



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN SISTÉMICA BREVE ESTRATÉGICA EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:

Zambrano Gonzáles, Débora Jesús

Asesora:

Peña Correa, Giovanna Britt
ORCID: 0000-0003-0725-0793

Jurado:

Salcedo Angulo, Elena
Henostroza Mota, Carmela Reynalda
Álvarez Machuca, Militza Carmen Virginia

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN SISTÉMICA BREVE ESTRATÉGICA EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.iberopuebla.mx Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
7	edoc.pub Fuente de Internet	<1%
8	sifp.psico.edu.uy Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN SISTÉMICA BREVE ESTRATÉGICA EN UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Línea de Investigación:

Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Psicoterapia Familiar Sistémica

Autora:

Zambrano Gonzáles, Débora Jesús

Asesora:

Peña Correa, Giovanna Britt

ORCID: 0000-0003-0725-0793

Jurado:

Salcedo Angulo, Elena

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Álvarez Machuca, Militza Carmen Virginia

Lima - Perú

2024

Dedicatoria:

A Eduardo, compañero y esposo; por su amor, confianza y ser una motivación para el trabajo intelectuales. A mis pequeños de cuatros patas ausentes y presentes, Shira, Diana, Argos, Campeón, Apolo y Pele, por regalarme tanta felicidad. A mi madre, por su fortaleza interior. Mis hermanos por ser ejemplo de moral y perseverancia; y a los amigos indispensables de siempre, por existir y estar presentes, apoyando y celebrando cada logro. Esta es la sistémica de mi vida.

Agradecimiento:

Al Dr. Giorgio Nardone y su equipo de formación en terapia breve estratégica del Instituto de Arezzo – Italia, por ser una fuente de inspiración y cambio en mi desarrollo académico y experiencia terapéutica. A Giovanna Peña por su asesoría y orientación profesional y en especial por su actitud gentil y estimulante que ha permitido culminar este trabajo.

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción del problema.....	2
1.2. Antecedentes.....	3
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales.....</i>	<i>3</i>
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales.....</i>	<i>5</i>
<i>1.2.3. Fundamentación teórica.....</i>	<i>7</i>
1.3. Objetivos	18
1.4. Justificación.....	19
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	20
II. METODOLOGÍA	22
2.1. Tipo y diseño de investigación	22
2.2. Ámbito temporal y espacial del estudio de caso.....	22
2.3. Participante	23
2.4. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso	23
<i>2.4.1. Técnicas.....</i>	<i>23</i>
<i>2.4.2. Instrumentos.....</i>	<i>25</i>
<i>2.4.3. Evaluación psicológica</i>	<i>26</i>
2.5. Intervención.....	35
<i>2.5.1. Plan de intervención y calendarización</i>	<i>35</i>
<i>2.5.2. Programa de intervención</i>	<i>36</i>
2.6. Consideraciones éticas	46
III. RESULTADOS	47

3.1. Análisis de los resultados	47
3.2. Discusión de los resultados	48
IV. CONCLUSIONES.....	50
V. RECOMENDACIONES	51
VI. REFERENCIAS	52
VII. ANEXOS	59
Anexo A: Consentimiento informado.....	59
Anexo B: Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) + (P. INICIAL)	60
Anexo C: Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) + (P. FINAL)	61
Anexo D: Genograma pre- intervención.....	62
Anexo E: Genograma post- intervención.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Datos de los miembros de la familia</i>	34
Tabla 2: <i>Plan de intervención y calendarización</i>	35
Tabla 3: <i>Descripción de la primera sesión</i>	36
Tabla 4: <i>Descripción de la segunda sesión</i>	39
Tabla 5: <i>Descripción de la tercera sesión</i>	40
Tabla 6: <i>Descripción de la cuarta sesión</i>	41
Tabla 7: <i>Descripción de la quinta sesión</i>	42
Tabla 8: <i>Descripción de la sexta sesión</i>	43
Tabla 9: <i>Descripción de la séptima sesión</i>	43
Tabla 10: <i>Descripción de la octava sesión</i>	44
Tabla 11: <i>Descripción de la novena sesión</i>	44
Tabla 12: <i>Descripción de la décima sesión</i>	45

Resumen

El caso tuvo como objetivo aplicar el enfoque sistémico de la terapia breve estratégica de Nardone a una consultante con trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Se sabe que el TOC afecta entre el 2-5% de la población mundial y existen terapias psicológicas y farmacológicas para su manejo, pero con tasas que no ostentan resultados 100% exitosos. Este estudio aporta al conocimiento y casuística de la TBE aplicada al TOC, considerando que las terapias existentes no aseguran resultados permanentes a largo plazo, además de ampliar el horizonte terapéutico de este trastorno altamente invalidante y muy resistente al cambio. Se hace una descripción detallada de la intervención y sus fases; los cambios alcanzados y las técnicas y/o prescripciones utilizadas. Se explicó a la consultante y la madre sobre la firma del consentimiento informado y la grabación de las sesiones, accediendo favorablemente para su desarrollo. La interesada había sido diagnosticada con TOC hace 2 años y recibió tratamiento farmacológico en dos oportunidades sin éxito. Sobre los resultados, se trabajó 09 sesiones lográndose superar su problema en 90% y una sesión de seguimiento a los 2 meses, señalando la consultante que el problema había desaparecido. Está pendiente hacer el seguimiento a los 4 y 6 meses para consolidar los resultados de la terapia y seguir orientando a la consultante en el objetivo de alcanzar un estilo de vida saludable. La intervención sistémica aporta favorablemente al uso del modelo de la TBE de Nardone para los tratamientos de TOC.

Palabras Clave: intervención sistémica, terapia breve estratégica, trastorno obsesivo compulsivo

Abstract

The objective of the case was to apply the systemic approach of Nardone's strategic brief therapy to a client with obsessive-compulsive disorder (OCD). It is known that OCD affects between 2-5% of the world's population and there are psychological and pharmacological therapies for its management, but with rates that do not show 100% successful results. This study contributes to the knowledge and casuistry of TBE applied to OCD, considering that existing therapies do not ensure permanent long-term results, in addition to expanding the therapeutic horizon of this highly disabling disorder and very resistant to change. A detailed description of the intervention and its phases is made; the changes achieved and the techniques and/or prescriptions used. The consultant and the mother were explained about signing the informed consent and recording the sessions, favorably accessing their development. The interested party had been diagnosed with OCD 2 years ago and received pharmacological treatment on two occasions without success. Regarding the results, 09 sessions were worked on, managing to overcome the problem by 90% and a follow-up session after 2 months, with the consultant indicating that the problem had disappeared. Follow-up is pending at 4 and 6 months to consolidate the results of the therapy and continue guiding the client in the goal of achieving a healthy lifestyle. Systemic intervention favorably contributes to the use of Nardone's TBE model for OCD treatments.

Keywords: systemic intervention, brief strategic therapy, obsessive-compulsive disorder

I. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se expone el caso de una consultante con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que es intervenida con la terapia breve estratégica (TBE) de Nardone. Tomando en cuenta, que dentro de la epistemología sistémica existen diversos modelos, es necesario precisarlo. Señalando además que este tiene un protocolo para atender este tipo de trastorno.

Se sabe que el TOC es una de las formas de trastorno psiquiátrico y conductual más férreo al cambio terapéutico, sea visto desde la intervención psicoterapéutica como farmacológico. (Nardone y Portelli, 2015). Es así que eliminar las conductas repetitivas como los pensamientos obsesivos resulta de gran dificultad para las personas que experimentan este problema y también resulta de suma complejidad abordar terapéuticamente este trastorno, porque se trata de una conducta altamente resistente al cambio.

Por lo tanto, la consultante es intervenida con la TBE para eliminar o disminuir los síntomas del TOC (conductas redundantes y pensamientos obsesivos asociados al lavado de manos) para recuperar el estilo y calidad de vida que tenía antes de la aparición de las conductas disfuncionales las que han alterado su tranquilidad para cumplir sus actividades cotidianas.

La importancia de este trabajo radica en permitir conocer otras formas de atención para los casos de TOC, considerando que las intervenciones conocidas no expresan resultados al 100% exitosos, además de exponer a los afectados a largos tratamientos. En función a la experiencia alcanzada por Nardone y su equipo de trabajo, la dinámica de la terapia no debe superar las 10 sesiones para evidenciar cambios favorables.

Asimismo, terapéuticamente, no se exige al consultante dejar de hacer conductas, que le son imposibles controlar, por el contrario, se hace uso de su resistencia al cambio dentro del proceso psicoterapéutico. (O Hanlon, 2022). En este caso sería, no exigirle que deje de lavarse

las manos, puesto que ella no puede controlar esta conducta, aunque lo desee, sin embargo, el terapeuta aprovecha esta condición a su favor, pidiéndole que siga haciendo, lo que es inevitable que ella controle, pero bajo prescripciones (tareas) específicas, que le permitirán controlar la conducta sin que ello tenga conocimiento del propósito de la tarea, situación que será revelada en su momento, cuando su percepción de la realidad cambie (Experiencia Emocional Correctiva) a partir de la experiencia de introducir cambios en la conducta.

Siguiendo la secuencia del estudio, el capítulo II desarrolla la metodología, tratándose de un estudio de caso de TOC, donde la consultante participa de manera voluntaria. La intervención comprende 09 sesiones protocolizadas dentro del modelo de atención de la TBE de Nardone y una de seguimiento, donde se utiliza técnicas diseñadas por el autor en mención (durante el año 2023-2024). En el capítulo III se presenta los resultados. Los capítulos IV y V abordan las conclusiones y recomendaciones respectivas. El capítulo VI contiene las referencias bibliográficas utilizadas para el caso. Finalmente, el capítulo VII señala los anexos.

1.1. Descripción del problema

Se trata de un estudio de caso de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) de una joven de 23 años estudiante de la carrera de enfermería, natural del distrito de San Juan de Miraflores, a quien se le interviene con el enfoque sistémico desde el modelo de la terapia breve estratégica. La consultante manifiesta que a los 21 años se le realizó una entrevista para el ingreso a la universidad y le recomendaron buscar apoyo psicológico por los tics o conductas repetitivas que tenía. Posteriormente, derivada a psiquiatría le diagnosticaron TOC. Ella solicita la ayuden para dejar de hacer esos tics (así define sus conductas repetitivas), de lavarse las manos, que no puede controlar y que no le permiten hacer su vida normal, interrumpiendo sus actividades diarias y generando molestias de forma permanente.

Su TOC de lavado de manos consiste en las repeticiones en números pares, que han aumentado de 2 a 4 veces y si no está conforme, vuelve a lavarse las manos 4 veces más

(conducta compulsiva y ritualizada). También señala que, si no lo hace, le puede pasar algo malo o le duele la cabeza (pensamientos obsesivos). No existiendo un número fijo de repeticiones. Este problema se ha agravado en los últimos tiempos. El psiquiatra le indicó que complementariamente recibiría terapia psicológica a partir del sexto mes de la farmacoterapia a la espera de que primero disminuyan sus conductas repetitivas. Dicho periodo de espera de los 6 meses de tratamiento nunca lo cumplió, porque no percibía cambios.

En función de la exposición del caso por la consultante, se le propuso ser intervenida con el enfoque sistémico. Según los estudios señalados por Watzlawick y Nardone (2018) y Nardone y Portelli (2015) en relación a la aplicación del enfoque sistémico de la TBE en casos de TOC manifiestan una remisión total de las conductas sintomáticas del 71% y 89%; y una duración media de 7 y 9 sesiones respectivamente. A la consultante se le explica todos estos detalles para que tome su decisión voluntaria respecto de ser intervenida con la TBE.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Ruiz (2022) describe su estudio de caso de trastorno de pánico, que es intervenido con el modelo de la psicoterapia breve estratégica de Giorgio Nardone, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima). La terapia consistió en seis sesiones y también realizó sesiones de control y seguimiento por el lapso de tres meses. Las técnicas utilizadas fueron: excepciones a la regla, reestructurar, diario de abordó, ubicación en una escala, prescripciones (tareas directas, indirectas o paradójicas), haga algo diferente, tarea del antropólogo, la peor fantasía, ilusión de las alternativas y no avanzar demasiado rápido; resaltando que los resultados fueron favorables. El estudio pone en relieve el éxito de aplicar la TBE reportado en varias publicaciones.

De la Cruz (2021) aplica la TBE para el caso de una mujer (residente en Lima), con trastorno de ansiedad generalizada, invitándola a participar de forma voluntaria. En la

intervención utilizó dos instrumentos: La escala de ansiedad de Lima EAL-20 (identifica cinco factores: ansiedad psíquica, síntomas físicos, pánico, agorafobia y fobia social) y ficha de autoregistro, que describe de forma diaria las conductas de ansiedad más severas, facilitando comparar los cambios producidos por efecto de la terapia. La intervención fue en 3 fases: pretratamiento, tratamiento y seguimiento. El tratamiento duro ocho sesiones (una semanal) y una de seguimiento, después de tres meses. La fase de tratamiento se dividió en cuatro etapas, según el protocolo de Nardone. (Nardone y Portelli, 2012). Los resultados contaron con la remisión completa de los síntomas.

Huamán (2019) interviene con terapéutica sistémica estratégica en un adolescente de 16 años (natural de Amazonas), que cursa el 4to de secundaria, con problemas de conducta y bajo rendimiento escolar en un colegio de Lurín (Lima sur). Se realiza el análisis sistémico de la familia. Se desarrolla un total de 6 sesiones de periodo quincenal en el colegio. Metodológicamente se realizó una evaluación pedagógica y de su conducta académica, Se intervino con el dialogo estratégico. El joven resignificó los insultos recibidos por su familia, que están a la base de su conducta indisciplinada y falta de interés en el estudio. Se logra que los patrones interaccionales del adolescente cambien con la familia y en la escuela desapareciendo el síntoma.

