

# Perspectivas clínicas psicológicas de caso

Karoll Córdoba Salamanca  
Fabián Ricardo Pardo Pérez  
Tatiana Noguera Morales

Compiladores



Universidad  
Pontificia  
Bolivariana

## Autores

Ángela María Cañizares Ramírez

María Camila Herrera

Sara Elizabeth Plaza Plaza

Joselin Grajales Arce

Jhoeny Valeria Laguna Ramírez

Melissa Rodríguez Delgado

Jessica Paola Hurtado Zúñiga

Leydi Valeria Valencia Prado

Alejandra Díaz Mejía

Kelly Daniela Otero Muñoz

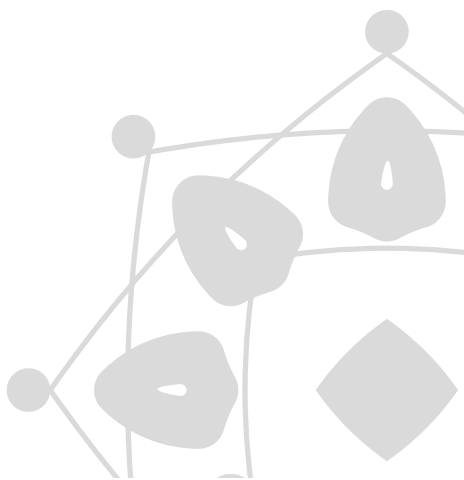
Norbelly Patiño Osorio

Daniela Luna Monedero

Tatiana Noguera Morales

Fabián Ricardo Pardo Pérez

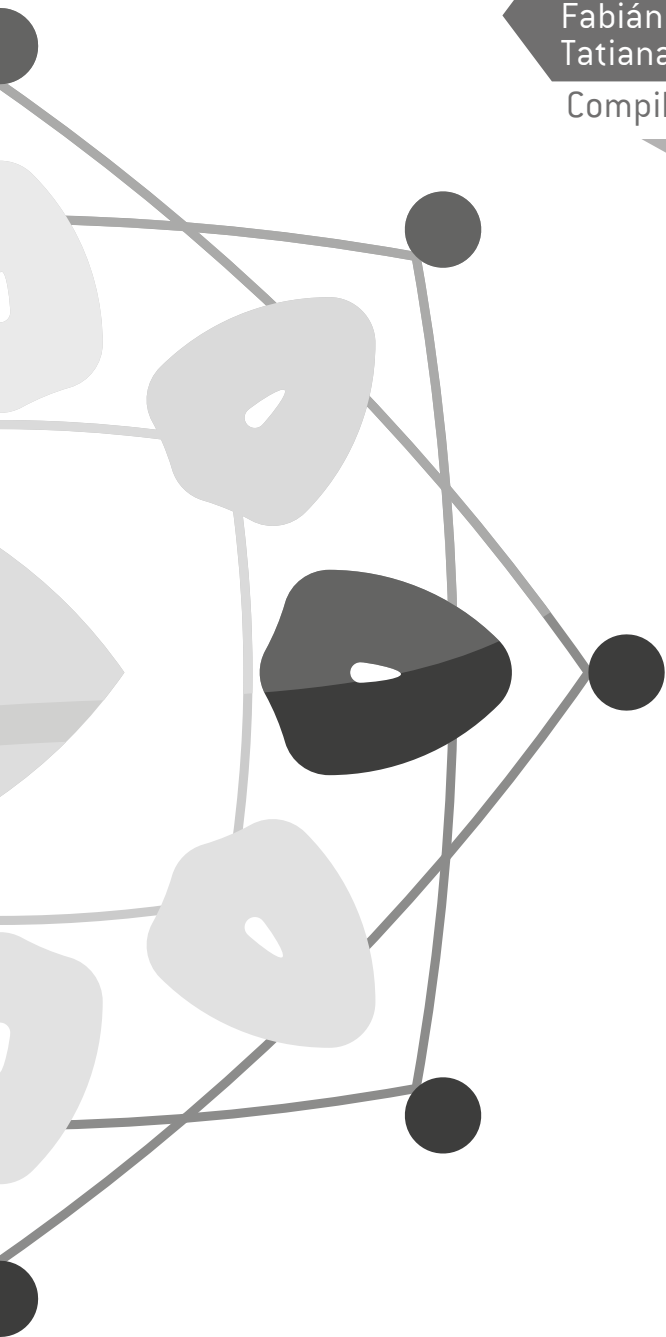
Karoll Córdoba Salamanca



# Perspectivas clínicas psicológicas de caso

Karoll Córdoba Salamanca  
Fabián Ricardo Pardo Pérez  
Tatiana Noguera Morales

Compiladores



616.89  
P453

Perspectivas clínicas psicológicas de caso / compiladores Karoll Córdoba Salamanca, Fabián Ricardo Pardo Pérez y Tatiana Noguera Morales, --  
Medellín: UPB, 2022. -- 96 p.; 17 x 24 cm.  
ISBN: 978-628-500-044-7

1. Psicoanálisis 2. Psicología humanista 3. Psicología cognitiva  
4. Informes de casos

CO-MdUPB / spa / rda  
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Varios autores  
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana  
Vigilada Mineducación

**Perspectivas clínicas psicológicas de caso**

ISBN: 978-628-500-044-7

DOI: <http://doi.org/10.18566/978-628-500-044-7>

Primera edición, 2022

Facultad de Psicología

Grupo: Pedagogía y desarrollo humano. Proyecto: Abordajes clínicos de la psicología. Radicado: 041A-06/22-02P.  
Seccional Palmira

**Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín:** Mons. Ricardo Tobón Restrepo

**Rector General:** Pbro. Julio Jairo Ceballos Sepúlveda

**Rector Seccional Palmira:** Pbro. Raúl Jordán Balanta

**Vicerrector Académico:** Álvaro Gómez Fernández

**Directora de la Facultad de Psicología Seccional Palmira:** Zamara Cuadros Parada

**Coordinación de Investigación Seccional Palmira:** Paola Andrea Salazar Valencia

**Gestora Editorial Seccional Palmira:** Paola Andrea Salazar Valencia

**Editor:** Juan Carlos Rodas Montoya

**Coordinación de Producción:** Ana Milena Gómez Correa

**Diagramación y gráfico portada:** Geovany Snehider Serna Velásquez

**Corrección de Estilo:** César Buritica

**Dirección Editorial:**

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2022

Correo electrónico: [editorial@upb.edu.co](mailto:editorial@upb.edu.co)

[www.upb.edu.co](http://www.upb.edu.co)

Telefax: (57)(4) 3544565

A.A. 56006 – Medellín – Colombia

**Radicado:** 2194-29-04-22

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito, sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

# Contenido

<b>Prólogo</b> .....	<b>7</b>
<b>Capítulo 1. Perspectivas clínicas psicológicas de caso desde el enfoque humanista</b> .....	<b>10</b>
Caso: "C" .....	11
<i>Ángela María Cañizares Ramírez y Tatiana Noguera Morales</i>	
Caso: "Protegiendo su visión- Silvia" .....	16
<i>María Camila Herrera y Tatiana Noguera Morales</i>	
Caso: Me acompleja mi cuerpo .....	22
<i>Sara Elizabeth Plaza y Karoll Córdoba Salamanca</i>	
Caso: "Un Camino hacia la Realidad" .....	27
<i>Joselin Grajales Arce y Tatiana Noguera Morales</i>	
<b>Capítulo 2. Perspectivas clínicas psicológicas de caso desde el enfoque psicoanalítico</b> .....	<b>34</b>
Caso: "J" .....	35
<i>Jhoeny Valeria Laguna Ramírez y Fabián Pardo Pérez</i>	
Caso: La Verwerfung.....	42
<i>Melissa Rodríguez Delgado y Fabián Pardo Pérez</i>	
Caso: "Lo que siempre vuelve al mismo lugar" .....	47
<i>Jessica Paola Hurtado Zúñiga y Fabián Pardo Pérez</i>	
Caso: Retomar las riendas de mi vida .....	55
<i>Leydi Valeria Valencia Prado y Fabián Pardo Pérez</i>	

<b>Capítulo 3. Perspectivas clínicas psicológicas de caso desde el enfoque cognitivo - conductual .....</b>	<b>63</b>
Caso: Burbuja .....	64
<i>Alejandra Díaz Mejía y Tatiana Noguera Morales</i>	
Caso: "Sofía" .....	69
<i>Kelly Otero Muñoz y Karoll Córdoba Salamanca</i>	
Caso: señora N .....	76
<i>Norbelly Patiño Osorio y Karoll Córdoba Salamanca</i>	
Caso: M .....	83
<i>Daniela Luna Monedero y Karoll Córdoba Salamanca</i>	
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>91</b>

## Prólogo

¿Es la psicología una disciplina con una única perspectiva para el acercamiento a su objeto de estudio? Esta pregunta, que parece dirigida a la epistemología y a los psicólogos dedicados a estas discusiones teoréticas, no ha logrado ser resuelta de forma concreta, por lo que, a modo de efecto secundario, amplía las posibilidades de comprensión y explicación del fenómeno mental. Ahora bien, al trasladar esta pregunta a los procesos de formación en psicología se han generado una serie de retos que la dialéctica entre la educación y la sociedad ha procurado abarcar mediante la profundización en diversas temáticas o propuestas formativas. Sin embargo, en esta tensión sociedad-educación, uno de los escenarios más relevantes se encuentra en los semestres de práctica profesional, momento en el cual los profesores y los estudiantes se enfrentan a preguntas y problemas cotidianos que demandan una respuesta efectiva y acertada que supera la reflexión filosófica al tiempo que identifica las nuevas demandas del contexto.

En esta ocasión la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Palmira, decidió embarcarse en un proyecto editorial que tiene por objetivo presentar desde el método del análisis de casos, 12 ejercicios de la práctica profesional en psicología clínica, una de las principales áreas de trabajo e interés que la disciplina posee. Para alcanzar esta meta, la tripulación de este barco se conformó por un equipo de profesores y estudiantes de últimos semestres de formación, quienes, a través del espacio de práctica profesional, llevaron a cabo la evaluación y análisis del caso

desde tres modelos teóricos: la psicología humanista, el psicoanálisis y la psicología cognitivo-conductual.

De esta manera, el proyecto permite dar un primer acercamiento, empírico, a la pregunta que abrió este prólogo con el fin de mostrar entonces que la psicología es una disciplina multiparadigmática y que este carácter debe ser defendido considerando la riqueza que la diversidad de comprensiones le ofrece a su objeto de estudio. En este sentido, cada uno de los modelos teóricos presentará una serie de cuatro casos en los cuales, siguiendo protocolos de atención, se recopila la información esencial para ser contrastada y sintetizada por las teorías que componen cada uno de los modelos de comprensión.

Adicional a lo anterior, el lector encontrará un análisis crítico más detallado, compuesto por algunas características socio-demográficas sobre las dinámicas que continúan permeando la salud mental colombiana. Según Posada (2013), nuestra sociedad, desde el ámbito epidemiológico, manifiesta una mayor prevalencia de trastornos afectivos en mujeres que en hombres, así como una concentración de enfermedades mentales en la población infanto-juvenil (niños, adolescentes y jóvenes). Estos criterios se replican en los casos analizados, encontrando una distribución de 83,3 % de los casos correspondientes a mujeres y el restante 16,7 % a hombres; de igual forma, la población infanto-juvenil corresponde al 50 % de los análisis del texto.

Igualmente, ha de destacarse un fenómeno emergente en lo social y en lo demográfico a saber, el aumento de la población adulta mayor que, según el DANE (2018), corresponde al 9,1 % con un incremento del 3 % comparado con el año 2005. De igual forma, la inversión en la curva poblacional que nos dirige a transformarnos en una sociedad que envejece permite entender el porcentaje de casos atendidos en esta etapa del ciclo vital (33,3 %), de los cuales el 100 % correspondió a mujeres.

Los anteriores elementos socio-demográficos y metodológicos demarcan entonces un posible acercamiento a la respuesta de nuestra pregunta: a la psicología, en la actualidad, no podemos ni debemos reducirla a una visión emancipadora única, con pretensión de universalidad casi al límite de un dogma; por el contrario, los fenómenos de la mente humana y la salud requieren de perspectivas diversas y nutridas que, basadas en evidencia y fundamentos teóricos, abran una ventana de oportunidad para comprender y procurar el mejor acompañamiento posible para la resolución de la problemática que agobia a las personas. Es por esto que este ejercicio académico,





fruto del esfuerzo conjunto de la diada profesor-estudiante, se transforma en un escenario de presentación de las competencias básicas, disciplinares y profesionales que la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Palmira, potencia en la formación de sus estudiantes.

**PhD. Julián Camilo Sarmiento López**

Profesor Interno

Facultad de Psicología

Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Palmira

# Capítulo 1

Perspectivas clínicas  
psicológicas de caso  
desde el enfoque  
humanista

## Caso: “C”

Ángela María Cañizares Ramírez  
Tatiana Noguera Morales

### Resumen

Se presenta el análisis de un caso que se realizó a partir de la valoración de psicología por primera vez a paciente de sexo femenino de 4 años, la cual fue remitida por medicina general con el diagnóstico registrado en CIE-10, correspondiente a F919 Trastorno de la Conducta no especificado. Inicialmente se logró recoger la información sobre el motivo de consulta, la cual fue suministrada por la abuela de la paciente. Según lo manifestado por la acompañante, se logran identificar diversos aspectos que dan cuenta de un posible trastorno de Estrés Postraumático a consecuencia de haber vivenciado la muerte violenta de su madre por parte de su pareja. Con ello, en el caso se tiene en cuenta que la edad de la paciente y la etapa de desarrollo en la que se encuentra no presenta los recursos para la manifestación de pensamientos concretos, por tal razón, se propuso, desde el enfoque humanista, guiar las sesiones en torno a la generación de empatía con la menor para realizar un proceso de identificación de emociones, pensamientos o sentimientos desde un espacio agradable.

### Identificación del paciente

Paciente de cuatro (4) años, sexo femenino, tiene un hermano de 3 años, quien se encuentra actualmente en la guardería, vive con abuela y abuelo maternos, quienes tienen la custodia de los dos menores; hace un año, la madre fue víctima de feminicidio por parte de la pareja, el padre se encuentra preso en Chile. Actualmente, la relación con los abuelos es cercana, mas no estrecha; la relación con el hermano es constantemente conflictiva, la dinámica con su madre antes de que ella fuera asesinada era muy estrecha;





mamá?", lo cual permite identificar otras necesidades posibles, considerando por un lado que la abuela demanda la asimilación de un nuevo rol; por su parte, en la paciente, la búsqueda de una nueva imagen materna.

## Historia del problema

La abuela de la menor refirió que hace un año la madre de la paciente fue víctima de feminicidio por parte del padre y, durante el suceso, la paciente y su hermano presenciaron el asesinato, en ese momento indagaron en la paciente posibles situaciones de violencia sexual. A partir de lo anterior, los abuelos maternos asumieron la custodia de los menores, quienes al momento de consulta no habían recibido atención psicológica.

Desde dicha situación, la paciente presenta estado de ánimo plano, se aburre, se irrita, es agresiva y mucho más con el hermano menor; es desafiante ante llamados de atención, no juega, se esconde, no ha mencionado lo que ocurrió el día de la muerte de la madre, evade temas que tengan que ver con su madre; solo ha mencionado "mi papá mató a mi mamá" y "quiero matar a mi papá". La paciente manifiesta miedo, pero no lo asocia a un motivo en sí, ante la presencia de hombres en la casa ella se retira y no interactúa con el sexo opuesto, solo tiene comunicación con abuelo y hermano menor. La abuela menciona que la paciente elige con quién hablar y con quién no, en la guardería presenta también conflictos, se reciben quejas constantes por comportamientos agresivos, además, por bajarse los pantalones y exhibir los genitales a otros niños.

## Hipótesis

Teniendo en cuenta la remisión por parte de medicina general y el diagnóstico de trastorno de la conducta, se evidencia que la paciente cuenta con ciertos criterios, pero dentro de la indagación sobre el motivo de ingreso al servicio, hay elementos de un posible trastorno de Estrés Postraumático (F431) ya que, para padecer este trastorno, la persona debe haber pasado por una situación estresante, catastrófica o amenazante; en este caso, la paciente presenció una muerte violenta. Por lo tanto, se estableció como hipótesis un nuevo diagnóstico y así mismo un posible plan de intervención para reevaluar el diagnóstico del caso.

## Interpretación del caso

Teniendo en cuenta el enfoque humanista como preferencia, se realiza la interpretación del caso desde las concepciones de Carl Rogers, exponente del enfoque mencionado. En primera medida se identifican síntomas de la paciente mencionados por la acompañante los cuales se relacionan a los criterios del trastorno de estrés postraumático, de igual forma, no se descarta el diagnóstico dado por medicina general.

El autor anteriormente mencionado propone, desde su enfoque, la terapia centrada en el cliente, la cual, consiste básicamente en experimentar la inadecuación de maneras de percibir de forma más exacta y adecuada (Rogers, 1997), y en reconocer las relaciones significativas existentes entre las percepciones. En un sentido preciso y significativo, la terapia es el diagnóstico, y éste "es un proceso que se desarrolla en la experiencia del cliente, más que en el intelecto del clínico" (Rogers, 1997, p. 197), es decir, el cliente es quien decide de qué forma llevar a cabo la consulta, eligiendo qué expresa, cómo y cuándo, además, la persona es quien da cuenta de sus posibles soluciones desde sus decisiones durante las sesiones. Para el caso y desde una posición empática bajo la necesidad de ponerse en el lugar del paciente para poder entenderle, se direcciona la experiencia del paciente como esencia subjetiva, en el que se debe intentar en todo momento abrirse al paciente para guiarle en el proceso de autoexploración terapéutica. Arias (2015) menciona que el terapeuta es quien desarrollará la empatía con la cliente desde el comienzo hasta el fin y, en este caso, requerirá de un espacio para que sea atendida y entendida como ella lo necesitó.

En este sentido, al utilizar la terapia centrada en el cliente esta permitirá que la niña autoexplora lo que a su corta edad tiene como marco de referencia, es decir, según Rogers (como se citó en Pezzano, 2001) "la forma de conocer la propia visión de vida que cada persona tiene" (p.54) y en este caso el antes y después de lo sucedido con su madre.

Por otro lado, teniendo en cuenta el enfoque de base, los aspectos importantes encontrados durante consulta se evidencian en unas preguntas que la niña realizó al profesional, donde presuntamente puede estar en la búsqueda de nuevas figuras paternas, ya que la madre fallece y con el padre presenta una ruptura en su vínculo afectivo. De igual forma, el terapeuta le brinda las respuestas ante preguntas de la menor, pero al realizarle interrogantes sobre la madre, la paciente prefiere retirarse.



Desde allí, se sugirió realizar como plan de intervención un proceso de identificación, puesto que se tiene en cuenta que la edad de la paciente no le permite tener respuestas concretas, ya que se encuentra en la etapa de desarrollo preoperacional, la cual hace referencia a que a esa edad la niña tiene expresiones poco complejas (Arias, 2015); por esta razón y por las complejidades del caso no se puede proponer una intervención en sí. De esta forma, y por los antecedentes de la menor se hace necesario llevar a cabo la terapia centrada en el cliente, esperando que la niña tome el liderazgo en las sesiones y sea ella quien tome decisiones, para evitar que esta se sienta interrogada y en un ambiente no adecuado (Rogers, 1997). Igualmente, se expresa que para lograr que la menor pueda expresar lo que sienta, es necesario realizar juegos de su preferencia para que sienta un espacio de empatía, tomando el liderazgo de comentar lo que le sucede. De esta forma, el terapeuta actuará conforme a la edad de la paciente buscando lograr confianza en la niña y procurando que en ningún momento de las consultas ésta se sienta etiquetada desde una enfermedad.

## Conclusiones

A partir de las consideraciones particulares del caso se plantea importante la realización de un proceso de identificación desde lo que la paciente decida exponer en las sesiones debido a los límites de la edad.

También se contempla la importancia de estrategias a través del juego como forma de acercamiento, con las cuales se ubiquen aspectos significativos que permitan la expresión de emociones en la niña, así como también la vinculación de su red de apoyo puesto que se hace indispensable para el manejo de las emociones y, así mismo, la regulación de conductas.

## Caso: “Protegiendo su visión- Silvia”

María Camila Herrera  
Tatiana Noguera Morales

### Resumen

En el presente artículo se expondrá el caso de una mujer de 26 años en condición de aprehensión en Comando de Atención Inmediata (CAI), quién se atendió en un servicio de urgencias por un golpe en la cabeza y crisis de ansiedad. Se encontrará la identificación de la paciente desde donde se indica la situación legal que atraviesa, así mismo se indagará por el posible inicio de síntomas de ansiedad y cambios en el estado de ánimo. Adicionalmente al contexto de ingreso a la institución, se da a conocer el establecimiento del plan de tratamiento con relación al enfoque teórico, en este caso desde el enfoque humanista- gestáltico; puesto que se ubicaron dificultades de la paciente que hace referencia al estar transitando en el “aquí y el ahora” y, dada su situación legal, la paciente presenta un incremento de la sintomatología generando dificultades en el establecimiento de relaciones, consigo misma y con los demás. Desde allí, se propuso un tratamiento para que la mujer logre expresar lo que siente dentro de sí misma y entrar en contacto con quién es y qué herramientas posee para afrontar su vida.

