

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
Facultad de Humanidades  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Estudio de caso: paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo debido al patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna, atendida en Centro de Asistencia Social CAS**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Rosario Luna Sazo

Guatemala, julio 2017

**Estudio de caso: paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo debido al patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna, atendido en Centro de Asistencia Social CAS**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Rosario Luna Sazo

Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic (**Asesora**)  
Licda. Sonia Elizabeth Sánchez Bendfeldt (**Revisora**)

Guatemala, julio 2017

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. HC. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cobar
Secretario General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

## **Autoridades de la Facultad de Humanidades**

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz
Coordinadora Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría, ante todo, adquiere sabiduría*

*Sistematización de práctica profesional dirigida*  
**FACULTAD DE HUMANIDADES,  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

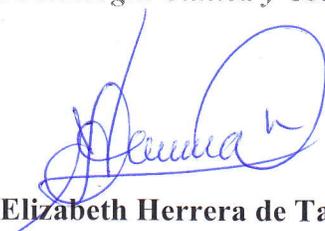
ASUNTO: *Rosario luna Sazo*

Estudiante de la licenciatura en Psicología  
Clínica y Consejería Social de esta  
Facultad solicita autorización para realizar  
su *Sistematización de práctica  
profesional dirigida* para completar  
requisitos de graduación

DICTAMEN: julio 2017

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar *La Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social* está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: Rosario Luna Sazo, recibe la aprobación para realizar su *Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social*.



**M.A. Elizabeth Herrera de Tan**  
**Decana**  
**Facultad de Humanidades**

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**, Guatemala veintinueve de noviembre del dos mil dieciséis.

En virtud de que el Informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Estudio de caso: Paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo debido al patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna atendida en el Centro de Asistencia Social CAS”**. Presentada por la estudiante: **Rosario Luna Sazo** previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

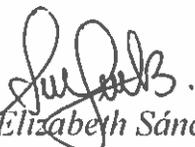


**Licda. Claudia Eugenia Calderón Sic**

**Asesora**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes julio del año 2017.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estudio de caso: paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo debido al patrón de crianza autoritaria por parte de la figura materna, atendida en Centro de Asistencia Social CAS”. Presentado por el (la) estudiante: Rosario Luna Sazo, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

  
Licda. Sonia Elizabeth Sánchez Bendfeldt  
Revisor



# UPANA

Universidad Panamericana  
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala julio 2017. -----

*En virtud de que Sistematización de práctica profesional dirigida con el tema "Estudio de caso: paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo debido al patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna, atendida en Centro de Asistencia Social Cas ", presentado por Rosario Luna Sazo previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social , reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** de (Sistematización de práctica profesional dirigida).*

**M.A. Elizabeth Herrera de Tan**  
Decana  
Facultad de Humanidades

**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	iii
<b>Capítulo 1</b>	1
<b>Marco de Referencia</b>	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	3
1.4 Organización	3
1.5 Programas Establecidos	4
1.6 Visión	4
1.7 Misión	5
1.8 Justificación de la Investigación	5
<b>Capítulo 2</b>	6
<b>Marco Teórico</b>	6
2.1. Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo	6
2.1.1 Etiología	7
2.1.2 Características Principales	9
2.2 Patrón de Crianza Autoritaria	11
2.2.1 Causas del Patrón de Crianza Autoritario	13
2.2.2 Consecuencias del Patrón de Crianza Autoritario	14
2.3 Figura Materna	14
<b>Capítulo 3</b>	16
<b>Marco Metodológico</b>	16
3.1 Planteamiento del Problema	16
3.2 Pregunta de Investigación	16
3.3 Objetivos General	16

3.4	Objetivos Específicos	16
3.5	Alcances y Límites	17
3.5.1	Alcances	17
3.5.2	Limites	17
3.6	Método	18
	<b>Capítulo 4</b>	19
	<b>Presentación de Resultados</b>	19
4.1	Sistematización de Estudio del Caso	19
4.2	Análisis de Resultados	47
	Conclusiones	51
	Recomendaciones	52
	Referencias	53
	Anexo	55

## **Listado de Cuadros**

Cuadro No.1	Pruebas e Instrumentos Aplicados	26
Cuadro No.2	Metas y Objetivos	29
Cuadro No.3	Presentación del Plan Terapéutico	32
Cuadro No.4	Plan Psicoterapéutico	33
Cuadro No.5	Técnicas de Seguimiento	46

## **Listado de Imágenes**

Imagen No.1	Organigrama	4
Imagen No.2	Genograma	23

## **Resumen**

En el presente informe se exhibe el estudio de caso que se realizó como parte de la Práctica Profesional Dirigida, de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, en la sede Álamos. La práctica se realizó en el Centro de Asistencia Social (CAS). Lugar donde se desarrolló dicha práctica en un tiempo de nueve meses, durante febrero a noviembre del año 2016.

En el Capítulo 1, se realizó una descripción estructurada y detallada de la institución, incluyendo los antecedentes así como la ubicación, organización, programas establecidos, visión, misión y justificación de la investigación; que se realiza con la finalidad de dar a conocer un caso que se elabora y se escoge como parte de la sistematización.

En el Capítulo 2, se muestra la información sobre la investigación efectuada basada en las evaluaciones practicadas en una paciente con trastorno de personalidad obsesiva compulsivo, debido al patrón de crianza autoritaria por parte de la figura materna. Exponiendo toda la base teórica del presente informe.

En el Capítulo 3, es donde se plantean los objetivos, pregunta de investigación, alcances y limitaciones de la institución. También se presenta la metodología que se utilizó en el caso de estudio de la paciente con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, debido al patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna quien asistió al Centro de Asistencia Social (CAS), la cual inició con la evaluación por medio de pruebas psicológicas, así como también la hipótesis referente a la problemática y se dio a conocer el abordaje psicoterapéutico para ejecutar el diagnóstico, y proporcionar resultado e información a la paciente para realizar la intervención psicológica y continuar con el tratamiento adecuado.

En el Capítulo 4, se muestra la presentación de resultados, se finaliza con el resultado del análisis del caso de estudio, elaborando las conclusiones y recomendaciones, además de adjuntar el respectivo anexo del caso de estudio, con el tratamiento efectuado mostrando técnicas y ejercicios afines al resultado obtenido.

## **Introducción**

Rengifo (2012) afirma El Trastorno Obsesivo-Compulsivo se caracteriza por la presencia de ideas obsesivas que pueden ser pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, y por patrones conductuales compulsivos o rituales, con la suficiente frecuencia e intensidad como para interferir en la vida normal de quien lo padece, causando ansiedad o malestares (p.34). Situación que se yuxtapone directamente a los patrones y estilos de crianza autoritarios, que no son otra cosa que las formas de corrección y reglas impuestas en cuanto a la manera de educar a sus hijos, por lo cual de una manera diacrónica se enlazan ambas situaciones, causando que la integración de la persona a la sociedad sea más difícil.

Algunos estilos de crianza son apropiados y otros no, dentro de los menos apropiados se encuentra el estilo de crianza autoritario que se refiere a la forma de educar por medio de reglas inflexibles y obediencia patológica causando problemas emocionales en lo hijos a corto y largo plazo siendo uno de estos el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo.

El desarrollo del estudio de caso se realizó bajo los siguientes aspectos:

La pregunta de investigación fue ¿Cómo influye en una paciente con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo el patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna?, el objetivo general fue evaluar cómo influye en una paciente con trastorno de pensamientos compulsivos en el patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna.

En la Práctica Profesional Dirigida, de quinto año se trabajó la forma como poder controlar los pensamientos obsesivos, que presentaba la paciente debido a la autoridad ejercida por su madre que le causo inseguridad y ansiedad, de no poder controlar los impulsos que le han provocado. En el proceso psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como: La observación, entrevistas, examen mental, aplicación de pruebas psicológicas, con las cuales se realizó un diagnóstico y se efectuó un abordaje terapéutico apropiado a la paciente.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Antecedentes**

La implementación del Centro de Asistencia Social (CAS), surge como proyección social, o bien como responsabilidad social universitaria. La Universidad se proyecta en su entorno social, con el fin de procurar un impacto estructural, a través de un servicio social responsable, de alto nivel.

Esta proyección social se propone para la práctica profesional de los estudiantes de la Facultad de Humanidades, en la cual los estudiantes puedan dar apoyo emocional y asistencia psicológica a niños, adolescentes y adultos. Siendo CAS una oportunidad de contribuir con personas que no cuenten con los recursos económicos, para obtener el servicio y mejorar su salud integral.

El Centro de Asistencia Social de Universidad Panamericana CAS, cumple con incrementar los valores académicos en la formación de los estudiantes, tales como: supervisión directa y personalizada para el desarrollo de las diversas etapas prácticas que la misma carrera requiere, el objetivo de dar seguimiento puntual, oportuno y adecuado a los casos que se atiende por parte de los estudiantes de la carrera de psicología. Así como parte de su preparación académica, fomentar los principios y valores fundamentales de ética y moral. Refuerza la práctica de principios y valores en los profesionales de la psicología, contribuyendo a la sociedad guatemalteca de manera eficiente.

### **1.2 Descripción**

El Centro de Asistencia Social, fue creado con el fin de prestar servicios profesionales, a niños, adolescentes y adultos con apoyo psicosocial y emocional, el cual está al alcance de la población Guatemalteca.

La Universidad se proyecta en su entorno social a través de los estudiantes de la práctica profesional de Psicología Clínica que actualmente cursan el quinto año y que con un manejo adecuado de técnicas asertivas enfocadas en diferentes Escuelas Psicológicas, ayudan a las personas a resolver sus propios conflictos emocionales.

