

El Ayudador Necesita Ayuda

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Clínica Psicológica

Melissa Taborda Pérez

Asesora

Constanza Álvarez Sánchez

Magister en Clínica Psicológica

Universidad CES

Maestría en Clínica Psicológica

Medellín- Antioquia

2021

## Tabla de contenido

Datos de identificación .....	4
Introducción y justificación .....	4
Descripción de la implementación del Método Clínico Psicológico .....	6
Condiciones de entrada.....	7
Condiciones de entrada del Paciente .....	8
Condiciones de entrada terapeuta .....	9
Condiciones de entrada del contexto: .....	10
Motivo De Consulta .....	11
Interconsulta .....	11
Consultante.....	11
Objetivos Clínicos .....	12
I Momento.....	12
II Momento.....	13
Cuento.....	13
Vínculo: la obra de teatro: personajes, roles e interacciones .....	17
Obra de teatro.....	21
Transcripción.....	22
Planeación e implementación de acciones.....	25
Acciones.....	26
Evaluación recursiva del proceso .....	33

Cambios en el Paciente .....	35
Marco Teórico.....	38
Conceptualización de Caso .....	39
Pensamientos automáticos .....	40
Creencias intermedias .....	41
Creencias Centrales .....	41
Distorsiones cognitivas .....	42
Teoría de Esquemas de Young .....	47
Operaciones de Esquemas.....	49
Aspectos personales considerados en el proceso .....	52
Aspectos éticos considerados en el proceso.....	53
Discusión y conclusiones.....	54
Aportes al programa .....	55
Bibliografía .....	57
Anexos .....	59
Consentimiento informado para intervención Psicológica .....	59

## **Datos de identificación**

El presente análisis de caso fue realizado por la Psicóloga Melissa Taborda Pérez, con el fin de optar por el título de Magister en Clínica Psicológica de la Universidad Ces. Se realizó bajo la línea de profundización en Psicoterapia con un estudio de caso, con la asesoría y supervisión de la Psicóloga Constanza Álvarez Sánchez, Especialista en Psicología Médica y de la Salud, Magister en Clínica Psicológica.

## **Introducción y justificación**

El presente trabajo fue realizado bajo la selección y análisis de caso único, a un joven que nombrare como “J” quien desde el inicio autoriza hacer pública su historia con fines académicos y en pro de un análisis de caso más. La atención psicoterapéutica se brinda a través de una entidad Prestadora de Salud, en este caso, la IPS del CES ubicada en el Municipio de Sabaneta.

El proceso terapéutico es realizado de manera presencial en el marco de la pandemia por el Covid-19. Se llevan a cabo 8 sesiones, las cuales finalizan a la par con el último semestre académico de la maestría y cierre vacacional de la IPS.

Para iniciar el estudio de caso, se resaltan algunos datos importantes acerca del consultante: Jota es un joven de 21 años, que llega a consulta remitido por médico general del servicio de urgencias, donde es llevado luego de presentar lo que parecía ser un ataque de pánico en medio de uno de sus entrenamientos de fútbol.

Adicional a esto, desde hace 6 meses presenta disfagia, por lo cual no puede comer como lo hacía normalmente, ha bajado de peso y su rendimiento en los entrenamientos también ha

disminuido. Jota no presenta antecedentes médicos y se han descartado factores orgánicos referentes a su disfagia, desde la última revisión con el médico ha estado tomando omeprazol y amitriptilina.

Por otra parte, como punto de apoyo del joven esta su familia nuclear, amigos y el pastor de la iglesia a la cual asiste, quien le recomendó seguir con el proceso psicológico luego de descartar que su bajo estado de ánimo y disfagia tuvieran un origen maligno o fueran producto de alguna “fuerza oscura”.

Del consultante se sabe que es un joven bachiller, entrena fútbol desde hace 7 años y es jugador profesional desde hace 2 años, vive con su madre, hermano menor y padrastro, a quien considera como un padre. El padre biológico de Jota murió cuando tenía 7 años de edad, este evento lo narra como algo poco trascendental y no parece afectarle mucho. Jota describe su familia como casi perfecta “teniendo en cuenta que no hay ninguna familia perfecta”.

Este caso se presenta como una gran alternativa para desarrollar el trabajo de grado, teniendo en cuenta el vínculo terapéutico formado desde el inicio y todos los elementos en el caso que se pueden abordar. Jota nunca había estado en terapia psicológica, sin embargo, asume una actitud muy receptiva y una gran disposición para el trabajo terapéutico. Otro aspecto relevante al escoger este caso para el análisis clínico, fue la seguridad emocional y teórica que tuve al abordarlo.

## **Descripción de la implementación del Método Clínico Psicológico**

El análisis de caso de este trabajo se hace con base en el del Método Clínico Psicológico, propuesto dentro de la Maestría en Clínica Psicológica, la cual enfoca su proceso formativo en el análisis y desarrollo del método en mención, enmarcado en una ontología relativista, paradigmas afines como la epistemología compleja y permeado conceptualmente por un carácter integrativo. Esta fundamentación implica: tener elementos presentes como la aceptación de la existencia de múltiples realidades, incluir al observador en lo observado, la contextualización como factor posibilitador de una lectura comprensiva a través de dimensiones que podrían constituir el proceso, congruencia conceptual, integrar a la persona del terapeuta, entre otros (Jaramillo, 2020).