### Identificación del paciente

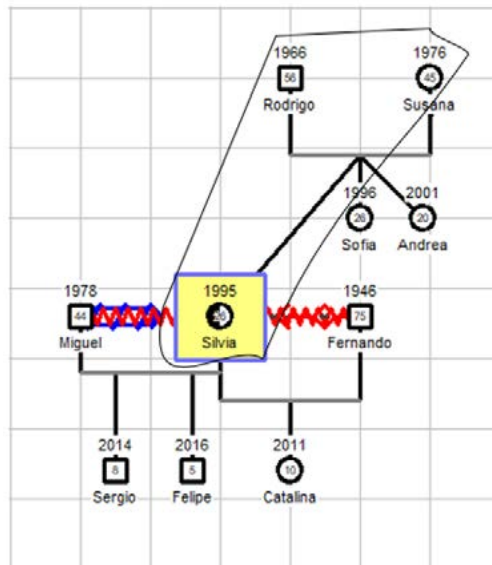
Paciente de 26 años quien es valorada en el servicio de urgencias, identificada con el seudónimo de *Silvia*. Al momento de la entrevista inicial expresa que está transitando un proceso de divorcio, sin embargo, en el seguimiento refiere que no se llevará a cabo el cambio de estado civil. En relación con su escolaridad, la mujer refiere no haber finalizado el bachillerato; actualmente se encontraba detenida en un CAI de la ciudad, debido al delito de tráfico y porte de estupefacientes. De acuerdo con el ámbito familiar, refiere tener tres (3) hijos de 10, 8 y 5 años, sin embargo, no tiene la custodia de éstos; antes de su captura residía con sus



padres. En relación con su procedencia geográfica, menciona haber crecido en la zona rural de la ciudad de Cali.

## Genograma

**Figura 1.** Expone la dinámica y conformación familiar de la paciente



Fuente: Elaboración propia 2019.

## Análisis del motivo de consulta

El motivo de consulta inicial: "Me golpeé con un grifo en la cabeza"; "tengo crisis de ansiedad". En relación con el motivo de consulta, la paciente refiere que desde hace 15 días viene presentando palpitaciones, según comenta: "Siento que el corazón se me va a salir"; dolor de cabeza, ahogo, la paciente expresa: "En ocasiones siento peso en el pecho y que la respiración me falta".

Debido a que actualmente se encuentra recluida en un CAI de la ciudad refiere que, dentro de la celda, se han incrementado los síntomas e incluso

fluctuaciones en el estado de ánimo. Para dar explicación a ello menciona: “Me siento brava luego contenta o me pongo a llorar de repente”.

En cuanto a la demanda por parte de la paciente, refiere que de la valoración de psicología depende su salida, sin embargo, es reiterativa en demostrar su sintomatología.

## Historia del problema

En relación con la valoración del estado mental, la paciente aparenta mayor edad de la cronológica, talla media, contextura gruesa, despreocupada por su presentación e higiene personal. No obstante, su producción ideo-verbal es fluida, no sostiene contacto visual (debido a aparente dificultad en su visión), niega consumo de SPA, se detecta nivel de riesgo alto de intento e ideación suicida, niega alucinaciones visuales y auditivas en la valoración.

De acuerdo con el ingreso a la institución pública de salud, la paciente ingresa al servicio por trauma en la cabeza en compañía de policía a cargo de su custodia y su madre. Mencionó que sus antecedentes médicos se relacionan con enfermedad en los ojos: “Tengo fisura en las dos corneas desde pequeña y también soy daltónica”

Por otra parte, en el 2018 la diagnosticaron con esquizofrenia psicótica, referencia que en ese momento: “Las voces me decían que me hiciera daño”. En audiencia pensó en finalizar con su vida y escuchó nuevamente estas voces. Durante su historia de vida, menciona que ha tenido tres intentos suicidas, sin embargo, al momento de la valoración se evidencia ideación suicida, pero no esclarece plan estructurado al respecto.

En otro momento de la valoración, se aborda a la madre de la paciente, quien expresa como antecedentes personales, que a los 14 años la paciente decidió irse de la casa con un “señor mayor”, refirió rebeldía, haberla perdido, mantenerla encerrada y solo salía a los controles prenatales. Para ese momento la paciente vivía situaciones de maltrato físico y verbal, lo que actualmente sucede con la pareja que tiene, quien la ha sometido a maltrato y explotación sexual.

En el proceso de seguimiento, la paciente se encontraba eufórica y con adecuadas características de autocuidado; incluso menciona que es debido a que su pareja llegará a la institución a visitarla. Reveló información en cuanto al



establecimiento de la relación de pareja, refiriendo: "Digamos que yo a él lo conocí hoy y mañana me fui a vivir con él". Es en este punto cuando anuda en su discurso que ya no se divorciarán, que todo fue un malentendido que generó su expareja, es decir, el padre de sus hijos, pero que ya todo está arreglado. En ese momento, se ha descartado por parte del concepto médico organicidad del golpe en la cabeza y expresa que desea salir del hospital.

En el abordaje se tuvieron en cuenta las estrategias de afrontamiento debido a los procesos penales que está cursando y frente a ello la paciente responde con poca claridad, si bien su lenguaje es fluido y coherente, discursivamente, debido a su nivel de escolaridad, en ocasiones se le es difícil emitir respuestas concisas.

## Hipótesis

Teniendo en cuenta la valoración inicial y la fase de seguimiento, se plantea como hipótesis que la mujer está ejecutando mecanismos creativos para su protección, debido a su situación legal; sin embargo, pone de escudo sus antecedentes psiquiátricos para mantenerse dentro de la institución pública de salud. No obstante, ello empieza a cobrar sentido, cuando después de días de evolución refiere sentirse mejor y, para ello, enuncia: "Acá tengo a mi mamá y vendrá mi esposo a verme", de algún modo, esto no se lleva a cabo dentro del CAI en el cual se encuentra recluida. En este punto, es relevante mencionar que la paciente, hace 1 año aproximadamente estuvo hospitalizada en el HUV y ahí manifestó que estaba en embarazo, sin embargo, el parte médico logró corroborar que no.

Gracias a su situación actual y al antecedente mencionado con anterioridad, se puede pensar que la paciente tiene rasgos de una persona que presente trastorno facticio. Por eso es pertinente recordar que este trastorno es caracterizado porque:

La persona engaña a los demás haciéndose el enfermo, enfermándose a propósito o lastimándose a sí mismo. El trastorno facticio también puede producirse cuando los miembros de una familia o las personas responsables del cuidado declaran falsamente que otros, por ejemplo, los niños, están enfermos, lesionados o afectados (DSM-V).

A lo anterior se debe añadir que la madre es insistente en que sea leída la historia que diligenció el HUV hace un año, para corroborar el trastorno

psiquiátrico en el que en su momento fue diagnosticada, sin embargo, teniendo presente la brevedad de la estancia en la institución de salud, el trastorno expuesto hasta aquí no puede ser confirmado, debido a que es necesario corroborarse con más elementos.

## Interpretación del caso

A partir de lo identificado en la paciente, hay diferentes “factores estresantes” por los cuales la paciente está transitando en el “aquí y el ahora”, pues su situación legal ha incrementado su sintomatología y ello ha generado dificultades en el establecimiento de relaciones consigo misma y con los demás, partiendo de su debilidad del yo, debido a que la toma de decisiones siempre parte por un tercero y ésta no genera acciones propias. En un ejemplo de esto, se ubica no tener la custodia actual de sus hijos, independientemente de su situación legal, ya que esto ocurrió en la semana anterior de la valoración. Por otra parte, en cuanto a las relaciones de pareja, ha sido sometida a maltrato físico, psicológico y explotación sexual, lo cual no la ha llevado a tomar acciones para cambiar dichas situaciones. En ese sentido, la sintomatología de la paciente es parte de su realidad actual y la ideación suicida se presenta como un aparente mecanismo creativo propio para regularse ante la situación de encierro que está experimentando en el CAI. Frente al golpe en la cabeza, la paciente se escuda en que, debido a su dificultad en la visión, las compañeras de celda ante un disturbio dentro de esa institución la empujaron para “protegerla” y es ahí donde se genera el trauma en la cabeza.

Con lo anterior, se podría reconocer en la paciente una ganancia secundaria debido a sus antecedentes personales y psiquiátricos, ya que, al estar dentro de una institución pública de salud, se le permite tener contacto con la pareja y la familia, situación que se complejiza en la condición de aprehensión. Por tal razón, en el seguimiento a la paciente tras su evolución, se observó estabilidad anímicamente y en ese momento refirió no tener ideación suicida. De esta manera, se identifica la autointerrupción entre las fases de movilización de la energía y la acción, a lo que se denomina “retroflexión” (Polster, 1994).

Dentro de la primera consulta mencionada, a la mujer se le imposibilita reunir las fuerzas necesarias para llevar a cabo lo que su necesidad le demanda. Sin embargo, su mecanismo protector es, sin más, doblar hacia atrás, es decir, usa su energía contra sí misma, se vuelve sujeto y objeto en sus acciones y expresiones; vuelve contra sí misma lo que querría hacerle a otro, o se hace a sí misma lo querría que el otro le hiciera; no logra trasladar los impulsos



a la acción de la movilización (Polster, 1994), pudiendo resultar síntomas somáticos, lo que posiblemente se relaciona con el motivo de consulta inicial sobre "tengo crisis de ansiedad" y pone en contexto claramente que su padecimiento se viene presentando desde los últimos 15 días, evidenciando palpitaciones, verbalizando: "Siento que el corazón se me va a salir"; dolor de cabeza, ahogo, expresando: "En ocasiones siento peso en el pecho y que la respiración me falta". Sin embargo, existe ausencia orgánica frente ello.

En ese sentido, la finalidad del tratamiento consistirá en permitir que la mujer logre expresar lo que siente dentro de sí misma y entrar en contacto con quién es y qué herramientas posee para afrontar su vida. Por ello la retroflexión puede servir para autocorregirse y contrarrestar las limitaciones o contingencias reales a la naturaleza espontánea del hombre (Polster, 1994).

## Conclusiones

Se logra reconocer en el caso que las condiciones mentales de la paciente han generado una serie de conductas que denotan riesgo para su vida, sin embargo, los recursos emocionales con los que cuenta son débiles e insuficientes, dadas las ganancias secundarias que obtiene estando en la situación de hospitalización.

Por otro lado, las condiciones físicas de la paciente proveen una forma de encubrir o evitar la asimilación de una situación real, lo cual justifica ocasionando posibles conductas de repetición de enfermedad o lesiones. De este modo, se indica la importancia del seguimiento por psiquiatría y psicología tanto individual como familiar, buscando un tratamiento efectivo a largo plazo que conlleve a mejorar el nivel de funcionalidad de la paciente en cada uno de sus ámbitos.

## Caso: Me acompleja mi cuerpo

Sara Elizabeth Plaza  
Karoll Córdoba Salamanca

### Resumen

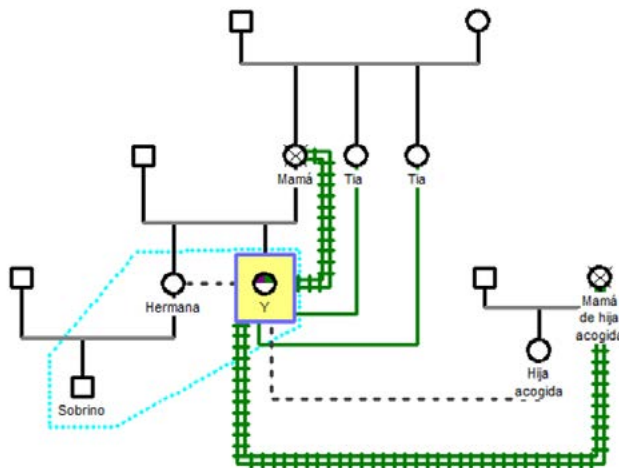
El presente caso trata sobre la paciente que se denominara Y, quien ingresa a consulta a realizar seguimiento del estado de salud desde el programa de atención integral a paciente crónico (PAIEC) que brinda la institución de salud a la que pertenece. La cliente refiere "¿cómo dejar de sentirme tan acomplejada?". Y nace el 23 de abril de 1954, de 67 años, soltera, de ocupación modista, al hacer el primer acercamiento se logra identificar la demanda de la clienta relacionada con los valores internos y la conexión con su propia valía, a partir de esto se plantea trabajar desde la terapia centrada en el cliente, con técnicas como el respeto positivo incondicional, empatía y apoyo genuino para ayudar a la clienta a alcanzar una visión más congruente de sí misma, por lo que se utilizarán ejercicios como las afirmaciones positivas y el enfoque corporal.

### Identificación del paciente

Paciente nacida el 23 de abril de 1954 como seudónimo Y, de 67 años, soltera, de ocupación modista que trabaja por encargo desde casa. Vive con una hermana y un sobrino; tiene una hija acogida que no vive con ella, la cual estudia fisioterapia en la ciudad de Cali y está próxima a terminar su carrera. Tiene 2 tías que son mayores, quienes dependen de su cuidado.

## Genograma

Figura 1. Expone la dinámica y conformación familiar de la paciente



Fuente: Elaboración propia 2021.

## Análisis del motivo de consulta

Se realiza seguimiento del estado de salud desde el programa PAIEC en donde la paciente refiere “¿cómo dejar de sentirme tan acomplejada?”. A medida que se desarrolla la consulta se identifican aspectos relevantes cuando la paciente indica que “en pandemia comía a deshoras y cosas que no debía”, comenta que tenía mucha ansiedad y que cuando preparaba el almuerzo tendía a comer arroz antes de realmente servir el almuerzo, que cuando pasaba el carrito de la panadería solía comprar pan y comer todo el día, sin embargo, manifiesta que “recientemente no me provoca comer, he perdido el apetito y algunos alimentos me producen ganas de vomitar”. Agrega que ha desarrollado interés por el maquillaje, así que su hija le regaló productos y empezó a aprender a maquillarse, lo que la hacía sentir mejor consigo misma.

Por otro lado, Y manifiesta que tiene creencias religiosas muy fuertes, las cuales le ayudaron como herramienta durante los momentos que se sentía

triste; comenta que, por situaciones de la vida, encontró a “una persona por medio de las redes sociales que me empezó a hablar de Dios y ahora él es un apoyo en mi vida”. Comenta que está pendiente de una operación de bypass debido a su sobrepeso, la cual no ha decidido si se va a realizar debido a que, aunque ella quiere, le da miedo y su hija no está de acuerdo con eso.

La cliente se encuentra ubicada en las tres esferas, su actitud es cordial, su estado de ánimo es eutímico, su efecto es moderado, no presenta alteraciones aparentes en memoria inmediata, reciente y remota. Desde el punto de vista de la conciencia se encuentra lúcida y alerta. Se expresa con lenguaje coherente y lógico. Se descartan alteraciones sensorio-perceptivas. A partir del habla durante la consulta se logra identificar la demanda de la cliente relacionada con los valores internos y la conexión con su propia valía; se reconoce cierta resistencia al proceso, puesto que las temáticas traídas a consulta suelen ser las mismas; se hace difícil el avance en consulta debido a que la cliente suele repetir datos antes mencionados, insiste en las mismas temáticas, lo que hace difícil abordar otros aspectos, como es el de la familia.

## Historia del problema

Cuando se indaga inicialmente por el inicio de los síntomas, la cliente refiere que “cuando inició la pandemia sentía mucho miedo y tristeza”, escuchaba las noticias y al estar en una edad avanzada y tener enfermedades de base la hizo sentir muy preocupada; refería, además, que: “Me sentía muy ansiosa de lo que pudiera pasar, me sentía más sola, aunque yo vivo con mi hermana y su hijo siempre hemos sido muy distantes”. Esto la llevó a una serie de conductas que empezaron a volverse repetitivas: comer a deshorras, picar antes de cada comida, ansiedad por consumir alimentos que no le hacían bien a su cuerpo (pan blanco, fritos, harinas y demás) dada su condición actual en salud.

Al indagar en profundidad, la cliente menciona que en ocasiones se sentía muy decaída y se descomponía anímicamente, menciona: “Era consciente de que esas acciones no me ayudaban, pero era como mi forma de sentirme mejor”. Además, menciona la muerte de su madre hace 11 años y refiere: “Mi madre vivía muy pendiente de mis males, si ella veía que estaba enferma inmediatamente era ‘hija tómate una pasta’”. Manifiesta que a raíz de su partida se siente sola: “Yo me siento desamparada”. Por otro lado, manifiesta que a raíz de la muerte de una amiga muy cercana hace 9 años, la cual tenía una hija, ella se hizo cargo de la niña y menciona: “Ella es una niña muy linda,





nos tuvimos que separar porque se fue a Cali a estudiar, pero ella nunca ha sido muy pendiente de mí, no me dice mamá, no expresa sus sentimientos; yo la dejo, casi no le digo nada porque yo entiendo que tiene que ser duro”.

La cliente manifiesta que, después de todos estos eventos, y con el tiempo, comenzó a sentirse inestable emocionalmente, refiere: “Me siento muy acomplejada conmigo misma, con mi cuerpo”, por diferentes situaciones de salud que le han sucedido, pues manifiesta que al momento de la consulta presenta un sarpullido en la piel que la hace sentir muy incómoda, refiere: “Si voy a salir tengo que empezar por cubrir todo el sarpullido y es un proceso muy complejo, eso me aburre y me da pereza salir, prefiero quedarme en casa”, menciona, además, sus otros diagnósticos como la diabetes, hipertensión y obesidad como términos que la definen, “además, soy diabética, hipertensa y obesa, ¿que más me puede pasar?”.

## Interpretación del caso

Conforme lo indagado en consulta, se puede identificar un malestar emocional relacionado con la imagen de sí misma y el cómo se percibe. Según el humanismo, el self o la imagen de sí es concebido como un componente clave para la configuración de la personalidad del individuo. Para Rogers, el self es entendido como “un proceso, un sistema que, por definición, cambia constantemente” (Anónimo, s.f), es decir, a medida que la persona se desempeña en sus diferentes contextos va construyendo una imagen de sí mismo y va adquiriendo una conciencia de sí mismo como algo diferente a su entorno. “El self o el concepto de sí mismo es la forma en que las personas se entienden con base en las experiencias, las vivencias y las expectativas del futuro” (Evans, 1975 citado por Anónimo, s.f) por lo tanto, no se puede entender como algo fijo, sino de algo móvil y que se va reestructurando a medida que suceden diversas situaciones en la vida del individuo.

En este caso, Y ha experimentado pérdidas significativas que han producido en ella una cierta distorsión de su valía como persona, ligado a esto, carga con una serie de complicaciones físicas que han hecho más difícil avanzar en su proceso de autoactualización, pues en el pasado había creado una realidad desde la cual su madre era quien estaba para ella y eso le era suficiente. Al desaparecer este soporte ha empezado a ser más consciente de la realidad que le rodea y la implicaciones que esto ha traído a su vida, sentirse sola y desamparada.

El concepto de sí mismo está ligado a el self ideal, el cual es entendido como “el concepto de sí mismo que la persona anhela y al cual le asigna un valor superior” (Rogers, 1959, p. 200). En este se centra todos nuestros esfuerzos por alcanzar eso que queremos para nosotros mismos y que más nos gustaría tener, este puede estar en total desacuerdo con el self real, sin embargo, es tarea del sujeto estar en constante autoactualización que le permita tener todas las capacidades para enriquecer ese self (Rogers, 1959).

En este orden de ideas, el self que puede llegar a desarrollar la cliente puede estar ligado completamente a las interacciones con las diferentes personas importantes en su vida o su red de apoyo primaria y que ahora no están. Por ende, es necesario trabajar aspectos de autoestima, autovalía y autopercepción para que, de esta forma, Y logre acercar lo más que pueda su imagen actual (self real) con lo que ella anhela (self ideal), alcanzando la autoactualización y su desarrollo personal.

Para esto, se usarán técnicas propias del humanismo como el respeto positivo incondicional, empatía y apoyo genuino para ayudar a la cliente a alcanzar una visión más congruente de sí misma. Se utilizarán ejercicios como:

- Las afirmaciones positivas con el objetivo de ir trabajando en un cambio de pensamiento, una reflexión diferente de cómo se percibe a ella misma.
- El enfoque corporal pretendiendo enfocar su atención y el reconocimiento de sensaciones sentidas, sentimientos y significados de las vivencias relacionadas consigo misma y su cuerpo.