Comprometidos con la formación de sólidos conocimientos científicos y habilidades en las ciencias psicológicas, mismos que han adquirido durante todo el proceso de estudios aplicados durante cinco años que les permiten hacer un análisis asertivo de las evaluaciones y las intervenciones para explicar el comportamiento humano, con el fin último de promover la salud mental de las personas que acudan al Centro de Asistencia Social (CAS).

El centro de ayuda también se ocupa del sufrimiento común del ser humano, y de la patología mental, su finalidad es facilitar un aprendizaje cognitivo conductual y emocional para la prevención, el cambio y el desarrollo personal. El aspecto más importante de la Psicología Clínica, es la elaboración de los sentimientos, por lo cual CAS es una propuesta profesional, transformadora y visionaria en la que se gesta una posibilidad esperanzadora para trabajar con las problemáticas de la sociedad Guatemalteca, basada en la particularidad e influencia multicultural y que busca lograr una transformación social trascendente en el país.

La infraestructura de CAS es moderna cuenta con ocho módulos con un ambiente fresco, cómodo y agradable que son factores que influyen en proporcionar una buena atención a los usuarios. Además cuenta con una sala de reuniones para la revisión de casos. Y un área de juguetes para la atención de los niños que sirve para aplicar psicoterapia de juego, que se utiliza como herramienta psicológica. A si mismo cuenta con una cocina equipada con mobiliario en buen estado y suministros de consumo para uso del personal para darles una mejor atención a los usuarios. También cuenta con una sala de espera, una impresora, internet que es utilizado por el personal practicante así como cámaras de seguridad.

### 1.3 Ubicación

El Centro de Asistencia Social (CAS), se encuentra ubicado en la 7ª avenida 3-17 zona 9. Edificio Buonafina 3er. Nivel, atendiendo en los horarios de Lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm y sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

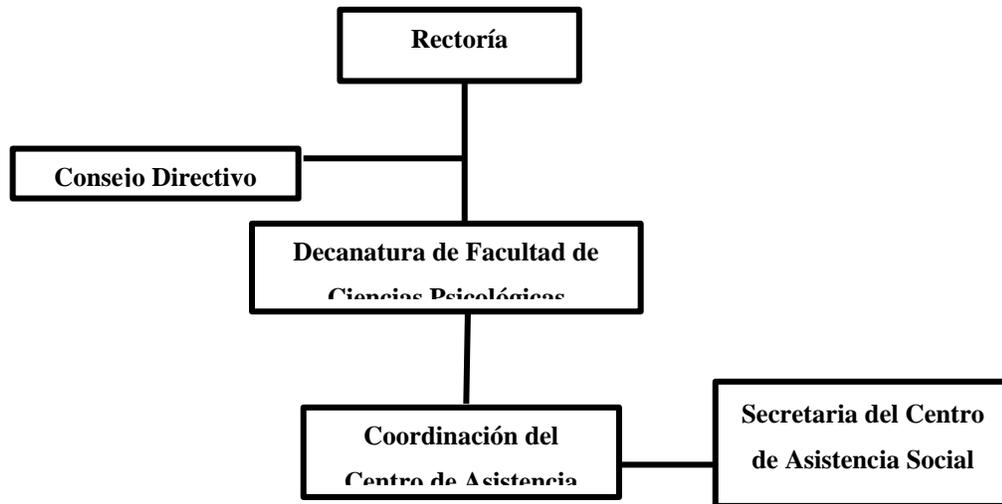
### 1.4 Organización

La organización está constituida por Rectoría, Consejo Directivo y Decanatura. La Decana de la Facultad de Ciencias Psicológicas M.A. Elizabeth Herrera de Tan quien puso su interés en promover el desarrollo y bienestar de las personas por lo que inicio con el apoyo del consejo directivo de la Universidad Panamericana y a través de la Facultad de Ciencias Psicológicas, el primer Centro de Asistencia Social.

La coordinación del Centro de Asistencia Social, dirigido actualmente por la Licenciada María Fernanda Ramírez, quien se encarga de organizar, planificar, designar obligaciones y responsabilidades a su personal, y con practicantes de quinto año de los diferentes Campus de la Universidad Panamericana de la Facultad de Psicología, brindando apoyo y asesoría en la práctica psicológica a diferentes tipos de casos.

Una secretaria, quien apoya a la coordinadora del Centro en todo lo relacionado a información, papelería, llamadas telefónicas, facturas, organización. Además se cuenta con una persona de seguridad quien es el encargado de velar por el orden y la seguridad del personal e instalaciones; así como también hay una persona que se dedica a realizar todo lo concerniente a limpieza del centro.

## Imagen No. 1 Organización



Fuente: Elaboración propia, 2016

### 1.5 Programas Establecidos

El Centro de Asistencia Social (CAS), proporciona apoyo psicosocial y ayuda emocional a niños, adolescentes y adultos, que presentan problemas emocionales, siendo así mismo un centro de ayuda social dentro de una sociedad que necesita apoyo psicológico para la reinserción en la sociedad y familia. Se cuenta con profesionales y asistentes que cursan la carrera de psicología en la Universidad Panamericana estando bajo la supervisión constante de personal calificado.

### 1.6 Visión

La visión del Centro de Asistencia Social (CAS), es de proyección social a la vanguardia del desarrollo científico, social y humanístico de la psicología en Guatemala. Comprometidos en el desarrollo de la salud integral, de la sociedad Guatemalteca, por medio del apoyo psicosocial y ayuda emocional de manera eficiente, y ética.

## 1.7 Misión

La misión del Centro de Asistencia Social (CAS), es brindar asistencia social en la esfera emocional, ofreciendo una oportunidad de acceso al campo de la psicología, a niños adolescentes y adultos. Con la intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca y mejorar así su calidad de vida.

## 1.8 Justificación de la Investigación

El presente trabajo de estudio es parte de la práctica profesional dirigida que se realiza con la finalidad de dar a conocer un caso el cual se le denomina “Caso Estrella”, se elabora y se escoge como parte de la sistematización, donde se demuestra el conocimiento científico y habilidades para hacer un análisis asertivo de las evaluaciones y las intervenciones psicológicas y así explicar el comportamiento humano con el fin de promover la salud mental en Guatemala y de esta manera poder compartir lo aprendido durante los cinco años de estudio, durante ese proceso se adquirió la habilidad necesaria para poder demostrar cómo futuros profesionales el conocimiento científico adquirido y las habilidades para identificar los cambios psicológicos en las personas.

Así como también permitió el desarrollo y estrategias de intervención para el trabajo de Psicología clínica que permitieron conocer cada uno de los problemas y trastornos emocionales en el vínculo de varias familias de sociedad guatemalteca que asistieron para recibir atención psicológica debido a los distintos malestares que presentaron demostrándolo en el presente caso.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsivo**

Ortiz (2013) menciona:

Que el Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo en los sujetos que presentan este trastorno tienen miedo a sufrir algún tipo de daño o contratiempo (enfermedad, accidente, muerte suya o de seres queridos), y para evitar que eso ocurra dado que no pueden hacer nada racionalmente efectivo optan por la realización de un ritual que de esta forma transitoria calmará la ansiedad que experimentan (p. 41).

Adriano (2014) afirma:

Que las obsesiones no son fáciles de identificar porque no tienen un contenido preciso o de limitado por lo que no resultan fáciles de percibir por la persona quien simplemente experimenta malestar ante determinadas situaciones. Además, estas pueden ser relacionadas con las cosas que tienen que hacerse de un modo correcto, siguiendo un orden determinado con un grado de exactitud y perfección concreto como se menciona en la historia personal de la paciente. (p. 39).

Las personas que padecen el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, pasan de un pensamiento reiterativo a rituales debido a la limitación de controlar de forma racional y efectiva dichos pensamientos, lo que se traduce finalmente en un estado de ansiedad. Entre estos pensamientos reiterativos tienen miedos a la muerte propia, o de un ser querido o a sufrir de un accidente o enfermarse; en pocas palabras miedo al sufrimiento.

Por su parte Yaryura y Fugen (1997) indica que las personas con este trastorno sufren de obsesiones que son contenidos de la conciencia que se acompañan de experiencias de compulsión subjetiva, la persona que lo presenta no puede controlar estos y les crean disfuncionalidad.

Siendo reiterativos e inflexibles en su proceder. El Trastorno Obsesivo Compulsivo se puede manifestar en una persona o paciente que presente obsesiones y compulsiones manifestando perturbación significativa en el área social y personal, la obsesión por un lado sería el pensamiento que amenaza al sujeto con la posibilidad de que ocurra algo desagradable en su familia o en alguno de sus seres queridos y por otro la compulsión es la forma en que una persona con este trastorno se comporta para librarse del miedo pronosticado por la obsesión, cada una de estos síntomas repercuten en la vida diaria del paciente que los presenta.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2005) Afirma:

El Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva puede entenderse como un patrón dominante por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diferentes contextos. Los individuos con trastornos de personalidad obsesiva compulsiva tratan de mantener un sentido de control a través de una esmerada atención a las reglas, los detalles triviales, los procedimientos, las listas, los horarios, o las formas, de tal manera que se pierde el objetivo principal de la actividad. Son excesivamente cuidadosos y tienen tendencia a la repetición prestando una atención extraordinaria a los detalles y la comprobación de los errores. (p.678).