Blas (2023) trata un caso de un adolescente de 12 años con problemas conductuales que es intervenido con terapia sistémica desde el modelo narrativo. El joven presenta conductas conflictivas en el hogar y vive con su madre y hermana, sus padres son separados. Se desarrollaron 6 sesiones. Se aplico las técnicas de la redefinición y externalización del problema, la destriangulación del joven con los padres y el genograma de ingreso y final que corrobora una nueva narrativa del adolescente y de cada uno de los miembros de su familia. La intervención concluye que el modelo de psicoterapia familiar sistémica desde el modelo

narrativo fue efectivo para atender a un joven con problemas de conducta, promoviendo el mejoramiento del sistema familiar.

Chumpitaz (2022) aborda un estudio de caso con el enfoque sistémico estructural de Minuchin en una adolescente de 14 años con conductas de riesgo. La adolescente inicia estas conductas cuando tenía 11. En el momento de inicio de la intervención se escapaba de casa con amistades sin rumbo, consumía alcohol y estaba por repetir el año escolar. La intervención consistió en reestructurar normas, jerarquías, límites, hacer que funcionen los subsistemas y promover la mejora del vínculo conyugal. Se realizaron 6 sesiones. Las técnicas utilizadas fueron: escenificación, cuestionamiento de los síntomas, metáforas, repetición del mensaje, reformulación, cuestionamiento de la realidad familiar, ampliar el foco y fijación de límites. Se logró los cambios esperados en la adolescente y la familia.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Pandolfi (2021) en su estudio desarrolla la descripción del tratamiento de un consultante diagnosticado con TOC, supervisado por la Universidad de Palermo (Argentina). Sus objetivos estaban centrados en la revisión detallada de la sintomatología del TOC, la identificación de las técnicas empleadas y los cambios producidos por la intervención la que fue de tipo sistémica. Dentro de las principales técnicas utilizó: las prescripciones paradójicas, señaladas por Nardone y Watzlawick en su libro el arte del cambio. Se prescribe el síntoma al paciente cuando se siente obligado a hacerlo, de tal forma que no se resistirá a la prescripción y lo hará voluntariamente las veces que el psicólogo se lo señale. Posteriormente se destaca que él paciente toma el control del síntoma.

Bautista (2021) 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 del Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA)

de la Universidad Iberoamericana Puebla (México). El motivo de consulta es que padece crisis de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada) y necesidad de estar limpiando (TOC) que le lleva a tener problemas con su pareja. El acompañamiento terapéutico se llevó a cabo durante 13 sesiones abordado desde un enfoque sistémico. Se aplicó la técnica del contraritual, comunicación sugestiva y la postergación del ritual. Se utilizó el inventario de ansiedad de Beck y la Escala Global. Al finalizar la intervención se logró una disminución de la ansiedad, cambios en la comunicación con su pareja, disminución de sus pensamientos obsesivos de que algo malo va a pasar y disminución en la compulsión de la limpieza.

Rami et al. (2019) trata de un caso de TOC de una consultante, durante la etapa perinatal, tratado con TBE, combinada con farmacoterapia en 09 sesiones. Se concluyó del caso que fue útil en la intervención, la técnica del uso de la sintomatología (la prescripción del síntoma) para desbloquear la conducta de lavarse las manos, preguntas circulares y dialogo estratégico. La intervención minimizo la presencia del TOC en el postparto.

Bernal (2023) aplicó terapia centrada en soluciones (TCS) en un caso de TOC de una persona adulta. Hace énfasis en los patrones de interacción familiar que están mediando y que mantienen los rituales compulsivos en el afectado. El tratamiento incluyo a la familia, en un servicio de atención ambulatorio por un lapso de 10 sesiones. El objetivo terapéutico fue interceptar la pauta de interacción familiar que refuerzan las obsesiones y rituales. Acorde con la TCS no se preocupa en el origen del problema, sino en facilitar que deje de evitar el síntoma para romper la cadena de evitación y que el consultante se recupere pronto. Se utilizó la técnica de la externalización del problema, la prescripción del síntoma, uso de la situación de excepción del problema. En los resultados, la terapia ayudo al consultante a que movilice sus propios recursos para solucionar su problema en el tiempo más breve.

Massarini (2021) trabaja un estudio de caso, para una consultante con obsesiones, atendida con terapia breve estratégica por el lapso de 20 sesiones, en un servicio terapéutico en Buenos Aires. Su problema era las conductas obsesivas de hacer stalkear (fisquear) a su pareja en redes, por el tiempo aproximado de 6 horas al día, interrumpido o no pudiendo cumplir con el desarrollo de sus actividades cotidianas. Se utiliza prescripciones paradójicas para que deje de realizar el síntoma y también las recaídas del proceso terapéuticos. En relación a los resultados se consideró que fue beneficioso para la consultante, disminuyendo estas conductas repetitivas.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Teoría general de los sistemas. Bertalanffy (2018) hizo la primera publicación del libro *Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*, en 1968. El autor es un destacado biólogo del siglo XX y pionero de la postura organicista de la biología, considerando a los organismos un sistema abierto. Este principio se extendió a otras disciplinas como la filosofía, la psicología, la psiquiatría y se proyecta a una variedad de problemas de naturaleza social. Se puede decir, que la teoría sistémica tiene impacto sobre diferentes disciplinas como realidades. Sus aportes son de carácter transdisciplinario ya que convergen sobre una diversidad de experiencias de naturaleza compleja, como, la realidad de los sistemas humanos.

El texto de Von Bertalanffy, forma parte de las bases teóricas de lo que hoy se conoce como Terapia Familiar Sistémica y los diversos modelos evolutivos derivados de esta teoría. La Teoría sistémica es ese hilo conductor que une varias disciplinas, ya que su propuesta es aplicable a diversos sistemas vivos y no vivos.

En relación a la sustentación de su trabajo Bertalanffy (1976, citado por Del Rio.,2022) menciona:

Estamos forzados a vérnoslas con complejidades, con totalidades o sistemas, en todos los campos del conocimiento. Esto implica una fundamental reorientación del pensamiento científico [...] Los modos clásicos de pensamiento fracasan en el caso de la interacción entre un número grande pero limitado de elementos o procesos. (p.100)

El principio de la totalidad de los sistemas, también va unido a otro, el de la circularidad ya que las interacciones que se generan entre las partes o miembros de un sistema, generan pautas de causalidad que no son lineales, sino circulares y eso quiere decir que las interacciones no solo van en un sentido, sino en ambos. En relación a las propiedades de los sistemas y su relación con la familia señala Pinho et al. (2017, citado por Acevedo y Vidal, 2019) lo siguiente:

La primera propiedad de los sistemas abiertos es la totalidad. El enfoque sistémico considera que cada miembro de la familia interactúa con los demás y se influyen mutuamente. A consecuencia, todo cambio en uno de los miembros repercutirá en todo el sistema y provocará cambios en busca de mantener el status o equilibrio que existía. (p.5)

Morales (2022) sobre la definición de sistema abierto y cerrado de Bertalanffy señala dos tipos: el primero es el sistema abierto que hace referencia a la apertura de la información con su entorno, pues esta interacción permite que al sistema familiar se retroalimente y genere nuevas formas de convivencia, lo que genera mayor adaptabilidad sociofamiliar; y el segundo, el sistema cerrado, que es un sistema aislado de los contextos ambientales con una inadecuada retroalimentación con el exterior, los cuales durante el proceso terapéutico cambian con mayor lentitud pues no permiten el ingreso de nueva información al sistema familiar.

1.2.3.2. Los aportes de Gregory Bateson. Vargas (2021) expresa que Bateson es uno de los teóricos que más aportó al desarrollo de la terapia familiar sistémica, introduciendo

herramientas de corte antropológico y de la cibernética en el campo del entendimiento de la conducta humana. Las conferencias auspiciadas por la fundación Macy en 1942 fueron impulsadas por Bateson y en este contexto los aportes de Norbert Wiener son asumidos positivamente para su aplicación en las ciencias humanas y sociales, como el concepto de retroalimentación. Él consideraba que las interacciones humanas producen procesos de retroalimentación como eran descritos en el campo de la cibernética. Los procesos de retroalimentación son los que dan estabilidad a una organización y analógicamente como sucede en una familia, la pareja o comunidad.

Uno de sus aportes más importantes es la teoría del doble vínculo, donde explica por primera vez que la esquizofrenia puede producirse por efecto de un fenómeno comunicativo, producto de las interacciones en las relaciones familiares. Bateson coloca el fenómeno comunicativo como una premisa tan válida como otras genéticas detrás de la explicación de la esquizofrenia. Mientras que la interpretación psiquiátrica tradicional consideraba que la sintomatología de esta enfermedad era inherente al individuo, aquí, él pone énfasis en las interacciones y el contexto. Este aporte sustenta un distanciamiento respecto de la interpretación del psicoanálisis y de la medicina tradicional, ya que define a la esquizofrenia como un fenómeno también comunicativo y no solo como un fenómeno de carácter intrapsíquico o genético. (Bateson, 2014)

1.2.3.3. La teoría de la comunicación humana. Según Watzlawick et al. (2017) todos nos comunicamos en cualquier momento. Es por ello que propone algunos axiomas de la comunicación, como el hecho de que es imposible no comunicar, ya sea de forma consciente o inconsciente. Sin embargo, el problema o la patología surge al intentar dejar de comunicar buscando no interactuar entre los miembros, ello resulta en peleas, gestos, posturas, silencios o indirectas, los cuales hacen referencia a un tipo de comunicación digital y analógica. A pesar de que sus acciones no buscan comunicarse con el familiar mediante incongruencias, lo siguen

haciendo y la familia se encuentra inmersa en ese sistema circular de la patología comunicacional.

Esta fundamentación teórica fue desarrollada por el psicólogo y filósofo Paul Watzlawick, quien realizó grandes aportes a la teoría de la comunicación humana y terapia sistémica, pues investigó acerca del impacto de la comunicación en las familias, y planteó la definición de cinco axiomas de la comunicación. (Watzlawick et al., 2017)

Axioma 1, es imposible no comunicar: Se refiere a que todo lo que decimos o hacemos emite un mensaje, incluso cuando no se dice nada verbalmente, algo se comunica. *Axioma 2*, existe un nivel de contenido y un nivel de relación: la comunicación tiene un significado de acuerdo al emisor y el receptor, la información que ambos comparten; y además cada información tendrá un significado distinto si la otra persona es cercana o desconocida o dependiendo del tono e inflexión de la voz. *Axioma 3*, toda comunicación tiene una puntuación de la secuencia de hechos: este tipo de comunicación establece criterios de intercambio o se estructuran patrones de relación que se puede o no estar de acuerdo y se construyen reglas de contingencias.

Axioma 4, toda comunicación es digital y analógica: La digital es lo que se dice y la analógica es cómo se dice. Pero la comunicación que determina el impacto final está en la comunicación analógica. *Axioma 5*, la comunicación puede ser simétrica o complementaria: En la simétrica se basa en la igualdad o la diferencia, existe la presencia de la reciprocidad e igualdad y fomentando acuerdos que beneficien al círculo familiar; en la complementaria, la conducta de uno complementa al otro o uno de los miembros se encuentra en una posición jerárquica respecto al otro, como cuando se tiene un jefe.

1.2.3.4. La experiencia terapéutica de Milton Erickson. Los aportes del médico y psicólogo Erickson es de vital trascendencia para la práctica terapéutica sistémica, ya que sus

intervenciones son innovadoras y recurren a todo lo que el consultante puede aportar para su recuperación. Uno de los principios de su trabajo terapéutico es que *Todo es utilizable*, sobre esto resaltaba O Hanlon (1993) que sus recursos eran originales para atender al consultante. No solo recurre al protocolo clásico de atención como la anamnesis y explorar en sus experiencias pasadas, sino que recoge y observa todo lo que él consultante puede decir o no decir explícitamente, siendo reciclable todo lo que aporte para la intervención terapéutica. No trabaja con una idea preconcebida de lo que es útil, porque lo que es útil para uno, no necesariamente lo es para otro consultante. Todo lo que permita conocerlo: afinidades, disgustos, comentarios, creencias y características, se aprovechan para la intervención terapéutica. Nada de lo que exprese el consultante se desecha. Erickson clasificaba cada idea, creencia, para armar la estrategia que sería descubierto por la persona, por lo tanto, todo es útil para fabricar la terapia a la medida del consultante.

Otro principio sería la orientación naturalista, Zeig (2022) refiriéndose a Erickson manifiesta que es muy importante en la terapia sistémica, ya que también se utiliza como herramienta todo lo que el consultante puede aportar como solución al problema. La orientación naturalista recoge la idea de que toda persona tiene una capacidad natural para curarse y que solo hay que ayudarla a encontrar esa solución. Jay Haley decía sobre esto, que la mayoría de las personas que necesitan apoyo terapéutico en algún momento, la mayoría de veces estos problemas se resuelven solos. Para Erickson las personas tienen la capacidad natural de sanarse y lo enfatizaba partiendo de su propia experiencia y que fue muy dura desde temprana edad, ya que sufrió de parálisis física. Decía que solo era necesario promover en las personas que esas capacidades aparezcan. Se oponía a la idea de que hay que enseñarle al consultante cosas nuevas. La labor del terapeuta es ayudar a que el consultante encuentre esa manera particular y única de resolver su problema.

1.2.3.5. La Terapia Breve. Espinosa (2021) menciona que, en el origen de la *terapia breve*, se puede identificar dos enfoques: uno orientado al problema y el otro centrado en las soluciones. Por motivos de la presente intervención terapéutica nos centraremos en la terapia breve estratégica de Giorgio Nardone, cuya orientación está centrada en el problema.