## Conclusiones

El encuentro con el ejercicio práctico y aplicativo de la psicología clínica puede ser un reto que angustia, sin embargo, es importante recalca que, al poder tomar un tiempo suficiente, se podrá alcanzar análisis con rigurosidad de cada uno de los sucesos expuestos por la cliente y de la misma manera poder ahondar en los elementos teóricos propios del humanismo con los que se pretende sortear las diferentes situaciones expuestas. Siendo así, uno de los elementos que permite la organización de la información tiene que ver con la diferenciación del motivo de consulta y la demanda del paciente, pues es a partir de esta distinción se logra orientar las técnicas que responden a la necesidad evidenciada por la paciente.



## Caso: “Un Camino hacia la Realidad”

Joselin Grajales Arce  
Tatiana Noguera Morales

### Resumen

La psicología es la ciencia que estudia los fenómenos psíquicos y de la conducta de los seres humanos a partir de la objetividad y subjetividad misma. Desde sus diferentes perspectivas, da cuenta de los abordajes apropiados que involucran la comprensión de las circunstancias que puedan dar malestar y así generar procesos terapéuticos adecuados.

Dentro de los diferentes escenarios en donde se desempeña esta ciencia, se debe dar importancia en este caso a los campos de clínica y de la salud, que respaldaron el quehacer en las prácticas profesionales en una institución clínica de alta complejidad.

A partir de los procesos de salud-enfermedad en la clínica de alta complejidad, se evidenció un caso, donde doña C fue protagonista. Remitida por condiciones médicas, se reflejó unas condiciones psicológicas comprometidas en donde se hizo una intervención acorde. Si bien, doña C tuvo un diagnóstico de Covid-19 con diferentes crisis, en su proceso se manifestaron alteraciones emocionales y del comportamiento. En consecuencia, con el abordaje humanista se estableció una interrupción en el darse cuenta, donde se pusieron en manifiesto resistencias que le impedían ver la realidad. A partir de 5 intervenciones en las que se realizó indagación y procesos de terapéuticos se pudo establecer y acompañar a doña C para la evolución y la mitigación de los malestares mentales.

### Identificación del paciente

Paciente de 66 años, ocupación ama de casa, estado civil casada, tuvo dos relaciones amorosas, las cuales en la primera tuvo tres hijos y, en la segunda, un hijo. Esta última relación, mencionó, ha sido muy unida y han tenido una relación estrecha, mientras sus primeros tres hijos tienen





## Historia del problema

Al darle diagnóstico positivo por Covid-19 y con síndrome de dificultad respiratoria aguda, se empieza proceso de intubación orotraqueal en UCI. En este momento, es visitada por psiquiatría que determina medicación en caso de agitación, desmontar Lorazepam por ser delirio génico y da recomendaciones no farmacológicas antidelirium, así mismo, es vista por psicología, quien refirió que presentó episodios de agitación aguda relacionada con los intentos de liberación ventilatoria (Delirium Hiperactivo), se tornó inquieta con facilidad durante las intervenciones y su contacto con el medio fue pobre, actitud distante, no estableció contacto con entrevistador, inquietud motora aunque con contención física, discurso no evaluable ya que se encontraba con la intubación, con actitud alucinatoria por momentos. Juicio y raciocinio comprometido, introspección y prospección inciertas, por lo que se trabajó en soporte emocional a hijo por hechos estresantes de la familia (paciente y esposo hospitalizados).

Al evolucionar positivamente, fue ingresada a Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), donde se evidenció una serie de signos y síntomas que involucran su estado emocional; se realizó el examen mental que la mostró somnolienta pero vigilante, con actitud colaboradora, limitaciones en el lenguaje por traqueotomía. Manifiesta sentirse triste y angustiada, con vacío y presión en el pecho que lo relaciona en un primer momento con el hijo y su esposo, sin embargo, en la siguiente intervención niega que sea por causas emocionales y lo relaciona por la condición de sus pulmones. Estando en este servicio, se realizaron dos intervenciones donde se hizo apoyo en estrategias de orientación para traerla a la realidad, se fortaleció en las estrategias de relajación por angustia de traqueotomía, ya que esto le afectaba en su estado mental, motivación y tranquilidad frente a su proceso médico y familiar mediante el fortalecimiento espiritual. Se identificó proyección de la paciente hacia la persona que la atendió, manifestando, así, una alienación de su personalidad, es decir, a falta de fe, proyectó la espiritualidad en la atención, la cual la alejaba de la responsabilidad misma de la realidad.

A partir del cuadro clínico de la paciente deciden que será ingresada a hospitalización, donde se evidenció evolución en la conducta y emociones de la paciente, ya que estaba alerta, con estado de ánimo estable, tranquila y positiva frente al proceso médico. Orientada autopsíquica y alopsíquicamente, con memoria remota e inmediata conservada, manifiesta angustia por la traqueotomía.

Al estar en servicio de hospitalización y de acuerdo con las necesidades que presentaba, se trabajó el fortalecimiento de expresión y manejo de emociones, el aquí y el ahora y la aceptación de su realidad. En el transcurso de las intervenciones realizadas, su hijo manifiesta que el esposo falleció, por lo que se realiza intervención en crisis y proceso de duelo al hijo, así como acompañamiento frente a las angustias generadas por dar la noticia de la muerte del esposo a la paciente.

## Hipótesis

En este sentido, como principal hipótesis es que la paciente no tiene conciencia plena sobre su enfermedad, pues no hay una autorregulación orgánica y, por ende, no hay aceptación de su realidad para el restablecimiento de la experiencia de sí misma. Es importante destruir los géstales (figura -fondo) que manifiestan una angustia ya que no hay regulación de la zona intermedia (Zona de fantasía) pues está involucrada en el pasado y en el futuro a causa del diagnóstico y las dinámicas familiares, generándole agitación y labilidad emocional. El proceso de intervención, mediado por 5 sesiones, pudo vincularse mediante técnicas integrativas que tienen el objetivo de que la persona, en este caso, la paciente, incorpore las partes faltantes a su personalidad y desde su experiencia, mediar para la consciencia del aquí y el ahora, así como la toma de responsabilidades, las cuales pueden ser: 1. Hacer consciencia sobre las experiencias internas de las emociones y sentimientos que siente en el momento, 2. Encuentro interpersonal con sus distintas polaridades, como por ejemplo salud-enfermedad.

Así mismo, se evidenció otra hipótesis en la cual es inminente una ruptura frente a la pérdida de un ser querido, lo que ocasiona una negación al *continuum* de la vida. En el proceso de duelo por el fallecimiento de su esposo, se establece que dentro de la postura teórica descrita es importante mencionar el acompañamiento en las diversas etapas del duelo que lo involucran ya que se manifiestan mecanismos de defensa como: La deflexión, teniendo en cuenta que el sujeto es disperso y desvía la energía hacia otra situación, pudiéndose visualizar en la etapa de negación; la retroflexión, haciendo que la persona se vuelva contra sí y contra otros, llegando en esta caso la culpa o la tapa de la ira; La desensibilización, que pretende bloquear las sensaciones frente a la pérdida misma y entonces aparece, por ejemplo, la negociación, como forma de protección para evitar la realidad, hasta llegar al proceso de aceptación que va a resultar en asumir y aprender la nueva realidad (darse



cuenta). Esto puede ser ayudado por técnicas Integrativas y expresivas: silla vacía, asuntos pendientes, cambiar el "por qué" por el "cómo" / "para qué".

Para la Gestalt es fundamental que la persona pase por el duelo, la idea no es alejarla, sino que viva las experiencias. El proceso terapéutico se basa en el acompañamiento y el aseguramiento de llegar a la aceptación de su realidad (Perls, 1998).

Es así como a través de las intervenciones se pudo esclarecer desde la postura teórica las hipótesis presentadas, aunque no se logró hacer un proceso terapéutico, se pudo dar las bases suficientes para que la paciente pueda aceptar su vida y caminar hacia la autorregulación.

## Interpretación del caso

El caso se trabajó desde un enfoque humanista que involucra una mirada holística al hombre, en particular, se posicionó desde la Terapia Gestáltica de Perls, que insta a que el ser humano es una totalidad y que todo tiende a autorregularse mediante un término descrito como "regulación orgánica". Para la Gestalt el ser humano está autorregulado en el momento en que se mira a sí mismo y hace consciencia sobre lo que es ajeno a sí y lo que es propio de él, de igual forma, debe existir una autenticidad que se va a manifestar en la decisión de vivir en el aquí y el ahora y el darse cuenta del mundo exterior, del mundo interior y del mundo de la fantasía por medio del contacto (Perls, 1998).

Para esta postura, el ser humano vive en expectativas del entorno, lo que puede provocar huecos y problemas en su vida, por lo que el ser humano debe responsabilizarse de sus experiencias y ser consciente de su realidad misma. Para Perls (1998) los seres humanos le tenemos miedo al sufrimiento, sin embargo, a través de esa responsabilidad anteriormente hablada sobre lo que se siente, se piensa y se hace, va a inferir en que el hombre esté autorregulado. El miedo a sufrir y muchas resistencias que no permiten ver al ser humano como lo que es, se manifiesta por medio de neurosis y va a obstaculizar el proceso de experiencia del ser humano, por eso es tan importante el *continuum* de darse cuenta para formular géstales de figura-fondo que favorezcan la calidad de vida de la persona y no dejar, por ejemplo, cosas inconclusas que permitan avanzar. Esto, en definitiva, define y describe el caso de la paciente quien, en su situación, tuvo una ruptura en su experiencia

lo que ocasionó un desequilibrio de la vida que ella llevaba, reaccionando por medio de resistencias que la alejaban de la realidad misma.

## Conclusiones

En el caso de la paciente se pudo acercarse a la persona y contar con todas las esferas que en estas situaciones son importantes: social, familiar, espiritual, emocional, entre otras. A partir de las dinámicas establecidas de salud-enfermedad, se pudo dar cuenta de los procesos terapéuticos necesarios para la atención integral de cada persona. Desde el caso particular, se pudo establecer la existencia de una interrupción en su autorregulación orgánica, lo que condujo a una no aceptación de la enfermedad. Así mismo, en su evolución, se evidenciaron una serie de dinámicas que llevaron a enfrentarse con la realidad, alterando su psique. Desde allí, se direccionó el acompañamiento en el desenvolvimiento de su situación y asistir a los procesos terapéuticos vinculados con el afrontamiento de su vida.

### Conclusiones generales del capítulo 2:

#### Enfoque humanista

En el capítulo se desarrollaron unos casos analizados desde un enfoque humanista, por lo cual es importante reconocer cómo desde esta perspectiva se concibe un rompimiento de posturas que se enmarcaron por el racionalismo dogmático y ubica otras potencialidades del ser humano como la empatía, el respeto, la sensibilidad y la ampliación de conciencia entre otros, lo cual facilita la intervención en nuevos campos, puesto que da un reconocimiento a la otredad (Aedo, 2014).

Las nuevas prácticas terapéuticas han permitido el descubrimiento de otros fenómenos que se pueden dimensionar desde los alcances que tienen en la actualidad, e incluso, le otorga al humanismo ampliar el concepto de normalidad y el traslado de la psicología a la vida cotidiana, ya que se ha dado un enfoque experiencial y un rediseño del segundo lenguaje que permite abordar problemáticas como cáncer, SIDA, duelos, depresión y suicidio, entre otros. (Aedo, 2014)

En ese sentido, la línea de trabajo terapéutica alrededor de la experiencia resignificante que ampara la sensación sentida, según Aedo (2014), hace que la psicología humanista se haya acercado a disciplinas espirituales y trascendentes, no dejando de lado los tres grandes modelos terapéuticos que han





promovido el desarrollo de propuestas contemporáneas. Con ello, el abordaje de un caso desde la terapia centrada en el cliente de Rogers sin ser directiva enruta poder lograr en el sujeto los medios y recursos necesarios que lo lleven a la autocomprensión, el cambio del concepto de sí mismo, sus actitudes y el comportamiento dirigido, contando con un papel importante por parte del terapeuta (Martorell, 2008). Por otro lado, desde la mirada de un modelo terapéutico en la Gestalt, el análisis de los casos conlleva al crecimiento de la persona buscando el desarrollo de sus potencialidades, a la vez que ayuda a quienes presentan dificultades para permanecer en el presente y se apoyan constantemente en los demás (Estrada, 2018).

De este modo, en el proceso de formación profesional en psicología se establece como crucial el ejercicio clínico, desde donde se propenden las habilidades que darán lugar a la labor fundamental de ayuda a otro. Así pues, la visualización teórica y la concepción de sujeto debe enmarcar claramente el abordaje que lleva a estructurar un tratamiento eficaz.

## **Capítulo 2**

Perspectivas clínicas  
psicológicas de caso  
desde el enfoque  
psicoanalítico

## Caso: “J”

Jhoeny Valeria Laguna Ramírez  
Fabián Pardo Pérez

### Resumen

El presente estudio de caso se llevó a cabo a partir de la valoración psicológica realizada a la paciente J, de sexo femenino, con 44 años. Por medio de esta se lograron identificar diversos aspectos relevantes para la formulación de la propuesta de intervención como, por ejemplo, que la paciente cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de conversión pues, se evidencia una pérdida de la integración normal de algunos recuerdos del pasado, también expresa presentar sensaciones inmediatas como lo son los síntomas fisiológicos que se describirán posteriormente. Lo anterior podría ser causado por sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que la paciente posiblemente no puede resolver. Como forma de interpretación de los aspectos revelados en consulta se toman los postulados de Sigmund Freud desde el enfoque psicoanalítico y se plantea una propuesta de tratamiento basada, primeramente, en la indagación de algunos elementos fundamentales relacionados con sus síntomas, en la verbalización de estados afectivos negativos y, finalmente, en la identificación de sentimientos ambivalentes respecto a su red de apoyo.

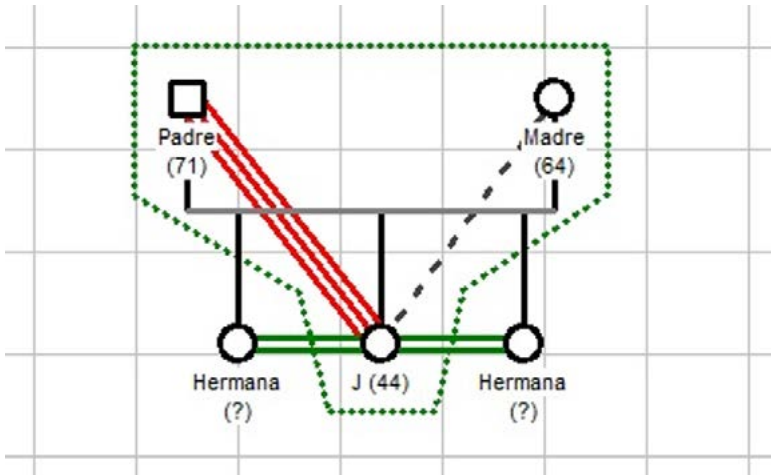
### Identificación del paciente

J es una paciente de sexo femenino de 44 años, soltera, quien cursó hasta quinto grado. Su nivel socio económico es 2, es desempleada. Es la segunda de tres hermanas y tiene pareja en la actualidad. Vive con sus padres, refiere que tienen una buena relación sin conflictos importantes. Se identifican aspectos importantes de su dinámica familiar como lo manifiesta: *“Mis papás me dan mesada, ellos siempre me han ayudado, a veces reciclo, pero ellos me dan todo, mi papá todos los días me lleva el desayuno a la cama, cuando me demoro mucho en llegar ellos comienzan a*

*llamarme porque se preocupan por mí, mi papá está todo el tiempo pendiente de mí y a veces manda a mis hermanos a que me recojan en donde estoy”.*

## Genograma

**Figura 1.** Expone la dinámica familiar y su conformación



Fuente: Elaboración propia 2019.

## Análisis del motivo de consulta

J ingresa a la valoración con el siguiente motivo de consulta: *“ultimadamente me dan mareos que me tiran a la cama”*, con respecto a este, la paciente no manifiesta una demanda explícita en el momento de la valoración, sin embargo, se logra identificar que la misma lo que quiere lograr con su asistencia a psicología es poder encontrar quién solucione sus problemas. Por medio de su discurso se evidencia que J ha iniciado una “búsqueda con distintos profesionales del área de la salud” de quién le dé una respuesta específica de lo que sucede con ella y su situación médica que, además de todo, sea lo que ella esperaba escuchar. Así pues, cuando dichos profesionales no dan una respuesta que la satisfaga por completo, ésta decide continuar buscando, se



plantea de forma hipotética que esa respuesta que ella espera recibir tendría que ser una que implique un diagnóstico médico de mayor gravedad al que le han dado hasta el momento, lo anterior con el fin de que su familia observe lo imposibilitada que se encuentra J en términos de salud y, así, seguir obteniendo esa ganancia secundaria a partir de sus malestares (síntoma), su falta de límites en la relación con su familia y, finalmente, su carencia de responsabilidad sobre sí misma.

## Historia del problema

En la entrevista, J resulta colaboradora. Se aprecia cierta tendencia a la somatización ante conflictos personales y familiares, así como una latencia de respuesta larga. Refiere ciertos sentimientos de culpa al dimensionar cómo sus familiares pueden preocuparse por su estado de salud: "a veces no me acuerdo de nada, se me *olvidan las cosas*".

En cuanto a su personalidad, la paciente se describe como una persona sociable, ansiosa, muy activa, autoexigente y controladora. Se identifican en el momento de la valoración algunos rituales de limpieza descritos por la paciente, pues la misma refiere que le gusta que todo esté "*impecable*", "*no me gusta que me dejen nada desordenado, ellos a veces dicen que yo soy cansona, es solo que me gusta que todo se vea limpio, me gusta organizar las cosas por color*".

Refiere palpitaciones, "*es una sensación toda fea como en la boca del estómago, no sé cómo decirlo, es como una fatiga*". Paciente que se observa en estado de hipervigilancia, con temblores en rostro, boca y extremidades superiores. Describe la presencia de muchos síntomas fisiológicos como dolores en diversas partes del cuerpo (pecho, brazos, rostro, manos, cabeza), dificultad para respirar, gastritis, rinitis crónica, problemas en el esófago, onicofagia debido a preocupación persistente. También afirma que no le gusta ir al médico.

Los síntomas descritos anteriormente no tienen aparente causa u origen orgánico, pues la paciente manifiesta que "*los doctores no le dan con el chiste*". Tiene un diagnóstico de "trastorno articular del rostro", por el cual presenta dolor en los costados, afirma que "*al inicio pensaban que eran las cordales, me las sacaron, pero los dolores siguieron y me dijeron que eso era lo que tenía, me dejé de tomar las pastas porque no me servían*". De forma análoga, manifiesta: "*Me dan unos temblores en las manos de la nada, los doctores me dijeron que tengo algo que se llama temblor simple*".

Recientemente recibe receta médica de medicamentos para la ansiedad (se desconoce el nombre de estos) y también un ajuste en el miligramaje en sus pastas de la tiroides, con respecto a esto refiere: *“Las pastas me han cambiado el estado de ánimo, ni yo misma me lo creo”*. Así mismo, tiene prescripción de medicamentos para conciliar el sueño: *“No me los tomo porque me da miedo que solo pueda dormir cuando me los tome, además, le dije al médico que no podía dormir y, por arte de magia, me dio sueño esa noche y dormí normal”*.

## Hipótesis

Siguiendo con lo anterior, en J se denota una incapacidad de hacerse responsable de sí misma, que se puede identificar en los momentos en que ella debe tomar decisiones con respecto a su salud, como por ejemplo, cuando ella afirma que tiene receta de fármacos para conciliar el sueño y decide no tomarlos pues *“no me los tomo porque me da miedo que solo pueda dormir cuando me los tome”*, esto anudado a lo que ya se había mencionado que es la ganancia que obtiene de sus enfermedades y es debido a esta ganancia que J se aferra a su enfermedad. Bien había mencionado Freud (como se citó en Márquez, 2004) que la resistencia generada a partir de esta ganancia de la enfermedad se presenta cuando el síntoma (que en este caso son las múltiples manifestaciones fisiológicas de “J”), es asimilado a la organización de la personalidad y su pérdida va seguida de otras pérdidas, como por ejemplo el cuidado y consuelo de otros (su padre y hermanas) o la gratificación de impulsos agresivos o masoquistas. Es entonces como en esta paciente se identifica una neurosis de compensación en la que los síntomas psíquicos, que son desencadenados o mantenidos por la ganancia secundaria, ocasiona una exageración de los síntomas reales presentes (agudeza en los dolores de su cuerpo), para conseguir tales ganancias. Finalmente, estos elementos reprimidos que están intentando aparecer por medio del síntoma se encuentran fijados en la estructura psíquica, por lo que no se les puede esquivar con el razonamiento *“los doctores no dan con el chiste, no he podido saber qué es lo que tengo”* o con el olvido *“a veces no me acuerdo de nada, se me olvidan las cosas y porque pienso no me puedo acordar”*.