### 2.1.1 Etiología

Ortiz (2013) “Manifiestan que por el momento, la etiopatogenia del TOC es desconocida, con frecuencia existe un factor desencadenante, como el fallecimiento de personas cercanas, problemas sexuales o de pareja, enfermedades o estilos autoritarios de crianza.” (p.41). Sin embargo hay diversas teorías que afirman que pueden ser múltiples los factores implicados en la etiopatogenia de este trastorno, como el genético, factores bioquímicos, eventos estresantes, entre otros.

Taty y Merino (2009) afirman:

Que según factores genéticos los estudios con gemelos han demostrado mayor concordancia entre gemelos monocigotos (65%) que en disigotos (45%). En estudios familiares se ha observado tasas del TOC entre el 1 el 17% en los familiares del primer grado. No se ha podido establecer un patrón de transmisión se aboga por un modelo mixto de transmisión y herencia polémica (p.325).

Entre los factores bioquímicos Taty y Merino (2009) afirman que la serotonina en varios ensayos clínicos con fármacos serotoninérgicos apoyan la hipótesis de que una desregulación de la serotonina está implicada en el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo. El beneficio terapéutico que se obtiene con los ISRS.

“También existen factores inmunitarios de una asociación entre el TOC y la Corea de Sydenham, una enfermedad autoinmune de los ganglios de la base en la que se ha detectado anticuerpos dirigidos contra el núcleo caudado y síntomas obsesivos compulsivos” (Tatay y Merino, 2009, p.326).

Según teorías conductuales del aprendizaje, las obsesiones son estímulos condicionados y las compulsiones, es lo que lleva al paciente a repetirlas y aprenderlas. Las estrategias de evitaciones se aprenden y quedan fijas. Y de acuerdo a los modelos cognitivos proponen que las obsesiones son distorsiones cognitivas que se explican por un déficit en el procesamiento de la información (Dificultad en discriminar entre estímulos) y por el déficit en los prototipos de memoria efectiva (Sobre estimación errónea de la amenaza).

Tatay y Merino (2009) confirma:

Que la “neurosis obsesiva” la concibió como el resultado de una regresión desde la fase edípica a la fase anal sádica con su característica ambivalente (La coexistencia de amor y odio lleva al paciente a una parálisis de dudas e indecisiones) y el pensamiento mágico, (La omnipotencia les hace temer que pensar en algo del mundo exterior puede hacer que ocurra). Los síntomas obsesivos resultan de impulsos agresivos o sexuales que generan una ansiedad externa, activando así mecanismos de defensa como el aislamiento, la anulación o la formación reactiva. (p.326).

## 2.1.2 Características Principales del Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo

Según el DSM-5 (2005) las características del trastorno de personalidad obsesivo compulsivos son:

- Tratan de mantener un sentido de control, a través de una esmerada atención a las reglas.
- No tienen en cuenta el hecho de que los demás pueden estar molestos por los retrasos e inconvenientes que se derivan de este comportamiento.
- Son excesivamente cuidadosos y tienen tendencia a la repetición, presentando una atención extraordinaria a los detalles y a la comprobación de los errores.
- Muestran una excesiva devoción por el trabajo y la productividad.
- Suelen postergar las actividades placenteras, tales como las vacaciones de tal manera que al final no las disfruten.
- Cuando estas personas extravían una lista de cosas por hacer emplean una excesiva cantidad de tiempo en buscar la lista en lugar de reescribirla de memoria y poder realizar las tareas.
- Son incapaces de desprenderse de objetos desgastados o baladíes.
- Son reacios a delegar tareas o trabajar con otros. (p.679).

## Síntomas y Signos:

De acuerdo al DSM5 (2005) los principales síntomas y signos que caracterizan a las personas con TOC se pueden determinar cuándo:

- Tienen pensamientos o imágenes repetidas sobre muchas cosas diferentes, como miedo a gérmenes, la suciedad o intrusos; violencia; herir a seres queridos; actos sexuales; conflictos con creencias religiosas; o higiene personal excesiva.
- Realizan los mismos rituales una y otra vez tales como lavarse las manos, abrir y cerrar puertas, contar, guardar artículos innecesarios, o repetir los mismos pasos una y otra vez.
- Tienen pensamientos y comportamientos indeseados que no pueden controlar.
- No obtienen placer de tales comportamientos o rituales, pero sienten un leve alivio de la ansiedad que estos pensamientos causan.
- Pasan por lo menos una hora al día con estos pensamientos o rituales, los cuales causan angustia e interfieren con sus vidas cotidianas. (p. 681).

Bloye y Davies (2000) indican:

Que estos pacientes se caracterizan por obsesiones y compulsiones las primeras son pensamientos recurrentes e intrusos, repetitivos y las segundas son las acciones que conllevan las obsesiones, son impulsos recurrentes, producto de la propia mente del paciente, y se acompañan de sentimientos de miedo, muchas veces relatan que intentan luchar contra estos. (p.19).

Los contenidos más frecuentes de las obsesiones, según Adriano (2014), tienen que ver con la contaminación (p.ej., al dar la mano o tocar ciertas cosas o sustancias), dudas repetidas (p.ej., sobre si se ha cerrado el gas o la puerta o si se ha atropellado a alguien).

Estas obsesiones implican hacerse daño así mismo o causar daño a otros. Otras obsesiones hacen referencia a la necesidad de tener las cosas en un orden determinado lo que lleva a un intenso malestar ante cosas desordenadas o asimétricas.

El problema principal de algunos pacientes son las rumiaciones obsesivas: pasar larguísimos periodos de tiempo pensando de forma improductiva sobre cualquier asunto tal como una cuestión filosófica, religiosa o familiar.

Marquez y Romero (2000) han agrupado las obsesiones en dos subtipos:

- Obsesiones autógenas, que son de aparición súbitamente y es relativamente difícil identificar los estímulos que las disparan, son percibidas como egodistónicas, irracionales y aversivas, e incluyen pensamientos, impulsos, e imágenes sexuales.
- Obsesiones reactivas, son disparadas por estímulos externos identificables, son percibidas como relativamente realistas y racionales como para hacer algo respecto al estímulo disparador, e incluyen pensamientos sobre contaminación, suciedad, errores, accidentes, asimetría, desorden y pérdida de cosas consideradas importantes (p. 4)

## 2.2 Patrón de Crianza Autoritario

La crianza es el proceso mediante el cual los padres disciplinan a los hijos. Los primeros años son decisivos para la estructuración de la personalidad, al igual que para el aprendizaje de la configuración de emociones por tal razón el estilo parental que se utilice es significativo en la vida a corto y largo plazo.

Los padres autoritarios delimitan la educación y autonomía del pequeño por medio de reglas severas que instalan valores y autocontrol, al tiempo que se cuidan de no profundizar su curiosidad, iniciativa y aptitudes.

Baumrind citado en Berger (2007) indica:

Que el estilo de crianza autoritario es el que utiliza el castigo de manera estricta y la comunicación y expresiones afectuosas son nulas, los cuidadores aprecian la obediencia en extremo. Estos padres fueron criados de la misma forma, y por lo regular presentan problemas de personalidad.

La forma de criar a los hijos no se debe, en la mayoría de los casos a falta de amor hacia estos, al contrario, consideran que este estilo es lo más apropiado. Dentro de las reglas está prohibido que los niños emitan sus opiniones y se utilizan incluso el castigo físico para erradicar las conductas que a su parecer son inapropiadas. (p.408).

Wicks y Allen, (1987) indican:

Que para lograr equilibrar los aspectos de control y calidez. La crianza autoritaria establecen las normas con muy poca participación del niño, prohibiéndoles que las cuestionen la desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, que a menudo son físicos, Algunos padres temen que se les culpe de los problemas de sus hijos, lo cual puede provocar actitudes defensivas otros tienen pretensiones poco apropiadas como ejemplo los que son autoritarios pueden esperar que su hijo sea excesivamente obediente. (p.14).

Esto redundara según la dimensión de la disciplina, el trato dado y el tono de la relación o el mayor o menor nivel de comunicación que se tenga con el niño, influirá en las tendencias globales del comportamiento. En la crianza del niño participan los padres que de manera indirecta necesitan apoyo o muchas veces un guía que les ayude a entregar las mejores estrategias de la crianza a sus hijos pues a veces se guían por patrones y culturales y no los rompen sino que siguen poniéndolos en práctica.

Papalia, (2005) afirma:

Que en los hogares autoritarios los niños son controlados de una manera tan estricta que muchas veces no pueden tomar decisiones independientes acerca de su propia conducta significa que el control y la obediencia incondicional de los hijos hacia los padres es muy grande ya que los padres autoritarios tratan de lograr que los niños se conformen a un conjunto de normas de conducta y los castigan de manera autoritaria y enérgica por violarla, reciben castigos y disciplinas demasiados fuertes, los padres autoritarios son más distantes y menos cálidos que otros y sus hijos suelen estar más descontentos, más retraídos y desconfiados. (p.272).

Wicks y Allen (1997) indica:

Los padres inician una función que es la de educar cuando nace un niño pero siempre al iniciar la educación se tiene el temor que los hijos no resulten de la forma que un padre desea y es allí donde tienen que ver los estilos de crianza para evitar el desarrollo de trastornos de personalidad que surgen en la adultez y que causan severos problemas en la vida y ambiente familiar y social. Los padres autoritarios establecen las normas con muy poca participación del niño, prohibiéndoles que las cuestionen, la desviación de las normas tienen como consecuencia castigos bastantes severos, a menudo físicos, el niño tiende a ser retraído, mostrando poca interacción social, poca autoestima y de un locus de control interno. (p.29).