En relación al concepto de terapia breve, Bergman (2023) señala:

Mi actitud hacia la psicoterapia (breve) y hacia mí mismo como terapeuta es considerar que lo que hago se asemeja a un servicio de emergencia para automovilistas en una ruta. Doy por sentado que los individuos y las familias se quedan atascados en la ruta. Trataron de resolver el problema por sí mismo y no pudieron hacerlo. También se encuentran en algo desanimados porque las soluciones que intentaron fracasaron. (p.12)

Este concepto de *breve* inmerso en el modelo de la TBE es fundamental porque no se trata de resolver el pasado del consultante, lo que tomaría tiempo. La preocupación está centrada en observar con mucha pupila el contexto actual del problema que tiene atascado al individuo, mirar con atención que es lo que retroalimenta el síntoma, para desatascarlo y ponerlo en marca. En relación al concepto de *estratégico*, que tiene que ver con la manera como se conceptualiza el problema, Madanes (2015) enfatiza que el modelo estratégico prioriza en lo analógico, que es lo que quiere comunicar. Es decir, que es lo que el síntoma me dice del problema, qué es lo que el consultante quiere comunicar de lo que le está sucediendo. Nardone (2017) señala sobre la solución estratégica del problema, que este se caracteriza por el uso constante de estratagemas de lógica no ordinaria, que hay que utilizar tanto en la planificación como en la intervención directa en las situaciones que hay que promover el cambio.

El dialogo estratégico se trata de una técnica que permite dirigir una sesión terapéutica. Y que puede provocar cambios radicales en la persona que participa de esta comunicación. Se

trata de una estrategia que permite alcanzar el máximo cambio con el mínimo esfuerzo y es una evolución natural de anteriores modelos. La experiencia va perfeccionando las formas para intervenir cada patología, como los protocolos para la atención terapéutica. Por lo que el dialogo estratégico cada vez realiza mejor sus preguntas y las paráfrasis logran ser más reestructurantes. La sistematización de esta experiencia ha logrado el desarrollo de prescripciones terapéuticas con éxito en las terapias. (Nardone y Salvini, 2016)

1.2.3.6. El Modelo de Giorgio Nardone, para el TOC. Bateson y Jackson (2017) haciendo énfasis sobre el concepto de estratégico a la base de la terapia de Nardone, señalan que este surge de la síntesis evolutiva de las teorías sistémicas, el estudio de la familia y la comunicación; así como también del trabajo clínico y de la hipnosis de Milton Erickson. Este es el soporte teórico fundamental de sus terapias y que aportan en la comprensión de la conducta patológica, entendida esta, no como una enfermedad del cuerpo que hay que curar, sino como un equilibrio disfuncional, que hay que volverlo funcional.

en relación a la disfuncionalidad es fomentada por una dinámica circular que se autoalimenta o refuerza. El consultante no ha resuelto el malestar de su problema, pero ha desarrollado una solución que lo calma. Al intentar resolver su problema, desarrolla conductas, que, sin ser su intención, pasan de adaptativas a ser desadaptativas, lo que en el modelo de la TBE se le conoce como *soluciones intentadas*. La intervención consistirá en que el consultante siga al pie de la letra prescripciones, para interrumpir el círculo vicioso patológico de la conducta.

Nardone y Watzlawick (2018) sientan las bases de la TBE para intervenir sobre el TOC en su libro *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*, donde la particularidad del modelo teórico, es que aplica una racionalidad sobre la intervención del problema que no se centra sobre sus causas o raíces, sino, sobre las soluciones intentadas que aplica el consultante

para acabar o calmar temporalmente su problema. Se fija en las respuestas del afectado y no en los motivos que provoca la conducta disfuncional. Se parte de la idea que es imposible saber con certeza los factores que ocasiona una conducta problemática.

Por lo tanto, las fechas y circunstancias que originaron el trastorno no es determinante para resolverlo. La racionalidad del modelo no hace uso de una lógica ordinaria. El método de intervención de la TBE está guiado por la idea de que la solución explica el problema. En el primer momento de la intervención lo que busca es cambiar la percepción del consultante sobre su problema y para eso se deberá engañar su mente. La terapia está abocada a transformar la percepción, no la reacción, porque la percepción es el fundamento de todas nuestras reacciones.

El consultante, es consciente que lo que hace para intentar solucionar su problema, no lo resuelve, pero logra calmar y disminuir su ansiedad. Sabe que no controla sus ideas y conductas repetitivas que están asociadas al trastorno y que le provocan malestar y sufrimiento. En ese sentido, el terapeuta, debe conocer al detalle cómo funciona el trastorno. Otro aspecto importante de la intervención es no contradecir las creencias del consultante, porque, aunque el trastorno le provoca mucho sufrimiento, este opondrá resistencia involuntaria frente a la intervención.

La terapia se concentra en una comunicación sugestiva y la realización de prescripciones o tareas, que provocan un cambio inesperado en la percepción del consultante. Para esto el afectado, no debe saber, la racionalidad que da sentido a la intervención en un primer momento. Se solicita un voto de confianza para el terapeuta, a través del uso de técnicas comunicativas, para que el consultante realice las prescripciones solicitadas, aunque estas puedan parecer absurdas. Una vez que el consultante logre el control de la conducta y solo cuando esto ocurra, se procederá a explicar la naturaleza del tratamiento.

La terapia no busca que el afectado acepte una realidad universal del problema, más bien el terapeuta intentará entender la realidad que él consultante ha construido alrededor del problema y haciendo uso de esta realidad, provocar un cambio de percepción, que lo lleve hacia esa otra realidad con la que ha perdido comunicación y que lo ha llevado a alterar la realidad, a este cambio se llama, *experiencia emocional correctiva* (EEC). La terapia espera, que, a partir de hacer una conducta diferente e inesperada hasta cierto punto, se produzca un cambio, interrupción o destrabamiento en la percepción del consultante sobre su problema.

Fases de la terapia breve estratégica. Nardone (2021) precisa de 3 a 4 fases:

Fase 1. Individualización del problema, se analiza y se entiende como se mantiene el problema. Se identifica las soluciones intentadas del afectado. Entre la primera y segunda fase se aplica un lenguaje sugestivo, hipnótico sin transe. Se usa estrategias terapéuticas sugestivas y prescripciones. *Fase 2. Perturbar y cambiar el equilibrio patológico,* esto se observa desde la primera entrevista, vía dialogo estratégico. Se provoca la EEC, que rompe la persistencia del problema. Lográndose por medio de estratagemas construidas para ese tipo de patología. *Fase 3 y 4. Construir un nuevo equilibrio,* después de romper el equilibrio patológico. Fase más cognitiva, con sesiones más distanciadas, hasta lograr un equilibrio duradero. El lenguaje es más indicativo y coloquial. El terapeuta supervisa la creación de un equilibrio sano. Las sesiones se distancian.

Sistema perceptivo reactivo. Este concepto fue desarrollado por Nardone y Watzlawick (2018) y señala que todas las personas tenemos y desarrollamos modalidades redundantes de percepción y reacción frente a la realidad, entendida esta interacción con la realidad en 3 niveles: consigo mismo, con los otros y con el mundo que le rodea. Estamos hablando de guiones, respuestas repetitivas que operan con la finalidad de gestionar la realidad. Este SPR se sostiene de forma sistémica circular a través de las soluciones intentadas y cuando el patrón

se vuelve rígido e inflexible es cuando se produce la conducta disfuncional o patología y las personas suelen responder a la realidad, bajo las tres categorías señaladas. (Nardone y Watzlawick, 2028)

Experiencia emocional correctiva. Se trata de un efecto descubrimiento, que facilita al consultante cambiar su perspectiva de la realidad que observa. Es un impulsor de cambio, sobre la realidad de segundo orden. Es una experiencia que se puede producir durante el dialogo estratégico o como efecto de la aplicación de una prescripción terapéutica por parte del consultante. Esta experiencia produce cambios en la forma de sentir por la persona, de percibir la realidad y deriva también en cambios en la actitud frente a la vida. El consultante no sabe qué resultado o efecto tiene el seguimiento de la instrucción terapéutica, pero el terapeuta si ha planificado y esperado que este hecho se producto. Desde la TBE esta experiencia es la que impulsa el cambio (Veintisiete, s.f.).

La EEC significa, que se crea una reestructuración a través de un proceso de descubrimiento y así lo debe experimentar el consultante, pero para el terapeuta se trata de un acto planificado. Esta experiencia de descubrimiento para la persona es valorada como una progreso personal y natural. (Nardone y Salvini, 2016)

Solución intentada. Se trata de las conductas y reacciones desarrolladas por el consultante para enfrentar dificultades en la relación consigo mismo, los demás y el mundo que lo rodea. Y se trata de comportamiento que más que resolver, complican el problema, creando reacciones rígidas, redundantes y disfuncionales. Aquí el problema existe o subsiste debido a las acciones que se ha creado para intentar resolverlo. Por lo tanto, lo que se necesita es sustituir la solución intentada disfuncional por otra que sea funcional. (Nardone y Salvini, 2016)

1.2.3.7. Definición del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Nardone y Portelli (2015) definen al TOC como una incontrolable compulsión a desarrollar comportamientos y

pensamientos de manera repetitiva y ritualizada y que sobresalen por encima de cualquier otra conducta que desarrolle el consultante. El TOC es un problema que se sostiene sobre lógicas y racionalidades diferentes a las ordinarias. Se basa en el hecho de que lo que es sano y correcto, se convierte a través de una repetición exasperada en una tiranía de lo absurdo; con una necesidad de estar seguros de la realidad y reafirmando constantemente que todo está bien controlado y que no puede pasar nada malo.

Se señalan que hay tres condiciones que cumplen las compulsiones, se trata de una conducta o pensamiento: estereotipado, irrefrenable, inevitable y ritualizado, que tiene la función de tranquilizar a quien experimenta estas ideas. Las Compulsiones son conductas que se producen de forma recurrente, cuyo propósito es aliviar la ansiedad y prevenir situaciones negativas; y no produce placer; estas pueden ser: lavado de manos o limpieza, actos mentales como rezar, contar, repetir palabras en silencio, exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y ordenar objetos.

Entre las obsesiones frecuentes están: la contaminación (miedo a contraer enfermedad), dudas repetitivas (preguntarse a uno mismo si realizo un acto), necesidad de disponer de cosas en un orden fijo e impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales. Estas imágenes rara vez se asocian con circunstancias de la vida real. El sujeto con obsesiones trata de evitar o controlar estos pensamientos mediante otras ideas o actividades.

Desde la propuesta de la TBE y su experiencia en el tratamiento del TOC, se han reconocido cinco tipos de estados internos que conectan conductas e ideas compulsivas: 1) la duda que promueve la realización de una conducta tranquilizadora, 2) la ritualidad que surge del aumento de rigidez de las creencias, 3) empeorar procesos de razonamiento hasta hacerlos irracionales, 4) la patología que aparece de realizar conductas de prevención llevados al extremo y 5) resultado de una experiencia traumática donde la víctima se defiende de esta

experiencia y genera ideas o conductas cuya finalidad es generar sensación de tranquilidad y limpieza, como en los casos de mujeres que han sido víctimas de abuso sexual.

Es importante resaltar también qué, en relación a la complejidad de definir el trastorno en mención, en la última edición del DSM-V de la American Psychological Association (APA,2020) el trastorno obsesivo compulsivo está formando parte de un nuevo capítulo, diferente al de trastornos de la ansiedad (como sucedía en la clasificación del DSM-IV. Este nuevo capítulo lleva el nombre de *trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*. La inclusión de un capítulo aparte es por la creciente evidencia de que estos trastornos como el TOC y los relacionados están vinculados entre sí y por su utilidad clínica.

En este nuevo capítulo también se incluye *al trastorno dismórfico corporal*, *el trastorno de acumuladores*, *la tricotilomanía* y *el trastorno de escoriación*, así como otros. En esta edición se afirma que las personas con TOC, en la mitad de los casos tienen ideas suicidas en algún momento de su vida, disminución de su calidad de la vida, dificultad en las relaciones sociales y laborales. Señala Bautista (2021) también, que las personas que lo sufren suelen tardar unos 10 años en solicitar ayuda psicológica, pese al gran malestar que les provoca.

1.3. Objetivos

Objetivo general

Implementar una intervención sistémica en terapia breve estratégica para el caso de una joven adulta con conductas compulsivas y pensamientos obsesivos de lavarse las manos, permitiendo que recupere un estilo de vida saludable.

Objetivos específicos

1. Analizar con la consultante como se ha creado y persiste las conductas problemáticas asociadas al TOC (soluciones intentadas), haciendo uso del dialogo estratégico.
2. Interrumpir el circulo vicioso de las conductas repetitivas y pensamientos intrusivos de la consultante, usando técnicas o prescripciones de la TBE, provocando la experiencia emocional correctiva (EEC).
3. Definir límites, en el subsistema parental-filial (madre-hija), ya que la madre está vinculada al sostenimiento del problema de la consultante.
4. Promover un estilo de vida sano para la consultante, con sesiones distanciadas en el tiempo, hasta lograr construir un nuevo equilibrio duradero.

1.4. Justificación

Nardone y Portelli (2015) afirman en el libro *Obsesiones, compulsiones, manías*, que 5% de la población sufre de esta patología de manera grave y requiere terapia. Si bien es cierto, se trata de una enfermedad que compromete a un porcentaje reducido de la población, sus efectos sobre la persona generan mucho sufrimiento, incapacitándola de forma diaria, permanente y en diversa intensidad. Se trata de una problemática que ocasiona un alto deterioro de la calidad de vida de la persona. Por lo antes expuesto, el TOC se convierte en una condición de salud que requiere el conocimiento de alternativas terapéuticas que sean efectivas.