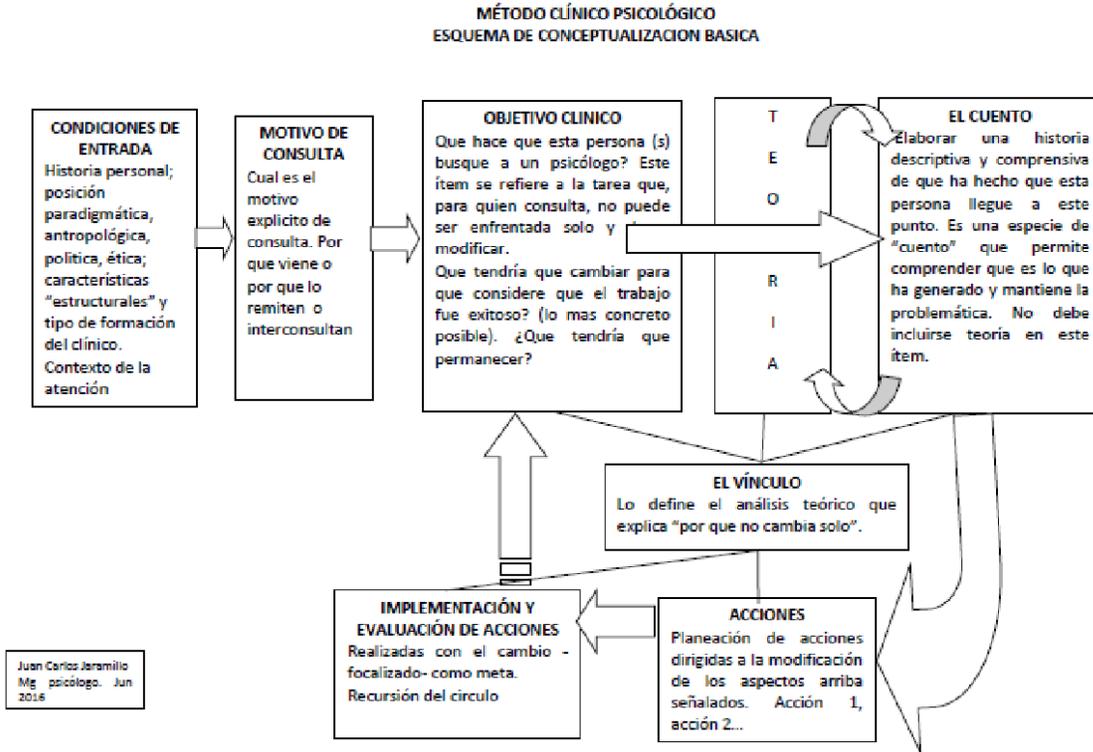
En este método nos lleva a organizar la información para comprender la persona que llega a consulta, y todas las características que el proceso terapéutico conlleva acompañando desde una lógica no patológica cuando es necesario y actuando desde el marco de creencias de la persona que consulta.

En este caso, la clínica entendida como forma de razonamiento trae consigo aspectos cruciales a tener en cuenta, tales como: el proceso, evaluación e intención de cambio, evaluación recursiva del proceso y cumplimiento de objetivos, planeación de tipos de intervención, sustentación teórica (elemento principal para el diagnóstico de enfermedad, aunque un diagnóstico no siempre lleve a un asunto psicopatológico), contextualización y principalmente la comprensión del caso.

A continuación, se expone un esquema que ejemplifica la estructura del Método Clínico, con el fin de dar inicio a la presentación del caso.

**Figura 1**

*Esquema de conceptualización básica Método Clínico Psicológico*



**Condiciones de entrada**

En la implementación del Método Clínico Psicológico la puerta de entrada al análisis clínico psicológico propuesto son las condiciones de entrada que anteceden al paciente, la persona del terapeuta y el contexto de intervención (Jaramillo, 2020).

---

<sup>1</sup> Jaramillo, J. (2020). *Ilustración Método Clínico Psicológico*. Tomado del documento en construcción del Método Clínico Psicológico

## **Condiciones de entrada del Paciente**

Jota es un joven de 21 años de edad deportista y muy saludable, no tiene ninguna enfermedad de base y refiere tener buen rendimiento físico y mental en sus entrenamientos. No obstante, desde hace 6 meses presenta disfagia y síntomas que indican ataques de pánico en diferentes contextos, tales como: presión en el pecho, dificultad para respirar, taquicardia, sudoración y pensamientos intrusivos (“me voy a morir”, “me voy a ahogar”, “me va a dar un infarto”).

El primer ataque de pánico sucedió en entrenamiento, por tanto, fue llevado inmediatamente al hospital, allí un médico que lo evalúa y realiza los exámenes correspondientes, descarta causas orgánicas para dicha sintomatología, le receta amitriptilina y omeprazol y lo remite a psicología.

A partir de allí, Jota comienza a bajar su rendimiento en los entrenamientos y pierde peso por su dificultad para comer, lo cual le genera frustración, impotencia, rabia y tristeza. Más adelante, en la segunda sesión relata los “pensamientos catastróficos”, como el mismo los denomina, que se presentan principalmente cuando él está solo en su casa, menciona que “es como una energía maligna que me dice que me haga cosas malas”, aclara que esos mismos pensamientos llegan en forma de frases o afirmaciones y le da mucho miedo que eso pueda pasar, aunque piensa que nunca sería capaz de hacerse daño como, por ejemplo, golpearse o autolesionarse.

Por otra parte, Jota menciona que, si bien su madre no es muy expresiva afectivamente, siempre le ha demostrado su apoyo y su acompañamiento ha sido indispensable para él en todo

este proceso. También, describe a su padrastro como alguien a quien admira demasiado y resalta el haberse tatuado su nombre “Ismael” como significado de amor y del rol paterno que ha tenido con Jota.