Lo predominante es la existencia de abundantes normas y la exigencia de una obediencia bastante estricta. Dedicar esfuerzo a influir, controlar, evaluar el comportamiento y las actitudes de sus hijos de acuerdo con patrones rígidos preestablecidos. Estos padres dan gran importancia a la obediencia, a la autoridad, al uso del castigo y de medidas disciplinarias severas, y no facilitan el diálogo. Las normas que definen la buena conducta son exigentes y se castiga con rigor la mala conducta de los hijos, sin tener una buena comunicación entre cada uno de los progenitores y el niño es pobre en conocimiento.

### 2.2.1 Causas del Patrón de Crianza Autoritario

Bethancour (2006) afirma:

Que el patrón de crianza autoritario es un conjunto de conductas materno-paternas basadas en el afecto, el apoyo y el apego, en el reconocimiento del niño como individualidad, la formación de expectativas de conductas y de metas apropiadas al nivel de desarrollo del niño, así como a las respuestas de los padres y madres a las conductas de interacción iniciadas por los niños. (p.149).

Según la forma que los padres fueron educados de esa manera seguirán los mismos patrones y continuaran con la forma severa y con las mismas reglas autoritarias conque fueron tratados en la infancia sin medir las consecuencias ni pensar que el mismo daño que sus padres provocaron en ellos repercutirá en la misma crianza autoritaria para sus hijos si no rompen los patrones y los esquemas aprendidos.

### 2.2.2 Consecuencias del Patrón de Crianza Autoritario

“Los padres/madres autoritarios tienden a generar niños/as introvertidos, temerosos, que muestran poco o nada de independencia y son taciturnos, inseguros, e irritables, agrega que estos niños/as, además tienden a ser insatisfechos y desconfiados. (Papalia, 2005, p.276)

Si se hacen comparaciones entre estilos se conoce que las madres y los padres de cualquier grupo pero con estilo autoritario mostraran más prácticas disciplinarias severas que las madres y los padres autoritativos. En las parejas que comparten estilo, autoritarios sí tienen más prácticas disciplinarias autoritativas, que marcan su fuerza clara.

La calidad con que los padres y madres realicen estas conductas le conferirá un carácter positivo, empático y responsable a la paternidad y maternidad. Los padres y madres que siguen un estilo autoritario suelen emplear estándares para controlar a sus hijos, con frecuencia valoran desmesuradamente la obediencia, emplean castigos y medidas de fuerza para que sus hijos obedezcan, y restringen su autonomía personal y sus oportunidades de tomar decisiones.

### 2.3 Figura Materna

Según Gómez, (2014) El vínculo entre madre, e hijo/hija es la fuente de donde emanan después todos los vínculos que habrá de entablar el niño/niña y constituye la relación formadora en cuyo transcurso el niño/niña adquiere noción de sí mismo.

La fuerza y carácter de este vínculo, que al comienzo es con la madre y luego se agrega el padre, influye sobre la calidad de todos los futuros vínculos que se establezcan con otras personas. Al ser las primeras personas con las que se encuentra el ser humano cuando nace, esta relación queda plasmada o inscrita en el bebé como modelo para contactarse con las otras personas u objetos del medio ambiente.

Todas las funciones mentales según Gómez (2014) indican que desde el manejo de las emociones, la valoración de sí mismo, la capacidad de aprender o de pensar, la formación de símbolos, la capacidad de estar consigo mismo, la creatividad, tendrán relación con el buen funcionamiento de aquel fenómeno vincular. La falta, falla o fractura en el establecimiento o el funcionamiento del vínculo madre- padre - hijo sería responsable de desarrollos psicopatológicos posteriores tales como inestabilidad emocional, enfermedades psicosomáticas, retardos madurativos, trastornos psíquicos, etc. Promoviendo un contacto profundo y fluido entre la madre, y el bebé, facilitando un saludable desarrollo integral del niño, su familia y su entorno.

Cuando se habla de la función materna se dice que es un vínculo inseparable de los procesos psíquicos de la infancia, ya que la madre tiene un rol importante en la vida de sus hijos, al proveer al niño los elementos de la realidad.

Según el estilo crianza que practique la madre, será la responsable de construir la imagen psíquica del mundo externo al que será expuesto el niño en la adultez. Al nacer un niño, comienza una la línea de vida y será la madre que con amor y comprensión sea la responsable de que esa línea sea una continuidad de existir y que no se vea interrumpida. En primer lugar el niño se encuentra en un estado de dependencia, donde para el su madre lo es todo en la vida y dependerá del amor y la atención que la madre emplee en el niño para que su desarrollo sea libre de conflictos en pasado y su estabilidad en la adultez sea fructífera en todo su entorno y relaciones tanto sociales como familiares.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del Problema**

El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo ocasiona en las personas pensamientos reiterativos debido a la limitación de controlar de forma reaccionar y efectiva los pensamientos, estos consisten en miedos a la muerte, sufrir un accidente o enfermarse, como también el estricto establecimiento del orden de hacer las cosas de modo correcto con exactitud y perfección así también acumular objetos innecesarios, todos estos causan significativa disfuncionalidad en las esferas donde el sujeto se desempeña, además altera la relación familiar ya que sus conductas generan discusiones y problemas en la dinámica familiar. Cualquier cuadro que genere ruptura de la homeostasis mental es de interés para los Psicólogos ya que el objetivo principal de su ejercicio profesional es restablecer la salud mental en los consultantes.

#### **3.2 Pregunta de Investigación**

La pregunta de investigación fue ¿Cómo influye en una paciente con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo el patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna?

#### **3.3 Objetivo General**

Determinar cómo influye en una paciente con trastorno de personalidad obsesivo compulsivo el patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna.

#### **3.4 Objetivos Específicos**

- Analizar qué tipo de trastorno presenta la paciente.
- Examinar el control emocional y la autoestima en la paciente.
- Indagar el tipo de patrón de crianza que presentó la paciente en su infancia.

- Investigar como el trastorno que presenta la paciente repercute con su cónyuge.
- Establecer el abordaje psicoterapéutico.

### 3.5 Alcances y Límites

#### 3.5.1 Alcances

Al momento de iniciar la práctica se contó con programas de actividades bien estructuradas y apoyo de profesionales para un mejor desempeño como practicante, y poder así alcanzar lo planificado, siendo el objetivo principal obtener beneficios a corto, mediano y largo plazo, con los diferentes pacientes tratados que asistieron a consulta en el Centro de Asistencia Social.

En esta práctica profesional el alcance principal fue lograr abrir un espacio entre la sociedad de la zona central, donde se pudo comprobar que también existe necesidad y se pudieron aplicar los conocimientos adquiridos en la psicología, el mayor alcance fue poder brindar ayuda psicológica necesaria a personas de escasos recursos, las que muchas veces por falta de ingresos económicos no tiene acceso a la salud mental y poderse costear una sesión les es oneroso.

El asistir al Centro de Asistencia Social (CAS) y poder llevar a cabo evaluaciones y tratamientos psicológicos a los pacientes fue de mucho conocimiento ya que se les permitió a cada paciente atendido obtener una evolución positiva gracias a los distintos enfoques aprendidos durante el tiempo de estudio, y fue un logro y satisfacción la culminación de los casos solicitados por la universidad, para lo cual se contó con la asesoría de una Psicóloga para llevar a cabo la práctica.

#### 3.5.2 Límites

Durante la aplicación y ejecución de una práctica en cualquiera de las distintas disciplinas existentes siempre se encuentran limitaciones al momento de la realización de las mismas, encontrándose las siguientes:

- Al inicio del abordaje terapéutico, las pacientes se incomodaban por lo reducido de las clínicas y en verano el calor generaba molestia a las mismas.
- Los procesos de terapia fueron interrumpidos porque los usuarios ya no se presentaron y esto ocasiono que no se lograra un 100% con todos los casos iniciados.

### 3.6 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo y se dio como parte de la asignatura de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida del quinto año de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social.

La investigación se basó en el estudio del caso, en el cual la paciente llevo al Centro de Asistencia Social (CAS) a buscar ayuda psicológica debido a los patrones de crianza autoritaria por parte de la figura materna los que incidieron en su formación. Y se utilizó la terapia cognitiva conductual y racional emotiva.

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

#### 4.1 Sistematización de Estudio del Caso

##### Datos generales

Nombre:	M.A.	Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento:	19/10/66	Edad: 50 años
Estado civil:	Casada	
Profesión:	Diversificado	
Dirección:	Guatemala	
Nombre del Esposo:	B.A.	
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	24/02/2016	

##### I. Motivo de Consulta

“Quiero conocer mi personalidad y perder los miedos a las situaciones que pasan en el mundo”.

##### II. Historia del Problema Actual

- a) La usuaria comenta que hace tres años, falleció su papá de un infarto ocho días después su suegro muere de la misma enfermedad, esto le produce miedo muy grande, que le hace pensar que toda su familia puede morir instantáneamente comenta que le preocupa los miedos que le provoca todo lo que está en su entorno, hasta el temor que su esposo la puede abandonar.

- b) No tiene una comunicación abierta con su mamá, lo que produce ansiedad al no recibir el afecto maternal, falta de comunicación con su hermana y el miedo a que su esposo la abandone porque le fue infiel y esto le provoca ansiedad e inmensa tristeza y desesperación al pensar que nadie la quiere.
- c) La falta de afecto de su madre, que siempre ha sido autoritaria, y no demostrarle cariño materno desde la infancia, lo ve como una relación social, pero no como familia.