Otros autores señalan sobre el TOC que es una condición clínica heterogénea que presenta una prevalencia del 2%, pero que causa una gran disfuncionalidad. En la actualidad existen varias terapias psicológicas y también farmacológicas, pero con tasas que no aseguran resultados exitosos. (Melchor et al., 2019; Gasnier et al., 2017; Kulz et al., 2014 y Lozano-Vargas, 2017)

Este trabajo aporta en el campo de la exploración de nuevas psicoterapias para el tratamiento del TOC, considerando que las existentes no aseguran a largo plazo resultados permanentes. También resaltar el carácter inocuo de la intervención, ya que dentro de los procedimientos conocidos se encuentran los farmacológicos, donde su uso puede generar efectos adversos en los consultantes, como es el caso de los antidepresivos tan utilizados. Otro aspecto a resaltar del modelo es que plantea una intervención de corta/breve duración, donde se promete el inicio de resultados positivos como máximo en diez sesiones.

Otro aspecto importante a resaltar, es que la TBE ha dado buenos resultados para el tratamiento del TOC, según los estudios realizados por Watzlawick y Nardone (2018) y Nardone y Portelli (2015) los estudios señalan una remisión total de las conductas problemáticas del 71% y 89%; y una duración media de la intervención entre 7 y 9 sesiones respectivamente.

Es necesario señalar también, que en el Perú no existen trabajos sobre intervenciones sistémica en casos de TOC. Quizás también porque esta condición es definida por el DSM5 como una enfermedad psiquiátrica, lo que la hace menos candidata a una intervención psicoterapéutica. No olvidemos que, para el presente caso, la consultante, por dos veces consecutivas recibió tratamiento farmacológico sin éxito.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Devolver a la consultante la calidad de vida que tenía antes de aparecer el TOC. Asimismo, que la terapia sea útil para personas que sufren de la misma condición, logrando que la intervención erradique o disminuya las conductas y pensamientos repetitivos, intrusivos e incontrolables, los que provocan que los afectados disminuyan sus posibilidades de realización personal en diferentes planos, considerando que estas conductas abarcan un espacio considerable de su tiempo.

Otro aspecto a valorar es que se trata de un modelo breve y con éxito en su intervención. Eso tiene un efecto positivo para el consultante, ya que no tendrá que estar expuesto por largos periodos de tiempo a la intervención terapéutica. Además, es más económico, ya que a menos sesiones el tratamiento se reduce la inversión. Aporta a los consultantes y terapeutas otro tipo de terapia y técnicas para enfrentar el TOC.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Es una investigación cualitativa, estudio de caso único, que se enmarca dentro de la investigación-acción. Señala Drotar (2009) que el estudio de caso tiene entre sus objetivos “dar a conocer nuevos desafíos en la práctica clínica y maneras de afrontarlos, documentar la viabilidad y la eficacia preliminar de ciertas intervenciones psicológicas novedosas” (citado por de Vicente-Colomina, 2020, p.69). Según Ñaupas et al. (2018) el estudio de caso “es una opción metodológica para ser utilizada en una investigación sistemática y profunda de un caso en concreto” (p.383). Jiménez (2022) señala que los estudios de caso instrumental, sirven para la construcción de una teoría que pretenden generalizar a partir de un conjunto de situaciones específicas. Por lo tanto, este tipo de método y diseño es apropiado por que aporta al mayor conocimiento y aplicación de la TBE en un caso de TOC.

Pero, en términos de Nardone y Portelli (2015) el estudio también responde a las características del diseño de investigación-intervención, definido este método por Kurt Lewin, como un proceso empírico experimental, que es controlado en todas sus fases de actuación y que transforma la realidad del sujeto en el proceso de la investigación. Otro aspecto importante que señala Hernández-Sampieri (2019) de este diseño, es que su objetivo fundamental es que debe conducir al cambio y que este debe producirse en el proceso de la investigación, es decir se indaga al mismo tiempo que se interviene. En el presente estudio de caso de TOC, lo que se busca es desaparecer o minimizar la presencia del síntoma en la consultante en el proceso de la intervención.

2.2. Ámbito temporal y espacial del estudio de caso

La consultante del caso de TOC reside en el distrito de San Juan de Miraflores. Las sesiones se realizaron entre noviembre 2023- mayo 2024 (7 meses), en consulta privada en el

distrito de Santiago de Surco-Lima. Se realizaron 9 sesiones cada dos y 3 semanas y 1 de seguimiento a los 2 meses. Las sesiones tenían una duración promedio de 60 a 30 minutos.

2.3. Participante

La consultante Fiorella de 23 años, es estudiante de Farmacia de Bioquímica y que cursa el quinto ciclo en una universidad privada de Lima, es hija única. La consultante está orientada en espacio y tiempo; y es poco comunicativa; vive en casa de la abuela materna con su madre. Nunca ha vivido con ambos padres y tampoco ha vivido con el padre, suele verse con él en casa de la abuela materna. Acude con la madre (50 años) a las sesiones, quien tiene grado de instrucción secundaria y ocupación independiente, siendo ella quien ha buscado ayuda terapéutica para la hija. Tiene enamorado de 2 años que lo ve cada 2 semanas.

2.4. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio de caso

2.4.1. Técnicas

2.4.1.1. **Dialogo estratégico.** Parte del principio de que es imposible no comunicar, por lo tanto, el terapeuta se va preocupar de la manera como el consultante percibe y gestiona la realidad individual, a través de la comunicación consigo mismo, los demás y el mundo. El dialogo estratégico orienta a saber cómo funciona el problema y como resolverlo, guiando a cambiar en las personas su comportamiento y modalidades perceptivas y de atribución causal; hay que ayudar al consultante a percibir de forma diferente. Por lo tanto, a través del diálogo estratégico o al hacer uso de prescripciones, lo que se busca es que la persona construya percepciones diferentes o alternativas. El cambio de conducta conduce a descubrir nuevas modalidades de percibir la realidad y eso lleva a gestionar el problema de forma diferente. (Nardone y Salvini, 2016)

2.4.1.2. Prescripciones paradójicas. Contraritual. Solicitar que haga bajo ciertos parámetros, lo que desea dejar de hacer, pero qué no puede dejar de hacerlo voluntariamente. (Nardone y Portelli, 2015)

2.4.1.3. Pregunta con ilusión de alternativa de respuesta. Hacer creer a la persona que tiene el control de las decisiones y que no se perciba la prescripción como una imposición. De esa manera se fomenta una mayor colaboración y toma de decisión de la afectada. (Nardone y Salvini, 2016)

2.4.1.4. Crear un miedo mayor. Comunicación fuerte y sugestiva. Cuando la prescripción no está provocando el resultado esperado y la consultante se resiste al cambio, se crea un miedo superior al que está experimentando con su problema, para destrabar la resistencia, saltar al cambio que provoca la experiencia emocional correctiva.

2.4.1.5. Técnica de la escala. Haciendo uso de una escala numérica del 0 al 10, se le pregunta a la consultante su opinión respecto a su percepción del síntoma, donde 10 es el nivel donde empieza la terapia y 0 cuando puedes señalar que ya te libraste del problema ¿Qué calificación te pones hoy?; de esta manera la consultante nos remite su percepción del cambio respecto del punto de partida inicial de la intervención. (Nardone y Milanese, 2019)

2.4.1.6. Posponer el ritual a un tiempo específico o desplazamiento. Se le prescribe a la consultante, que aplaze el momento de hacer el ritual, por ejemplo, de lavarse las manos. No se le dice que no lo haga, ya que no puede dejar de hacer la conducta problemática. Pero si va a realizar la conducta problemática, que lo haga después de esperar 10 minutos; y en la próxima sesión ampliar el tiempo de espera. No prohibirle algo que no puede evitar. Lo que se busca es que el consultante se aburra de esperar y decida no hacer la conducta sintomática, pero si lo hace, será bajo los acuerdos establecidos. Todo apunta a que logre el control de la conducta

problemática sin que se dé cuenta: no se advierte lo que va suceder. La idea es que descubra a partir de la experiencia otra forma de percibir la realidad. (Pietrabissa, et al., 2016)

2.4.2. Instrumentos

2.4.2.1. Genograma familiar. Señala McGoldrick y Gerson (2011) que es “un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones.” (p. 17). Es un recurso que permite observar de forma gráfica, los integrantes de una familia, sus posiciones jerárquicas o no y sus interacciones. Se trata de un gráfico, que a través del impacto visual o gestald, ofrece la posibilidad de generar diversas hipótesis sobre lo que está ocurriendo en dicha familia. Hace uso de nombres, fechas y símbolos que permite descifrar y comunicar una serie de relaciones, vínculos complejos, en la construcción de la historia familiar.

Se aplica en un inicio para conocer al consultante en su contexto familiar y también al final de la intervención para diferenciar los cambios logrados. Recoge todo tipo de información de importancia que puede afectar a la consultante de parte de su contexto familiar. Enfatiza Yáñez-Rodríguez et al. (2022) que este instrumento es importante porque marca un inicio en la intervención y un después, es decir no es el mismo siempre y puede cambiar según la evolución de la familia.

2.4.2.2. Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS). Es un instrumento que sirve para valorar la intensidad y las diferentes formas del TOC. Identifica obsesiones, compulsiones. Es una escala autoaplicable que evalúa los síntomas clínicos de la enfermedad, el tiempo invertido, así como el distrés. En total son 10 preguntas, valorando por separado compulsiones y obsesiones.

Para Berrío y Luciano (2017) las preguntas están dispuestas a manera de encuesta semiestructurada. La escala revela resultados válidos y confiables. Su aplicación es rápida y se

obtiene subtotaes de las obsesiones y las compulsiones La escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo se utilizará en el presente estudio. Uno de los pocos autores que ha adaptado la escala para la versión adultos es el psiquiatra chileno Roberto Amond. (Amond, 2023)

2.4.3. Evaluación psicológica

Historia psicológica

Datos Generales

Nombres y apellidos de la consultante: Fiorella V., Zamudio Carbajal

Edad: 23 años.

Sexo: mujer.

Estado civil: soltera.

Grado de instrucción: tercer año de la carrera de Farmacia y Bioquímica.

Ocupación: estudiante.

Con quienes vive: la madre y abuela materna.

Religión. Católica.

Número de hermanos: hija única

Domicilio actual: Av. Víctor Castro Iglesias 547. San Juan de Miraflores- Lima

Problema Actual. La consultante solicita terapia psicológica debido a las repeticiones incontrolables del lavado de manos y los pensamientos de que algo malo le va suceder si no lo hace. Los psiquiatras hace 2 años en el contexto de ingresar a la universidad le diagnosticaron que sufría de TOC. Esta experiencia afecta de forma diaria el desempeño de sus actividades,

provocándole sufrimiento al no poder manejarlo. Fiorella recuerda que este problema aparece un año antes aproximadamente, no tiene clara la fecha, quizás en el contexto de los preparativos para ingresar a la universidad, estaba un poco preocupada.

El problema se manifiesta con un rechazo a que sus manos se ensucien al momento de tocar algo y la solución intentada es lavarse las manos cada vez que piensa que toco algo sucio. Al principio pasaba poco, pero después va en aumento los lavados de manos y el problema se evidencia cuando ella ritualiza el número de veces que se lava las manos, creando un número mágico para hacerlo, que fue al principio 2, un número par, que ella señala que le gustaba, que se sentía feliz con su 2 (lavarse 2 veces) y después este número se convirtió en 4, otro número par, que además ha evolucionado, ya que cuando no se siente cómoda con la serie de 4 lavadas, vuelve a hacer otra serie de 4, hasta sentirse cómoda (no es definido el número de replicas), es decir, hoy no existe un número exacto de réplicas de 4, lo hace hasta que ella sienta que lo hizo bien.

El problema empieza como un rechazo a la suciedad y ahora el problema es el número de veces que hace el ritual de lavarse las manos que ya no puede controlar y que es un número par, que ha evolucionado de 2 a 4 en serie de lavados indefinido y que además se ha sumado pensamientos propiciatorios de que algo malo le sucederá si no lo hace bien. La solución al problema de tocar algo sucio y de lavarse las manos cuando estas están sucias, que era una solución funcional, se ha convertido en una solución disfuncional y hay que intervenir sobre esta solución redundante que ha puesto en práctica la consultante. A esto se suma que la solución disfuncional, tampoco logra hacer sentir satisfecha a la consultante, solo mitigar temporalmente el malestar.

Estas respuestas se ponen en marcha sin que cuente la voluntad de Fiorella. Estas conductas empezaron como un ritual de tipo reparador, sacarse la suciedad de las manos por

algo que había tocado, a un ritual de tipo propiciatorio, hacerlo para que no me duela la cabeza o no le pase algo malo. Ella manifiesta que el número promedio de veces que hace estas series de repeticiones al día son 10 y esta dificultad sucede fundamentalmente en casa.

Experiencia a los siete años. Mucho antes, a los 7 años, recuerda una experiencia estando con su madre en la calle, la descubre que estaba caminando derecho por la pista, y no podía salirse de la línea recta, no podía hacerlo mal, decía que podía pasarle algo malo. La mamá le reprendió, le dijo ¿por qué caminas así? y ella le dijo, ya no lo vuelvo hacer, pero tienes que darme algo, si no quieres que vuelva hacerlo. ¿Qué quieres le pregunto la madre? quiero un chocolate; y la mamá le dio el chocolate y ella dejó de hacerlo. Ella recuerda esta experiencia como una prueba de que pudo superar el problema y si esa vez pudo, considera que esta vez si se lo propone lo conseguirá.

Aquí se hace evidente, que la niña chantajea a la madre, si es que quiere que la obedezca y la madre accede. El TOC tiene como antecedente la necesidad de la niña de tomar control de la madre a través del chantaje.

Dentro de las interacciones sociales que ha puesto en marcha la consultante para solucionar el problema, participa la madre, quien busca ayuda terapéutica para su hija y la acompaña a todas sesiones. La madre está involucrada en este proceso de las soluciones intentadas, acudiendo a buscar ayuda. Es importante señalar que la hija estudia en una universidad que está relativamente cerca de un hospital, posta de salud y policlínicos, pudiendo buscar ayuda personalmente, pero es la madre la más involucrada en la solución a este problema. En ese sentido, la intervención también considera dar recomendaciones a la madre, para que no interfiera en el contexto de las soluciones intentadas y disfuncionales de la hija.