Pese a que desde medicina general se remite a la paciente con trastorno de ansiedad generalizada, se genera un nuevo diagnóstico (F44.9, Trastorno disociativo de conversión, no especificado). Esto teniendo en cuenta la sintomatología expresada por la paciente quien cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno de conversión. Uno de los principales problemas al



hacer el diagnóstico de este tipo de cuadros es la dificultad para descartar completamente la existencia de una patología médica. Pero, además, el diagnóstico diferencial de las quejas médicamente inexplicables incluye diversos trastornos psiquiátricos.

Se propone este diagnóstico debido a que hay pérdida de la integración normal de ciertos recuerdos del pasado y algunas sensaciones inmediatas como lo son los síntomas fisiológicos. Lo anterior es causado posiblemente por sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que la paciente no puede resolver y que, finalmente, se transforman de alguna manera en síntomas.

## Interpretación del caso

Es importante tener como marco de referencia que la interpretación del caso es a partir de los postulados Freudianos. Es preciso aclarar que J es una paciente con una aparente estructura neurótica de tipo histérica con síntomas conversivos, esto se logra identificar por medio de su discurso: *"No hay médico que dé con el chiste"*, es decir, no encuentra satisfacción para sus problemas, pues nada logra "llenarla".

En este orden de ideas se comienza mencionando una posible dificultad en la resolución edípica, específicamente en la castración; la paciente evidencia una idealización del padre *"me lleva el desayuno a la cama"* y, a su vez, una suplantación de la madre al ser ella quien "atiende" su casa, quien ejerce ese rol. Existe, además, una anulación de la madre por parte de J, pues en el momento de la valoración no la menciona en ningún momento. Con esta idealización del padre, J no ve la necesidad de formar una familia, pues en su hogar ya tiene lo que necesita.

Al no haber castración debido a que su madre no se posiciona en su papel y no impone límites, tampoco hay angustia de castración, por lo que las aspiraciones morales que deberían desarrollarse en la etapa de latencia no tienen un lugar, esto genera como resultado que J no perciba estos deseos amorosos (incestuosos) por su padre de una forma completamente incorrecta (amoral).

Haciendo alusión a la Conferencia No.25, "La angustia", Freud plantea tres tipos de angustia: la realista, la neurótica y la moral, en este caso, J podría estar presentando una angustia de tipo neurótica pues, al esperar una respuesta afectiva por parte de su padre, que no es completamente satisfactoria,

produce la manifestación de los síntomas mencionados (palpitaciones, mareos, etc.). Es decir, existe una transformación de energía en la que debería realizarse una elaboración psíquica con el fin de ligar esa tensión sexual con lo psíquico, pero, como este proceso no es del todo satisfactorio, se da paso a la angustia. Sin embargo, podría plantearse también la hipótesis de una posible angustia moral debido a sentimientos de vergüenza de su yo, de ahí los ceremoniales o rituales de limpieza como forma de acciones autopunitivas a causa de esa idealización del padre.

Si bien de acuerdo con lo planteado por Freud en inhibición, síntoma y angustia, el síntoma tiene una característica principal, posee una ganancia secundaria para la conveniencia de su yo, pues, este síntoma alivia la carga que genera el súper yo, puesto en palabras: *“Me siento enferma, tengo una sensación horrible”*, este, a su vez, recurre a otros mecanismos con lo es la anulación de la madre mencionada anteriormente, siempre con la intención de cubrir lo sucedido con este proceso inconsciente. Esta angustia de J ejerce dos funciones importantes: la primera, emite la señal de peligro (idealización del padre, inconsciente) y, la segunda, desencadenar y proporcionar mecanismos de defensa, en este caso puntual, la represión que al mismo tiempo crea compulsiones y obsesiones.

En J se denota un goce con su síntoma, el hecho de que verbalice: *“Cuando me demoro mucho en la calle mi papá se preocupa y me llama y manda a mis hermanas a que me recojan y pues yo me dejo, yo aprovecho [...] El día que tuve cita con el médico me quedé por ahí, me entretuve viendo cositas, mi papá me llamó y mandó por mí”*. Aquí se logra evidenciar esa ganancia secundaria que obtiene de ser sobreprotegida, de tener una relación sin ningún tipo de límites con los miembros de su familia.

## Conclusiones

El análisis del caso clínico presenta diversos elementos significativos que posibilitan la reflexión constante y desde distintos lugares, el primero de ellos es del lado del terapeuta, pues inicialmente debe existir una posición que esté dispuesto a escuchar las quejas y las demandas de los pacientes, pero no solo a manera de recepcionista, sino, por el contrario, de alguien que pueda privilegiar las subjetividades, el sentido del síntoma y de esta forma poder devolver la dignidad de quien padece. Por otro lado, encontramos el lugar del sujeto que consulta quién a través de la transferencia autoriza la intervención y, sobre todo, se somete a la única pero rigurosa técnica de la





asociación libre para poder develar eso propio, lo que solo puede ser contado en la medida que se permite vencer todo tipo de resistencia, incluso las que operan en sí mismo para distanciarse de un afecto displacentero, pero que con toda relevancia permitirá orientar la cura. El encuentro de estos dos actores, dispuestos a trabajar en conjunto, permite que se puedan lograr los más grandes avances frente a la cura o, al menos, como en el caso presentado, perseguir unas coordenadas para la comprensión de este.

## Caso: La Verwerfung

Melissa Rodríguez Delgado  
Fabián Pardo Pérez

### Resumen

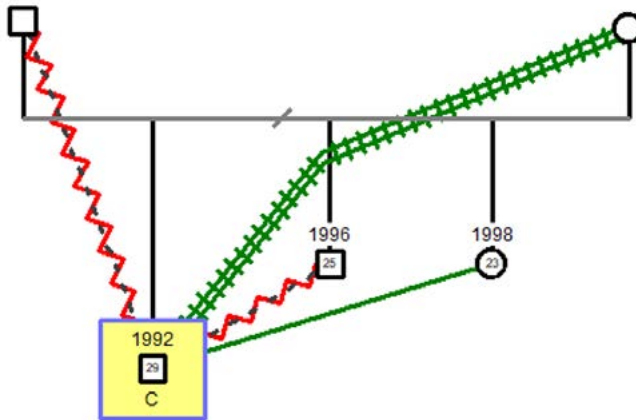
El presente artículo se desarrolló con el objetivo de plantear algunas reflexiones al respecto del caso clínico construido a través de la teoría psicoanalítica; dentro de los apartados se identificó que el motivo de consulta consiste en “vine por una urgencia de la cabeza”, así como la construcción en conjunto con el paciente de la demanda de este. En el siguiente apartado se puede evidenciar la tensión de la formulación de algunas hipótesis de trabajo a partir del discurso del paciente y sus respectivas necesidades; todo lo anterior posibilitado por la posición del terapeuta permitiendo que se pudiera instalar un espacio terapéutico que privilegió el desarrollo subjetivo del paciente, que parte de la escucha de este y su acompañante con el fin de crear un lazo transferencial como tratamiento del alienado. A partir del discurso del paciente se reconoce una posible estructura psicótica, así como los fenómenos elementales, su forclusión y su relación con el Otro.

### Identificación del paciente

C es un paciente de 29 años, de ocupación fotógrafo y presenta un nivel de estudio técnico, estado civil soltero, vive con su figura materna y sus dos hermanos medios, C ingresa al servicio de urgencias manifestando “vine por una urgencia de la cabeza”.

## Genograma

Figura 1. Expone la dinámica familiar y su conformación



Fuente: Elaboración propia 2019.

## Análisis del motivo de consulta

C, de 29 años, refiere: “Vine por una urgencia de la cabeza”, “mi mamá me dijo que buscara ayuda”. Al momento de la valoración inicial se encuentra su acompañante (tía materna) a quien el paciente le dice: “Voy a contar todo como yo lo viví”. Según lo verbalizado, la urgencia inicialmente es de la madre de C, no obstante, el hecho de que el sujeto se acerque al servicio tiene un sentido, da cuenta de un punto donde el paciente no ha logrado representarse entre los significantes, específicamente evidencia el retorno en lo real de un significativo en el posible desencadenamiento psicótico del paciente ya que C ubica un momento de ruptura en lo que era su mundo previamente sostenido, lo cual lo lleva a consulta mencionando: “Escucho voces, son como pensamientos, pero sé que no son míos”, “me ordenan qué hacer, aunque a veces reflexiono y no les hago caso”.

## Historia del problema

Paciente refiere alucinaciones auditivas desde hace dos años, expresa que suele escribir lo que escucha en un grupo de WhatsApp que creó donde se encuentran amigas y familiares (mujeres). Además, refiere: “Debo hacer justicia ayudando a las autoridades a que agarren a quienes les hacen daño a los niños”, menciona como situación relevante: “Vi pasar a un hombre con una bebé, bueno, no sé si era niña, pero algo en la cabeza me decía que sí lo era, entonces lo asumí (...) sentía que esa niña no era de él, entonces debía seguirlo, trataba de darle órdenes con mis pensamientos, pero él no respondía a ellos. Decidí seguirlo (...) él me pregunta por qué lo sigo y le digo que la niña no es de él, así que voy a llamar a la policía”.

El paciente fue valorado y medicado por psiquiatría un año antes de la consulta (no especifica fecha ni diagnóstico), expresa que su padre y hermano lo engañaron para internarlo, actualmente niega adherencia al tratamiento. Como antecedentes refiere consumo de sustancias psicoactivas, “marihuana y otras”, desde los 14 años, presentado consumo actual. Al momento, vive solo, recibe apoyo económico por parte de su madre quien se encuentra en Chile y se comunican constantemente, su padre y hermano viven cerca, no obstante, con ambos mantiene relación hostil, según comenta.

Su tía materna (acompañante) menciona que días antes de la consulta, el paciente le expresó que “una amiga le dijo que había perdido un hijo suyo”, además, menciona que él trabaja como fotógrafo y la última sesión que estuvo consistía en cubrir un matrimonio, en la que se acercó a los invitados y les dijo: “La novia está muerta”.

## Interpretación del caso

El psicoanálisis concibe un sujeto del inconsciente constituido subjetivamente por alguna de las estructuras clínicas: neurosis, perversión o psicosis. Siendo así, el paciente con estructura psicótica “se caracteriza por ser sujeto de la certeza: él tiene una certeza sobre lo que le está pasando, y esta certeza funda su delirio” (Bernal, 2009, p.3). Es así como el paciente manifiesta en su discurso que “*debe seguir a aquel hombre y decirle que esa niña no es de él*”, dándole cabida a lo que pareciera ser un elemento asociado a la formación delirante a manera de fenómeno elemental.



De esta forma, en el discurso del paciente se logra evidenciar que continuamente aparece la certeza como un esfuerzo por significar lo que irrumpe en su pensamiento, es así que se puede perseguir lo indeterminado, traducido como la vivencia del sujeto de que no sabe lo que “eso significa”, pero sabe que “significa algo” y tiene la certeza de que concierne a su ser, es entonces, que el sujeto *debe decirle verdades a la gente, debe ayudar a agarrar a quienes le hacen daño a los niños*, se entreve aquello que mencionaría Álvarez (2020) como una persecución-misión, donde el sujeto cree que puede restaurar el mundo y a ese Otro incompleto.

Es así como su primer Gran Otro (madre) se convierte en el tesoro de los significantes, es observado como un ser omnipotente que significa el mundo, y al este no introducirlo ante la ley, se crea la forclusión del Nombre del Padre y se inhabilita en el sujeto la aparición de un significativo amo, que regule y dé sentido. De esta manera, a través de la madre se ha venido replicando el semblante femenino y las relaciones que el paciente establece con el otro: *“No sé si era una niña, pero lo asumí”; “la novia está muerta”; “una amiga perdió un hijo suyo”;* así como el agregar solo mujeres al grupo donde escribe lo que le dicen las alucinaciones. Como afirma Urriolagoitia (2012), “el sujeto vive la presencia del Otro de una manera autorreferencial: al Otro le falta algo, por eso es voraz, y es al sujeto a quien le corresponde satisfacer a ese Otro con su ser” (p.168).

En este orden de ideas, el psicótico intenta un restablecimiento, una reconstrucción del mundo exterior, necesita volverlo más habitable para sí, por ello es por lo que crea el delirio, ante la dificultad y la demanda de anudar aquello que no tiene palabras para decirse (Álvarez, 2020). Es entonces que las intervenciones se orientan a lanzar preguntas que permitan organizar una trama delirante que tienda a la estabilización, lo cual sólo es posible a partir de la instalación del lazo transferencial, asistiendo al alienado, siendo testigo, secretario, destinatario y garante, posibilitando el anclaje del goce al significativo.

Por lo tanto, se hace necesario partir de un dispositivo analítico, en el cual se le otorga un lugar donde se le escucha, se le interroga, se le demanda explicaciones de comprensión e inteligibilidad de su discurso para el otro y, con eso, en la medida de lo posible, se le permite trazar un borde, dejar algo, sin ser rechazado o descalificado. El fin es que el sujeto forcluido pueda hacer algo con su delirio y no solamente ser esclavo de este, desprendiéndolo del automatismo del significativo y distanciándolo de su ubicación de objeto a través del llamado a un efecto sujeto.

## Conclusión

Es posible un tratamiento psicológico en casos como el de la psicosis, al tomar como fundamentos la teoría psicoanalítica se da apertura a una comprensión de aquello que le aqueja al paciente, aun cuando no hay palabras para nombrarlo. Las condiciones iniciales de presentación del síntoma tienen aquí las características de la "urgencia subjetiva", que es dirigida inicialmente a la institución prestadora de servicios, quien responde con medicación e internación. En un segundo tiempo se hace posible otra respuesta, una primera entrevista a partir de la oferta de la escucha de la singularidad de C y de un posible establecimiento del lazo transferencial, lo cual permite una focalización del Otro, así como arreglos del lazo social con sus otros.

El psicoanálisis, al ser una práctica de la palabra, posibilita reconocer que el diálogo ofrece la posibilidad de contener, alojar una demanda, su enunciación y, con esto, acompañar a las personas en la expresión y comprensión de su dolor. A través de la presencia física, de la mirada, de la escucha y de la tolerancia frente a la diferencia, se le da un lugar al paciente desde el cual este se permite manifestar su convicción y forma de representarse el mundo.

Más allá de aquello considerado como normal desde la psicología y el orden médico, existe un inconsciente dentro del aparato psíquico que tiende a manifestarse de diversas formas, de ahí la importancia de ofrecerle al paciente, a partir de la escucha, un lugar como aquello que justifica la intervención, siendo consecuente con que el analista no habla más que al costado de lo verdadero, porque lo verdadero lo ignora: el que sabe, en análisis, es el analizante.



## Caso: “Lo que siempre vuelve al mismo lugar”

Jessica Paola Hurtado Zúñiga  
Fabián Pardo Pérez

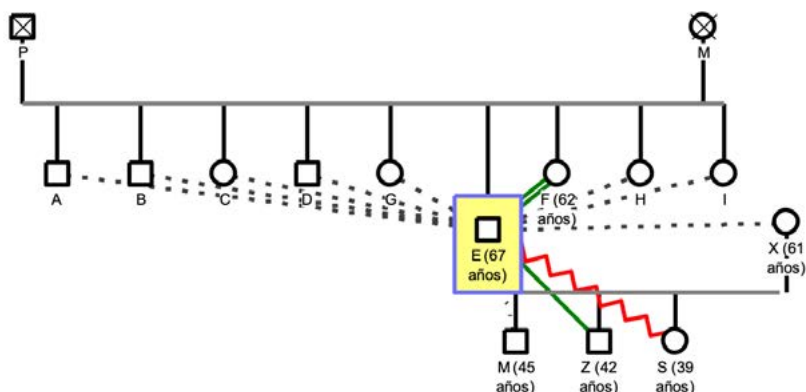
### Resumen

En el presente documento se presenta el análisis de un caso clínico desde el enfoque psicoanalítico, por medio de una estructura que permite reconocer tanto las tensiones que se desarrollan a la luz de la interpretación así como de las hipótesis que se pueden extraer del caso, por otro lado, este se dividirá en seis partes: inicialmente se enuncian datos identificatorios de la paciente, seguidamente se formula el motivo de consulta, se identifica la demanda relacionada con la necesidad presente en el paciente, después se interpreta lo abordado desde un enfoque psicoanalítico detallando la hipótesis de trabajo y el plan de tratamiento, finalmente se puntualizan en las conclusiones.

### Identificación del paciente

G es un paciente de 67 años, nacido en la ciudad de Palmira, Valle del Cauca, diagnosticado con N158 (enfermedad renal crónica), I470 (arritmia por reentrada ventricular), J930 (Neumotórax espontáneo a presión); respecto a su estado civil, casado hace 41 años, de ese matrimonio nacen 3 hijos, una hija y dos hijos, los cuales no viven con él. Sus dos hijos viven en otro departamento; su hija, fuera del país, junto con su madre, la cual viajó hace cinco años, actualmente se encuentra desempleado, tiene 8 hermanos con los cuales no tiene muy buena relación, sus parientes más cercanos son su hermana menor y sobrina, las cuales estuvieron al tanto de los cuidados mientras él estuvo internado en la clínica (el paciente actualmente reside en un hogar de paso).

Figura 1. Genograma



Fuente: Elaboración propia (2020)

## Análisis del motivo de consulta

El paciente ingresa al servicio de urgencias, y refiere: “Desde la semana pasada he sentido desaliento, pérdida de apetito, adinamia, es mi última sesión de diálisis el martes” y niega haber tenido contacto estrecho con persona positiva para covid-19.

En su segundo ingreso, consulta sin acompañante al servicio de urgencias, porque se encontraba indispuerto, comenta que ha presentado cuadro clínico de una semana de evolución consistente en malestar general, astenia, adinamia e inapetencia, estuvo con cuadro gastroentérico y se auto fórmula loperamida, posterior a esto, inicia con sensación de ahogo, paciente que acude a hemodiálisis pero no ha asistido a dos últimas hemodiálisis porque el jueves le dio “crisis del ahogo”; asegura que es primera vez y hoy no lo aceptaron en hemodiálisis por su cuadro.

Respecto al primer encuentro que se tuvo con el paciente, este presentó una crisis emocional, se encontraban alteradas sus emociones y su respiración, a lo cual se acude a realizar una contención, se instruye y se lleva a cabo una





terapia de respiración con el objetivo de generar calma y pudiera cesar la angustia, luego se identifican los aspectos que contribuyeron a dicha situación, finalmente, se le brindan una serie de estrategias para poder afrontar momentos para poder afrontar situaciones similares a la mencionada. Con los encuentros desarrollados hasta el momento es posible evidenciar que el paciente empieza a instaurar una relación transferencial que le permite ser reflexivo y a realizar ejercicios de introspección, e incluso a generar interrogantes que causen el deseo de un saber inexplorado, un saber que lo moviliza a hacer algo con lo que lo aqueja.

Por lo tanto, a raíz de estos encuentros, se busca consolidar el dispositivo ofertado a través de una serie de seguimientos psicológicos en el espacio hospitalario llevados a cabo de la siguiente manera: En el segundo seguimiento se realiza una indagación de aspectos relevantes por medio del discurso, posteriormente con lo que el paciente trae se empiezan a identificar aspectos personales y familiares, los cuales se someten a la asociación libre como método terapéutico de trabajo, esperando a que el inconsciente pueda instalarse por sí solo y no llevarle a forzar.

Posterior a eso, en el tercer seguimiento se emplea, por medio de la asociación libre, el reflejo, y la clarificación, elementos discursivos para trabajar con aquello que el paciente de entrada manifiesta que es la relación con su esposa e hijos, es aquí donde se logra entrever luego de varias sesiones con G lo que podría ubicarse como demanda de este, la cual va encaminada a la necesidad de tiempo, afecto, (ser el objeto de deseo del otro y para el Otro) acompañada de un temor a ser desvinculado de su familia.

Al identificar estos elementos claves del paciente, se trabajará bajo transferencia como aquel resorte que apunta a la cura analítica, como herramienta se logra evidenciar un malestar del cual devienen beneficios secundarios. El paciente manifiesta: *"No me agrada el lugar donde estoy viviendo, tampoco estar en esta clínica, pero esto es mejor que estar en casa"*. Finalmente, se alojan estas verbalizaciones que logra tramitar el paciente, lo que hace referencia a un extrañamiento del sentido de lo familiar, no obstante, habla de sus hijos y se cuestiona sobre el rol que como padre debió ejercer. Se emplea una confrontación respecto a su rol como padre, evidenciando que este le genera placer.

## Historia del problema

G es un paciente que por mucho tiempo ha estado en proceso de hemodiálisis a causa de su diagnóstico médico de enfermedad renal, el cual ha sido disciplinado con su tratamiento, pues este presenta una conciencia de la enfermedad, refiere que ha aprendido a escuchar a su cuerpo, a causa de un evento traumático el cual vivió tiempo después de que su esposa se separara de él, reconoce que cuando no se le realiza el proceso de hemodiálisis empieza a retener mucho líquido.