### III. Historia Clínica

#### A) Personales no Patológicos

Historia Personal: Fue la hija preferida por su padre, a raíz de su muerte iniciaron los miedos, no tiene comunicación con su madre y hermana, y con su esposo a pesar de que le fue infiel trata la manera de llevar una buena relación, con su única hija mantiene buena relación, comenta que es muy hogareña le gusta mantener su hogar impecable, de pequeña su madre le pegaba demasiado fue muy autoritaria en su crianza siempre la trato con reglas estrictas, no le dio libertad para que pudiera tomar sus propias decisiones le echaba la culpa de todo y le prohibía que hiciera las cosas que ella quería experimentar como niña, no podía salir a jugar fuera de casa todo era prohibido por su madre, y cuando ella se acercaba para recibir una caricia nunca se la dio no le brindo el amor maternal que todo niño anhela.

En una persona excesivamente ordenada, le gusta mucho la perfección, su ropa interior y de vestir la ordena por colores, y empieza a escoger de derecha a izquierda la ropa que usará, si no encuentra la que va con el color no la usa, le gusta que la limpieza de su casa sea perfecta y el día que ella lo ordena, por esa razón las empleadas domésticas no le duran, ya que son demasiadas sus exigencias, en sus tareas de estudios profesionales en grupos las finaliza antes que todos y exige que se haga como ella lo decide, tiene 40 pares de botas de diferente color y aunque estén deterioradas las mantiene guardadas.

Historia Prenatal: Comenta que su mamá tuvo miedo de embarazarse por haber perdido a un bebe antes que ella.

Nacimiento: Su nacimiento fue normal no hubo ninguna complicación, su color fue normal, peso seis libras al nacer comenta que su madre le dice que fue bien pequeña, lloró luego.

Evolución Neuropsíquica: Relativa a lactancia y alimentación: No recibió lactancia materna, inició la alimentación sólida a los cuatro meses, no se presentaron dificultades ya que su mamá se los dio con instrucciones médicas. A los cuatro meses, mantuvo la cabeza fija, a los cinco se sentó, camino al año. Mantiene habilidades motoras normales, movimiento normal. No hay presencia de movimientos, no duerme de día, de noche su sueño es normal.

Evolución del Lenguaje: Su balbuceo y vocalizaciones fueron durante el primer año, las primeras palabras al año, las frases a los dos años, a los tres años ya hablaba con claridad.

Historia Escolar: Comenta que a los siete años inicio su etapa escolar ya que su mamá tenía miedo de dejarla sola, por temor a que se lastimara y en el colegio era donde ella sentía que disfrutaba su libertad, ya que le encantaba asistir al mismo, no tuvo ninguna complicación para adaptarse, ni en primaria ni secundaria, nunca perdió un grado siempre fue muy responsable en sus tareas escolares, no tuvo ningún problema de aprendizaje, el colegio era grande y podía correr a su gusto; se graduó de educación diversificada a los 18 años en el mismo colegio donde inicio su etapa escolar; y actualmente estudia educación superior.

Historia Laboral: Tiene muy buenas relaciones interpersonales, con sus jefes de trabajo y compañeros, siempre se llevó muy bien con todos cuando laboraba, de igual forma en actividades sociales es muy comunicativa.

Adolescencia: Su adolescencia fue feliz, a excepción de la indiferencia y autoridad fuerte de su madre al tratarla, razón por la que cree que es esa la causa por el cual es temerosa e insegura, su madre le compraba todo lo que ella deseaba, pero eran los mismos juguetes con su hermana por lo que no tuvo motivo para poder pelear por algo que le faltara las dos tenían lo mismo, pero no podía salir a jugar fuera de casa, no disfrutó su adolescencia porque nunca salió a divertirse con

amigas. Tiene gratos recuerdos de su padre con quien compartía momentos muy felices a su lado la comprendía y le daba la razón por todo, no la trato mal si no que le hablaba con mucho amor.

Adulterez: Al llegar a la adultez inicio su primer trabajo laboral en diferentes compañías, tuvo muy buena relación con sus compañeros de trabajo y superiores se llevaba bien con todos, tanto en actividades sociales como laborales, es muy participativa y tiene facilidad la comunicarse en lo social.

Historia Psicosexual: Inicio su vida sexual a los 22 años, su noviazgo duro seis años inicio su vida sexual al contraer matrimonio con su novio quien actualmente es su esposo. Tiene veintisiete años de casada no ha habido otro hombre en su vida, han procreado una hija.

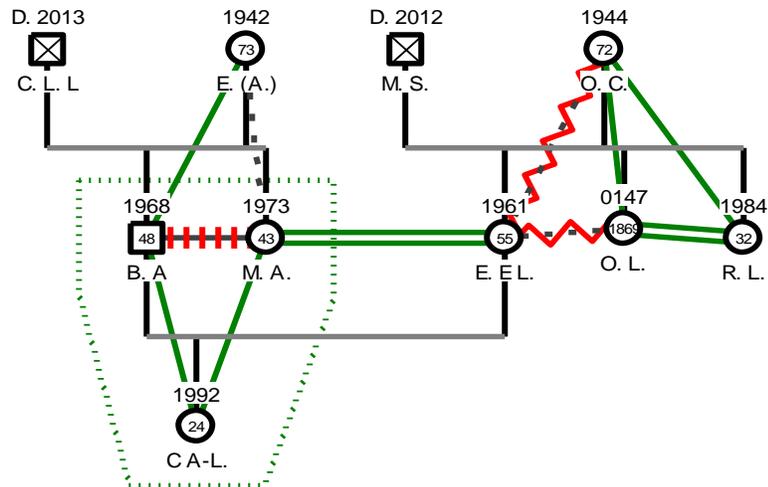
#### B) Personales Patológicos

Historia Médica: A la edad de 7 años tuvo fracturas en brazo y pierna por jugar en columpios, pero no ameritaron hospitalización y hasta la fecha no padece de ninguna enfermedad médica. Hospitalizaciones y medicamento ninguno.

Historia Psicológica: En el año 2002 recibió atención psicológica, por muerte de padre e infidelidad de su esposo. En su núcleo familiar no se cuenta con personas con enfermedades mentales, manifiesta que su abuelita también fue autoritaria en la crianza con su mamá aduce que esa es la causa por la que su mamá nunca haya sido cariñosa con ella y su hermana y esa es la razón de su estilo de crianza autoritaria.

#### IV. Historia Familiar

**Imagen No. 2**  
**Genograma**



Fuente: elaboración propia, noviembre 2016

Historia Familiar: Creció en un hogar estable, hasta que se casó, su papá falleció de un infarto lo que le causo mucho dolor la separación. Es la mayor de dos hermanas del matrimonio de sus padres, también cuenta con una hermana adoptiva, con la cual se lleva mejor que con su hermana de sangre.

Estructura Familiar: Casada, de su matrimonio procreo una hija de 22 años de edad quien vive en el extranjero. Comparte su casa con su esposo y sus mascotas. Antecedentes Familiares: Su madre aún vive, tiene su propio negocio, su hermana menor de 43 años, soltera con quien tiene una relación no conflictiva, pero no se comunican, el trato con su madre y su hermana es solo social no familiar, tiene una hermana adoptiva, con quien tiene bastante comunicación.

## V. Examen del Estado Mental

Presentación: Nivel de conciencia: Durante las sesiones estuvo con hipervigilia demasiado alerta a cualquier pregunta que se le efectuara.

Aspecto General: Presentación personal y apariencia física buena, se presentó con vestimenta acorde a la ocasión, limpia y arreglada, con olor agradable, se mostró tensa, ansiosa, inquieta y colaboradora, es alta y delgada, establece contacto visual, con intercambio de miradas tranquila.

Actitud: Colaboradora, confiada y amable.

Conducta Motora: Movimientos disminuidos.

Afecto: Durante toda la entrevista lloro su lenguaje es coherente, su habla es fluida usa palabras apropiadas y profesionales.

Estado Cognoscitivo: Durante las sesiones estuvo alerta, no se distrae escucha con atención y responde asertivamente.

Concentración: Su memoria es inmediata, sus recuerdos en meses y años están presentes sin vacilar al responder.

Orientación: Está orientada en tiempo, lugar y espacio responde acorde a las preguntas efectuadas.

Lenguaje: Con fluidez, tono de habla normal, lenguaje coherente, habla constantemente.

Comprensión: Obedece a todo lo ordenado cumple a cabalidad las órdenes descritas.

Repetición: La paciente es muy acertada en sus respuestas.

Designación: No presenta ningún estado de confrontación visual.

Memoria: En sus estados de memoria esta consiente, no presenta amnesia, ni hipomnesia.

Razonamiento: Es muy concreta en su pensamientos y razonamiento.

Juicio Práctico: Tiene ideas obsesivas y dominantes y a veces ideas suicidas y homicidas, cuando su esposo le fue infiel tuvo la idea de matarlo o matarse ella.

Abstracción: Ninguna.

Pensamiento: Ideas delirantes y pensamientos irreales.

Contenido: Celotipia en tiempos pasados cuando su esposo le fue infiel, fobia a los ratones.

Introspección: Tiene capacidad de insight, capacidad tomar decisiones.

Estados de Ánimo: Su estado de ánimo es alegre, pero al iniciar la sesión su estado se convierte en tristeza actualmente está decaída por el tratamiento porque tiene tratamiento con antibióticos.