A lo largo de su vida, en el ámbito familiar y social se ha caracterizado por ayudar a los demás. En varias ocasiones expresa: “ahora el ayudador necesita ser ayudado” y destaca la importancia que tiene “tener metas en la vida, saber hacia dónde se va”.

### **Condiciones de entrada terapeuta**

En este apartado se realiza una descripción propia del terapeuta, esencial para comprender aspectos relevantes que puedan estar relacionados o influenciar en el proceso psicoterapéutico. Jaramillo (2020) lo menciona como “reflexionar en torno a las condiciones personales y contextuales que enmarcan la intervención terapéutica y las limitaciones y posibilidades que dimanan de ellas para realizar una adecuada intervención clínica” (p. 147).

Siempre he sido una persona muy empática y sociable, se me hace muy fácil relacionarme y estar al servicio de personas que lo necesiten. Me caracterizo por ser tolerante, comprensiva, abierta a la escucha y con una actitud muy dadora y servicial aprendida de mi madre, atenta siempre a que el otro estuviese bien. En mi familia ocupé un rol de mediadora, y en la vida social y de pareja con un papel de apoyo y sostén emocional. Quedándome sin voz y sin las herramientas necesarias para asumir posiciones o dar argumentos de defensa propia o radical, la ambivalencia siempre ha sido transversal en mi vida. Sin embargo, a partir de mi proceso formativo de pregrado y gracias al proceso terapéutico propio pude sacar fuerzas para expresar mis desacuerdos y entender que no necesito ser complaciente para relacionarme.

Este último aspecto me ha generado más seguridad en mi misma, lo cual es fundamental para iniciar proceso por primera vez de manera presencial en la IPS.

**Condiciones de entrada del contexto:**

Atención psicoterapéutica que se lleva a cabo en la IPS de la universidad CES, ubicada en el Municipio de Sabaneta. El proceso terapéutico es realizado de manera presencial en el marco de la pandemia por el Covid-19. Se llevan a cabo 8 sesiones de terapia cognitivo-conductual, a la 1pm los días lunes de cada semana.

## **Motivo De Consulta**

A continuación, se presenta de manera detallada la clarificación de aquellos aspectos por los que “J” llega al espacio de terapia.

### **Interconsulta**

“Joven remitido a terapia cognitivo conductual por trastorno de ansiedad no especificado”

Paciente asiste al servicio de urgencias desde su lugar de entrenamiento, debido a que sentía “dolor de pecho repentino, dificultad para respirar... me estaba ahogando, pensaba que me estaba dando un infarto”. Luego de descartar causas orgánicas por medio de varios exámenes médicos, es evaluado por una psicóloga del hospital, quien a su vez remite a Jota a terapia cognitivo conductual en la IPS Ces de Sabaneta.

### **Consultante**

Jota dice estar allí porque quiere “dejar de pensar tanto en que algo malo va a pasar, no tener pensamientos catastróficos cuando algo debería ser normal”.

“No sé qué me pasa que no soy capaz de tragar cuando como, me ahogo, y pues por eso mire como estoy de flaco, yo no era así. La comida no me pasa de la garganta, se me cierra, ya varias veces me he visto ahogado”.

Más adelante en la terapia, en el segundo momento del proceso terapéutico, emerge un tercer motivo de consulta referente al proyecto de vida y metas que tiene el consultante. Él

refiere lo siguiente: “quisiera saber qué hacer, cómo consigo los recursos para comenzar con mi proyecto. Cómo hago para que mi mamá y a mi padrastro me apoyen económicamente, ¿usted qué me recomienda?”.

A partir de esto, se comienzan a develar en Jota esquemas que antes no se lograban identificar y se da una apertura a aspectos de sí mismo que permiten un análisis más profundo del caso, el cual se desarrollara más adelante, principalmente en el marco teórico de este trabajo.

### **Objetivos Clínicos**

A continuación, se describen los objetivos clínicos construidos con el paciente, entendidos como aquellos aspectos derivados del motivo de consulta que se plantean con la finalidad de transformar alguna situación de la vida cotidiana del paciente, para promover el cambio que se pretenden realizar en terapia. Éstos objetivo se formulan entre paciente y terapeuta, o por parte del terapeuta hacia el proceso terapéutico (Jaramillo, 2020).

#### **I Momento**

1. Propiciar y mantener un espacio terapéutico seguro, de aceptación y confiable para el paciente que le facilite la continuidad del proceso y el trabajo terapéutico.
2. Disminuir progresivamente los síntomas físicos que le generan malestar y sensación de pérdida de control de su vida
3. Brindar estrategias de reconocimiento y acompañar el desarrollo de nuevas formas de expresar sus emociones y necesidades, en los diferentes espacios en que se relaciona

## **II Momento**

4. Construir proyecto de vida y metas a cinco años<sup>2</sup>.
5. Realizar un cierre terapéutico pertinente y significativo para el paciente.

### **Cuento**

El método clínico a partir del cual se realiza este proceso terapéutico, brinda estrategias como el cuento y la obra de teatro para tener una visión más amplia y una comprensión del caso a partir de las metáforas y de los vínculos que se dan en las relaciones.

