanalmente como tareas inter sesión), y reforzar el trabajo con la terapia cognitiva específica para las creencias asociadas al TOC (Belloch, Cabedo & Carrió, 2010).

Para ir finalizando, puedo decir que conocer a Alma me permitió comenzar a explorar el mundo del TOC, a adentrarme en sus vivencias y a intentar entender su complejidad y los desafíos que implica la tarea terapéutica ante esta condición clínica que despierta mi interés y curiosidad.

Desde el inicio del tratamiento, Alma me resultó una paciente sumamente interesante y a la vez, compleja, principalmente por su TOC, pero también por algunas características de su personalidad como su modo de ser perfeccionista, exigente y escrupuloso, lo cual me representó y me representa un desafío importante como terapeuta. No obstante, considero que con la paciente hemos podido construir una alianza de trabajo positiva y realizar algunos avances en los objetivos propuestos (mejora de estado de ánimo, menor nivel de disfuncionalidad, mayor flexibilidad psicológica), si bien aún queda mucho recorrido por hacer.

Percibo a la paciente con muchos recursos, inteligencia y elevados valores que aún en presencia de un cuadro de TOC significativo, le posibilitan un buen funcionamiento en general. Considero que el avance en la remisión sintomática permitiría que la paciente pueda hacer uso y desplegar con mayor plenitud sus recursos y potencial de desarrollo personal.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2010). *TOC Obsesiones y compulsiones: Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bregman, C. (2006). *Psicoeducación en los trastornos de ansiedad*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol XV. p.p. 135-139.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2014). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. (3 ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Cía, A. H. (2006). *El Trastorno Obsesivo-Compulsivo y su Espectro*. Buenos Aires: Polemos.
- Ciarrochi, J., Hayes, L. & Bailey, A. (2017). *‘Sal de tu mente y entra en tu vida para adolescentes’*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Duncan, B.L. (2010). *On becoming a better therapist*. Psychotherapy in Australia, 16, 4, 42-71.
- Fernández-Álvarez, H. (2009). *Integración y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Foa, E. B., & Wilson, R. (2001). *Venza sus obsesiones*. Barcelona: Robinbook.
- Leahy, R. L. (2017). *Técnicas de Terapia Cognitiva: Una guía para Profesionales*. 2 ed. Buenos Aires: Akadia.
- Mandil, J., Quintero, P. J. & Maero, F. (2017). *ACT Terapia de Aceptación y Compromiso con adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. 3 ed. Barcelona: Paidós.
- Pedrick, C. & Hyman, B. M. (2003). *Guía práctica del TOC: Pistas para su liberación*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Perez Rivera, R. & Borda, T. (2019). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Buenos Aires: Akadia.
- Wampold, B. (2015). *How important are the common factors in psychotherapy? An update*. World Psychiatry. 14, 270-277.