VI. Resultados de las Pruebas

**Cuadro No. 1**  
**Pruebas e Instrumentos Aplicados**

<b>Fecha de Aplicación</b>	<b>Prueba Aplicada</b>	<b>Interpretación</b>
09-03-16	Figura Humana	Siente que está realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable, es auto dirigida centrada en si misma con alta seguridad tiene altas aspiraciones intelectuales con utilización de mecanismos de racionalización e intelectualización con arma social y agresiva, desdén y arrogancia con un dolor profundo, pujanza en infantilidad esfuerzo por ganar aprobación excesivamente moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos, con necesidades agresivas expuestas al exterior, ambición y deseos de proezas y adquisición.
09-03-10	Familia	Determinación y asertividad instintos primordiales de conservación de la vida, consiente a lo sólido, con metas en relación al futuro se considera que se guía por reglas, responde de manera agresiva ante las presiones del ambiente con controles internos deficientes y egocentrismo, se valoriza con inadecuación respecto a su familia preocupación por rendimiento académico intelectual con medidas compensatorias, no quiere escuchar cosas del exterior necesidades orales o posible abuso verbal, tiene

		conexión con lo que la rodea, agresión dirigida hacia afuera, sentimientos de inadecuación o culpa por no lograr actuar esto le provoca ansiedad, tensión, rigidez dificultad en control de impulsos.
09-03-16	Figura Bajo La Lluvia	Necesidad de ser reconocida, indicios de agresividad suele verse como artista el criterio afecta a la realidad con objetividad y control de sí misma, equilibrada, adaptada colaboradora, armoniosa con necesidad de liberarse rápido de sus problemas dispuesta a enfrentarse al mundo con alto monto de ansiedad tolerancia a la frustración sensación de vacío y depresión tendencia a la agresión o dolencias psicósomáticas pulsiones infantiles temor a la madre se aferra a algo sin saber pero le sirve como defensa es sexualizador agrega elementos para llamar la atención.
16-03-16	WHODAS	<p>A. Cualitativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprensión y comunicación 16.66%</li> <li>2. Capacidad para moverse en su alrededor 15%</li> <li>3. Cuidado personal 12.5%</li> <li>4. Relacionarse con otras personas 25%</li> <li>5. Actividades de vida diaria 10%</li> <li>6. Participación en sociedad 43.7%</li> </ol> <p>B. Cuantitativas:</p> <p>Debido a su condición de salud en los últimos treinta días cuanta dificultad a tenido? 87.5%.</p> <p>C. Necesita atención médica para tratar de mejorar.</p>
13-04-16	Test de Personalidad 16	Natural, adaptable en sus costumbres, afectuosa, interesada por la gente, sincera, emotiva, expresiva,

	PF	<p>confiada, impulsiva, generosa y cooperativa. Es importante Interpretar estados de ansiedad, estabilidad emocional</p> <p>Poco práctica, abstractas, orientadas a las ideas obsesivas.</p> <p>Persona inundada por sentimientos de culpa y remordimientos en su conciencia, indica tendencias depresivas, sobre todo cuando se asocia a un puntaje bajo en animación</p> <p>Indica tensión, ansiedad manifestada en problemas de sueños, cavilaciones, agitación, impaciencia e irritabilidad, estos sentimientos serian por resultado de un exceso de demandas del entorno cálida afable, generosa y atenta a los demás, animosa, espontanea, activa y entusiasta. Tímida, temerosa y cohibida. Objetiva, nada sentimental y utilitaria, abierta, genuina, llana y natural, tradicional y apegada a lo familiar.</p> <p>Autosuficiencia, seguidora y se integra en el grupo.</p>
--	----	---

Fuente: Elaboración propia, marzo 2016.

## VII. Otros Estudios Diagnósticos

A pesar de las similitudes en los nombres de TOC suele distinguirse fácilmente el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones.

## VIII. Impresión Diagnóstica

La usuaria manifiesta en su historia clínica y resultados indicios de agresividad, alto monto de ansiedad, dificultad en control de impulsos. Indica, desconfianza, indecisión y tendencia a pensar que los demás no se interesan por ella. Tensa enérgica, impaciente e intranquila. Presenta sensación de vacío y depresión.

IX. Diagnóstico según DSM-5

(301.4) (F42) Trastorno de la personalidad Obsesivo compulsiva (678).

X. Diagnóstico según CIE-10

(F42) Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo (179).

XI. Plan Psicoterapéutico

**Cuadro No. 2**  
**Metas y Objetivos**

<b>Domio o Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>
<b>Cognitivo:</b> Los pensamientos irracionales e impulsos recurrentes y persistentes le aparecen en momentos inapropiados y le generan malestar.	Ayudarla a eliminar las distorsiones de los pensamientos irracionales que le producen ansiedad y miedos.	6 Sesiones.
<b>Conductual:</b> Las obsesiones que no son fáciles de identificar porque no tienen un contenido preciso o delimitado que no resultan fácil de percibir.	Utilizar técnicas cognitivas conductuales que se enfoquen en modificar las conductas adquiridas.	8 sesiones
<b>Afectiva</b> Baja autoestima.	Controlar los sentimientos de tristeza resentimiento que le provocan los pensamientos y elevar su autoestima.	2 sesiones

Fuente: Elaboración propia, abril 2016.

## Planificación de las Estrategias:

Teorías o escuela o corriente filosóficas que explica el caso: Cognitiva Conductual, es una de las escuelas de psicoterapia más antiguas, ayudan a comprender como piensa un individuo acerca de si mismo, de otras personas y del mundo que les rodea. Está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos; es fundamental conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza el individuo. Estos, y su modificación, cuando son disfuncionales, van a constituir el objetivo de la terapia.

Este enfoque parte del principio psicológico de que cambiando el pensamiento de una persona, se provocan cambios en su conducta y en sus emociones, y de esta forma, la persona es capaz de enfrentar sus situaciones desde otra postura.

Así, puede asegurarse que la principal ventaja del enfoque es el poder penetrar en las creencias o presuposiciones que las personas tienen acerca de la realidad, o más bien, su realidad. Y es que el problema no son las creencias en sí, sino cómo éstas están privando al individuo a que el flujo de su vida sea continuo, le estancan, le generan disonancia y conflicto; por tanto, resulta indudablemente necesario reemplazarlas por otras más congruentes y funcionales.

Este modelo propone en primera instancia validar las emociones experimentadas por el paciente. Luego poner en práctica las técnicas del modelo para afrontar la situación, entre ellas las técnicas de resolución de conflictos o problemas demuestran alta efectividad.

## Perspectiva Terapéutica

### Terapia de Reestructuración Cognitiva:

Se basa en el esquema ABC, el cual constituye la teoría de Ellis sobre como las personas tienen trastornos. A es cualquier evento activante que, según las creencias (B) racionales o irracionales que se tengan sobre A producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales.

Las creencias, racionales o irracionales, están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a cerrar, mediante la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales.

Esta terapia fue aporte de Beck basada en el modelo de depresión, dentro del cual considera la triada cognoscitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La triada cognoscitiva tiene tres patrones cognitivos inadecuados presente en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí misma, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro. Los esquemas, definidos como las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto, son los que le permiten transformar los datos que percibe el sujeto en cogniciones. Dependiendo de los esquemas el sujeto desarrollará cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados.

**Cuadro No. 3**  
**Proceso de Evaluación Psicoterapéutica**

<b>No.</b>	<b>Evaluación</b>	<b>No. de Sesiones</b>
1	Lectura y firma del consentimiento.	1 Sesión
2	Entrevista.	1 Sesión
3	Test proyectivos, familia, persona bajo la lluvia y figura humana.	1 Sesión
4	Consejería.	1 Sesión
5	Aplicación de whodas, examen mental y observación.	1 Sesión
6	Aplicaciones test psicométrico 16 PF.	1 Sesión
7	Informe de los resultados de las pruebas.	1 Sesión
8	Orientación sobre el problema psicológico.	1 Sesión
9	Técnica diálogo socrático	1 Sesión
10	Método socrático	1 Sesión
11	La asertividad en tres pasos	1 Sesión
12	Técnicas asertivas	1 Sesión
13	Autoexamen racional	1 Sesión
14	Imaginación racional emotiva	1 Sesión
15	El debate filosófico:	1 Sesión
16	Racional Emotiva	1 Sesión

Fuente: Elaboración propia, febrero 2016.

**Cuadro No. 4**  
**Plan Psicoterapéutico**

<b>Sesión No.</b>	<b>Problema Clínico</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Evaluación</b>
Sesión 1	Obsesiones, Compulsiones y Miedo.	Información sobre el consentimiento informado sobre las normas de CAS.	Lectura y firma del consentimiento informado y establecer Rapport.	Acepto las cláusulas que se le propusieron.
Sesión 2	"	Conocer la historia familiar de la paciente.	Iniciar con la entrevista para conocer su historia personal.	Se logró la empatía.
Sesión 3	"	Evaluar la problemática que presenta la paciente.	Aplicación de los test proyectivos, familia, persona bajo la lluvia y figura humana.	Cumplió a cabalidad todo lo solicitado.
Sesión 4	Tristeza	Interpretar en la paciente la causa de su tristeza.	Se le escucho a la paciente expresar la causa de su tristeza.	Hizo catarsis al recordar su infancia.
Sesión 5	Evaluación	Información por medio de la evaluación.	Aplicación de whodas, examen mental y	Manifestó problemas bronquiales.

			observación.	
Sesión 6	Evaluación	Interpretar información de la evaluación de los test.	Aplicación del test psicométrico 16 PF.	Se conoció su personalidad.
Sesión 7		Comparar los resultados con las opiniones de la paciente.	Informe de los resultados de las pruebas y verificaciones de datos.	Se le informo de los resultados de la evaluación
Sesión 8	Obsesiones, Compulsiones y Miedo	Explicar a la usuaria los resultados obtenidos.	Orientación hacia el problema: informándole sobre sus obsesiones y compulsiones.	Se le comunico cual era el problema que se iba trabajar psicológicamente.
Sesión 9	Controlar pensamientos irracionales	Fundamentar los pensamientos irracionales para que llegue al razonamiento consigo mismo.	El Dialogo Socrático: Consiste en aplicar una serie de preguntas para que por medio del razonamiento llegue a una definición y conclusión del origen de su	Llego al insight emocional profundo.