El cuento es una forma narrativa, una historia comprensiva para ver qué sentido tiene lo que la persona está viviendo, sus roles en esta historia, qué se puede hacer y qué no permite que se generen cambios. Busca que miremos el contexto haciendo foco en las incertidumbres, cómo el terapeuta ve ese sufrimiento y lo que identifica como conflictivo

Este apartado es uno de los puntos diferenciales de este método frente a los métodos clínicos tradicionales, en los cuales a partir de la sintomatología del paciente intervienen desde un protocolo establecido. Por el contrario, el método clínico psicológico propone comprender los síntomas del paciente desde una historia metafórica de su vida, que permite reunir elementos

---

<sup>2</sup> Objetivo textual del paciente

importantes para intervenir el caso, por tanto, se puede ir nutriendo y modificando durante todo el proceso (Jaramillo, 2020).

### **El Ayudador Necesita Ayuda**

Sin darse cuenta, Jota ya estaba corriendo la maratón de su vida. Tiene su mirada fija hacia adelante, la meta aún no la conoce, él solo corre y corre y parece que está llevando la delantera. Por tramos, algunos de sus competidores lo alcanzan, toman la delantera y él se queda atrás.

Enceguecido por sus oponentes quienes tapan su vista, Jota solo puede ver un lado del camino, seguido a esto, su ritmo se altera, con los oponentes delante de él no puede seguir a la misma velocidad e inmediatamente pierde la respiración, siente que se ahoga y debe parar...

En ese instante llega su entrenadora preocupada (siempre con una expresión plana y seria) a socorrerlo y acompañarlo a seguir caminando hacia la meta, que si bien no saben dónde está, ellos quieren llegar. Mientras el público los motiva a seguir entre cánticos y aplausos, ellos siguen caminando juntos, y eso es lo que realmente importa para Jota, a pesar de no sentirse muy motivado para continuar su entrenadora le brinda seguridad y motivos para seguir, por esto se ha convertido en una gran aliada en la vida de Jota

Jota está acompañado por ella en toda la carrera, y aunque no le dice qué debe hacer ni le brinda una voz de aliento, con sus actos él se siente apoyado, la admira enormemente y esto lo hace más fuerte. Por lo anterior, Jota se empeña en demostrarle todas sus capacidades, mostrando como una persona madura y centrado en sus metas y convicciones, antes de cada carrera no se

muestra ansioso y al finalizarla evita mostrar toda su fatiga, además de esto, siempre está atento y disponible para todos sus compañeros de la misma manera en la que su entrenadora lo está, particularmente, para uno de sus otros compañeros llamado Kevin.

Kevin es algo menor que Jota, se caracteriza por ser sumamente “relajado” y “despreocupado por todo”, si bien llevan una buena relación Jota siempre trata que su compañero tenga un mejor rendimiento en los entrenamientos y no le parece justo que la entrenadora se preocupe tanto por él ya que este de alguna manera no lo merece por su comportamiento y falta de empeño. El patrocinador, una persona a quien Jota admira y aprecia mucho, en repetidas ocasiones le ha llamado la atención a Kevin por su falta de disciplina y a la entrenadora por permitirle y cubrirle a éste tantas faltas, sin embargo, todo sigue igual.

Jota continua con sus entrenamientos, cada vez más cansado por todo el esfuerzo utilizado con Kevin y la frustración generada por la actitud de su entrenadora hacia Kevin, lo cual lo estaba afectando más de lo que el imaginaba pues trataba de no darle trascendencia a esta situación. Un día, debido a la fatiga acumulada y malestar emocional por ocultar sus sentimientos al respecto, Jota se descontrola en una competencia, pero en esta vez las consecuencias fueron casi fatales. Al ser llevado al servicio de urgencias del hospital, los médicos le dicen que debe suspender sus actividades por un tiempo para guardar reposo, y Jota acepta sin ningún inconveniente.

Al pasar los días Jota logra descansar, pero no siente ninguna mejoría, por tanto, decide buscar ayuda con otros saberes sin obtener respuestas a lo que le estaba pasando. En una de las visitas de su entrenadora, esta le recomienda buscar ayuda espiritual y Jota, entusiasmado por

tener una nueva posibilidad hacia su mejoría comienza a asistir a cultos espirituales cerca de su casa, allí crea un gran vínculo con el pastor y siente un gran alivio emocional.

Semanas más tarde, Jota sigue sin energía y bajo de peso. No hay una explicación médica para esto ya que todos los resultados de sus exámenes dan cuenta de una persona con óptimo estado de salud, por tanto, el pastor le realiza una sanación y descarta que haya en él alguna fuerza maligna. Con todo esto, Jota queda tranquilo al tener la certeza de su pastor, el cual afirmaba que su malestar no era del orden espiritual y decide iniciar un entrenamiento personalizado para ponerse en forma nuevamente.

Jota decide buscar una entrenadora personal que tenga nuevas estrategias , a pesar de las dudas que mantenía la consultarla, ya que sus síntomas estaban volviendo y esto lo asusta demasiado al sentir que nuevamente estaba perdiendo el control. Con su entrenadora personal aprende temas de su interés y cada vez avanza más hacia las respuestas que tanto buscaba, pues las charlas iniciales se convirtieron en un camino para iniciar su propio proceso personal, comprender lo que antes no veía y tomar decisiones trascendentales para su vida.

A partir de esto, Jota se da cuenta del papel que tiene en sus entrenamientos y el tipo de competencias que quiere seguir haciendo, por ende, decide cambiar su lugar de entrenamiento y su relación con Kevin y la entrenadora. Ellos se siguen llevando bien, pero ahora Jota sabe que no es su deber formar a Kevin ni ser como su entrenadora.