Desarrollo cronológico del problema. 7 años. Habiendo ingresado al colegio la primaria, empieza a caminar derecho en casa y luego en la calle, tiene necesidad de hacerlo

bien, porque, si no, le puede pasar algo malo. Cuando la madre se da cuenta, ella deja de hacerlo, pero primero la niña chantajea a la madre.

20 años. Sin darse cuenta, en un contexto o preparativos para postular a la universidad empieza a percatarse de que las manos están sucias y se lava, todo bien, luego esta conducta se hace más frecuente y luego se lava en número de 2 veces, para luego hacerlo 4 y ya no poder controlar esta situación.

21 años. Postula a la universidad y durante la entrevista personal, la derivan a psicología y de aquí a psiquiatría y la diagnostican con TOC. Le prescriben tratamiento farmacológico la primera vez: Clonazepam y sertralina fracasa este tratamiento y la segunda vez le prescribe risperidona y sertralina, la segunda vez también abandona el tratamiento porque no vez resultados positivos, se sentía igual. Le ofrecieron que para los 6 meses de la farmacoterapia recibiría psicoterapia, pero nunca llegó a cumplir 6 meses de la terapia psiquiátrica, abandono a los 3 y 2 meses respectivamente.

23 años. La madre preocupada por la solicitud de ayuda de su hija sobre su problema de lavado de manos, busca ayuda terapéutica psicología. Se le ofrece la terapia sistémica con el Modelo de TBE de Giorgio Nardone ya que tiene un protocolo de intervención con buenos resultados en casos

Historia personal. En relación a su infancia, Fiorella nació de parto normal en el Hospital María Auxiliadora ubicado en el Distrito de San Juan de Miraflores (SJM)-Lima. Es hija única. Desde siempre ha vivido en casa de la abuela materna con su madre. En relación a su desarrollo psicomotor grueso y lenguaje, camino a los 20 meses y hablo sus primeras palabras a los 2.5 años, la madre estuvo un poco preocupada por que se demoraba en hablar. Tuvo un desempeño en el colegio de primaria y secundaria de nivel promedio, gustando más los cursos de ciencias. No tuvo notas sobresalientes, pero tampoco desaprobatorias en ningún

año. Siempre desde niña ha sido poco sociable, su mamá le dice que no se junte con cualquiera y tampoco le llama la atención tener muchas amigas.

Su adolescencia ha sido un periodo difícil, ya que la madre no la dejaba salir con facilidad y hasta hoy. Cuando salía de casa, casi siempre lo hacía con alguna prima o primo. Tuvo su menarquia a los 12 años. Casi no ha tenido amigas y menos amigos. La madre le infunde mucho miedo e inseguridad sobre las personas extrañas.

Sobre su etapa de enamoramiento, no ha tenido enamorado hasta que se preparó para la universidad y conoció a su actual pareja. Tiene igual edad que ella y lo ve poco, cada semana o dos semanas. Ella ve con naturalidad esa frecuencia y se ven en la casa donde vive actualmente con el consentimiento de la madre y la abuela. Él estudia en una universidad pública la carrera de administración y tienen una relación hace 2 años y se conocieron en la academia preuniversitaria. Ella dice que es muy bueno, que la entiende y sabe del TOC; así como pocas personas o amistades saben de esta situación.

Sobre su relación con sus abuelos, Fiorella tiene una relación muy cercana con la abuela, le pide consejos que a veces no puede hacerlo con la madre. Le da más seguridad. El abuelo siempre ha secundado las decisiones de la abuela materna. El abuelo por parte de madre, falleció en el 2020 y desde esa época en adelante ella y su mamá han estado muy pendientes de la abuela materna.

Su ingreso a la universidad lo logra con apoyo de los abuelos maternos y del padre; la madre aporta para los alimentos. En la universidad las cosas eran diferentes, los cursos más difíciles y le obligaban a formar grupos, lo hacía, pero no le gustaba y solo ha llegado a compenetrar con una amiga, con quien tiene más confianza, pero no suele fiarse de nadie. Es decir, tiene pocas amistades en la universidad siendo desconfiada y no suele ser ella la que propicia acercamientos con otras personas.

En relación a su vida social, no tiene muchas amigas y su mejor amiga es una prima. Pero le gusta ir a fiestas y asiste poco porque a la mamá le preocupa que algo malo le pase. A veces la lleva un primo a pedido de la madre.

Historia familiar. La relación de Fiorella con la madre, se trata de una relación muy sobre involucrada pero también conflictiva. No soporta que la madre la sobreproteja tanto, le fastidia y le infunde miedo, en especial cuando se trata de salidas de casa. Cuando quiere ir a fiestas, la mamá le pide que vaya con algún familiar. De lo contrario la llama todo el tiempo llorando para saber dónde está. La espera despierta y afligida cuando retorna a la casa. Ella se siente muy incómoda con esta situación, ya que no puede hacer nada sola o que la madre desconozca.

Durante el periodo de la escuela primaria y secundaria, la madre la llevaba al colegio, a veces la recogía, incluso en secundaria. También le pedía al padre que la recogiera del colegio a solicitud de la madre, el padre algunas veces lo hacía.

Fiorella también comenta que ha sido vehículo de comunicación entre sus padres. La madre le ha pedido siempre que sea ella desde pequeña quien le pida cosas al padre: dinero, ropa y cosas que ella necesita o que la madre piensa que necesita. Fiorella no siempre ha estado de acuerdo con los pedidos de la madre, pero lo ha tenido que hacer y a veces la madre se lo ha pedido con llanto o manipulación de que, si no lo hace, no la apoyará en otras cosas.

La madre siempre ha sido muy sobreprotectora y desde chica suele acompañarla a muchos lugares con la idea o temor de que algo le pueda pasar en la calle. Suele salir mucho con la madre y le infunde muchos miedos y es una experiencia de largo tiempo. Cuando era niña en casa de la tía, tenían una piscina inflada y la madre no quería que se metiera a la piscina, ya que le decía que se puede ahogar, pero ella quería disfrutar del agua. Lo cierto es que no lo hizo, ya que la madre le lloraba que no lo hiciera y le infundió temor de hacerlo. Cuando sale

a fiestas también es igual, la madre le llora, le ruega que no salga tan tarde y no duerme si esta fuera de casa. Algunas veces la madre la acompaña a reuniones, no quiere que vaya sola. Pero, así como la madre puede chantajear a la hija para que no haga algo o a la inversa, la hija también hace lo mismo con la madre, ya que algunas veces Fiorella presiona a la madre para que la lleve a reuniones donde su madre es invitada. Aquí se observa que la relación madre-hija no tiene límites claros y que la jerarquía de la madre no está definida.

La relación de Fiorella con el padre es buena. Ella ha sido por muchos motivos intermediadora entre la madre y el padre, respecto a sus necesidades. La madre solicita cosas al padre por intermedio de ella como hija. El padre es una persona tranquila de baja conflictividad y habla poco. No suele presionar a Fiorella para nada. La ayuda siempre que puede. El padre no tiene trabajo estable, por lo que también hay reclamos de la madre de tipo económico hacia el padre, pero que los canaliza Fiorella. Desde que nació sabe que su padre ha estado pendiente de ella, aunque nunca han vivido juntos. En relación al padre, Fiorella se niega a aceptar que el padre tenga otra relación, ya que el padre, ni ella hablan de estos temas.

Desde pequeña recuerda que su padre venía a visitarla, aunque no siempre y su condición económica ha sido complicada ya que no tiene trabajo fijo. Se lleva bien con su padre y siendo pequeña la llevaba de compras, solía pedirle cosas, que su mamá le decía que lo hiciera, como ropa, y los estudios; la ayudaba, aunque muchas veces decía que no tenía. La madre la presionaba para que le exigiera dinero, pero él no tenía. La mamá se molestaba cuando no enviaba lo que pedía, pero después se le pasaba.

Sobre los padres de Fiorella y su relación, ellos son de Lima, se conocieron jóvenes por casualidad en un contexto en que estaban trabajando y él vive en Villa El Salvador. Fueron amigos y enamorados en poco tiempo, fruto de esa relación nació Fiorella. Según la madre, ellos no viven juntos por que ambos cuidan a su madre. Pero ellos no se frecuentan como pareja,

salvo cuando Fiorella logra unirlos por algún motivo. Se trata de una relación de pareja rota, pero que no es aceptada públicamente por la madre como tal. No existe intimidad entre ellos. La madre no sabe si él tiene otra pareja, pero tampoco enfrenta esta duda con el padre de Fiorella. La relación entre Roberto y María tiene como intermediaria a Fiorella. Desde que María se embarazó, Roberto tomó distancia de la relación y se veían de manera menos frecuente, coincidió con que la madre de él estaba un poco delicada de salud.

Sobre Roberto, padre de Fiorella es hijo único de Juan y Sofía, los abuelos paternos de Fiorella. No hay según la madre otra hija además de Fiorella. Roberto según la madre de Fiorella, es muy pegado a su madre y anda muy pendiente de lo que le pasa, ya que ella enviuda hace más de 20 años. Él siempre ha sido pegado a su madre desde chico.

Los abuelos maternos de Fiorella son casados (2020 falleció el abuelo) y han tenido 2 hijos. El tío vive cerca de la casa de la abuela. El fallecimiento del abuelo hizo que su madre se uniera más a la abuela y estuvieran pendientes de sus necesidades. La abuela es de carácter fuerte y la madre como la nieta se someten a lo que ella dice. Los abuelos maternos tenían ahorros y con ello apoyan a Fiorella para sus estudios. Fiorella tiene una buena relación con la abuela materna.

Los abuelos paternos de Fiorella son casados también, pero el padre es hijo único y la madre tiene de viuda 24 años, situación que propició que el hijo estuviera pendiente de ella hasta el momento. La abuela recibe una pensión de viuda que le permite al hijo administrar. La abuela paterna y su relación con la consultante y madre de la consultante, es una relación distante e indiferente. Fiorella no visita mucho a los abuelos paternos y cuando lo hace es porque su padre la lleva.

Tabla 1*Datos de los miembros de la familia*

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación
Madre	María	50	secundaria completa	Negocio
Padre	Roberto	50	secundaria completa	Negocio
Consultante	Fiorella	23	tercer año superior	Estudiante
Abuela materna	Teresa	78	primaria incompleta	Ama de casa
Abuela paterna	Sofía	77	primaria incompleta	Ama de casa

2.5. Intervención

2.5.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 2

Plan de intervención y calendarización

N.º de sesión	Fecha	Duración minutos	Frecuencia	Participantes	Técnicas
1	4/11/23	60	14 días	Consultante y la madre	Parafrasis reestructurante entrevista lineal, contrarritual
2	18/11/2023	30	14 días	Consultante	Ubicación en una escala, pregunta con ilusión de alternativa y contrarritual
3	2/12/2023	30	14 días	Consultante	Ubicación en una escala, y contrarritual
4	16/12/2023	30	14 días	Consultante	Crear un miedo mayor contrarritual.
5	6/1/2024	30	14 días	Consultante	Contrarritual
6	20/1/2024	30	14 días	Consultante	Ubicación en una escala y contrarritual.
7	10/2/2024	30	14 días	Consultante	Ubicación en una escala, aplazamiento del ritual y contrarritual.
8	2/3/2024	30	21 días	Consultante	ubicación en una escala, aplazamiento del ritual y contrarritual.
9	23/3/2024	30	2 meses	Consultante	Ubicación en una escala, aplazamiento del ritual y contrarritual.
10	25/5/2024	30	4 meses	Consultante	ubicación en una escala, aplazamiento del ritual y contrarritual

2.5.2. Programa de intervención

Tabla 3

Descripción de la primera sesión

Objetivos

Analizar cómo se mantiene el problema, identificar las soluciones intentadas, aplicar lenguaje sugestivo persuasivo hipnótico sin trance y dejar la primera tarea/prescripción.

Sesión terapéutica

T. Saludo cordialmente a la consultante y su madre generando empatía y confianza.

¿Cuál es el motivo de la consulta y cómo te puedo ayudar? (**motivo de la consulta**)

C. Tengo unos tics de lavarme las manos que no puedo dejar de hacer y no se me quieren quitar y ha empeorado en los últimos tiempos. No sé qué hacer, no puedo hacer mi vida normal. Interrumpe mis actividades diarias. El psiquiatra dice que tengo TOC.

T. ¿Qué es lo que esperas de la terapia?

C. Deseo dejar de hacer esas conductas repetitivas, que no puedo controlar y deseo retomar mi vida como antes.

T. Te entiendo. Ahora te voy a explicar en qué consiste la terapia y si estás de acuerdo empezamos. Te concederé 10 sesiones como máximo (comunicación persuasiva), si durante este tiempo no se producen cambios, la intervención se suspende por que se asume que se está alimentando al problema. Se debe cumplir las tareas (prescripciones) que se dejan, firmar el consentimiento informado, aceptar la grabación de las sesiones que ayudan a la mejor intervención y te aseguramos absoluta confidencialidad. (Se acuerda: periodicidad, costo y duración de cada sesión. ¿Estás de acuerdo? (acuerdos previos a la intervención terapéutica).

C. Estoy de acuerdo.

T. Muy bien. Empecemos. Pero antes te haré preguntas generales para hacer tu historia. (**técnica de la entrevista lineal**).

C. Ok.

T. Para empezar te aplicaré esta encuesta y quiero que marque con la mayor sinceridad y después continuaremos con las preguntas ¿está bien?

C. Si. Claro

Se le aplica una prueba de inicio, la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS). Después se continua con la sesión.

T. ¿Qué edad tienes? ¿Dónde vives actualmente? ¿Con quienes vives?, ¿desde cuándo y que estudias?

C. tengo 23 años y siempre he vivido en San Juan de Miraflores con mi madre en casa de mi abuela. Estudio en la Universidad Autónoma del Perú y curso el 3er año de la Carrera de Farmacia y Bioquímica.