			<p>problema, cuestionando los pensamientos y creencias y comprenda que pueden ser eliminadas.</p> <p>Preguntas tales como: ¿Qué nombre le pones a tu problema?, ¿Qué lo desencadenó?, ¿Qué implica en las distintas áreas de tu vida?, ¿Qué consideras que te toca aprender?, ¿A qué estás dispuesto para aprenderlo? ¿Con qué recursos cuentas para enfrentarla?, ¿Qué posibles ganancias ves en</p>	
--	--	--	---	--

			<p>ella?, ¿Qué cualidades has desarrollado a partir de otras crisis vividas? son cuestionamientos que guían a la persona a encontrar respuestas que poco a poco, clarifican su estado de confusión al tiempo que la contactan con su libertad y responsabilidad.</p>	
Sesión 10	Controlar pensamientos	Fortalecer los pensamientos positivos para obtener un dialogo interno.	<p>Método Socrático: Consiste en preguntas sistemáticas con lo que se guiara a la usuaria hacia un razonamiento inductivo que la</p>	El factor tiempo impidió terminar de recabar toda la información necesaria que el terapeuta necesita para un buen diagnóstico.

			<p>ayuden a pensar en el tipo de relación que tiene con su mamá utilizando los tres pasos de la asertividad.</p> <p><b>1. Banco de niebla:</b> Dar la razón en lo que se crea pueda haber de cierto con respecto al relato de la usuaria, pero negándose a la vez a entrar en mayores discusiones.</p> <p><b>2. Técnica de ignorar:</b> Ignorar los argumentos que ella está dando e ir directamente</p>	
--	--	--	--	--

			<p>al sentimiento que se encuentra tras ella y que le causa tristeza.</p> <p><b>3. Acuerdo asertivo:</b></p> <p>Dejar claro ante la crítica que una cosa es el error que cometió su madre al tratarla autoritariamente y otra el hecho de haberla formado de una manera correcta buena o mala en sus decisiones.</p>	
Sesión 11	Autoestima	Organizar sus pensamientos de	La asertividad en tres pasos.	Seguridad y empatía.

		<p>forma asertivos que la relajen para poder manejar la ansiedad.</p>	<p><b>Paso 1</b> Escuchar activamente lo que se dice y demostrar a la otra persona que se le presta atención y se le entiende. Centrarse en la otra persona</p> <p><b>Paso 2</b> Diga lo que piensa u opina. Centrarse en uno mismo</p> <p><b>Paso 3</b> Diga lo que desea que suceda. Búsqueda de acuerdo. Centrarse en la otra persona y en uno mismo.</p>	
Sesión 12	Fortalecer los pensamientos	Ayudar a la paciente para que sus pensamientos	Técnicas Asertivas: Es importante utilizar ciertas	Presento relajación y tranquilidad.

		<p>sean positivos y controle sus obsesiones y compulsiones.</p>	<p>palabras una y otra vez en frases distintas, fortaleciendo así la parte principal de su mensaje e impidiendo que se salga por la tangente o que se desvíen de su mensaje principal.</p> <p><b>a. Técnica Disco rayado:</b>  Consiste en ser persistente repitiendo una y otra vez lo que queremos sin enfadarnos, irritarnos o levantar la voz.</p> <p><b>b. Técnica del disco roto:</b></p>	
--	--	---	---	--

			<p>Consiste el propio punto de vista una y otra vez con tranquilidad, sin entrar en discusiones ni provocaciones que pueda hacer la otra persona.</p> <p><b>c. El banco de niebla:</b></p> <p>Consiste en dar la razón en parte y, manteniendo a la vez la integridad y el punto de vista propio.</p>	
Sesión 13	Controlar los impulsos obsesivos.	Fomentar el control de sus emociones e impulsos negativos.	<p><b>Autoexamen racional.</b></p> <p>Consiste en que el paciente dirija su pensamiento para controlar</p>	Dificultad por problemas respiratorios.

			<p>sus reacciones emocionales ante el hecho, está basado en las tres etapas que forman una emoción completa</p> <p>a. Autoexamen de la percepción de los hechos o eventos específicos.</p> <p>b. Autoexamen de los pensamientos evaluativos o calificativos sobre esos hechos o eventos específicos</p> <p>c. Autoexamen de las sensaciones viscerales</p>	
--	--	--	--	--

			acerca de ellos, al hacer la técnica se puede deshacer de los hábitos de culpa, depresión y miedos.	
Sesión 14	Controlar sus obsesiones.	Determinar por medio de cuestionarla llegue al razonamiento.	Insight Racional Emotiva: Consiste en ayudar al paciente a ver con claridad y a reconocer abiertamente los procesos ideacionales importantes que no solo lo conducen, sino que perpetúan su perturbación: a. Reconocer sus emociones y conductas	El factor tiempo; impuntualidad en su cita.

			<p>desadaptativas o sintomáticas.</p> <p>b. Asumir la responsabilidad total de que estas son autocreadas y autosustentadas.</p> <p>c. Aceptarse con sus síntomas.</p> <p>d. Buscar y reconocer genuinamente las fuentes filosóficas de sus síntomas.</p> <p>De esta forma se les enseña que los pensamientos y creencias pueden ser eliminadas.</p>	
--	--	--	---	--

Sesión 15	Controlar los sentimientos negativos hacia su madre.	Distinguir entre las creencias irracionales y las reales que existen en sus pensamientos.	<p>El debate filosófico:</p> <p>Consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana, comprende dos pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ayudar al paciente a descubrirlas creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones.</li> <li>b. Debatir con el paciente la verdad y la falsedad de sus creencias irracionales, el propósito es determinar la validez.</li> </ol>	Tomo conciencia de la etiología y los métodos de enseñanza de su madre.
-----------	--	---	--	---

Sesión 16	Controlar la tristeza que le causa el pasado.	Elaborar su propio razonamiento para la solución a su problemática.	Técnica de "Quedarse allí": Esta técnica consiste en animar al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.	Comprendió porque su madre tuvo el estilo de crianza autoritario.
-----------	---	---	--	---

Fuente: Elaboración propia, febrero 2016.

**Cuadro No. 5**  
**Técnicas de Seguimiento**

<b>Sesión</b>	<b>Problema Clínico</b>	<b>Técnica</b>	<b>Logros</b>
1	Obsesiones, Compulsiones y Miedos.	Técnica de Autocontrol, con un auto registro, autoevaluación y auto refuerzo, del tratamiento para mantener un equilibrio emocional.	Reforzar el tratamiento y ayudar a que continúe con citas previas al finalizar para seguir reforzando su salud mental.
2	Ayudarle a comprender que los cambios están en la persona.	Video la renovación del águila: Como un ejemplo de ver la forma del cambio cuando se desea y P.N.I.	Mostrarle de que forma se tiene que tomar una decisión para el cambio.

Fuente: Elaboración propia, agosto 2016.

## 4.2 Análisis de los Resultados

Con base a los objetivos de la investigación se presentan los siguientes resultados:

### Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo

De la Fuente y Álvarez. (1998) “En esta anomalía las ideas y acciones ocurren repetidamente y al parecer sin motivo alguno. Al individuo le resulta imposible dejar de pensar en una palabra particular, o experiencias sin cesar el impulso irresistible de lavárselas manos”. (p.501).

Este resultado se basa en las pruebas aplicadas: Test bajo la lluvia, la figura humana, la familia 16 PF y diversas entrevistas, al evaluar los resultados de cada una de estas pruebas aplicadas se determinó que la paciente presenta las principales características de una persona con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo como son los miedos a que muera alguien de su familia, miedo a que su esposo la abandone, excesiva perfección en orden y limpieza, desconfianza e inseguridad en el entorno, dicho patrón según sus relatos los refiere desde hace muchos años y la paciente comenta que todos los impulsos y obsesiones son debido al estilo de crianza autoritario por parte de la figura materna.

### Control Emocional y Autoestima

Según Rojas (2007) la autoestima para algunos se trata de una respuesta emocional automática y global de aprecio o de rechazo hacia uno mismo. Para otros es el resultado de la suma metódica de las evaluaciones que hacemos sobre nuestra lista personal de atributos o cualidades. A mi modo de entender, la autoestima comprende ambas cosas, es el sentimiento placentero de afecto o desagradable de repulsa que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos. (p.11).

La paciente comenta que no está de acuerdo con su aspecto personal, su color de tez, y se considera poco atractiva, era evidente en las entrevistas que la paciente presentaba autoestima baja y problemas de autoconcepto y autoimagen.

Desde el inicio de la entrevista la paciente al recordar su infancia no pudo evitar llorar y constantemente tenía llantos recurrentes, esta emoción estuvo presente en todo el proceso de la evaluación, evidenciándose su descontrol emocional, la cual fue controlada al finalizar el proceso psicoterapéutico.