La entrenadora personal valido en todo momento los aprendizajes y las intenciones de su entrenadora inicial y las demás personas que lo rodeaban, así como sus esfuerzos personales por responder a todas las demandas de su contexto. La actitud amable, cálida de la entrenadora le

permitió encontrar un espacio de validación en el cual podía ser el sin pretensiones, donde no tenía que ganar puntos para ser aceptado y reconocido y de esta forma aprendió a relacionarse y vincularse desde un lugar diferente a la necesidad de reconocimiento.

### **Vínculo: la obra de teatro: personajes, roles e interacciones**

Con base en el Método Clínico Psicológico hay un eje que posibilita la lectura recursiva, entregando a su vez el sentido del proceso y es lo que se denomina vínculo, el cual, actúa como centro por medio del cual gira el análisis del caso (Jaramillo, 2020).

### **Apego**

El apego es un vínculo creado por un bebé con su cuidador principal. El tipo de apego dado dependerá de la relación entre el niño y su cuidador, y cómo éste último responde a las demandas del primero. Este vínculo, es una construcción mental que nos permite ser lo que somos y su objetivo es poder autorregularnos para mantener la calma y sobrevivir. De acuerdo a lo anterior, se marcarán las pautas de relacionamiento del bebé en su entorno, en las relaciones interpersonales y consigo mismo. En este sentido, para entender la lógica de la persona que consulta, hay que entender las dinámicas de su familia.

Acorde a los patrones de relacionamiento encontrados en Jota, su apego es ansioso ambivalente o ansioso elusivo como lo llamó Bowlby, caracterizado principalmente por la incertidumbre de no saber cuándo su principal figura significativa estará disponible. Por el

contrario, al haber una figura de apego accesible proporcionará seguridad y fortalecerá el vínculo para seguir con dicha relación (Bowlby, 2009).

Jota es un joven bastante maduro para su edad, tal como se expone en la obra de teatro, dentro de su familia asume un rol normativo y de adulto, sin embargo, como se relata a continuación, debido a la vulnerabilidad y crisis emocional en que se encuentra, activa su estilo de apego presentando episodios de ansiedad por separación. A esto, Bowlby señala que, en algunos casos para crear una impresión de madurez se suprime la ansiedad por separación (Young et. al, 2013), por tanto, esta afirmación da cuenta de la inhibición emocional que Jota ha aprendido de su figura materna y ha mantenido para conservar su rol de persona adulta y madura.

### **Transcripción**

#### **Alianza terapéutica**

**“La terapia equivale a declarar la guerra al esquema. El terapeuta y el paciente establecen una alianza para derrotar al esquema” (p. 138)**

La alianza terapéutica es el vínculo creado entre paciente y psicoterapeuta, por tanto, es fundamental en psicoterapia, puesto que genera un efecto positivo en la terapia y altas posibilidades de cambio. Para establecer dicho vínculo, Bordin (1979) citado por Andrade (2005) establece tres dimensiones de la alianza terapéutica, la primera trata sobre el lazo personal entre paciente y terapeuta, destacando la empatía, confianza y aceptación, la segunda, se basa en los acuerdos construidos respecto a las metas de trabajo y la tercera, el acuerdo dado acerca de las tareas terapéuticas.

Con Jota, desde el inicio se formó una muy buena relación terapéutica, en la cual, hubo apertura y receptividad por parte del consultante, siendo esto algo importante teniendo en cuenta cierto grado de inhibición emocional y desconfianza por parte de Jota en las relaciones interpersonales. En una de las sesiones dice que “no se puede confiar en todo el mundo, yo por eso elijo muy bien con quien me junto y a quién le cuento mis cosas”.

En esta relación terapéutica, estuvieron presentes características por mi parte que ayudaron el proceso. Según Beck (2000), hay cinco aspectos cualidades que los terapeutas deben tener ya que “facilitan” el proceso, al tiempo que lo hace más. Estos son calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia.

Así mismo, para complementar la lectura del proceso de vínculo realizado en este caso, el modelo tripartito resulta acorde debido a que plantea los pasos por los cuales se fue construyendo el vínculo en esta relación terapéutica. Al respecto, Gelso y Carter (1985) proponen que la relación de ayuda puede conceptualizarse en tres niveles: la relación real (relación auténtica y genuina), la relación irreal (transferencia) y la alianza de trabajo, explica al inicio de este apartado.

En el proceso con Jota, la alianza terapéutica fue lo primero en construirse, sin embargo, esta relación debía seguir creciendo para poder avanzar en la terapia. Después de establecerse una alianza terapéutica, aparece en el proceso la transferencia, que hace parte de la relación irreal entre paciente y consultante. Esto se logra evidenciar en expresiones como: “le iba a traer un regalito y se me olvido”, “no sé si me puedas dar tu numero o correo para tenerlo por si acaso”,

“necesito su consejo”, “no se usted que piensa o que debería hacer”, entre otras expresiones indicadoras del progreso en el vínculo terapéutico, crucial para los cambios posteriores.

Finalmente, la relación real comenzó a formarse luego de percibir una transferencia y comenzar a producir cambios sintomáticos positivos referentes a su motivo de consulta principal, es decir, Jota ya no presenta problemas para comer. La terapeuta a través de su actitud cálida y compasiva, le enseña que ese espacio está abierto por ser el mismo y no tiene la necesidad de llevar o acumular puntos para ser aceptado. Al hacer la retroalimentación frente a este aspecto, Jota comprende como en su vida siempre estaba tratando de complacer a los otros y ser reconocido en la medida que cumplía las expectativas de los demás. Este fue el primer paso para iniciar un vínculo diferente desde la aceptación de sí mismo .