Es necesario recalcar que las veces que ha ingresado al servicio de urgencias ha sido por otras situaciones ajenas a dicho diagnóstico, lo cual pone en duda la manera en que el paciente se cuida de su salud más aún cuando hay restricciones efecto de la pandemia (covid-19). Respecto a su familia, luego que su esposa se fuese a vivir con su hija mayor, hace 5 años, G vuelve a la casa materna en donde vive con su hermana menor y sobrinas; respecto a los otros 7 hermanos, plantea que cada uno se independizó y no han tenido una relación cercana, por tal razón, solo su hermana menor lo acompañó en la estancia clínica.

Luego de que el paciente egresa de la clínica, es trasladado a un hogar de paso, pues ningún familiar podría hacerse cargo de él, ante eso, cuando el paciente se dio cuenta de que iba a un lugar de estos y no a su casa, fue que iniciaron las crisis emocionales, los pensamientos de minusvalía y un discurso que giraba en torno a lo solo que se sentía; pasados 15 días, este vuelve a ingresar al servicio de urgencias con una sintomatología similar al primer ingreso, con la diferencia de que su diagnóstico para Covid -19 fue negativo.

Ahora bien, respecto a lo que compete desde la disciplina, tras la atención que se le brinda al paciente se evidencian situaciones de la vida personal, las cuales afectan su estado anímico y su salud física, entre esas la relación que posee con sus familiares, la imposibilidad de compartir con ellos en una fecha especial, pues desde que sus hijos decidieron independizarse e irse a otra ciudad, él refiere que no ha sido lo mismo, sin embargo, se logra evidenciar que hay un asunto del cual G se resiste a hablar y, de manera defensiva, logra persuadir cualquier invitación a hacerlo. Este tema es su hijo, con el cual no tiene contacto. El paciente siempre mostró resistencia y no se lograba ahondar e ir más allá sobre este.



## Hipótesis

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede llegar a la hipótesis de que G demanda, con sus expresiones frecuentes de soledad y pensamientos minusválidos, tiempo, afecto y no ser desvinculado de su familia, por ello siempre reitera que es necesario la proximidad para que una familia se mantenga y señala que no basta con una llamada o video llamada.

De la misma manera, a partir de ese abandono que percibe por parte de su familia, genera un desplazamiento por proyección de los afectos anímicos a nivel inconsciente, por ello su expresión: *"Por ejemplo usted aquí es como mi hija"*, lo cual refleja cómo a través de los afectos que recibe del otro, este genera una posición, la cual también se logra evidenciar al momento de suministrar información diferente al personal médico y al equipo psicosocial y a las practicantes.

Al igual que la angustia que manifiesta al saber que pronto volverá al hogar de paso, donde este menciona que no es bien atendido, y refiere: *"Míreme de nuevo aquí, no me agrada estar en la clínica, pero aquí me atienden mejor que en mi casa"*, de cierto modo la clínica es un lugar donde al paciente le brindaron comodidades, sus necesidades prontamente son suplidas y por ello el asocia que es el lugar al cual pertenece y por tal razón se evidencia la repetición.

También es relevante mencionar que cuando al paciente se le pide que le haga una carta a su hija mayor, este comienza con: *"Me da envidia de la posición en la que está"*, lo cual se lee o relaciona esa envidia a que su hija tiene lo que a él le falta, su familia y esposa; es adecuado traer a colación que Don G tiene un hijo el cual se emancipó desde muy temprana edad, y actualmente no posee ningún tipo de comunicación con su padre, al confrontarlo frente a dicha situación, se reiteran los mismos mecanismos de defensa como la evasión y refiere: *"Eso ya es muy personal"*, lo cual es un aspecto relevante, pues evidentemente Don G acepta que no estuvo presente en la infancia y formación de sus hijos.

Del mismo modo, al ser un paciente de avanzada edad, posee una experiencia y bagaje amplio frente a la vida, y por ello en ocasiones se postula como ese sujeto del supuesto saber o amo, el cual Lacan (1964) hace referencia a que el sujeto trata de instalar la función de causar el deseo, este se propone a tal noción como un articulador importante para entender el vínculo entre

enseñante y estudiante enlazado con el objeto a enseñar, es decir, se trata de localizar y ubicar el deseo y el deseo de saber.

Por la resistencias que el paciente refleja cuando se menciona a su esposa e hijos, se logra interpretar cómo la relación entre estos se encuentra deteriorada y posiblemente se encuentren separados, lo que da respuesta a cómo los mecanismos de defensa mencionados por Anna Freud (1985) generan un aislamiento, el cual se presenta como un proceso por el que la persona aísla un pensamiento o un evento, rompe así sus conexiones con el resto de sus vivencias y evita que forme parte de su experiencia significativa.

## Interpretación del caso

Partiendo del enfoque psicoanalítico, como técnica se emplea la asociación libre, la cual tiene como objetivo acceder al inconsciente del paciente, afirma Freud (1912), esta se llevaba a cabo en los seguimientos psicológicos hospitalarios; así como lo plantea Lacan (1966):

Esto implica que el deseo de analizar, sosteniendo la regla fundamental por parte del analista, dependerá de su posición en tanto analizante en relación con la asociación libre. Es importante destacar que la posición del analista no está tanto en cómo serán sus dichos respecto de la regla fundamental, sino su lugar de enunciación o las "inflexiones de su enunciado" (p.37).

Con esto se hace referencia a que siempre se trabaja con el saber del paciente, es decir, con lo que el paciente trae, ya que esto hace primar la singularidad del mismo, y precisamente insta al analista a estar en condiciones de servirse de su inconsciente como instrumento del análisis; de la misma manera se percibe cómo la transferencia fue una herramienta clave para que la técnica se llevara a cabo y para que el paciente pudiese recordar, repetir y reelaborar eventos del pasado que son relevantes para él.

Es así como también con algunos instrumentos como el reflejo, la clarificación y la confrontación, aportaron a que el paciente fuese consciente y responsable de la situación por la que acontecía, de cierta manera posibilitaron una visión objetiva frente a lo que el paciente refería y una movilización de la zona de confort en la que este se encontraba.



A raíz de lo mencionado anteriormente, se logra interpretar cómo el paciente hace alusión de que es un sujeto insatisfecho que, como menciona Lacan (1972), está en busca de ser el deseo de otro y para el otro, y poder aislar todo aquello que le genera displacer, aquí es necesario traer a colación el principio de placer y el principio de realidad, donde Freud (1920) en su texto "*Más allá del principio de placer*", afirma que el principio de realidad es un principio del Yo y permite al sujeto posponer o sustituir apetitos en función de las presiones de la realidad y con la finalidad de la adaptación y supervivencia del sujeto y, respecto al principio de placer, menciona que es un principio del Ello, que se enfoca en conseguir satisfacer las necesidades de manera inmediata generando un afán por obtener placer y evitar en lo máximo el dolor.

Del mismo modo, Freud (1925) en su texto *inhibición, síntoma y angustia*, da respuesta a la repetición que presenta el paciente al volver a la estancia hospitalaria, así mismo es como se evidencia una angustia con tendencia neurótica, la cual se ve manifestada por esa preocupación excesiva por algo que no ha acontecido.

Respecto a la responsabilidad subjetiva, esta se relaciona con lo que Lacan (1970) asume como sujeto responsable, esta se logró y está relacionada a que el paciente recuerda cómo en su pasado no estuvo presente en la infancia de sus hijos, pues se enfocó tanto en su trabajo que no le dedicó el tiempo necesario a su formación y la ve reflejada ahora que se encuentra en una situación de vulnerabilidad donde le gustaría que estos estuvieran apoyándolo.

Finalmente es necesario mencionar cómo se evidencia el tiempo lógico de Lacan (2008), el cual es concebido como tiempo que va en contra de lo cronológico y se caracteriza por ser intersubjetivo, se manifiesta en el tratamiento en el momento en el que se contemplan las formas en las que se desarrolla el problema en el paciente, esto hace alusión al tiempo de ver; respecto al tiempo de comprender, se refleja cuando se logra identificar el síntoma, y el mismo paciente desarrolla una consciencia de su situación actual y, poco a poco, la verdad salió a flote; por último, el tiempo de concluir, relacionado con lo dicho anteriormente, el paciente, al identificar y reconocer la verdad que salió a flote, hará todo lo posible para sostenerla y aprender de la misma, por eso mismo es posible que este vuelva a su posición de constante repetición, de esa manera se lograría concluir.

## Conclusiones

Respecto al caso se puede concluir que por la posible condición de repetición en el paciente es posible que este vuelva a las instalaciones, al ser así, se le podría diagnosticar un (Z74.8) Otros problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios. Y en cuanto a los elementos que retroalimentaron al momento de presentar el caso, no hubo preguntas, al contrario, algunos asistentes mencionaron que el caso estuvo muy claro y se le brindó un buen análisis.



## Caso: Retomar las riendas de mi vida

Leydi Valeria Valencia Prado  
Fabián Pardo Pérez

### Resumen

El presente documento tiene por finalidad presentar el caso “Retomar las riendas de mi vida”, el cual es abordado desde el enfoque psicoanalítico. Por medio de este se debatirá una hipótesis explicativa del malestar psíquico de la paciente. Para lo mencionado anteriormente, es necesario retomar algunos elementos como los datos generales de la paciente, motivo de consulta, demanda e historia del problema. Por otro lado, este ejercicio orienta a la identificación de coordenadas clave del caso y trata de explicar cómo soportarla a partir de una postura teórica que posibilite la propuesta de un tratamiento de acuerdo con las necesidades identificadas de la paciente, así como del bagaje teórico ofrecido por la comprensión de una demanda desde el psicoanálisis.

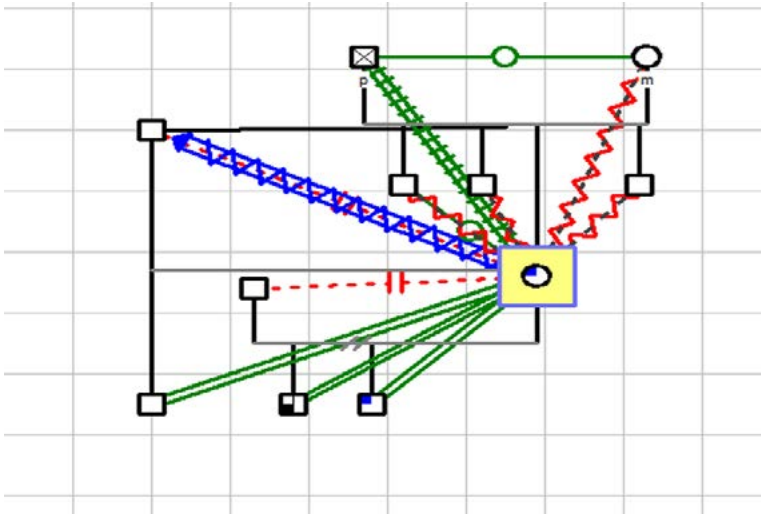
### Identificación del paciente

Paciente de 54 años quien es remitida por médico general con diagnóstico de: F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión y un Z659 Problemas relacionados con circunstancias psicosociales. A (seudónimo de la paciente) consulta por primera vez a psicología; como datos generales se evidencia que la paciente se encuentra desempleada, no terminó su escolaridad, presenta bachillerato incompleto, en la actualidad tiene tres hijos, su estado civil es separada y refiere que no tiene una buena relación con su madre, ni con su familia en general. A continuación, se presenta el genograma, un instrumento diagnóstico que permite realizar una lectura de

la situación actual de la paciente e incluso de permitir tener una idea más cercana de cómo es su núcleo familiar y las relaciones dentro del mismo.

## Genograma

Figura 1. Genograma



Fuente: Elaboración propia (2020)

En el esquema anterior se puede evidenciar que la paciente vive con su hijo menor y su figura materna, quien tiene 75 años; sin embargo, la paciente refiere que nunca ha tenido una buena relación con su madre, pues manifiesta que “toda mi vida fui rechazada por ella”.

Por otro lado, la relación tampoco es mejor con sus hermanos, quienes, según refiere la paciente, también la rechazan y la dejan a un lado. La paciente comenta que todas las responsabilidades relacionadas con el cuidado de su madre “se las dejaron a ella”, y por esta razón siempre se ha hecho cargo a pesar de la mala relación. Refiere que “mi mamá me mira mal siempre”, “nunca me dice ‘te amo cuando’ yo se lo digo”, “me dice que soy una cualquiera si salgo”, “me dice que ella quería abortarme y que lo intentó, pero nunca lo logró”, “Yo no puedo rogarle más amor”. Empero, indica que





en su hogar hay poca colaboración, ya que todo depende de ella y ella es quien se encarga de absolutamente todas las labores del hogar. La paciente manifiesta que con sus hijos tiene una buena relación, aunque en ocasiones hay conflictos, debido a que su hijo menor sufre de depresión y su otro hijo tiene problemas con el alcohol y las drogas.

## Análisis del motivo de consulta

Como se mencionó anteriormente el motivo de consulta principal fue una remisión por parte de medicina debido a su diagnóstico F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión y Z659, problemas relacionados con circunstancias psicosociales de acuerdo con los criterios del DSM V. Sin embargo, en esta remisión no hay un motivo de consulta explícito por parte de la paciente más allá de la mera identificación con la categoría diagnosticada por parte del médico. De ahí la necesidad de instalar en la paciente un espacio transferencial que propenda por la construcción de su demanda. Una vez instalado el dispositivo de escucha, la paciente logra verbalizar: "Me siento vacía", este lapsus o equívoco, aunque pueda tener un contenido sencillo, le permite dar sentido a lo que quizás en muchas otras ocasiones no pudo nombrar. Al ser nombrado con palabras presentifica el malestar que la aqueja y la avasalla, mientras que, por otro lado, el terapeuta es autorizado a la construcción de una demanda que reconoce su deseo, el cual puede estar orientado a una necesidad imperante de ser reconocida por el Otro, ese que la pueda nombrar y reconocer pese al "rechazo" permanente.

¿Cuáles son las coordenadas que se persiguen para inferir que la paciente llama a ese Otro? Es necesario hacer una pausa sobre el discurso de la paciente, puesto que se evidencia una repetición en un significante que itera: "Me siento vacía, siento la necesidad de ser escuchada", "no entiendo el porqué del rechazo de mi mamá", "mi familia me dio la espalda", "me siento sola", "nada de lo que hago importa, acepté que ella nunca me va a querer"; permitiendo reconocer el sentimiento al que la paciente llama "vacío", esto causa un malestar, un "vacío", que la paciente refiere al no poder explicar. Se evidencia una repetición que posiblemente pueda generar una ganancia de manera inconsciente, pero a su vez consistente, puesto que no permite que A pueda subjetivarlo mediante su discurso. Por consiguiente, se reconoce en A una cierta necesidad de suplir el deseo del Otro, de cumplir con un yo ideal, pese a que esto actúe en detrimento de su propio Yo, puesto que sacrifica su deseo y su posición por satisfacer las exigencias de quienes idealiza. ¿Es el lugar de ser víctima lo que se logra revelar en A? ¿Es la forma en que ha

aprendido a vincularse con los demás como una forma de postergar su propia castración y responsabilidad subjetiva? Se puede inferir, entonces, que hay una identificación con el objeto “deshecho” al no tener el amparo constitutivo de su madre y lo sanciona a partir de significantes como: “Yo no valgo nada”.

## Historia del problema

La paciente manifiesta que toda su vida se ha sentido “deprimida”, que desde que era muy pequeña ha sufrido de ansiedad, refiere que: “Mi vida ha sido una montaña rusa donde la mayoría de las veces me he sentido vacía y no sé porque, he pasado por muchas cosas”. Agrega que “desde pequeña tuve que ocuparme de todas las labores del hogar”. Por otro lado, refiere que desde hace 5 años empezó a presentar el decaimiento luego de su separación, pero desde hace 1 año sus síntomas han empeorado.

Algunos de estos síntomas los describe como: dificultad para realizar las actividades diarias del hogar, pensamientos negativos sobre la vida, cambios repentinos en el estado de ánimo y el humor, así como dificultades en el patrón del sueño, por lo que refiere que el médico le envió unos medicamentos para poder conciliar el sueño; falta de seguridad en sí misma, como también refiere que, últimamente, depende de la aprobación de los otros para tomar decisiones. Comenta, además, que presenta “fobias” cuando se encuentra sola en la calle, manifiesta quedarse paralizada, sentir sensaciones de frío, sudoración, palpitaciones y llanto, lo describe como una incapacidad para reaccionar, “no puedo moverme”.

Como aspectos relevantes identificados en el caso de A se logra evidenciar que desde muy temprana edad fue rechazada por su figura materna, al punto de intentar interrumpir el embarazo, más adelante, cuando la paciente tenía alrededor de los 9 años, refiere que sufrió de un intento de abuso sexual por parte de un hermano y, posteriormente, de un tío a la edad de 12 años. Sin embargo, la paciente manifiesta que fue abusada sexualmente a los 18 años por uno de los hijos de su padre con quien tuvo que convivir obligada y tuvo un hijo de él. Refiere que esta persona la maltrató física y psicológicamente, al igual que su figura materna.

En cuanto a antecedentes de salud mental, se logran evidenciar episodios depresivos a lo largo de su vida, así como alteraciones en el estado emocional acompañados con pensamientos negativos acerca de la vida. A refiere: “A veces me siento triste porque no se el porqué de su rechazo (el de su madre)



y lloro, ella admite que no me quiere como a los demás y maldice la hora en la que me parió, a veces creo que no soy su hija. Ella me hacía levantar desde las 2 de la mañana y encargarme de todas las funciones de la casa. Me pegaba con cables. Así no puedo vivir”.

## Interpretación del caso e hipótesis

A través del discurso de la paciente se logra identificar cómo los significantes perpetúan una posición agresiva del medio que se esperaba fuera protector, pero que, por el contrario, insistía en un constante rechazo que se deriva en una identificación con el objeto deshecho, con la nada mencionado anteriormente o como lo menciona A: “No valgo nada”.

Si bien la paciente presenta un diagnóstico de Trastorno mixto de ansiedad y depresión y problemas relacionados con circunstancias psicosociales, se logra evidenciar que la sintomatología se encuentra presente a lo largo de su historia de vida, en donde ha sido víctima de diferentes personas quienes, además, la han objetualizado y desechado en la medida que ya no es funcional o útil. A refiere que toda su vida se ha sentido así.

Desde la perspectiva psicoanalítica se logran identificar diferentes aspectos que pueden relacionar el síntoma de la paciente con una posible melancolía. Con el fin de introducir algunas comprensiones frente al caso es pertinente mencionar que la melancolía ha sido fuertemente relacionada con el estado de duelo, el cual tiene como fundamento un rechazo definitivo de la falta: “Sin falta y sin deseo, el melancólico pasa de la exultación de estar ilusoriamente colmado a la desesperación de haber perdido todo (Juranville, 1993: p. 41).

Siendo así, la melancolía es un estado que perdura en la persona de manera indefinida, esta es una de las razones por las cuales se infiere que “A” está en este estado porque es un malestar que ha estado con ella a lo largo de su vida.

Según Freud (1917), en su capítulo Duelo y melancolía, refiere que: “La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (p.132).

Se evidencia entonces que, cuando alguien se encuentra en un estado melancólico, puede tener una falta de interés en sus actividades de vida cotidiana, esto incluye también el interés por socializar y es algo que se evidencia en la sintomatología de la paciente tratada anteriormente, pues ella, aunque no tiene dificultades para socializar, no le nace un interés real de querer salir y disiparse, debido a que dice sentirse en un estado de desaliento donde refiere: "Solo quiero estar en mi cama todo el día", "me siento vacía". También se identifica en el discurso que atenta contra su propia valía al minorizarse: "No valgo nada", es decir, aquí la paciente se estaría identificando con la nada, y cree merecer todo lo que le sucede, ya que para ella, al no valer nada, se transforma en la necesidad de ser objeto de deseo para un Otro que la nombre y que, por supuesto, la sostenga para no caer en el vacío del sin sentido.

Según Echeverría (2004): "lo que la melancolía revela es el abandono del sujeto por el Otro (A) en una especie de *dejar plantado* como lo describe Schreber, especialmente en el caso de la melancolía delirante. *Nada más atroz que este dolor eterno que acompaña al más extremo desprecio de sí mismo, identificado al desecho...*"<sup>1</sup>. Esa identificación que la paciente da con respecto al desecho se ve precisamente por ese abandono que ella percibe del mundo que la circunda y que hace de sí misma.