#### Patrón de Crianza Autoritario

Según Baumrind, (1966),

Los padres autoritarios son rígidos y controladores, exigen mucho y no ofrecen la suficiente calidez ni responden a las necesidades del niño. Él tiene que hacer lo que se le dice. Si el pequeño pregunta por qué, la respuesta es: "porque yo lo digo". Los padres autoritarios se basan en la disciplina firme, y el niño tiene muy poco control sobre su vida. El efecto que esto tiende a producir es inseguridad y dificultad para completar las tareas en la infancia. Estos niños pueden ser difíciles, retraerse socialmente y no formar relaciones de confianza con facilidad. (p. 891).

Cuando se habla de estilos o patrones de crianza se define como un conjunto de normas ejercidas por los padres hacia los hijos, tanto la crianza como las actitudes de los padres y comportamiento que comprende estrictas normas donde las reglas y ordenes son fuertes que producen un temor y poco control en la vida de los niños y esto causa inseguridad por las demasiadas exigencias y bajos niveles de comunicación.

Dado el presente caso donde la madre actuó con reglas demasiado severas, trato fuerte, poca comunicación y sin ningún estímulo, culpándola de todo lo que ocurría en su entorno privándola excesivamente de la libertad como madre porque todo le prohibía y no dejándola que tomara sus propias decisiones, reglas severas y falta de expresión afectiva que ahora en la adultez repercuten con el temor, y la inseguridad y que le causa problemas en su vida personal y social.

## Consecuencias del trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo

Según el CIE-10 (1992)

Este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes, los pensamientos obsesivos son ideas imágenes o impulsos mental que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo de una forma estereotipada, suelen ser siempre desagradables, el que los padece suele intentar controlarlos sin éxito. Los actos compulsivos son formas de conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez no son por si mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismos. A menudo aunque este comportamiento no siempre, es reconocido por la persona como carente de sentido o eficacia y hacen reiterados intentos por resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. (p.179).

Es una persona excesivamente ordenada, le gusta mucho la perfección, la limpieza, esto le causa problemas con las empleadas domésticas, con sus compañeros de estudio y todo su entorno, no confía en nadie y su inseguridad también repercute en su relación matrimonial, los miedos que presenta hacia la muerte y a la soledad le provocan episodios de celos, crisis y discordias con su esposo al llamarlo constantemente por teléfono en horas de trabajo o donde quiera que este se encuentre.

## Terapia Racional Emotiva

Las teorías cognoscitivistas y las teorías terapéuticas son causa de las investigaciones que han surgido de esta línea; y que han impactado sustancialmente las aproximaciones contemporáneas del desarrollo personal y los procesos del cambio humano, las terapias cognitivas son un conjunto de procedimientos activo-directos, estructurados y de tiempo limitado, que se utilizan para tratar distintas alteraciones de orden neurótico y psiquiátrico, se basan en el supuesto teórico subyacente de que los efectos emocionales y de conducta de un individuo están determinados, en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Al elaborar el plan psicoterapéutico y aplicar cada una de las técnicas de la terapia racional emotiva se logró controlar las obsesiones y compulsiones una de las más notadas fue el miedo a que su esposo la abandonara ya que tomo confianza y dejo de llamarlo constantemente por teléfono y de controlarlo según comentario de la paciente su esposo le pregunto qué porque había dejado de controlarlo y de sentir celos.

Otro avance fue que la paciente tuviera un acercamiento con su madre según comento que ya no le causaba tristeza el que su madre la ignorara y que la había perdonado. Así mismo se logró que tuviera confianza a trabajar en grupo dejando que cada quien hiciera su parte sin interferir

## **Conclusiones**

El problema que presenta la paciente es debido a los estilos de crianza autoritario de parte de la figura materna ya que el vínculo en la paciente durante su infancia, trajo secuelas a largo plazo en su vida, generando actualmente disfuncionalidad en todo su entorno, y relaciones diarias al no poder controlar sus obsesiones y compulsiones.

Al practicar las evaluaciones correspondientes se pudo comprobar que el trastorno le está generando a la paciente las distorsiones de los pensamientos y las obsesiones que han deteriorado sus actividades generales, familiares, conyugales y sociales.

Se llegó a la conclusión que existe relación entre la crianza y el malestar asociado a la sintomatología presentado por la paciente en relación a las obsesiones y compulsiones que manifiesta.

Los impulsos y las obsesiones que presenta fueron causados por la inseguridad y las demasiadas exigencias y bajos niveles de comunicación de parte de su madre los que a la larga produjeron deterioro grave en diversos estados emocionales y conflicto en su vida conyugal, familiar, laboral y social.

La paciente manifiesta actitudes supuestas y creencias que se convierten en pensamientos inadecuados como inseguridad y pensar que nadie la quiere y esto le manifiesta dificultad en el control de impulsos y le provoca las obsesiones.

Las técnicas terapéuticas aplicadas durante las sesiones lograron crear un plan efectivo y de esta manera se alcanzó la reducción de la sintomatología presentada de obsesiones y compulsiones en la paciente adaptándose de mejor manera a su contexto diario

## **Recomendaciones**

Por el trastorno que presenta se recomienda continúe con un tratamiento psicológico que le ayude a controlar los impulsos y las obsesiones que le causan malestar, debido a los patrones autoritarios de crianza con que fue educada.

Es necesario el tratamiento psicológico que le ayude a comprender y encontrar las soluciones aplicando de forma efectiva las técnicas adecuadas a su problemática y dominios afectados como también trabajar la inseguridad.

Para mantener salud mental óptima, es necesario dar un seguimiento cuando el paciente lo considere necesario pues de esta forma se mantendría libre de cualquier signo o síntoma que perturbe su mente y así mantener controladas sus impulsos y obsesiones que le producen el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo.

Ayudarla a controlar sus impulsos mediante técnicas que le ayuden a suprimir los pensamientos que le provocan las obsesiones y las creencias inapropiadas.

Es necesario trabajar los sentimientos hacia la madre en el seguimiento de su proceso terapéutico ya que por la falta de tiempo esta temática se quedó inconclusa.

Que la paciente de seguimiento al tratamiento con terapias en grupo en compañía de su madre para lograr un acercamiento y una relación más afectiva.

## Referencias

- American Psychiatric Association, (2005). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª Edición, Editorial Panamericana.
- Berger J. (2007). *Psicología del Desarrollo, infancia y adolescencia*. España, Editorial Panamericana.
- Bloye D., Davies S., (2000). *La esencia de la Psiquiatría*. España, Elsevier S.A.
- De la Fuente, R. y Álvarez, F. (1998). *Biología de la mente*, Económica México. 1ra edición, Fondo de La Cultura.
- Ortiz, T. (2013). *Psicopatología clínica*, adaptado al DSM5, Universidad de Málaga. 1ra. Edición, Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE10*, 2ª. Madrid. Edición, Técnicas Graficas, Forma, S.A.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. Sexta Edición en Español, Mc Graw-Hill/ Interamericana, Editores S.A.
- Rojas, M. (2007). *La autoestima* Madrid. Editorial Espasa Calpe, S.A.
- Tatay, A., Merino, T., (2009), *Manual del Residente de Psiquiatría*, Madrid. Tomo 1 Life publicidad y Editores.
- Wicks, R. Allen, I., (1997) *Psicopatología del niño y del Adolescente*, Madrid. 3ra. Edición, Pearson Educación, S.A.

Yaryura J., Fugen A. (1997). *Trastornos Obsesivo-Compulsivo*. Madrid, Harcourt Brace de España S.A.

*Revistas*

Adriano, G. (2014). *Revista de Investigación Universitaria*, 2014, Vol. 3 (2): 38 ISSN: 2312-4253 (Versión impresa) ISSN: 2078-4015 (Versión digital)

Bethancour,A. (2006). *Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares*,  
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administración y Publicación MADRID.

Baumrind, D. (1966). *Efectos de Control Parental Autoritativo en el Comportamiento del niño*, *Desarrollo Infantil*, 37(4), 887-907.

## **Anexos**

## Anexo 1

### Tabla de Variable

Nombre Completo: Rosario Luna Sazo

Título de la sistematización: Estudio de caso paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo debido al patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna, atendido en Centro de Asistencia Social (CAS).

<b>Problemática</b> 1	<b>Variable de Estudio</b> (Tema a Investigar) 2	<b>Subtemas de la Variable de Estudio</b> 3	<b>Pregunta de Investigación</b> 4	<b>Objetivo General</b> 5	<b>Objetivos Específicos</b> 6
1. Obsesiones compulsivas y miedos	Trastorno de la personalidad	1. Trastornos de la personalidad obsesivo compulsivo:	¿Cómo influye en una paciente	Determinar cómo influye en una	<del>1.</del> Analizar qué tipo de trastorno presenta la paciente <del>2.1.</del>
2. Baja autoestima Tristeza		2. Autoestima y falta de control emocional			<del>3.2.</del> Examinar el control emocional y la autoestima en la paciente

	obsesivo compulsivo y patrón de crianza autoritario		con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo el patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna?	paciente con trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo el patrón de crianza autoritario por parte de la figura materna.	
3. Patrón de crianza autoritario y mala relación con la madre		3. Patrón de crianza autoritario			4.3. Indagar el tipo de patrón de crianza autoritario o que presento la paciente en su infancia.
4. Problemas con el esposo		4. Mala dinámica familiar			4. Investigar como el trastorno que presenta la paciente repercute con su cónyuge.
5. Disfuncionalidad en las		5. Terapia Cognitivo Conductual y Terapia			5. Establecer el abordaje psicoterapéutico.

áreas de su vida		racional Emotiva			
---------------------	--	---------------------	--	--	--