Jota comienza a mostrarse más abierto para expresar sus sentimientos, desde esto, como terapeuta sentí la relación más genuina y más real en la medida en que cada una de mis percepciones e interpretaciones hechas fueron acordes a lo que sucedía y sentía Jota. Todo esto, permitió que la autenticidad de la relación terapéutica propiciara un reencuadre en el proceso y nuevos objetivos para un segundo momento de la terapia, el cual estaría en el marco de una alianza de trabajo sólida y, por ende, el proceso terapéutico se fortalecería aún más.

Para terminar, vale la pena resaltar que el proceso terapéutico a pesar de ser corto, fue de gran trascendencia para Jota ya que pudo experimentar cambios significativos frente a la disminución de su malestar tanto físico como emocional.

## Obra de teatro

La obra de teatro es una descripción del mundo relacional del paciente y terapeuta, este apartado posibilita comprender la alianza terapéutica, los personajes, sus roles y el problema o malestar desde la perspectiva del paciente. En este sentido, Jaramillo (2020) hace énfasis en esta trama vincular al decir que

Dentro de la perspectiva interaccionista, la relación con los otros es el insumo esencial para comprender los significados que damos a todos los aspectos de la vida, entendiendo que en ese relacionamiento las personas ocupan un lugar dentro de las tramas vinculares en las cuales viven, lugares que pueden ser entendidos como diferentes personajes que desempeñan roles diversos. (p. 164)

Al inicio del proceso terapéutico, Jota describe a su núcleo familiar como un lugar seguro, en el cual cada uno de sus miembros resuelve los conflictos que se puedan presentar de manera asertiva. Su madre es su principal punto de apoyo y su padrastro alguien a quien admira mucho, en cuanto a su hermano menor, la relación no parece ser muy cercana, sin embargo, no se resaltan conflictos importantes en un principio.

Por otra parte, en las relaciones personales, destaca un grupo de amigos muy selectivo, pues según refiere “no se puede tener por amigos a cualquier persona, hay que saberlos escoger muy bien. Por eso unos cuantos son suficientes”.

Según el discurso de Jota y las interacciones que dice tener, se destaca un apego ambivalente con un esquema representativo de inhibición emocional y uno de fracaso, este

último definido por Young (2013) como “la creencia de haber fracasado, de fracasar en el futuro o de ser, básicamente, un compañero inadecuado para los propios amigos en áreas de logro (académico, profesional, deportivo, etc.)”.

### **Transcripción**

P: No tengo un plan de vida

T: ¿Qué implica eso?

P: Uno debe tener metas en la vida, saber hacia dónde va.

T: ¿Y qué pasa si no tienes una meta concreta?

P: Va uno a la deriva, sin saber qué hacer

T: Si eso es así, ¿qué dice eso de ti?

P: Que no sé qué quiero en la vida o que no me importa nada

T: ¿Y qué es lo que más te importa o qué es lo que más te preocupa de eso? ¿Qué es lo que más te gustaría?

P: Pues por lo menos tener uno una casa, un carro, poder vivir bien

T: ¿Y si no tuvieras eso?

P: Está grave uno, porque entonces uno qué hace en la vida

T: ¿Qué harías tú?

P: (se queda pensando)... no sé

## **Transcripción**

P: Yo siempre estoy para los demás, los escucho... ellos siempre me buscan cuando están mal emocionalmente porque saben que yo los escucho y los animo y los aconsejo.

T. ¿Qué pasaría si no estás ahí para ellos?

P: No sé porque nunca lo he hecho jajajaja. Precisamente soy muy selectivo con mis amigos, tengo pocos, pero los que tengo sé que puedo confiar en ellos y ellos en mí.

## **Personajes**

- Entrenadora (madre): La entrenadora es una persona tenaz, gentil pero poco afectuosa, se muestra muy rígida, aunque en realidad es algo temerosa y sensible. Constantemente muestra su afecto y apoyo incondicional a Jota y siente que este ya sabe todo lo que necesita saber para cada competencia. Por otra parte, su relación con Kevin es diferente, siente la necesidad de ayudarlo en cada paso y excusarlo por su bajo rendimiento en cada entrenamiento, donde ella misma sin saberlo influye a que esto pase debido a su condescendencia y permisividad con Kevin.
- Patrocinador (padastro): el patrocinador es una figura que siempre está ahí, la mayoría del tiempo muy neutral. No obstante, cada vez que la ocasión lo amerita interviene de manera muy puntual y asertiva en situaciones que pueden llegar a ser conflictivas.
- Kevin (Hermano de Jota): compañero de entrenamiento inmaduro, indisciplinado y

relajado, a quien Jota trata de guiar y ‘ayudar’ como a todos los demás, pero en este caso no se le hace tan fácil ya que aparece una tercera figura que perpetúa los comportamientos de Kevin en el entrenamiento, además, de alguna manera le roba la mirada de la entrenadora quien es muy permisiva con Kevin, haciendo al mismo tiempo que su compañero no sea entrenado de manera adecuada

- Público general (amigos, pastor y creencias religiosas): son todas aquellas personas importantes en la vida de Jota, algunas veces están como espectadores y otras como parte significativa en sus competencias.
- Atleta principal: Jota es el protagonista de esta historia. Por mucho tiempo ha estado ocultando sus sentimientos y tratando de mantener un rol que aprendió a asumir hace muchos años, dejó de estar para el mismo por estar siempre para los demás y mientras que compensaba guardar sus emociones tratando de gestionar las de otras personas, su cuerpo se iba debilitando.
- Entrenamiento: los entrenamientos hacen referencia a la vida Jota, las dinámicas y relaciones dadas.
- Entrenadora personal: hace referencia a la terapeuta y el espacio de validación que genera para la expresión de sus emociones.
- Competencias: las competencias son esos momentos o situaciones decisivas en la vida de Jota

## **Planeación e implementación de acciones**

Como se describe en el texto del Método Clínico Psicológico (Jaramillo,2020), la planeación e implementación de acciones requiere de la elaboración de un plan de intervención, que permita el establecimiento de metas que den paso a acciones definidas, delimitadas, organizadas, secuenciales, sustentadas, contextualizadas y priorizadas. Esto con el fin dar respuesta al motivo de consulta del paciente y al mismo tiempo promover a la transformación y logro de aspectos problemáticos acordados con el paciente como objetivos terapéuticos.