T. ¿Cómo se llama tu mamá y abuela con quienes vives y sus edades?

C. Mi mamá es María y tiene 50 años y mi abuela materna es Teresa y tiene 78 años.

T. No vives con tu papá explícame?

C. Lo que pasa es que mi mamá cuida a mi abuela y mi papá tiene que cuidar a su mamá. Por eso no vivimos juntos.

T. ¿Como sabes esa información?

C. Mi mamá me ha dicho eso

T. ¿Alguna vez le has preguntado a tu papá directamente?

C. No.

T. ¿Cómo es tu relación con tu mamá?

C. Ella es buena, pero muy sobreprotectora, siempre piensa que algo malo me va pasar. Me crea muchos miedos. Siempre está cuidándome. Me incomoda. Si voy a una fiesta ella está pendiente. Me llama y llora y quiere que llegue rápido y si no le contesto, manda a alguien a recogerme. Me infunde muchos miedos, de chiquita, en casa de mi tía, me quise meter a una piscina que era inflada y mi mamá me rogaba que no me metiera al agua por que podía ahogarme y empezó a llorar y no me metí por ella.

T. ¿Cómo es la relación con tu papá, lo ves, de que conversan?

C. Tengo una buena relación con mi papá. Él me apoya económicamente con mis estudios, aunque no siempre puede. Para el, mi abuela (paterna) es lo más importante. Si me visita, ella lo llama, no tiene a nadie más, es hijo único. Mi madre me pide que lo llame a mi papá a veces. Ellos se hablan poco, pero no se llevan mal. En especial, si ella está preocupada por mí, lo llama y yo me veo con él, en casa de mi mamá. Mi mamá me dice llámalo, necesitas para esto o lo otro y me ruega para que lo llame y yo hay veces que no quiero, ya lo vi la semana anterior. Pero lo hago por ella que me lo pide y me llora.

T. ¿Cómo es tu relación con tu abuela materna?

C. Ella es muy buena, me ayuda mucho con el dinero. Lo que da mi papá no alcanza. No tiene trabajo fijo y mi mamá tampoco. Mi abuela es un gran poyo y mi mamá le hace caso a mi abuela, ella es la que manda y yo confío mucho en ella. Mi abuelo falleció y nosotros la acompañamos.

T. Como te llevas con la abuela paterna?

C. Bien, pero la veo poco, ya que no voy seguido a casa de mi padre, solo cuando el me lleva. Ella vive sola con mi papá, ya que la abuela quedo viuda hace tiempo.

T. Bien. Ahora hablaremos del motivo de tu consulta. ¿Explícame en qué consiste tu problema, desde cuándo se manifiesta la conducta y dónde?

C. Me diagnosticaron TOC hace 2 años. He recibido tratamiento farmacológico 2 veces, lo he abandonado por que no sentí que mejoraba y he empeorado. "Mi tic consiste en lavarme las manos cuando siento que algo sucio he tocado, en número de 2 veces fue al principio y aumenté a 4 veces después y hoy hago series de 4. Y solo dejo de lavarme cuando siento que lo hago bien. Creo que, si no lo hago bien, algo malo me pasará.

T. Te pasa todo el día y en todas partes? (preguntas orientadas a saber cómo funciona el problema)

C. Casi siempre en casa y lo hago muchas veces, como 10 veces al día y me puedo demorar mucho.

T. ¿Cómo has intentado resolver el problema? (conocer las soluciones intentadas)

C. Primero cuando había algo sucio o sentía que estaba sucio me lavaba las manos, pero después lo hacía 2 veces y al principio me sentía bien con mi dos veces, pero después ya hacia series de 4 y si no me sentía bien, lo volvía hacer. Y ya no puedo parar.

T. ¿Alguna vez te ha sucedido antes algún problema parecido al que tienes ahora, alguna experiencia que creas tenga relación?

C. Cuando tenía 7 años, empecé a caminar derecho y mi mamá me reprendió y dijo, ¿por qué caminas así? Yo le dije, ya no lo voy a hacer, pero tienes que darme algo y mi mamá me dijo ¿Qué? Comprame un chocolate y dejo de hacerlo y ella me compro el chocolate y dejé de hacer y pude dejar de hacerlo, si me lo propongo.

T. Muy bien, creo que tu problema tiene solución. Te daré unas prescripciones que debes cumplir al pie de la letra y quizás no te parezcan lógicas, pero debes hacerlas. Inicialmente tendrás que confiar en mí, hasta avanzar la intervención y luego responderé tus dudas. Te daré 10 sesiones, si al cabo de ese tiempo no hay cambios, ya no podré atenderte más. Eso quiere decir, que la terapia alimenta el problema. ¿Estamos de acuerdo?

C. Si.

T. Bien. ¿Tu entiendes que lavarte las manos cuando están sucias, está bien, pero si ritualizas o aplicas un número mágico de veces para lavarte las manos que de 2 paso a 4 y lo asocias a pensamientos de que algo malo te va pasar... dime, esta respuesta tuya es ¿funcional o disfuncional? (**técnica de la paráfrasis reestructurante**)

C. Está mal lo que hago. No es funcional.

T. Entonces, corrígeme si me equivoco ¿cuál es el problema, la percepción de suciedad de las cosas que tocas o la manera cómo has ritualizado el lavado de manos, en número mágico de 2 y después de 4 y que hoy haces series de 4 en forma indefinida y que además empeora el problema al resolverlo de esta manera? (**técnica de la paráfrasis y la pregunta con ilusión de alternativa de respuesta**)

C. Si, el problema es cómo he ritualizado mi manera de lavar las manos y cuando quiero dejar de hacerlo, no puedo.

T. Muy bien, ya sabemos cómo funciona el problema. Ahora como te explique, te dejare la primera tarea, escucha con atención.

Estamos conscientes de que quieres dejar de hacer las conductas repetitivas de lavarte las manos, pero no puedes evitarlo, “cuando más quieres dejar de lavarte las manos, más te lavas las manos”

-Corrígeme si me equivoco - (**técnica de la paráfrasis del problema**)

C. Si. Así es. No puedo evitarlo.

T. Entonces, no te pediré que dejes de lavarte las manos. Escucha con atención (mirando a los ojos fijamente): de aquí en adelante, si quieres lavarte las manos, está bien una vez, pero, si quieres volver a lavarte, tendrás que hacerlo 5 veces, ni una más, ni una menos. Pero también

puedes no hacerlo. Pero, si quieres volver a lavarte las manos tendrás que hacerlo 5 veces, ni una vez más, ni una vez menos. ¿está claro? (**técnica del contraritual**)

C. (Mira con asombro). Es algo extraña la tarea. Pero, lo haré. Está bien.

T. Eso sería todo. La próxima sesión en 2 semanas. Veremos cómo te fue con la tarea.

T. Para usted señora (se dirige a la madre de Fiorella), de aquí en adelante, no debe hablar o comentar con Fiorella del problema. Si ella se siente mal y quiere pedirle ayuda o conversar al respecto, no debe hacerlo. Solo escuche, sin hacer gestos o comentarios ¿eso queda claro?

C. Consultante(mamá). Está bien doctora.

Tabla 4

Descripción de la segunda sesión

Objetivos

Evaluar el cumplimiento de la prescripción terapéutica de la sesión 1 y usar estrategias terapéuticas sugestivas

Sesión terapéutica

T. (saluda cordial a la consultante).

¿Cómo te fue con el cumplimiento de la tarea?

C. Ha sido algo difícil. A veces cumplí y otras veces no. El número 5 me agobiaba mucho. (no olvidar, tenía fijación con el número par).

T. En un rango de 0-10, que número de veces cumpliste. Donde 10 es siempre y 0 nada. Explícame. (**técnica de la ubicación escala**)

C. Cumplí 5 veces y 5 no cumplí. Al principio cumplí y después estuve muy estresada y dejé de cumplir. Es decir, cada vez que tenía que lavarme las manos, lo hacía 5 veces, 2 series de 5. El resto de veces hice series de 4. (Dar la prescripción de hacer series de 5, tiene la finalidad de introducir un pequeño cambio y romper la rigidez del número mágico 4).

T. Ok. Estamos avanzando. Pero, no se ha cumplido la meta de la sesión 1. Te formulo la siguiente pregunta ¿si te lavas las manos 1 vez y quieres volver a lavarte, ¿Cuántas veces prefieres lavarte, 5 o 7? (**técnica de la pregunta con ilusión de alternativa de respuesta**).

Se le hace creer que ella es la que toma las decisiones para que colabore más con la terapia y darle más seguridad, que no sienta que son soluciones impuestas, que crea que las soluciones parten de ella.

C. Prefiero 7, esta vez pondré más de mi parte.

T. Muy bien, entonces, la prescripción quedará así: si te lavas las manos una vez está bien, pero si quieres volver a lavarte las manos lo harás 7 veces, ni una más ni una menos y también puedes no lavarte las manos. ¿Correcto? (**técnica del contraritual**).

C. Está bien. Lo haré.

T. ha cumplir la tarea y nos vemos en 2 semanas, para ver cómo te fue.

Tabla 5*Descripción de la tercera sesión***Objetivos**

 Bloquear y alterar el orden rígido de la conducta y pensamientos obsesivos

Sesión terapéutica

T. (se observaba un rostro feliz respecto de la semana anterior ¿Cómo te fue con la tarea?

C. Pude cumplir la tarea. Cuando quería seguir lavándome las manos después de la primera vez, lo hacía 7 y también otras veces deje de hacerlo. El número 5 era muy agobiante para mí.

T. ¿En relación al número de veces que lo hacías al día que eran 10 en promedio, ha disminuido el número de veces?

C. Si. Ha disminuido en la mitad.

T. Muy bien. (focalización en lo positivo). Señalaste que el número 5 te agobiaba y que tenías que hacer números pares para que te vaya bien ¿te ha pasado algo malo con el numero 7? (redefinir la condición mágica del número par).

C. No había pensado en eso. Solo pensé en cumplir la tarea.

T. Excelente (focalizar en lo positivo). Pero has hecho número impar ¿no te dolió la cabeza o te paso algo malo? (redefinir y desmitificar la condición mágica del número par)

C. No. Pero hice series de 7 dos veces.

T. Del número de 10 veces que hacías al día ¿Cuántas veces lo hiciste? (**técnica de la escala**)

C. Ha disminuido. Hago la mitad y la mitad no. Lo hago 5 veces.

(Hay 2 cambios, dejar de temer el número impar y reducir el número de veces que se lava las manos).

T. Ok. Muy bien. Vamos a seguir haciendo la misma prescripción. Si quieres lavarte las manos después de la primera vez, lo haces 7 veces, ni una más, ni una menos, pero puedes también, no lavarte las manos. ¿está claro? (**técnica del contraritual**).

C. Si

T. La siguiente sesión en 2 semanas y veremos qué tal te fue.

Tabla 6*Descripción de la cuarta sesión***Objetivos**

Evaluar el impacto de las técnicas aplicadas, provocar la EEC y incorporar otras técnicas de ser necesario

Sesión terapéutica

T. (Tenía gesto preocupante la consultante). ¿Cómo te fue con la tarea?

C. No me fue bien. Mi abuela falleció. Tuve una recaída. Pude hacerlo bien la primera semana, pero después no pude controlar. Estuve muy estresada.

T. Mis sentidas condolencias. Entiendo que querías mucho a tu abuela.

C. Si era mi consejera.

T. Es una pena. Pero estabas avanzando muy bien. No podemos retroceder. Se tiene un tiempo límite para que esto de resultados positivos. No lo olvides. Ya casi estamos sobre el 50% del tiempo que tenemos como máximo para que la terapia de resultados.

El problema con el TOC es que es una enfermedad que avanza como un cáncer, hasta hacerse una metástasis y si no lo detienes avanzara hasta incapacitarte mucho más o peor. **(técnica de crear un miedo mayor- comunicación fuerte y sugestiva).**

C. (Salió de su estado de tristeza y apatía y mostro un rostro con cólera, señalo con fuerza y gesto de desagrado) “la palabra cáncer no me gusta y nunca me ha gustado. Estudio en Farmacia y Bioquímica, pero no me gusta hablar de ese asunto”. (Se la percibe con gestos bastante afectada por el comentario). Replicó. Esta vez sí voy a cumplir. (tuvo una mirada muy segura, diferente a otras veces). replicó. Cuando era chiquita y tuve un problema parecido, dije que no lo volvería hacer y no lo hice y así será.

T. Muy bien. Entonces continuaremos con la misma prescripción, (Mirando fijamente a los ojos) si te quieres lavar una vez, está bien, pero si te quieres volver a lavar tendrás que hacerlo 7 veces, ni una vez más, ni una vez menos, pero también puedes no hacerlo. ¿estamos de acuerdo? **(técnica del contraritual)**

C. Está bien.

T. Nos vemos en 2 semanas.

Tabla 7*Descripción de la quinta sesión*

Objetivo

Evaluar el impacto de la aplicación de la técnica del miedo mayor y provocar la experiencia emocional correctiva (EEC).

Sesión terapéutica

T. ¿Qué tal te fue con la tarea?

C. (se le percibía segura). Señalo que había podido cumplir la prescripción de 7. Ha disminuido a 3 veces al día, de 10. No he superado más de 3 series de 7 (se rompió la magia del número par, hay un cambio significativo en el número de veces que lo hace- La comunicación de la consultante es muy convincente- axioma 2 de la comunicación, hay coherencia entre el contenido y relación).

T. (luce por primera vez muy distinta, segura, desenvuelta y sincera). ¿Qué sentiste al hacer series de 7, que es un número impar, Tuviste miedo?

C. No. Solo me preocupé en cumplir la prescripción (no aparecieron los pensamientos de que algo malo le va pasar, empieza a fastidiarle el ritual- se ha producido lo que Nardone denomina: Experiencia Emocional Correctiva (EEC).