Aparte de este abandono en el estado melancólico, el sujeto repite una y otra vez esas situaciones que producen malestar en él, entendiéndose como el eterno retorno mencionado por Nietzsche, siendo esto la parte absurda del melancólico, ya que está destinado a repetir una y otra vez todo lo que acontece y, por eso, se encuentra por decirlo así en un callejón sin salida, ya que como se mencionó anteriormente la melancolía es un estado que acompaña al sujeto a lo largo de la vida, es una batalla que el sujeto tiene consigo mismo. Según Ferrández (2006):

El Yo, en batalla contra sí mismo, agota sus fuerzas, comienza a jadear tras nueve meses de auto martirio y abandona, por imposible, su tarea de escarmentador. Si no muere en la batalla, el melancólico, entregado a la estéril tarea de la mortificación, pierde su paciencia. Como un Sísifo que arroja la piedra ladera abajo, se rebela y vuelve a una insulsa y discutible paz. O coquetea, en forma de manía, con un triunfo ilusorio y desesperado que tampoco acabará de satisfacerle" (p.98).

<sup>1</sup> Las marcas en cursivas son propias.



Todo esto mencionado ocasiona un vacío en el melancólico, y una mortificación donde pierde la paciencia y el rumbo de su vida; con base en esto y según el caso se evidencia que, durante toda su vida, la paciente ha repetido una y otra vez diferentes situaciones donde se siente el objeto que el otro utiliza y deshecha, perpetuando, así, el abandono de una figura que le dé un soporte tanto en lo imaginario como en lo simbólico, convirtiéndose más que en ese otro en una batalla consigo misma, que termina agotando las fuerzas de la misma y perdiendo el rumbo de su vida.

## Conclusiones

El desarrollo del caso me permite reconocer la necesidad de estar en comunión con la teoría puesto que, sin esta, es poco probable que se pueda realizar una lectura objetiva y orientada a las necesidades de la paciente, sin llegar a anular la subjetividad de esta como se haría en la medicina u el orden *psi*.

La aproximación que se realizó del caso deja entrever el deseo que emerge como practicante de psicoanálisis. Sin embargo, es apenas el inicio de un posible tratamiento, pues se entorpece el accionar por el poco tiempo designado como de los diferentes obstáculos administrativos que no permiten la oferta de un tratamiento bajo las necesidades explícitas de un paciente. Por otro lado, se debe rescatar que el poder alojar el malestar subjetivo en la paciente A permitió que pudiera exteriorizar y poner en palabras sentimientos que antes no hubiese podido tramitar. Este es un efecto que se puede evidenciar al encontrar a alguien del lado de la salud que está dispuesto a escuchar y alojar la subjetividad de quien vivencia un malestar incomprensible tal como se desarrolló en el caso.

## Conclusiones Generales del Capítulo 2: Enfoque psicoanalítico

El presente capítulo permite reconocer los lugares a los que el practicante de psicoanálisis se ve enfrentado en el espacio hospitalario, en donde se deben reconocer diferentes elementos entre los que se pueden destacar la flexibilidad o "invención" de la posición del estudiante como un terapeuta, capaz de escuchar atentamente y de alojar la queja de un sujeto que sufre o goza con su síntoma. Por supuesto, no es un lugar sencillo de encarar; como se evidencia en cada uno de los apartados de este capítulo, es necesario que quien se ubica en el lugar de terapeuta esté en comunión con la teoría,

pues es en esta medida que *podrá interrogarse sobre su saber y lo que puede ofrecer a alguien que confía plenamente en que allí encontrará una respuesta.*

Ahora bien, los efectos del encuentro entre el paciente y el terapeuta posibilitan el reconocimiento de claves y elementos que darán sentido a las problemáticas enmascaradas en los síntomas, propendiendo por la restauración de la dignidad como sujeto, con lo cual se critica el criterio de un supuesto saber totalizante que la medicina se atribuye como propio. Así mismo, da cuenta de la sensibilidad y preparación que debe tener un clínico para officiar en este campo tan hostil como puede ser el espacio hospitalario, esto sin contar con las veces en que el clínico debe sortear con las diferentes transferencias positivas o negativas que un paciente pueda construir, incluso con lo institucional y todo aquello que lo represente. Sin embargo, no es sino gracias a estas reflexiones que se puede *encontrar a un terapeuta ya no ocupado por el hacer bien, sino orientado por el saber hacer con lo que la condición del paciente ofrece y permite ordenar su discurso a manera de coordinada que puedan transitar juntos.*

Por otro lado, el capítulo, finalmente, permite reconocer el cómo desde la experiencia de cada uno de los autores se logra capitalizar el recorrido y la rigurosidad de pensarse un caso tal, como lo plantea Nasio (2001), en su función didáctica, pues en cada uno de los relatos de los pacientes y de los mismos autores que puede llevar al lector a una producción imaginaria que acompañe su lectura, una función metafórica que es a partir de las ficciones que el entramado del caso permite desplazar la historia a la luz de un concepto y, por último, la función heurística que está en relación con la singular forma de escribir su experiencia y dar a conocer el aplomo que se debe tener en el momento de transmitir lo que enseña un caso clínico.



## **Capítulo 3**

Perspectivas clínicas  
psicológicas de caso  
desde el enfoque  
cognitivo - conductual



## Caso: Burbuja

Alejandra Díaz Mejía  
Tatiana Noguera Morales

### Resumen

Se presenta el caso de una paciente universitaria de 23 años, quien consultó refiriendo: “Son muchas cosas. Soy muy tímida, ansiosa, me estreso con facilidad, me preocupo mucho, las clases virtuales me estresan, pienso demasiado en la muerte de mis padres”. Desde allí, se desarrolló la historia del problema, donde expresa una serie de sucesos alrededor de su vida familiar, los cuales desencadenaron en un diagnóstico de ansiedad generalizada por psiquiatría. Por ello el plan de tratamiento se ubicó desde un enfoque cognitivo conductual a partir de ideas irracionales de inutilidad en la paciente denotando, así, afectación en la visión de sí misma y la generación de emociones y conductas negativas. Siendo así, es necesario hacer un recuento sobre la historia del problema; identificando el posible origen de las ideas irracionales y su relación con la concepción de realidad. Por ende, se llegó a la conclusión de que los malestares activadores de la mujer determinan las respuestas emocionales y conductuales que llevan a alterar su relación con el contexto en el que se desenvuelve.

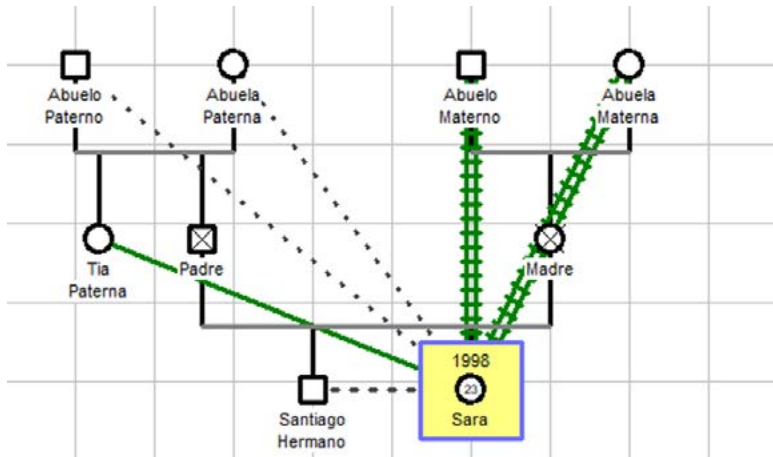
### Identificación del paciente

Paciente femenina de 23 años, estado civil soltera, sin hijos y de ocupación estudiante universitaria de séptimo semestre. De su información familiar, dio a conocer que los padres fallecieron en un accidente de tránsito en el año 2006, tiene un hermano, con el cual mantiene relación distante, vive con abuelos maternos, con quienes tiene buena relación y son sobreprotectores con ella. No sostiene ningún tipo de contacto con abuelos paternos y reporta buena relación con tía por parte de papá.



## Genograma

Figura 1. Genograma



Fuente: Elaboración propia (2020)

## Análisis del motivo de consulta

Paciente llega a consulta por sus propios medios, señalando como motivo de consulta: "Son muchas cosas. Soy muy tímida, ansiosa, me estreso con facilidad, me preocupo mucho, las clases virtuales me estresan, pienso demasiado en la muerte de mis padres".

Paciente que hace aproximadamente 5 años estuvo en consulta psiquiátrica, en la cual fue diagnosticada con "ansiedad generalizada". Resalta ideaciones suicidas desde los 14 años, refiere que a los 15 años tuvo un intento suicida: "Me tomé unas pastillas". Señala preocupaciones excesivas frente a varios aspectos de su vida (estudio, relaciones familiares, contexto social). Comenta que cuando se siente "ansiosa o nerviosa", se ahoga y le da tos muy fuerte.

## Historia del problema

Paciente señala que después de la muerte de sus padres en un accidente vehicular, cuando ella tenía 8 años (2006), quedó al cuidado de sus abuelos maternos, resaltó y desde ese momento sintió que el cuidado era “exagerado, sobreprotección”, añade que sus “padres” (hace referencia a los abuelos), la encerraban en el cuarto para que no pudiese entablar relaciones interpersonales con su contexto social, lo que ella indica que ocasionó pánico a la gente. Manifestó ideación suicida desde los 14 y a los 15 años tuvo un intento suicida con ingesta de pastas reconociendo que desde ese momento las ideaciones suicidas persisten aproximadamente dos veces por semana: “Pienso si colgarme del techo, si cortarme las venas, pero luego pienso en mis papás y se me pasa la bobada”.

El ingreso a la universidad conllevó sentimientos de inseguridad en los aspectos académicos y sociales de su vida, señalando que “cuando debo participar en clase o salgo a la calle y hay mucha gente, como que entro en pánico, me da rabia y me autolesiono las piernas, me muerdo, siento cómo me hormiguea el cerebro”. Hace 5 años estuvo en consulta psiquiátrica, en la cual fue diagnosticada con “ansiedad generalizada”. Añadió que en las clases virtuales, sentía ahogo y tos y en la última presentación académica, estudió mucho para que todo le saliera bien, sin embargo, no salió como ella deseaba: “Cuando algo no sale como yo quiero que salga, soy una inútil”.

Finalmente, en cuanto al contexto social, la paciente menciona que cada vez que sale de su casa (cada semana) siente un “miedo horrible por ver personas”, señala que no le gusta acercarse a nadie desconocido ni mirar a la cara a las personas, porque siente que llama la atención y la “juzgaran”.

## Hipótesis

A partir de lo descrito anteriormente, se percibe que la paciente manifiesta creencias irracionales centradas en la percepción de sí misma. Una de las posibles hipótesis que se pueden mencionar es que la aparición de las creencias irracionales de manera frecuente, lograron afectar la visión de sí misma, generando emociones y conductas negativas, las cuales se perciben como desadaptativas tanto para ella como para su entorno. Otra posible hipótesis es que, debido a la frecuencia e intensidad de la aparición de las creencias irracionales, ha influido en la creación de un apego evitativo, impidiendo, así, el desarrollo y estancamiento de su esfera social.



Posteriormente, durante la consulta se identificaron malestares activadores acompañados de respuestas emocionales y conductual. De acuerdo con Ellis (...), se debe partir de la importancia de las cogniciones que está generando el paciente, debido a que este se evidencia en la conducta, lo que se buscaría es que los pacientes logren determinar estos malestares para poder entender las reacciones en el entorno. Lo que llevó a analizar el contexto de la paciente y los hechos más significativos que le generan malestar mediante el modelo ABC.

## Interpretación del caso

Para la interpretación del caso, se parte desde la postura teórica cognitivo-conductual; tomando en cuenta la perspectiva de tratamiento de Albert Ellis; donde se considera al ser humano como "un sujeto capaz de comportarse racional e irracionalmente. Y solamente cuando actúa y piensa de manera racional, es cuando en verdad se siente feliz y efectivo" (Navas, 1981, p.77). Por lo tanto, se sostiene que el sujeto está en la capacidad de analizar los sucesos vividos y procesarlos con racionalidad, procurando buscar una respuesta a su malestar (Núñez y Tobón, 2005).

En consecuencia, desde esta mirada se busca trabajar las ideas irracionales que se identifican en la paciente: "Soy una inútil, soy bruta y no sirvo para nada"; utilizando el modelo ABC, el cual aborda hechos activadores, las consecuencias conductuales, emocionales y, finalmente, la identificación de la creencia irracional. Se logra entonces la identificación de dos posibles creencias nucleares: la condenación y la catastrofización.

Los eventos activadores identificados en la paciente se consolidan a partir de las dificultades con los resultados obtenidos de una presentación académica que tuvo una semana atrás de la consulta, en la que refirió haber estudiado "mucho" para que todo le saliera bien. Seguido a ello, el "miedo horrible por ver personas", expresando que no le gusta acercarse a nadie desconocido ni mirar a la cara a las personas porque siente que llama la atención y la juzgarán. Desde allí, las creencias irracionales ubicadas evidencian: "Soy una inútil, no sirvo para nada. Lo peor del mundo es tener que salir a la calle donde hay personas, es horrible tener que ver gente en un lugar". Con esto, las consecuencias se exponen desde ritmo cardíaco acelerado, hormigueo en extremidades, frustración, rabia y ansiedad, así como también debilidad en el cuerpo, náuseas, ahogo, tos y pánico.

Igualmente, se identificó por medio del discurso de la paciente, un posible apego evitativo: "Me da miedo entablar una nueva amistad, prefiero no crear expectativas con nadie". Este aspecto se abordaría fortaleciendo el YO, mediante el Insight emocional, el cual "aporta una clara comprensión del significado de las conductas personales" (Carrero, 2018).

## Conclusiones

Se concluye que, en el ejercicio de identificación de las problemáticas de la paciente, las emociones y conductas negativas llevan a dificultades en su adaptación al entorno, lo cual genera aumento en la intensidad de las respuestas de la paciente. Desde allí, las relaciones interpersonales pueden llegar a verse afectadas y, así mismo, las capacidades individuales que favorezcan la percepción de sí misma.



## Caso: “Sofía”

Kelly Otero Muñoz  
Karoll Córdoba Salamanca

### Resumen

El presente estudio de caso se realizó a partir de la valoración psicológica realizada a la paciente Sofía, de sexo femenino, de 15 años, el día 28 de agosto de 2019, quien 5 días antes había sufrido un presunto abuso sexual por parte de dos hombres, en el municipio de Palmira. Por medio de la misma se lograron identificar aspectos relevantes para la formulación de la propuesta de intervención, entre estos la caracterización de sus síntomas para el planteamiento hipotético del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Según los criterios expuestos en el CIE10 (clasificación internacional de enfermedades), la paciente manifiesta en su discurso sentirse ansiosa, tener alteración en su ciclo del sueño, insomnio de conciliación, tristeza, llanto fácil y falta de apetito.

La paciente ingresa por el servicio de urgencias, remitida desde medicina legal de Palmira, así se da la interconsulta para la valoración de la paciente. Por medio del análisis del caso se decide implementar como propuesta hipotética de tratamiento la terapia postracionalista de Vittorio Guidano, esto con la intención de tratar el trastorno de forma extensa, ya que además del abuso, se logró identificar un intento de suicidio hace dos años.

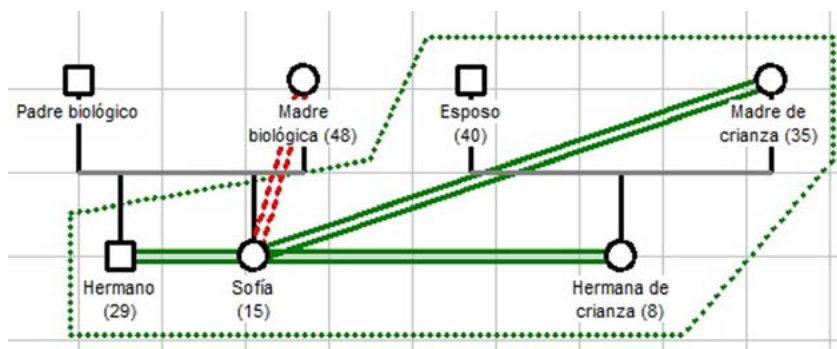
### Identificación del paciente

Sofía es una paciente de sexo femenino, de 15 años, soltera, quien se encuentra cursando grado noveno de bachillerato. Su nivel socio económico es 1, actualmente reside en el corregimiento de Villa Gorgona. Vive con su madre de crianza (madrina), de 35 años, esposo de su madre de crianza de 40 años, hija de su madre de crianza de 8 años y hermano mayor de 29 años. Aunque la adolescente posee una red de apoyo estable, se identifica que no conoce quién es su padre, su madre biológica no es su cuidadora primaria.

## Genograma

Para mayor claridad en cuanto a las relaciones que sostiene Sofía, en su entorno familiar, se anexa el gráfico donde se pone de manifiesto la conformación de su familia biológica y adoptiva, estableciendo que ambas forman parte fundamental de la estructura de organización de personalidad que posee esta paciente.

**Figura 1.** Expone la dinámica y conformación familiar de la paciente



Fuente: Elaboración propia 2019.

En el familiograma se encuentra que Sofía tiene una relación difícil con su madre biológica, que no hay relación alguna entre la paciente y el padre biológico, del que no se reconoce información alguna. Sofía fue criada y estuvo a cargo del núcleo de su madrina y mantiene una relación cercana con los miembros de esta familia adoptiva, así mismo, tiene relaciones cercanas con su hermano mayor de 29 años, hijo de sus figuras paternas biológicas.

## Análisis del motivo de consulta

La paciente ingresa al servicio de urgencias el día 28 de agosto de 2019, se inicia atención integral y activación de la ruta interna de la E.S.E de violencia sexual, por presunto abuso sexual con penetración, por parte de hombre conocido de 17 años.



Se logra identificar, con respecto a la demanda, que Sofía desea olvidar lo que sucedió, pues expresa su intención de superar este episodio por medio de charlas, Sofía refiere: *"Quiero dar un testimonio en el colegio con las niñas de mi colegio porque yo creo que les puedo advertir"*, es decir, ella desea brindar un tipo de conferencia sobre los riesgos existentes en las calles, con el ánimo de prevenir futuros sucesos similares al suyo.

Por otro lado, su madre biológica hace explícito que lo que pretende con todo el proceso es asegurarse si está embarazada o si tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, sin embargo, en el servicio de urgencias le indican que primero debe pasar a la valoración por psicología.

## Historia del problema

Adolescente femenina de 15 años, quien reside en una vereda aledaña al municipio de Candelaria, se traslada a visitar a un amigo con permiso de su madre de crianza, llega a un barrio del municipio de Palmira, donde este amigo, junto a otro joven, abusó sexualmente de ella. A partir de los hechos se generan en ella síntomas tales como: llanto fácil, ausencia de apetito, dificultad al conciliar el sueño, aislamiento, tristeza.

Según lo relatado por la paciente, su hermano mayor fue quien notó algo irregular en su comportamiento, teniendo en cuenta que, como ella lo afirma, *"siempre soy muy fuerte"*. Sofía pone como excusa que le robaron su teléfono en Palmira y, por esto, se encuentra triste.

La paciente posee un estado anímico plano, presenta llanto fácil durante valoración, se nota confundida a la hora de detallar el hecho del abuso debido a que en primera medida no deseaba relatar lo sucedido, argumentando que ya había dicho todo en medicina legal. A pesar de esto, por medio de algunas preguntas se logró estructurar un relato coherente, el cual fue incluido como relato breve en la historia clínica, durante la consulta llora constantemente de forma controlada.

Paciente manifiesta presentar pensamientos negativos frente a su vida actual, no se levanta de la cama, con pensamientos suicidas desde hace 3 meses debido a un duelo no resuelto por fallecimiento de su pareja, la cual fue asesinada. Sofía tiene un antecedente de intento suicida a los 13 años.

En cuanto al abuso, la paciente pone de manifiesto: *"Yo no me voy a deprimir, quiero salir adelante"*. También refiere alteraciones en su patrón de alimentación, come 3 veces al día, en poca cantidad, expresa que no quiere engordar y dice *"soy obsesiva con el cuerpo, me gusta cómo está ahora y no quiero que cambie"*. Su ciclo de sueño no presenta alteraciones o dificultades, se observa tranquila, estado de ánimo plano y discurso verbal coherente.

## Hipótesis

Se tiene en cuenta que el tratamiento aquí planteado es fundamentado en un diagnóstico hipotético de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con el código F431, también el diagnóstico de abuso sexual con el código T742, desde un enfoque cognitivo conductual, teniendo en cuenta las teorías cognitivas basado en la terapia postracionalista de Vittorio Guidano.

Lo anterior se encuentra basado en las especificidades expuestas en el manual de diagnóstico CIE 10. En primera medida, el manual establece que el sujeto diagnosticado con TEPT debe haber pasado por una situación estresante, catastrófica o amenazante; el abuso sexual clasifica en esta descripción, a su vez, se habla de ansiedad, insomnio, síntomas de depresión y un estado de hipervigilancia. La paciente menciona en las entrevistas todos estos síntomas, aunque se tiene en cuenta que falta información debido a que la consulta solo duró una hora.