En el caso de Jota se construyeron cuatro objetivos terapéuticos, tres objetivos en un primer momento y un último objetivo en el segundo momento del proceso, a partir del cual se realiza un cierre terapéutico.

El primer momento de la terapia acoge la mayoría de sesiones, en estas se prioriza la disminución de sintomatología ansiosa con la cual llega el consultante, al tiempo que se dispone el espacio como un lugar cálido, con escucha activa, aceptación y validación del malestar que presenta y su historia de vida. Adicional a lo anterior, se trabaja psicoeducación principalmente sobre la ansiedad y se brindan estrategias para contención y reconocimiento emocional. Finalmente, el segundo momento del proceso emerge en las últimas sesiones y se da a raíz del trabajo realizado, cambios y situaciones circunstanciales de la vida de Jota que posibilitaron nuevas preguntas.

### **I Momento**

1. Propiciar y mantener un espacio terapéutico seguro, de aceptación y

confiable para el paciente que le facilite la continuidad del proceso y el trabajo terapéutico.

2. Disminuir progresivamente los síntomas físicos que le generan malestar y sensación de pérdida de control de su vida

3. Brindar estrategias de reconocimiento y acompañar el desarrollo de nuevas formas de expresar sus emociones y necesidades, en los diferentes espacios en que se relaciona

## **II Momento**

4. Construir proyecto de vida y metas a cinco años.

5. Realizar un cierre terapéutico pertinente y significativo para el paciente.

## **Acciones**

Para los presentes objetivos se plantean acciones, en sus mayorías basadas en conceptos y técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual del libro de Judith S. Beck (2000) y en el libro de Terapia de Esquemas de Young et. al (2013).

**Primer objetivo: Propiciar y mantener un espacio terapéutico seguro, de aceptación y confiable para el paciente que le facilite la continuidad del proceso y el trabajo terapéutico.**

- Para iniciar se realiza un encuadre, que consiste en la explicación de los términos de confidencialidad del proceso terapéutico, las situaciones concretas en las que se rompería la confidencialidad.

- Firma de consentimiento informado establecido por la Institución, agregando la autorización para el uso de su historia clínica, videos y socialización de los mismos en contextos académicos.
- Se validan y normalizan emociones o dificultades relatadas por Jota, brindándole esperanza.
- Se implementa la técnica de psicoeducación con el fin de explicar el modelo cognitivo conductual, la estructura de las sesiones, tareas o actividades que hacen parte de la metodología. Se explica cómo este tipo de terapia es ordenada y que la mejoría se dará en la medida que se comprenda a sí mismo y se resuelvan los problemas que están bajo su control. De igual manera se le explica que se enseñaran y brindaran herramientas que podrá poner en práctica cuando esté solo y así no depender del terapeuta.
- Se pide al final de cada sesión una breve retroalimentación, esto confirmó lo planteado por Beck (1996), con relación al fortalecimiento del rapport, ya que esta acción demuestra interés por lo que el paciente siente, al mismo tiempo que le permitió aclarar cualquier mal entendido.
- Se promueve en el espacio de terapia, la construcción de un apego seguro estando disponible, sensible y accesible con acciones específicas tales como: dar el número de teléfono dejando claras las situaciones o circunstancias en las que podría necesitarlo.
- Destacando la empatía, confianza y aceptación mencionados por Bordin en el marco teórico sobre la alianza terapéutica, se realiza un acuerdo para establecer contacto telefónico en caso de ser necesario.

**Segundo objetivo:** Disminuir progresivamente los síntomas físicos que le generan malestar y sensación de pérdida de control de su vida ). Estas técnicas fueron tomadas del libro de Terapia Cognitiva de Judith S. Beck (1995).

### **Acciones**

- Se explica la escala de control del estado de ánimo: esta técnica se utilizó con el objetivo de ayudar a Jota a evidenciar los diferentes grados de malestar y bienestar durante el día o en situaciones específicas, puesto que al inicio de la terapia su evaluación siempre era negativa. Se le explica entonces, 1 correspondía a sentirse muy bien y 10 como el mayor grado de malestar emocional. Esta técnica de registro se realizaba ante la exposición o relato de diferentes situaciones durante la terapia y se dejó como tarea para registro en casa.
- Se hace después de cada sesión, una retroalimentación a Jota con el fin de presentar nueva evidencia que diera cuenta de su mejoría, su capacidad de autocontrol y rol activo en el proceso. Se fomentó su autonomía, autoestima y autoeficacia.
- Tareas: se le pide realizar los ejercicios de relajación y meditación al despertar y en la noche como mínimo, dado que son los momentos del día en los que se presentaba con mayor frecuencia los síntomas de activación física.
- Realizar una psicoeducación acerca de la ansiedad y los ataques de pánico. Este punto es fundamental teniendo en cuenta la importancia de educar a la persona que llega a consulta y enseñar en cierta medida a ser su propio terapeuta, y hacer énfasis en la prevención de recaídas [acción realizada más adelante en el proceso] (Beck, 20000).
  - Experimentos conductuales: esta técnica fue muy útil para evaluar tanto

pensamientos automáticos como creencias intermedias.