T. Muy bien Fiorella. (reforzamiento en lo positivo). Es un logro muy importante. Para la siguiente seguiremos con la misma prescripción. Si te lavas 1 vez, está bien, pero si quieres volver a lavarte, lo debes hacer 7 veces ni una más ni una menos, aunque también puedes no hacerlo. (**técnica del contraritual**). Quedamos así.

C. Está bien.

T. Nos vemos en 2 semanas

Tabla 8*Descripción de la sexta sesión***Objetivo**

Evaluar el cumplimiento de la prescripción y construir un sano equilibrio que se mantenga en el tiempo

Sesión terapéutica

T. ¿Cómo te fue estas 2 semanas con la tarea?

C. Creo que estoy mejorando me siento más tranquila.

T. ¿Cómo evalúas tu avance en un rango del 10-1, donde 10 el problema ha desaparecido y 1 cuando llegaste? (**técnica de ubicación en una escala**).

C. Yo creo que estoy en 8. Cada día lo máximo que hago es 2 o 3 veces al día. La mayor parte de las veces, ya no vuelvo a lavarme. La verdad, estoy muy agradecida, ya estoy casi recuperada.

T. Estas haciéndolo muy bien, pero el problema está aún presente. Seguiremos con la misma prescripción de 7. Nos vemos la siguiente consulta en 3 semanas (**técnica del contraritual**)

Tabla 9*Descripción de la séptima sesión***Objetivo**

Evaluar el cumplimiento de las prescripciones anterior y construir un sano equilibrio

Sesión terapéutica

T. Cómo vamos Fiorella, ya se acerca el momento final de la terapia.

C. Mucho mejor.

T. En la escala del 1 al 10, donde 10 es que el problema desaparecido y 1 como llegaste. ¿Qué dices? (**técnica ubicación en una escala**)

C. Creo que estoy mejorando. Pero creo que estoy en 8.

T. Bien. Mantenemos los resultados de la sesión anterior. Ok. Vamos a introducir cambios en la tarea. Será de la siguiente manera: Si quieres lavarte las manos 1 vez está bien, pero si quieres volver a lavarte, tendrás que aplazar el tiempo en 10 minutos, ni un minuto más, ni un minuto menos. Después de esperar ese tiempo te podrá lavar las manos 7 veces, ni una vez más, ni una vez menos. Pero también puedes no lavarte las manos. (**técnica del contraritual y técnica del aplazamiento- postergar el ritual**).

No te pido que dejes de lavarte, solo que esperes 10 minutos para lavarte las manos si quieres hacerlo y continuar con la tarea de siempre.

C. Hum. Bueno, no sé si pueda esperar 10 minutos. Está bien lo haré.

T. Nos vemos en 3 semanas

Tabla 10*Descripción de la octava sesión***Objetivo**

Evaluar el cumplimiento de la tarea anterior en el proceso de construir un nuevo equilibrio

Sesión terapéutica

T. ¿Cómo te fue Fiorella?

C. Muy bien. El primer día lo hice tal cual la prescripción. La primera vez, esperé 10 minutos para lavarme e hice una serie de 7. Pero la segunda vez en el día, ya no esperé, me desesperé y tenía que hacer mis cosas y ya no lo hice durante el día. El segundo día lo hice una vez, pero la mayoría de los días, ya no lo hice, me sentía impaciente y me retiraba a hacer mis cosas y me olvidaba de lavarme las manos.

T. Excelente Fiorella. (connotación positiva) Ahora, otra vez. Del 10 al 1, donde 10 has resuelto tu problema y 1 como llegaste ¿en qué posición te encuentras? (**técnica ubicación en una escala**).

C. Creo que en 9. Ya casi no me lavo las manos salvo las veces necesarias. Me siento mejor, ya casi no pienso en lavarme las manos, ni tengo malos pensamientos. Estoy preocupada en mis tareas de la universidad, no tengo tiempo.

T. Perfecto. Vamos a seguir con la misma prescripción de 7 y esperar 10 minutos si quieres volver a lavarte las manos. Hasta dentro de 3 semanas. (**Técnica aplazamiento y contraritual**)

C. Ok.

Tabla 11*Descripción de la novena sesión***Objetivo**

Consolidar un nuevo y sano equilibrio en el tiempo

Sesión terapéutica

T. ¿cómo te fue Fiorella?

C. Mucho mejor. Ya casi no lo hago. Hay días que no lo hago.

T. Del 10 al 1, donde 10 has resuelto tu problema y 1 como llegaste ¿en qué posición te encuentras? (**técnica de ubicación en una escala**).

C. Entre 9 y 10. Me siento más tranquila. Ya casi no me acuerdo.

T. Excelente Fiorella. (connotación positiva). Seguiremos con la prescripción de si te quieres lavar las manos una vez está bien. Pero si te quieres volver a lavar las manos tendrás que esperar 10 minutos, ni un minuto más ni un minuto menos, luego te lavarás las manos 7 veces, ni una

vez más, ni una vez menos, aunque también puede no hacerlo. (**Técnica del Aplazamiento, contraritual**).

C. Si.

T. Muy bien. Nos vemos en 8 semanas.

Tabla 12

Descripción de la décima sesión

Objetivo

Supervisar la construcción de un equilibrio sano, respecto al TOC de lavarse las manos

Sesión terapéutica

T. Como estas Fiorella...han pasado 8 semanas, como te ha ido con la tarea?

C. Me va muy bien. Ya casi nunca lo hago. Si acaso una vez a la semana, pero nunca termino por esperar los 10 minutos, me desespero y me olvido. Estoy más preocupada en mis cursos de la universidad y no me preocupa el tema. Creo que estoy curada. Ya puedo hacer mi vida normal.

T. Que bien Fiorella. (connotación positiva). Hoy cumplimos nuestra sesión 10 y señalamos que, si no podíamos resolver el problema, ya no continuaríamos más, por que significaba que lo estábamos alimentando. Bien. En la escala del 10 al 1, donde 10 estas curada y 1 como llegaste ¿en qué lugar te colocas? (**Técnica de la ubicación en una escala**).

C. Creo que me coloco en la puntuación 10. Ya casi nunca lo hago. Estoy retomando mis actividades que deje de hacer porque este problema me abrumaba. Me siento más libre y con menos miedos. Estoy casi curada.

T. Que excelente Fiorella (connotación positiva). Lo más importante es que estas recuperando tu tiempo, tus actividades que dejaste de hacer y que te sientes mucho mejor. Y esperamos que te sigas recuperando con más fuerza. De todas formas, vamos a vernos una siguiente vez, pero dejaremos un periodo más largo de tiempo para tener nuestra siguiente sesión. ¿te parece?

C. Si. Para ver cómo voy. Como me está yendo. Si, creo que si está bien.

T. Te seguiremos dejando la misma tarea, si te quieres lavar las manos una vez está bien, pero si te quieres volver a lavar las manos tendrás que esperar 10 minutos, ni un minuto más, ni un minuto menos y solo después te podrás lavar las manos 7 veces, aunque tú sabes que puedes no hacerlo. ¿quedo claro? (**técnica del aplazamiento y técnica del contraritual**).

C. Si muy bien.

T. Perfecto. Quedamos para vernos dentro de 4 meses para que me cuentes como te ha ido.

C. Muchas gracias doctora. Estoy muy agradecida por su ayuda. Me siento muchísimo mejor y más tranquila.

T. Que te vaya bien. Que sigas logrando las actividades que te has propuesto. Nos estamos viendo para fines de setiembre. (cierre)

C. Muy bien. Así será doctora. Muchas gracias.

2.6. Consideraciones éticas

El presente trabajo se desarrolla bajo los criterios y consideraciones del código de ética y profesional del Colegio de Psicólogos del Perú, siendo así los aspectos más resaltados son: la responsabilidad, los acuerdos de confidencialidad, la competencia profesional, la búsqueda del bienestar del consultante, la utilización de técnicas diagnósticas apropiadas, el acuerdo de honorarios y horarios de atención y la información requerida respecto de actividades de investigación. Por lo que se trata de un estudio que cumple con todas las normas ética para su desarrollo.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

- El terapeuta haciendo uso del dialogo estratégico logró que la usuaria entendiera como se instala sus conductas e ideas repetitivas asociadas al lavado de las manos, comprendiendo que el problema no es la suciedad, sino la solución intentada que ha creado frente al problema, la que se sostiene basado en un equilibrio disfuncional.
- Como resultado de la aplicación de las técnicas o prescripciones (tareas) instruidas a la consultante, se produjo la experiencia emocional correctiva o la interrupción y bloqueo de las soluciones intentadas y disfuncionales, dejando de lavarse las manos en número (mágico) pares de veces y también dejando de asociar estas conductas a la posibilidad de que algo malo le pase.
- La madre entendió que no debe participar de las peticiones de ayuda de la hija frente al problema, porque lo alimenta y forma parte del problema. Y también se acordó evitar el exceso de control y miedos que comunica a su hija, las que provocan la necesidad de tener control o la presencia de la conducta sintomática.
- La consultante bloqueo las conductas redundantes y disfuncionales, orientando su tiempo al desarrollo de nuevos proyectos y actividades que deseaba retomar y que fueron abandonados por su problema del TOC. La sesión de seguimiento a los 2 meses, permitió observar y consolidar cambios en el uso de sus tiempos y prevenir las recaídas. Se tomarán controles espaciados para los 4 y 6 meses siguientes, con el fin de fortalecer el nuevo equilibrio. La consultante se manifestó muy agradecida por retomar la normalidad de su vida.

3.2. Discusión de los resultados

El presente caso de TOC se resuelve en 10 sesiones, haciendo uso del dialogo estratégico y de las técnicas del enfoque sistémico desde el modelo de la terapia breve estratégica de Nardone como el contraritual, pregunta con ilusión de alternativa de respuesta, ubicación en una escala, aplazamiento del contraritual, crear un miedo mayor, comunicación persuasiva, la paráfrasis reestructurante, aportando favorablemente a los resultados de la experiencia terapéutica del modelo, para este tipo de problema; y estos resultados establecen semejanza en el número de sesiones y técnicas utilizadas para casos de TOC, con los estudios realizados por Nardone y Watzlawick (1990) y Nardone y Portelli (2015), en relación a la aplicación de la TBE en 24 casos de personas con problemas de TOC, donde el 71% de los casos fue resuelto con una duración media de 16 sesiones, para el primer estudio donde se pone en práctica la técnica del contraritual (si haces 1 haces 5). El segundo trabajo remarca una eficacia del protocolo terapéutico del 89% y una duración media de 7 sesiones, experimentándose con técnica ya usadas antes y nuevas como la del aplazamiento del ritual, las que se ajustan a las características de la patología y del consultante.

Es importante subrayar que, aunque la TBE tiene como marco teórico fundamental el enfoque sistémico, el protocolo de intervención de Nardone para estos casos se centra en la intervención sistémica individual, sin dejar de lado en el análisis de la presencia del síntoma, la participación del sistema familiar. (Nardone y Watzlawick, 2018; Nardone y Portelli, 2015).

También esta intervención se soporta teóricamente en la propiedad de la globalidad/totalidad de los sistemas, donde el cambio en una de las partes, repercute en todo el sistema, debido a la relación que existe entre sus partes. (Bertalanffy, 1968, 2018).

Otro autor, Bergman (2023) desde la terapia sistémica breve estratégica, parte del supuesto de que todos los síntomas estabilizan a las parejas inestables. Por lo tanto, empezar

una terapia con los padres da como resultado que el niño los rescate y los padres solo hablen del filio en la terapia. Es así, que se recomienda iniciar el proceso terapéutico con consultante y luego trabajar con los padres.

IV. CONCLUSIONES

- La aplicación del enfoque sistémico desde el modelo de la terapia breve estratégica de Nardone, es efectiva para los casos de TOC. Se trata de una intervención favorable desde varios ángulos: El tiempo de intervención que no supero las 10 sesiones, lo que la hace menos costosa y no dificulta el desarrollo normal de la vida de la consultante y mucho menos representa un gasto permanente.
- Las sesiones tuvieron una periodicidad de cada 2 semanas, por lo que el tiempo personal de la consultante, fue muy respetado. Por otro lado, la terapia no exige al consultante evitar, lo inevitable, utiliza la resistencia en beneficio del cambio y del manejo del síntoma, sin que se dé cuenta.
- En el presente caso se utilizaron y validaron las técnicas del contraritual, pregunta con ilusión de alternativa de respuesta, aplazamiento del ritual, crear un miedo mayor, comunicación sugestiva, permitiendo que la consultante interrumpa las conductas disfuncionales motivo de la intervención terapéutica.
- La intervención fue altamente eficaz, dando resultados a las 9 sesiones y 1 de seguimiento a los 2 meses, evaluando que la consultante ha renovado su estilo de vida de forma saludable.

V. RECOMENDACIONES

- Las intervenciones terapéuticas conocidas para los casos de TOC no cuentan con un 100% de eficacia, por lo tanto, es importante ampliar la experiencia del uso de la TBE para este tipo de casos, pues resulta ser beneficiosa en términos de tiempo, costo y eficacia.
- Así como el modelo de la TBE de Nardone se pudo sistematizar a partir de la experimentación de casos, lo que le facilitó la protocolización y la aplicación de técnicas como parte del proceso de intervención terapéutica, es también necesario seguir explorando y aplicar el modelo sobre más casos, para así perfeccionar y renovar técnicas de intervención de acuerdo al problema y tipo de consultante.
- Se encuentran pocas referencias en torno a los casos de intervenciones terapéuticas con el enfoque sistémico desde el modelo de la TBE de Nardone, por lo que se debería dar más énfasis sobre su conocimiento e intervención terapéutica.
- Debido a la alta eficacia del enfoque sistémico de la TBE de Nardone, se debe ampliar la investigación y formación de más teóricos y terapeutas en este modelo.