## Estructura de la terapia

### Rasgos emocionales

**Mismidad:** Se logra evidenciar que la paciente trata de ocultar sus sentimientos, en la consulta se presenta una contradicción cuando dice que no le importa que su madre biológica se dé cuenta qué le sucedió, pero posteriormente, a petición suya, la madre sale del consultorio para que la paciente termine el relato. También hay contradicción en la expresión *"yo quiero estar bien"* pero después dice: *"No quiero estar gorda, por eso no como"*. Su visión de sí misma se encuentra basada en cómo se ve por fuera, da bastante importancia a lo que los otros piensen de ella: *"Mi familia siempre me ha visto como la fuerte"*.





**Ipseidad:** La madre biológica, quien la acompaña a la consulta, muestra preocupación en relación con que la paciente llegara a estar embarazada, también refiere que ella necesita que le hagan los exámenes para comprobar si adquirió o no una enfermedad de transmisión sexual. Sumado lo anterior, la ausencia de su cuidadora primaria, se pone de manifiesto que a Sofía la tratan como un adulto, desde hace ya tiempo que no se le brinda atención focalizada, la madre biológica refiere: *"Ella siempre hace sus cosas sola, yo sé que cuando ella pide permiso a la madrina es porque ya ha hecho sus cosas o ya todo está planeado"*. También, *"ella sabe que en la casa que vive le toca disimular que no tiene nada porque la madrina cuida mucho a su hija y no quiere que sepa nada"*.

## Identificación de la organización de significado personal

La OSP de la paciente en depresiva, debido al rasgo de pérdida física de ambos padres antes de los 10 años, además de que en la entrevista ella reconoce a su madrina de bautizo como su "mamá", pero no reconoce al esposo de ésta como su papá, lo cual se esperaría fuera de esta forma, ya que ellos son quienes la han criado durante sus 15 años. Además, se tiene en cuenta un antecedente de intento de suicidio hace 2 años, en el cual se toma unas pastillas pensando que iba a morir, esto acompañado de un diagnóstico de episodio depresivo leve en ese entonces.

## Interpretación del caso

Para la realización de las lecturas del caso se implementa el enfoque cognitivo-conductual, tomando como base las teorías cognitivas expuestas en la terapia postracionalista de Vittorio Guidano en la versión escrita por Aronsohn (2001); este autor toma como punto de partida una visión evolucionista del conocimiento, basándose en las premisas epistemológicas de Popper, en la epistemología evolutiva de Campbell y Lorenz, y en la teoría motora de la mente desarrollada por Weimer, para concebir al conocimiento como el producto de un sistema de construcción activa de la mente, negando el origen sensorial del conocimiento, así como la pasividad del organismo que conoce.

Partiendo de lo anterior, Guidano (1994) ofrece una categorización de los individuos estipulando 4 tipos de personalidades, en sus palabras Organización

de significado personal (OSP), estas son: dápica, obsesiva, fóbica y depresiva. Para la identificación de las mismas de forma particular en los sujetos, este autor da gran importancia a los vínculos emotivos de los seres humanos, en especial en los primeros años de vida, sobresaliendo las representaciones de las figuras paternas, puesto que las mismas darán pie a una OSP normal, dentro de las bases equilibradas del desarrollo personal, social y cultural; caracterizado por una inflexibilidad de pensamiento llevando a realizar la abstracción de pensamiento torpemente y, por último, lo psicótico, donde a la persona se le hace casi imposible no realizar las lecturas de su entorno de forma dicotómica, encasillando todo y a todos como bueno o malo (Aronsohn, 2001).

La terapia postracionalista da gran importancia al ciclo de vida de las personas, realizando una diferenciación entre la infancia, adolescencia, adultez, adultez media y adultez mayor, considerando que cada una de estas etapas corresponde a una edad y ciertamente a un periodo crítico, es decir, a una época de la vida donde el sujeto pasa por una crisis, en la que predomina el desequilibrio emocional, la carencia de conexión con algún aspecto fundamental de la vida, tal como pareja, familia o trabajo; estos lapsos de tiempo hacen que el individuo tome una decisión, posiblemente se motive a mejorar aquella área problemática o se paralice completamente.

## Conclusiones

El caso representa una gran riqueza para el practicante de psicología, debido a la cantidad de problemáticas que expone el paciente en consulta, esto justificado en que además de su motivo de consulta, la joven presenta un posible duelo no resuelto por muerte de su pareja, un intento de suicidio hace 2 años, el cual no fue tratado, lesiones autolesivas en la actualidad, alteraciones en su patrón de alimentación, debido a un aparente trastorno alimenticio sin tratar y el presunto abuso sexual, motivo preciso por el cual se da su ingreso al servicio de urgencias de E.S.E.

Todo lo anterior representó un reto inicial debido a la inexperiencia para priorizar las problemáticas del paciente; así pues, se decide tomar el diagnóstico de abuso sexual, indagando por los síntomas emocionales que presenta la joven a partir de éste, también se hace la aclaración de un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, esto argumentado por los criterios hallados en el CIE 10.



El caso también funcionó, como ente aclarador, en cuanto al debido diligenciamiento de la ruta de violencia sexual existente en el municipio, ya que llevar a cabo estos pasos en solitario, hizo que estos saberes pasaran a ser conocimiento significativo.

## Caso: señora N

Norbelly Patiño Osorio  
Karoll Córdoba Salamanca

### Resumen

El presente caso es una viñeta clínica en la que se desarrollarán elementos clave para la comprensión del quehacer del psicólogo clínico en un Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (PAIEC) de una institución prestadora de salud (IPS). Está compuesta por una valoración por psicología que se realizó a la señora N y que permitió identificar el estado mental al momento del seguimiento. El motivo de consulta de la paciente se ubica en un proceso de acompañamiento psicoeducativo por psicología, inicio de síntomas identificados a partir de su historia personal y familiar, lo que permitió conocer la demanda de la paciente y que le genera sentimientos de ansiedad y angustia como resultado de un estado de melancolía sobre la vida misma, debido a su edad, su salud y sentimiento de frustración. Igualmente, se realiza análisis y descripción de las conductas problema, identificación de las distorsiones cognitivas que se generan a partir de esquemas o formas de percibir la realidad que, finalmente, llevan a errores en el procesamiento de la información según la Terapia Cognitiva de Aaron Beck, diseñada para la depresión. Igualmente, se profundiza en la información por medio de una entrevista que llevan a identificar el problema a partir de su historia de vida y el discurso que emplea. Permitiendo la interpretación del caso, la generación de hipótesis y un plan de intervención que incluye diferentes técnicas y tareas que facilitan el cumplimiento de objetivos establecidos previamente.

### Identificación del paciente

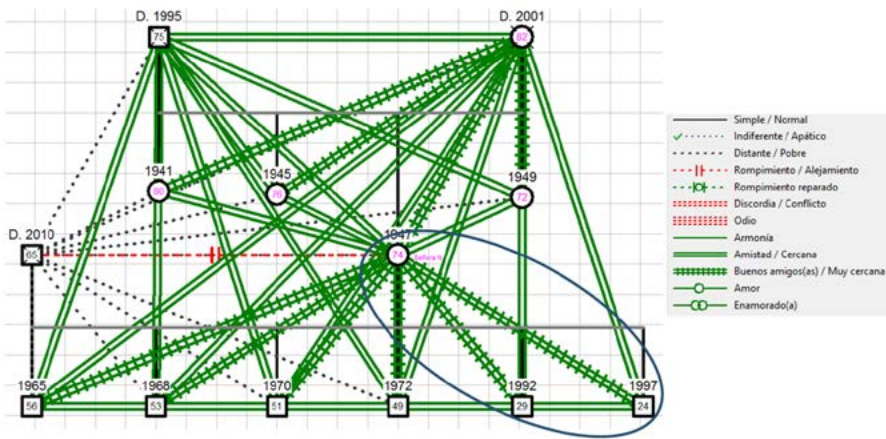
Paciente femenina de 74 años a la que se denominó señora N. Pertenece al Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas (PAIEC) de una IPS de la ciudad de Palmira por teleconsulta. Fue diagnosticada con enfermedad renal crónica, hipotiroidismo y prediabetes, su ocupación es ama

de casa, tiene 6 hijos a quienes afirma “*amar mucho*” y de los que manifiesta sentirse “*muy orgullosa*”. Así mismo, durante su narración manifestó ser soltera, no tuvo una relación estable con el padre de sus hijos, ya que, según ella, “*la embarazaba y la abandonaba*”. Igualmente, expresó que dos de sus hijos fueron adoptados, ya que una vecina se los dejó y nunca regresó por ellos.

Dentro del discurso, la paciente manifiesta que fue independiente y sacó a sus hijos adelante trabajando como empleada del servicio doméstico y trabajos similares, apoyada por su madre en el cuidado de los hijos mientras trabajaba y a quien expresa extrañar demasiado porque fue su apoyo y mejor amiga. Finalmente, expresó que no fue fácil depender de sus hijos, ya que se siente inútil y manifiesta: “*Pasé a ser hija y mis hijos mis padres*”, lo que la lleva experimentar sentimientos de frustración y ansiedad.

## Genograma

**Figura 1.** Presenta información familiar de la señora N, estructura y vínculos afectivos



Fuente: Elaboración propia (2021).

En este genograma se evidencia la estructura familiar básica de la señora N. En él se especifica su composición y relacionamiento entre sus miembros. En esta figura se refleja un vínculo afectivo muy cercano por parte de la señora N

con su madre, quien falleció en el año 2001 a los 82 años, y con 6 hijos, quienes presentan edades entre 56, 53, 51, 49, 29 y 24 años respectivamente y, además, mantienen un vínculo de amistad cercana entre ellos. Igualmente, se identifica en la figura que actualmente vive en compañía de sus dos hijos menores. Así mismo, se puede observar que con el padre, quien falleció a los 75 años, sostuvo una relación cercana, al igual que con sus 3 hermanas de 80, 76 y 72 años. Siendo la señora N la tercera de las 4 hermanas. Manifiesta que siempre tuvo un hogar unido y armónico. Sin embargo, con su expareja, padre de sus cuatro hijos biológicos, se ve claramente que tenía una relación distante con todos los miembros de la familia, incluyendo a sus hijos, ya que no respondió económicamente por ellos, ni tuvieron algún tipo de acercamiento hasta el día en que falleció en 2010 a los 65 años.

## Análisis del motivo de consulta

El caso de la señora N se presenta a partir del seguimiento telefónico por parte de la IPS a los pacientes del PAIEC. No obstante, durante la teleconsulta se logró identificar un motivo de asistencia a psicología, pese a que manifestó durante las preguntas iniciales de seguimiento que en la parte emocional se sentía bien. Al profundizar sobre sus hábitos, la paciente refirió: *“A veces me dan depresiones y siento ansiedad cuando estoy sola en casa, porque me pongo a pensar en cosas que me preocupan”*, motivo por el cual menciona sentir la necesidad de salir a caminar como una manera de aliviar su angustia. Lo anterior lleva a considerar la necesidad de indagar más con el fin de guiarle en la identificación de qué pensamientos o creencias irracionales estaban generando el malestar emocional.

Dentro de la información compilada y siguiendo los parámetros del CIE 10, se establece que puede estar presentado un **F411 Trastorno de ansiedad generalizada** y un **F32 Depresión leve**. Sin embargo, teniendo en cuenta que dentro de la historia clínica aparece un diagnóstico de **E038 hipotiroidismo** desde hace 3 años, fecha en la que manifiesta incrementaron sus niveles de ansiedad, angustia y depresión, no se descarta que sus síntomas se deban a los efectos que se generan al padecer esta enfermedad la cual está comprobado científicamente afecta el estado de ánimo causando ansiedad y depresión (Mayo Clinic, 2020).



## Historia del problema

Durante la consulta se evidencia que su malestar emocional inicia desde hace 5 años cuando fallece un sobrino, quien le brindaba apoyo económico porque debido a la edad y salud, ya no podía trabajar ni sostenerse por sí misma económicamente desde hacía 10 años; lo que le desencadenó en sentimientos de angustia. Posteriormente, refiere que desde hace 3 años empezó a tener sentimientos más fuertes de ansiedad, angustia, tristeza y pensamientos ocasionales negativos como querer tirarse por el balcón para ya no sentirse más de esta forma, haciendo algunas actividades físicas como caminar para dispersar los pensamientos que presentaba.

La señora N manifiesta que ella *“siempre fue una mujer independiente pero que, debido a su edad y su salud, no ha podido volver a trabajar y a ganarse su dinero”*, por lo que ha tenido que depender económicamente de sus hijos, quienes le ayudan desde sus posibilidades. Sin embargo, refiere que no le alcanza puesto que *“no solo se requiere plata para comer y pagar servicios, también para cosas personales y algún gustico que quisiera”*. La situación empeoró porque su hijo menor no había podido encontrar trabajo y *“estaba desesperado”*, de eso hace 2 años.

## Hipótesis

El caso de la señora N lleva para tener en cuenta algunos aspectos relevantes identificados en las sesiones, tales como su manifestación de sentirse deprimida y ansiosa cuando se queda sola en casa y piensa en algunas cosas que le preocupan. Algunos de estos pensamientos son: *“Me siento inútil”, “ahora dependo de que me den”, y “pasé a ser hija y mis hijos mis padres”*. Lo anterior, evidencia una serie de distorsiones cognitivas o pensamientos de tipo absolutista y de minimización que generan en la señora N un estado de frustración y melancolía sobre la vida misma, debido a su salud, su edad y la imposibilidad de trabajar y sentirse nuevamente productiva. De ahí que es importante, desde la Terapia Cognitiva Conductual de Aarón Beck, guiar a la persona a aprender a identificar patrones de pensamiento negativo, evaluar su validez y reorganizarlo con maneras de pensar funcionales, lo que es posible gracias a la reestructuración cognitiva, la cual permite, por medio del diálogo socrático, confrontar dichos pensamientos.

Así mismo, brindarle una psicoeducación en la que se explique cómo durante la depresión se activan esquemas o formas de percibir la realidad a partir de creencias y emociones que se han adquirido muchas veces desde la infancia y que se activan en momentos de estrés similares a las que dieron su origen, generando una visión negativa de ella y el mundo (triada cognitiva), y una serie de distorsiones sistemáticas en el proceso de la información.

Otro aspecto relevante fue su diagnóstico por hipertiroidismo, detectado hace tres años, y coincide en el tiempo en que refirió incrementar su ansiedad y angustia. Se explica cómo el hipotiroidismo puede afectar su estado de ánimo y causar ansiedad o depresión. En general, cuanto más grave es la enfermedad tiroidea, más intensos son los cambios en el estado de ánimo. En algunos casos se dan síntomas como: nerviosismo inusual, inquietud, ansiedad e irritabilidad (Clínica Mayo, 2020).

Finalmente, con el fin de brindarle acompañamiento terapéutico en el manejo de la ansiedad y la depresión, se orienta desde la primera sesión realizar actividades de ocupación en compañía de otras personas, retomando actividades que le gusten, al igual que practicar ejercicios de respiración diafragmática.

En total se realizaron cuatro sesiones, las dos primeras fueron psicoeducativas desde el Programa de Atención Integral de Enfermedades Crónicas, las cuales permitieron evidenciar la demanda de la paciente y los malestares emocionales que la estaban afectando. Así mismo, en las otras dos sesiones se trabajó en la identificación de lo que estaba generando el malestar emocional y las técnicas que le ayudarían a identificarlos y modificarlos por pensamientos racionales.

## Interpretación del caso

A partir de lo manifestado por la señora N durante los cuatro encuentros por teleconsulta, se evidencian aspectos que desde la terapia cognitiva conductual podrían dar respuesta al motivo de su malestar emocional. En un principio, la paciente manifestó que siempre se ocupó de sostener su hogar, de ocuparse de sus hijos y de que no les faltará nada ni a ellos ni a su madre después de que falleció su papá.

Dentro de su discurso, la señora N manifestó lo orgullosa que se sentía de haber educado bien a sus hijos y de haberse hecho cargo de ellos sola. Así mismo, contaba cómo se sentía cuando manejaba su dinero y las cosas que





hacía con él, lo independiente que era y los gustos que se daba y le daba a su familia. Por lo que expresaba que no fue fácil tener que aceptar que, debido a su edad y sus problemas de salud, ya no volvería a sentirse útil y tendría que depender de lo que sus hijos pudieran darle.

Tomando como referencia la terapia cognitiva para la depresión de Aarón Beck, se presta atención a su aparente estado de melancolía y a las frases como ***“soy una inútil”*** y ***“pasé a ser como su hija y ellos como mis padres, porque me mantienen”***. Frases que evidencian unas aparentes distorsiones cognitivas que se dan a partir de la forma como la señora N organiza la información que proviene de su entorno y la lleva a una interpretación negativa sobre sí misma, el mundo que la rodea y su futuro (Hernández, et al, 2017). Información que se procesa de acuerdo con los códigos contenidos en sus esquemas cognitivos. Las distorsiones que se logran evidenciar son de **maximización y pensamiento absolutista**, los cuales, según Beck (como se citó en García, 2021) llevan a que la persona exagere o magnifique lo negativo de una situación o cualidad propia, al igual que la valoración de una creencia en forma extrema.

Otro aspecto relevante que se identificó fue que tuvo poca comunicación con sus hijos y evitaba decirles sobre sus necesidades y emociones que estaba experimentando, lo que la llevó a tener más distorsiones cognitivas, entre ellas la **inferencia arbitraria**, la cual, según Beck (como se citó en García, 2021) consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión, en este caso se evidenció al referir que: ***“Se supone que uno ve que la otra persona necesita cosas personales, su ropa interior, yo con mi madre estaba muy pendiente y ella no necesitaba que me dijera nada”***. Estas ideas, le llevaron a suponer que sus hijos debían pensar como ella, generando mayores niveles de angustia y ansiedad.

Los anteriores aspectos permitieron dar una guía sobre el establecimiento de objetivos y las técnicas que se realizarían para alcanzarlos, entre ellos establecer una mejor comunicación con sus hijos que le permita expresar sus pensamientos y sus emociones, llevándola a confrontar sus creencias nucleares disfuncionales. Igualmente, se acompañó en que pudiera hacer un debate socrático por parte de la señora N sobre sus pensamientos y cómo estos influían en sus acciones y su malestar emocional con el fin de disminuir las manifestaciones generadas por la depresión, la cual, siguiendo a Beck (como se citó en García, 2021) altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere pensamientos respecto a ella misma que ponen en riesgo su salud psíquica (Hernández, 2010).

## Conclusiones

Cabe resaltar que desde perspectiva cognitivo conductual se crea el interés del impacto de la conducta en los procesos cognitivos y se menciona, desde Beck, aquellos esquemas que pueden leerse como inadaptados que se desarrollan a partir de las experiencias de vida del paciente en edades tempranas y adversas, llegando a producir distorsiones que pueden desencadenar trastornos como la ansiedad y depresión. Dicho lo anterior, se considera entonces que la interpretación que se hace de los acontecimientos y experiencias determinaran las reacciones emocionales a las mismas.

Es importante mencionar que para el desarrollo de dicho caso será necesario tener en cuenta la edad de la paciente a partir de aquellos esquemas arraigados durante la historia de su vida, y que da elementos para intervención se realice en aquellas creencias periféricas de la paciente y no directamente en las nucleares.



## Caso: M

Daniela Luna Monedero  
Karoll Córdoba Salamanca

### Resumen

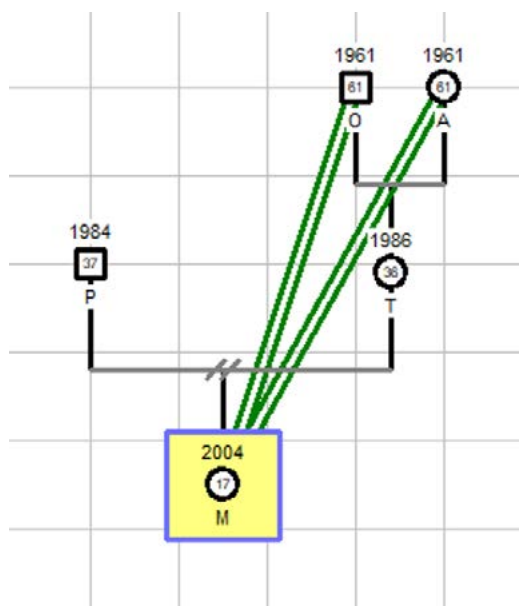
El presente caso clínico tiene como objetivo terapéutico acompañar en la disminución de los síntomas que alteran el bienestar físico y psicológico de una paciente de 11 años con un trastorno de ansiedad generalizada. Se presenta como motivo de consulta referencia a pensamientos autolesivos, sentimientos de tristeza y culpa, falta de motivación, episodios depresivos recurrentes, además de síntomas físicos como vómitos, pérdida de apetito, pérdida de peso y estado de somnolencia, impidiendo el desarrollo de las actividades que realiza. Para el plan de tratamiento se propone que la paciente pueda trabajar sus estrategias de afrontamiento, así como técnicas de relajación para el manejo de síntomas ansiosos; es pertinente realizar un abordaje o intervención desde el enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de disminuir o modificar los pensamientos y conductas desadaptativas, desde la solución de problemas y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, llevándose a cabo durante 5 sesiones, con recomendación a dar continuidad al tratamiento. Por último, la interpretación del caso permite identificar aspectos que se relacionan en la forma de interactuar o enfrentarse a diversas situaciones que emocionalmente le generen desequilibrio psicológico.