VI. REFERENCIAS

- Acevedo, L. y Vidal, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *MEDISAN*, 23(1), pp. 131-145.
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n1/1029-3019-san-23-01-131.pdf>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2020). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5ª ed.). Médica panamericana.
- Amond, R., Price, L. y Rasmussen, S. (2023). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), pp.1006-11.
<https://robertoamon.com/wp-content/uploads/2023/04/Y-BOCS-Severidad-Adultos.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bastida, R. (2023). Intervención múltiple en un caso de trastorno obsesivo compulsivo al que le leían la mente. En L. Rey. (Ed.), *VI Jornadas de investigación de la Facultad de Psicología y Logopedia- Libro de contribuciones*. (pp.65-78). Universidad de Málaga.
<https://monografias.uma.es/index.php/mumaed/catalog/view/46/30/371>
- Bateson, G. (2014). *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Gedisa.
- Bautista, K. (2021). *Cuando el pensamiento habla y el sentimiento calla. La ansiedad y compulsión desde un abordaje sistémico: Estudio de caso clínico*. [Tesis de maestría,

Universidad Iberoamericana Puebla]. Repositorio Institucional UIA.
<https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/5069/Bautista%20Romero%20Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bergman, J. (2023). *Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. Paidós.

Bernal, I. (2023). Trastorno obsesivo compulsivo ¿cómo tratarlo con terapia breve centrada en soluciones? *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 5(2), pp.8-12. <https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.5.2.2023.507.8-12>

Berrío, N. y Luciano, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: revisión. *Revista Poiésis*, 1(32), pp. 101-115.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/2303/1742>

Bertalanffy, L. (2018). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica.

Blas, C. (2023). *Atención terapéutica sistémica familiar desde el enfoque narrativo en un adolescente con problemas de conducta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7630/UNFV_FP_Blas_Espinoza_Carmen_Celestina_Segunda_especialidad_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chumpitaz, R. (2022). *Caso psicológico: intervención psicoterapéutica en conductas de riesgo en una adolescente a través del modelo sistémico estructural*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6501/UNFV_FP_Chu

[mpitaz%20Chumpitaz Rosa%20Maria Segunda especialidad 2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

De La Cruz, R. (2021). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 5(11), pp.77–85. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>

De Vicente-Colomina, A; Santamaría, P. y González-Ordic, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PHYSCHOCARE Guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), pp.69-76. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v31n2/1130-5274-clinsa-31-2-0069.pdf>

Del Rio, B. (2022). *El planteamiento sistémico del proceso constructivo*. [Tesis de doctorado, Universidad Politécnica de Madrid]. Repositorio Institucional UPM. https://oa.upm.es/72152/1/BEATRIZ_DEL_RIO_CALLEJA.pdf

Díaz-Gervasi, G. y Cahuí-Ramírez, C. (2017). Discapacidad en el trastorno obsesivo compulsivo. Más allá de un diagnóstico clínico. *CASUS*, 2(3), pp. 200-208. <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/55/44>

Espinoza, M. (2021). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En L. Eguíluz. (Comp.), *Terapia Familiar Sistémica. Su uso hoy en día* (pp.133-154). Terracota.

Flores, J. (2019). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo conductual para un caso de trastorno obsesivo compulsivo*. [Tesis de licenciatura, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5855/FLORES_SJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2019). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.

Huamán, N. (2019). *Atención terapéutica sistémica estratégica para adolescente con problemas académicos y de conducta en Lurín*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

[https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5540/Unfv_Huam%
c3%a1n_Villanueva_Nancy_Titulo%202%c2%b0%20Espec.%202019.pdf?sequence=3
&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5540/Unfv_Huam%c3%a1n_Villanueva_Nancy_Titulo%202%c2%b0%20Espec.%202019.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Jiménez, V. (2022). El estudio de casos y sus etapas en las investigaciones. *Revista sobre Estudios e Investigaciones del Saber Académico*, 16(16), pp. 1-7.

<https://revistas.uni.edu.py/index.php/rseisa/article/view/317/311>

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), pp. 35-41.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n1/a06v80n1.pdf>

Madanes, C. (2015). *Terapia Familiar Estratégica*. Amorrortu.

Massarini, R. (2021). *Análisis del tratamiento de una paciente con obsesiones. Un caso de estudio*. [Trabajo de licenciatura, Universidad de Palermo] Repositorio Institucional UP.

[https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2306/Massarini%
2C%20Jofefina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2306/Massarini%2C%20Jofefina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

McGoldrick, M. y Gerson, R. (2011). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.

- Melchior, K., Franken, I., Deen, M. y Heiden, C. (2019). Terapia metacognitiva versus exposición y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo compulsivo: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. *Ensayos*, 20 (277), pp. 1-11. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13063-019-3381-9.pdf>
- Menchón, J., Bobes, J. y Saiz-Ruiz, J. (2016). Trastorno obsesivo-compulsivo: utilidad de una guía terapéutica farmacológica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9 (3), pp. 131-133. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.06.001>
- Morales, J. (2022). *Intervención psicológica bajo el enfoque familiar sistémico en un niño con entorno familiar disfuncional*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11683>
- Nardone, G. (2017). *Problem Solving Estratégico. El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Herder.
- Nardone, G. [Educación Continua URP]. (2021, 27 de marzo). *El modelo evolucionado de la terapia breve estratégica* [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JT42dSc8q4I&t=5000s>
- Nardone, G. y Portelli, C. (2012). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2015). *Obsesiones, compulsiones y Manías*. Herder.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2016). *El dialogo estratégico*. Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2018). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder.
- Nardone, G. y Milanese, R. (2019). *El cambio estratégico*. Herder.

- Nizama, X. (2021). *Trastorno obsesivo compulsivo e intervención psicoterapéutica en la adolescencia desde el enfoque cognitivo conductual y sistémico familiar*. [Trabajo Complejivo, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Institucional UTMACH. <https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/16839/1/ECFCS-2021-PSC-DE00034.pdf>
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación. Cuantitativa-Cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.
- O'Hanlon, W. (2022). *Raíces Profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Paidós. <https://dokumen.pub/raices-profundas-principios-basicos-de-la-terapia-y-de-la-hipnosis-de-milton-erickson-9788475098715-8475098711.html>
- Pandolfi, S. (2021). *Proceso terapéutico de un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo*. [Tesis de pregrado, Universidad de Palermo]. Repositorio Institucional UP. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/2307?show=full^>
- Pietrabissa, G., Manzoni, G., Gibson, P., Boardman, D., Gori, A. y Castelnovo, G. (2016). Terapia estratégica breve para el trastorno obsesivo-compulsivo: un protocolo clínico y de investigación de un estudio observacional de un solo grupo. *BMJ Open*, 6(3), pp. 1-9. <https://bmjopen.bmj.com/content/6/3/e009118>
- Rami, A., Benlloch, L. y Delgado, L. (2019). Abordaje con el modelo de terapia breve estratégica de una paciente con TOC en periodo perinatal. A propósito de un caso. *Psicosomática y Psiquiatría*, 9, pp. 47-51. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum0922>
- Ruiz, N. (2022). *Caso psicológico: psicoterapia breve estratégica a usuaria con trastorno de pánico*. [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5825/TESIS%20Ruiz%20Diaz%2c%20Nely%20Bertha.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Vaca, M. (2019). *Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adolescentes de 15 a 18 años con trastorno obsesivo compulsivo*. [Trabajo de licenciatura, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio Institucional USFQ. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8202/1/142601.pdf>

Vargas, P. (2021). Antecedentes de la Terapia Sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz. (Ed.), *Terapia Familiar Sistémica. Su uso hoy en día* (pp. 31-53). Terracota.

Ventisiete, L. (s.f.). *Cambio y experiencia emocional correctiva*. Centro di Terapia Strategica. <https://www.centroditerapiastrategica.com/es/cambiar-la-experiencia-emocional-correctiva/>

Watzlawick, P., Beaven, J. y Jackson, D. (2017). *Teoría de la comunicación humana. interacciones, patologías y paradojas*. Herder.

Yanes-Rodríguez, M., Cruz-Cánovas, M. y Gamero-de-Luna, E. (2022). Genograma y árbol genealógico. *Semergen*, 48(3), pp.200-207. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2021.10.005>

Zeig, J. (2022). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Amorrortu.

VII. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

Lea atentamente y consulte con el terapeuta todas las dudas que le surjan de la lectura.

1. Información sobre la grabación, duración, periodo de las sesiones

Se le informa que las sesiones serán grabadas y utilizadas con la finalidad de asegurar la mayor eficiencia y eficacia de la intervención terapéutica. El consultante recibirá un número máximo de 10 sesiones, para que la intervención de los resultados esperados. Las sesiones tendrán una duración entre 30 a 60 minutos y serán espaciadas cada 2 semana y en el contexto de seguimiento a los 2, 4 y 6 meses, a la espera de su recuperación total.

2. Uso y confidencialidad de los datos

Su asistencia a las sesiones es voluntaria. Usted puede elegir participar o no participar, incluso puede cambiar de idea más adelante y dejar de asistir a las sesiones, aun cuando haya aceptado antes.

3. Declaración de consentimiento

Yo. 
DNI 

Manifiesto que he leído con atención el Consentimiento informado que me ha sido entregado, entendiendo los detalles que implica las sesiones como la importancia de grabar las sesiones y este documento ha resuelto mis dudas. El documento está escrito con lenguaje sencillo. También se me ha informado que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados solo con fines de mejorar la intervención terapéutica.

Tomando en consideración todo ello, doy mi CONSENTIMIENTO de participar en la intervención terapéutica, sobre las condiciones ya especificadas y leídas y que mis datos personales solo serán utilizados para fines que especifica el documento.

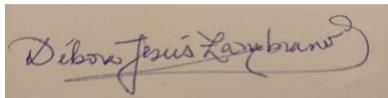
Lima, 04 noviembre del 2023



Firma del consultante y DNI



Nombre y apellido del consultante



07392561

Firma del terapeuta y DNI

Anexo B: Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) + (P. INICIAL)

Sí luego de contestar el inventario de síntomas obsesivo compulsivos se logró identificar al menos 1 síntoma durante la última semana, se debe completar el siguiente cuestionario considerando para ello el promedio de lo que sucedió en la última semana.

Consultante..... Fecha.....4-11-2023.....

Escala de Obsesiones

N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
1	¿Cuánto tiempo le ocupan los pensamientos, dudas patológicas o imágenes obsesivas?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	+ 8 h/d
					x	
2	¿Cuánto interfieren sus pensamientos obsesivos con la actividad social, laboral o funcionamiento?	nada	leve	medio	Gran impedimento	Incapacitante
					x	
3	¿Cuánto malestar le causan sus obsesiones?	Nada	Poco	Moderado	Severo	Extremo
						x
4	¿Es capaz de resistir o desviar las obsesiones?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
						x
5	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus obsesiones?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno
					x	
					Total Obsesiones	17

Escala de Compulsiones

N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
1	¿Cuánto tiempo gasta/ocupa en conductas compulsivas o rituales?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	+ 8 h/d
					x	
2	¿Cuánto interfieren sus conductas compulsivas con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	leve	Medio	Gran impedimento	Incapacitante
					x	
3	¿Cuánto malestar le causaría si tuviera que evitar realizar las compulsiones?	Nada	Poco	Moderado	Severo	Extremo
						x
4	¿Es capaz de resistir o postergar la realización de compulsiones o rituales?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
						x
5	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus conductas compulsivas o rituales?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno
					x	
					Total, Compulsiones	17
					TOTAL GENERAL	34

Valores	
0-7	Subclínico
8-15	Leve
16-23	Moderado
24-31	Severo
32-40	Muy severo

+Adaptado por Roberto Amon de Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA,&Cols.The Yale Brown Obsessive Compulsive Scala. I. developmnt, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989 Nov; 46 (11):1006-11.

Anexo C: Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) + (P. FINAL)

Sí luego de contestar el inventario de síntomas obsesivo compulsivos se logró identificar al menos 1 síntoma durante la última semana, se debe completar el siguiente cuestionario considerando para ello el promedio de lo que sucedió en la última semana.

Consultante.. [REDACTED]Fecha.....25-5-2024.....

Escala de obsesiones

N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
1	¿Cuánto tiempo le ocupan los pensamientos, dudas patológicas o imágenes obsesivas?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	3-8 h/d
		X				
2	¿Cuánto interfieren sus pensamientos obsesivos con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	Leve	Medio	Gran Impedimento	Incapacitante
		X				
3	¿Cuánto malestar le causan sus obsesiones?	Nada	Poco	Moderado	Severo	Extremo
			X			
4	¿Es capaz de resistir o desviar las obsesiones?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
		X				
5	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus obsesiones?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno
		X				
Total, obsesiones					1	

Escala de compulsiones

N	ITEM	RANGO SEVERIDAD				
		0	1	2	3	4
6	¿Cuánto tiempo gasta/ocupa en conductas compulsivas o rituales?	0 h/d	0-1 h/d	1-3 h/d	3-8 h/d	3-8 h/d
			X			
7	¿Cuánto interfieren sus conductas compulsivas con la actividad social, laboral o funcionamiento?	Nada	Leve	Medio	Gran impedimento	incapacitante
		X				
8	¿Cuánto malestar le causaría si tuviera que evitar realizar las compulsiones?	Nada	Poco	Moderado	Severo	Extremo
		X				
9	¿Es capaz de resistir o postergar la realización de compulsiones o rituales?	Siempre	Mucho	Moderado	A veces	Nunca
		X				
10	¿Cuál es el grado de control que tiene sobre sus conductas compulsivas o rituales?	Completo	Mucho	Moderado	Poco	Ninguno
		X				
Total, compulsiones					1	
TOTAL, GENERAL					2	
VALORES						
		0-7	Subclínico			
		8-15	Leve			
		16-23	Moderado			
		24-31	Severo			
		32-40	Muy severo			

+Adaptado por Roberto Amon de Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, & Cols. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989 Nov; 46 (11):1006-11.

Anexo E: Genograma post- intervención