### Identificación del paciente

Paciente femenina de 17 años, quien se denominó con el pseudónimo M. Fue atendida en una IPS de la ciudad de Palmira, ingresó a la consulta el 03 de septiembre de 2021, refiere que su ocupación es estudiante universitaria de pregrado, con estado civil soltera y con código diagnóstico de CIE 10: *F411 Trastorno de ansiedad generalizada*.

## Genograma

Figura 1. Luna



Fuente: Elaboración propia 2021.

M vive sola, sin embargo, su grupo familiar está compuesto por su padre, de 37 años, con quien no menciona alguna relación, y su madre, de 36 años, con quien tiene una relación cercana ahora que la madre se encuentra fuera del país. Sus padres biológicos se encuentran separados hace 3 años y mantiene una relación cercana con sus abuelos maternos.

## Análisis del motivo de consulta

La paciente ingresa a consulta refiriendo pensamientos autolesivos, sentimientos de tristeza y culpa, falta de motivación, episodios depresivos recurrentes, además de síntomas físicos como vómitos, pérdida de apetito, pérdida de peso y estado de somnolencia, impidiendo el desarrollo de las actividades que realiza. Se muestra colaborativa frente a su estado actual; presenta sentimientos y emociones negativas por situaciones pasadas vividas



en su hogar y que, finalmente, se fundamentaron en su estado ansioso. Refiere pérdida de la autoestima, generación de dependencia emocional que ocasionó procesos de ansiedad respecto a la culpabilidad que le hacía sentir su expareja y motivo por el cual pide atención psicoterapéutica.

Durante el desarrollo de la intervención se logran identificar las principales causas de sus sentimientos y minimización, siendo estas las siguientes: siente tristeza por los sucesos ocurridos y vividos durante su adolescencia, como lo era el comportamiento de su madre cuando inició el proceso de separación, su falta de afecto, pensamientos y conductas autolesivas, cambio en su dinámica familiar, además la culpa, baja autoestima y dependencia emocional a raíz de su relación sentimental.

Partiendo de lo anterior la paciente expresa que la relación con su madre es estable pero que recuerda cómo la trataba cuando ella discutía con su papá y cuando se separaron. Refiere que esta se desquitaba por dichas acciones y eso le generó mucho dolor. Indica que su comunicación es frecuente, ya que su madre vive fuera del país y la extraña. La relación con su padre es buena según el discurso de esta, a tal punto de considerarlo su mejor amigo. Cabe resaltar que sus padres son separados desde que la paciente tenía 14 años. A raíz de esto, la paciente inicia una relación de pareja que definió como "poco sana" debido a que su expareja la culpabilizaba por sus acciones y menospreciaba su actuar.

Se logra evidenciar en la paciente inseguridad en sí misma, dificultades en la toma de decisiones, dependencia emocional, sentimientos de culpa constante que le producen procesos ansiosos que repercuten en el bienestar de la paciente, desmejorando su salud física y mental.

## Historia del problema

La paciente refiere que desde la pandemia, y en específico ocho meses antes de la consulta, terminó su relación sentimental y expone que se ha sentido un poco mejor, pero que no del todo bien, indica presentar sentimientos de culpa y tristeza por los sucesos que ocurrieron dentro de la relación, sin embargo, expresa que muchas acciones pasadas, respecto a su dinámica familiar, la afectan indirectamente; hace énfasis de haber recibido atención psicológica desde los 11 años.

Durante la consulta la paciente se presenta de acuerdo con su edad cronológica, colaborativa en el espacio de la consulta psicológica, ubicada en tiempo, espacio, lugar y persona, pensamiento normo psíquico coherente, afecto eufémico y sin alteraciones.

La paciente refiere que tiene antecedentes de enfermedad agenesia renal, además de expresar antecedentes autolesivos (cutting) aproximadamente desde los 11 años a raíz de la ruptura familiar que vivenció con sus padres (separación). Expresa antecedentes de suicidio por parte de su bisabuela y su tía abuela e intento suicida de su tío abuelo.

## Hipótesis

Teniendo en cuenta los síntomas y la patología que experimenta la paciente, se plantea una intervención donde se trabajará sobre estrategias de afrontamiento y la terapia de solución de problemas, permitiendo en la paciente procesos de autoobservación para reconocer procesos de ansiedad y posteriormente proporcionarle manejo a situaciones que le generen procesos ansiosos; además, se le proporciona a la paciente técnicas de relajación aplicada cuando reconozca esos procesos de ansiedad que presenta, con el fin de que la paciente pueda mitigar los síntomas y genere estrategias de contención; seguidamente se planteó trabajar con la paciente sobre el fortalecimiento del autoconcepto, con el fin de fortalecer esos aspectos propios del yo perdidos en el proceso de elaboración de esquemas cognitivos durante su proceso de aprendizaje.

## Interpretación del caso

Se planteó trabajar con la paciente estrategias de afrontamiento y la terapia de solución de problemas, debido a las situaciones expresadas por la paciente y cómo estas le generaban procesos ansiosos que le afectaron en el desarrollo de su vida diaria.

Según Folkman y Lazarus (cómo se citó en Miracco et. al 2010), destacan la importancia de las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres que experimentan situaciones de violencia, estrés o eventos traumáticos, con el fin de minimizar el impacto y encontrar un manejo saludable al problema. Estos recursos se incluirían dentro del concepto de afrontamiento, que se define como los esfuerzos cognitivos o conductuales realizados para manejar



problemas externos / internos que generan estrés, estas son: Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; sin embargo, se pueden presentar otros tipos de estrategias de afrontamiento dependiendo de la particularidad de los hechos violentos y estresantes que el sujeto haya experimentado.

Partiendo de lo anterior y dando continuidad a la postura teórica del plan de tratamiento implementado, la terapia de solución de problemas (cognitivo-afectiva-conductual), planteada por Zurrilla y Goldfried, mediante la cual la paciente logra identificar o descubrir una solución o respuesta eficaz ante un problema o situación desbordante, brinda, además, herramientas de autoobservación y reconocimiento de procesos de ansiedad y una adaptación favorable a los constantes cambios que puede experimentar la paciente en los diversos contextos donde se encuentre, con el fin de mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores (acontecimientos traumáticos) y menores (problemas cotidianos) y a reducir los problemas de salud mental y física, partiendo de orientación y actitud hacia los problemas, la definición y formulación del problema, generación de solución y alternativas y finalmente la toma de decisiones.

## Conclusiones

Las terapias desde el enfoque cognitivo conductual son amplias y si se realiza la identificación e interpretación de los signos y síntomas con los que llega el paciente se podrá realizar abordaje integral, con el fin de minimizar síntomas, pensamientos, ideas irracionales o conductas desadaptativas que afectan el bienestar del paciente.

### Conclusiones generales del capítulo 3: Enfoque Cognitivo - Conductual

De acuerdo con la presentación de los casos desde el enfoque cognitivo conductual, es sabido que se considera como uno de los más eficaces en la intervención clínica a diversos trastornos o situaciones con los cuales los pacientes se remiten a la consulta por psicología. Se deja entrever la diversidad de situaciones con las que el paciente puede llegar a la consulta, partiendo de la premisa fundamental desde el enfoque, las personas son aquello que piensan. Al ser uno de los enfoques más eficaces dentro de la psicología clínica contemporánea es importante mencionar que se convierte en un desafío para el estudiante de último año de psicología en la practicidad y reconocimiento

de las diversas técnicas que pueden aparecer durante la intervención y la necesidad de enfrentarse al otro, quien manifiesta, generalmente, sentirse perturbado en algún aspecto de la vida.

Como es bien sabido, desde este enfoque se espera poder trabajar con el paciente varios aspectos que conforman finalmente al sujeto, se habla de la intervención cognitiva en términos de pensamientos disfuncionales, en las emociones desbordadas y en la conducta que la persona presente a las situaciones vividas; es necesario indicar que los pensamientos del sujeto y su emocionalidad no irán en ningún momento desligadas, no es posible que la persona piense y no sienta, o viceversa, es un proceso que, como lo mencionaban Lega, Caballo y Ellis 2002, está yuxtapuesto en el proceso de vida del sujeto, que alimenta su emocionalidad a partir de cada cosa que se dice, llevándolo a sentirse alterado en las vicisitudes de su vida.

## Conclusiones generales

La organización de los capítulos permite la revisión cuidadosa de los diferentes estilos de escritura y desarrollos a lo largo de las experiencias de los autores en el contacto con el campo clínico hospitalario. Por otro lado, es en el mejor de los casos una especie de apólogo que invita al lector a dejarse permear por cada una de las experiencias, narraciones, vivencias y desafíos plasmados con esfuerzo y dedicación, pero, ante todo, con la rigurosidad de la supervisión, acompañamiento y reflexión clínica en el ámbito académico, el cual permitió que cada uno, desde su propio saber, pudiera sortear los diversos avatares que en cada encuentro con el paciente debía encarar a partir de las distintas posturas epistemológicas y, con esto, poder plantear un punto de vista argumentado sobre la comprensión de cada caso.

En consecuencia, la articulación de los conceptos teóricos, la supervisión clínica y la experiencia que brinda la atención, permite recoger acciones propias de la práctica aplicada y las diferentes percepciones de las teorías clínicas explicativas, que finalmente hace parte de la construcción del libro, induciendo convergencias o divergencias alrededor de las posturas planteadas y, de esta manera, convertirlo en un medio de aprendizaje inacabado, puesto que apenas se trata de la documentación de experiencias provocadoras, ya que seguramente se seguirán encontrando nuevas experiencias y nuevos retos, pues es en el desarrollo de estos ejercicios donde se logra capitalizar lo que en ocasiones puede pasar como una simple práctica experiencial, que pocas veces se atreven a documentar y a someter a la rigurosidad investigativa.





En el primer capítulo se pudieron encontrar algunas pistas amplias del posible tratamiento o contacto establecido con el cliente desde el enfoque humanista, tal como lo logran denotar los autores de este apartado, centralizan el acercamiento con el cliente por medio de la percepción de un individuo desde lo más actual y cotidiano de su vida, distanciándose de la condición de enfermedad o etiquetamiento que otorgan las otras posturas, por las de un individuo visto como un conjunto no patologizado o fragmentado a través de la evaluación o diagnóstico que enferma. La experiencia de los autores logra resaltar el cómo se puede dirigir al individuo o cliente a increparse sobre la exploración de sí mismo, un autoconocimiento que implica cuestionar su pensar, sentir, su comportamiento a fin de provocar cambios en su conciencia y, de esta manera, apertura nuevas perspectivas de asunción de su realidad.

Algo particularmente distinto en el segundo capítulo, o al menos por las concepciones teóricas propuestas, pues en la postura psicoanalítica, una idea directriz que permite comprender los planteamientos de los autores es el del énfasis sobre el terapeuta, pues es sobre este que recae toda responsabilidad de conducir una posible cura. Por lo tanto, en el momento de transmitir dicha experiencia puede dar cuenta de su preparación, como el aplomo que debe tener en función de poder aplicar la regla fundamental de la asociación libre, por medio de la "invención" como esa expresión de la hermenéutica que ha logrado por su propia experiencia en el análisis, y que transmitirá al paciente en forma de orientación hacia la cura.

En cuanto al último capítulo se logra reconocer las diversas formas en que en los autores toman partida de la teoría y buscan abordar a los pacientes y sus problemáticas a través de la aplicación del filtro teórico cognitivo - conductual, que en comparación a los dos capítulos anteriores, este parece tener tanto más elementos técnicos como una aparente eficacia terapéutica, ya que al reducir o proponer planes intervenciones más breves y directivos, posibilitan la adaptación y responder a las exigencias y necesidades de los pacientes en el menor tiempo posible, respondiendo, además a la demanda inmediateista de los diversos malestares presentes en la actualidad. Sin embargo, también permiten advertir que el hecho de tener un gran compendio de técnicas y procedimientos dispuestos para el tratamiento de las diferentes patologías no implica en sí mismo que estas sean efectivas por el solo hecho de existir, pues bien, se requiere, como en los dos capítulos anteriores, que exista un terapeuta interesado por la salud mental y por la orientación epistemológica, capaz de abordar los elementos técnico como teóricos y aplicarlos en el caso clínico.

Finalmente, de cada una de las perspectivas desarrolladas a la luz de la práctica clínica y del ejercicio riguroso de la investigación a través de la escritura, se puede concluir que independientemente sea la postura teórica con la cual se quiera hacer frente a los diferentes fenómenos patológicos de la actualidad, se identifica un factor común en todos los casos en el que los beneficiarios de estos esfuerzos son y serán siempre quienes acuden en el lugar de pacientes, clientes o analizantes, más allá de la nominación con la que se conciba teóricamente, son quienes portan la experiencia que posibilita el que del lado de la psicología se pueda articular este saber a las más amplias comprensiones y significativas enseñanzas que validan el lugar que ocupamos en la salud mental en tanto no sabemos nada sino es con lo que un paciente está dispuesto a enseñar.

## Referencias bibliográficas

- Aedo, E. (2014) La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. pp. 135-186
- Álvarez, J. M. (2020). *Dos formas, a veces exitosas, del tratamiento de la psicosis (Video)*. Madrid, España. Tomado de: <https://www.facebook.com/watch/?v=286365759116892>
- Anónimo. (sf). Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. Capítulo 13. Tomado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teoper/13.pdf>
- Arias, W. (Diciembre de 2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente. *Unife*. Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015\\_2/W.Arias.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/W.Arias.pdf)
- Aronsohn, S. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Recuperado de: <http://www.psicoterapia.name/VGUIDANO.PDF>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-V*. Recuperado de [https://iramirez.webnode.es/\\_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf](https://iramirez.webnode.es/_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf)
- Asociación americana de psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-5*. Recuperado de: [https://iramirez.webnode.es/\\_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf](https://iramirez.webnode.es/_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf)
- Bados, A. y García, G. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. [https://www.researchgate.net/publication/43436214\\_La\\_Tecnica\\_de\\_la\\_reestructuracion\\_cognitiva](https://www.researchgate.net/publication/43436214_La_Tecnica_de_la_reestructuracion_cognitiva)
- Benavidez, P. (2005). El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Gestalt. *Procesos Psicológicos y Sociales Vol. 1 Año 2005 No. 1*. Ensayos Facultad de Psicología-Xalapa. Recuperado de:
- Bernal, H. A. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano. *Poiesis* 1(18) pp.1-6. Tomado de: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/141/128>
- Carrero, M. (2018). *Insight o "darse cuenta de" ¿En qué consiste?* Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/insight-darse-cuenta-en-que-consiste/>
- Castellanos Orlanzini, R. (2015). *"Melancholy: Female Identity Conflict in Contemporary Mexican Literature"* (Doctoral

- dissertation). Recuperado de: [https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=TC-OTU-70908&op=pdf&app=Library&oclc\\_number=1032937126](https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=TC-OTU-70908&op=pdf&app=Library&oclc_number=1032937126)
- Congreso Nacional de la República de Colombia (2019). *Ley 1090 de 2006*. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados Colombia. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/infografias/info-CNPC-2018total-nal-colombia.pdf>
- Echeverría Fernández, C. (2004). Melancolía: un obstáculo al deseo. *Metaphora*, (3), 39-54. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-06962004000100006#:~:text=Desde%201895%2C%20Freud%20intuye%20que,de%20%22hemorragia%20libidinal.%22.&text=La%20depresi%C3%B3n%20ya%20no%20es,de%20un%20objeto%20de%20amor](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100006#:~:text=Desde%201895%2C%20Freud%20intuye%20que,de%20%22hemorragia%20libidinal.%22.&text=La%20depresi%C3%B3n%20ya%20no%20es,de%20un%20objeto%20de%20amor).
- Estrada, L. (2018) Teorías y métodos- Humanismo. Fundación universitaria del Área Andina.
- Ferrández, F. (2007). La melancolía, una pasión inútil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 169-184. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n1/v27n1a15.pdf>
- Folkman y Lazarus (1986). Estilos y estrategias de afrontamiento. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3712234/>
- Freud, A. El yo y los mecanismos de defensa. Editorial Paidós, 1985
- Freud, S. (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". En *Obras Completas: XII*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1998
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En Tomo XII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas*, 14, 235-255. Recuperado de: [https://usal-psiopatoinfanto.webnode.com.ar/\\_files/200000162-b8ac3b98dd/freud.%20Duelo%20y%20Melancolia.pdf](https://usal-psiopatoinfanto.webnode.com.ar/_files/200000162-b8ac3b98dd/freud.%20Duelo%20y%20Melancolia.pdf)
- Freud, S. (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Recuperado de <http://caece.opac.com.ar/gsd/collect/apuntes/index/assoc/HASHd33f.dir/doc.pdf>
- García, A. (2021). *La terapia cognitiva de Aaron Beck*. <https://psicologiyamente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
- Gorostiaga, D. (2010). *Conferencia 25. La angustia*. Recuperado de <https://psicologiageneralunlp.files.wordpress.com/2010/08/freud-conferencia-25-la-angustia1.pdf>
- Hernández et al (31-03-2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*. Vol. 8(1). [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-18332017000100015](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-18332017000100015)
- Hernández, S. (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, análisis de un caso. [Tesis de licenciada en psicología]. <https://amapsi.org/Imágenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/ciclo.pdf>
- Lacan, J. (1966) "La dirección de la cura y los principios de su poder". En *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.



- Lacan, J. (1972/1992). O semanario, libro 20: Mais, ain-da. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Paidós.
- Lega, L., Caballo, V., y Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. Siglo XXI segunda ed., corregida. México D.F. ISBN 978-968-23-2135-1.
- Márquez, A. (2004, Octubre 18). El goce del síntoma neurótico. *Universo*. Recuperado de <https://www.uv.mx/universo/156/Foro/foro2.htm>
- Martín, A. (2008). Manual práctico de psicoterapia Gestalt. Madrid, España: Desclee De Brouwer S.A.
- Martorell, J. (2008) La psicología humanista. Ed. C.E. Ramón Areces, pp. 155-167.
- Mayo Clinic (2020). Enfermedad tiroidea: ¿puede afectar el estado de ánimo de una persona? <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hyperthyroidism/expert-answers/thyroid-disease/faq-20058228>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión Modificación Clínica*. Recuperado de <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8051.PDF>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión Modificación Clínica*. Recuperado de: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8051.PDF>
- Miracco, M, Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F., Scapatura, M, M, M, M., Elizathe, L y Keegan, E. (2010). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. *Anuario de investigaciones*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946006.pdf>
- Moreno, S. (1998) Cómo Utilizar Diversas Técnicas en la Psicoterapia Centrada en la Persona. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 1 (2). Universidad autónoma de México. Tomado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/22857/21581>
- Navas, José J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (1), 75-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80513105>
- Núñez, A. y Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual*. Universidad de Manizales. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v39n2/v39n2a19.pdf>
- Perls, F. (2003). Terapia Gestalt. México D.F., México: Editorial Pax.
- Pezzano (Julio de 2001). ROGERS SU PENSAMIENTO PROFESIONAL Y SU FILOSOFÍA PERSONAL. *Psicología desde el Caribe*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21300705.pdf>
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. Retrieved April 27, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&lng=es).
- Rogers, C. R. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoterapia, vol. 28. Barcelona: Paidós.
- Terapia de solución de problemas de D'zurilla y Goldfried. (s.f). Recuperado de: [www.magister.es/grado/materiales5/Menciones%20NO%20UCJC/Intervención%20educativa/TEMA%205%20UCJC%20\(1\).pdf](http://www.magister.es/grado/materiales5/Menciones%20NO%20UCJC/Intervención%20educativa/TEMA%205%20UCJC%20(1).pdf)

Urriolagoitia, G. (2012). La estructura de la psicosis como consecuencia de la forclusión del nombre-del-padre. *Ajayu*, 10(2), pp.163-171. Tomado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v10n2/v10n2a03.pdf>

Vásquez, C. (s.f.). Psicoterapia Gestalt: conceptos, principios y técnicas. Recuperado de: <http://www.xtec.cat/~jcampman/tgestalt.pdf>



Universidad  
Pontificia  
Bolivariana


## SU OPINIÓN



Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto.  
La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa  
en el proceso de mejoramiento que realizamos.

Para darnos su opinión, comuníquese a través de la línea (57)(4) 354 4565  
o vía correo electrónico a [editorial@upb.edu.co](mailto:editorial@upb.edu.co)

Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre,  
correo electrónico y número telefónico.



Este libro está conformado por tres capítulos en los que se compilan casos clínicos desde la perspectiva psicoanalítica, cognitivo-conductual y humanista, con el fin de dar a conocer los hallazgos obtenidos en cada uno de sus análisis.