- Identificar pensamientos automáticos que más le generan malestar.
- Identificación de situaciones percibidas por la paciente como amenazantes, por medio del planteamiento sobre qué es lo peor que podría pasar, con el fin de descatastrofizar las anticipaciones negativas que generaban previamente que Jota evitara situaciones. En conjunto con esta técnica, se hacían preguntas para encontrar evidencia que reforzaba pensamientos disfuncionales y creencias.
- Enseñar a Jota en varias sesiones terapéuticas, técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva (Benson, 1975; Jacobson, 1974 citado por Beck, J. 2000) para situaciones de estrés y situaciones de ansiedad.

Este punto fue muy significativo y fácil de poner en práctica, ya que Jota previamente ha asistido a varias clases de yoga, además, por ser deportista tenía conocimientos básicos de otras técnicas de respiración. Al respecto, Jota refiere que “esta forma de relajación me gusta mucho y la he puesto más en práctica, porque, aunque ya tenía conocimientos de otras maneras de respirar, nunca las había ensayado fuera de los entrenamientos o clases de yoga”.

Aunque no se logró abarcar suficientemente este aspecto debido al tiempo en el que se debió hacer cierre por causas institucionales, este tipo de técnicas (por ejemplo, técnicas de mindfulness para aprender a respirar y relajarse centrándose en el aquí y el ahora) resultan demasiado útiles combinadas con la psicoterapia.

- Construir tarjetas de apoyo; Las tarjetas de apoyo son fichas pequeñas que el paciente puede tener a la mano, para que las lea en cualquier momento del día que lo necesite. Estas tarjetas pueden tener por escrito pensamientos automáticos o creencias centrales con una respuesta o alternativa funcional al reverso de esta. Otra opción se basa en estrategias conductuales para situaciones específicas y, por último, instrucciones para animar o activar al paciente (Beck, 2000).
- Descubrimiento guiado: Teniendo en cuenta la alianza de trabajo construida, se utiliza el dialogo socrático para encontrar, junto con el paciente, nuevas alternativas para ver las situaciones.

**3. Acompañar el aprendizaje de nuevas formas de expresar sus emociones y necesidades, en los diferentes espacios en que se relaciona. Estas técnicas fueron tomadas del libro de Terapia Cognitiva de Judith S. Beck (1995).**

- Se realizó entrenamiento en emociones, identificación y manejo, resaltando en las funciones de cada una para que se permita sentirlas y experimentarlas de manera sana, para finalmente regularlas de manera adecuada
- Desde el inicio es importante hacer hincapié en los pensamientos automáticos ya que son características más asequibles a identificar al inicio del proceso, por tal motivo “el terapeuta enseña al paciente a reconocer, evaluar y modificar sus pensamientos para lograr un alivio de los síntomas y disminución de esas emociones que evalúa como negativas.”

En consecuencia, escribir un diario de autorregistro de pensamientos disfuncionales

resulta pertinente para el trabajo terapéutico con Jota.

- Distracción cognitiva y detención del pensamiento.
- Dramatizaciones: esta técnica si utilizó con el fin de aprender y practicar nuevas habilidades sociales. En Jota se evidenciaban ciertas habilidades sociales deficientes, puesto que mantenía un estilo de comunicación que no era funcional e todos los contextos, logrando ser amable y empático, sin embargo le costaba poner límites y expresar su inconformidad o necesidades frente a los otros.
- A través de la imaginación guiada Jota rememora situaciones en las cuales, ha sentido ataques de pánico y crisis de ansiedad, y a partir de allí comienza a identificar pensamientos y emociones ligados a ese recuerdo, adicional a esto, se plantean estrategias para manejar la situación, tales como respuestas coherentes a esa situación y alternativas realistas a lo que podía haber pasado. Jota comienza a respirar conscientemente y dice. “me imaginé que lo peor que pensaba que podía pasar no pasó, y eso me da mucho alivio”.

## **II Momento**

**Cuarto objetivo: Construir proyecto de vida y metas a cinco años.**

### **Acciones**

- Toma de decisiones: para Jota era difícil tomar decisiones, ya que constantemente se acomodaba a las necesidades de los demás y estaba a la espera de la validación de otros.

- Experimentos conductuales: nuevamente esta técnica le facilita a Jota a comprobar directamente la validez de pensamientos o presunciones.
- En la siguiente consulta, previa al cierre terapéutico surge nuevamente la pregunta por el rol de Jota en su familia, la relación que tiene él con su hermano y madre. Por tanto, esta sesión es dada a través del dialogo, explicando el rol de cada miembro de su familia y cómo las maneras de vincularse se integran en una dinámica familiar en la cual él tiene un lugar, y a partir de esto, debe elegir desde dónde seguirá tomando decisiones y relacionándose.

**Quinto objetivo: Realizar un cierre terapéutico pertinente y significativo para el paciente.**

### **Acciones**

Para cerrar el proceso, se realiza una retroalimentación en la cual se refuerza los cambios que se han logrado y lo aprendido en la terapia, también se plantean dificultades que puedan aparecer en el futuro y se proponen alternativas de solución.

Finalmente, para ampliar y tener presentes los recursos con los que Jota cuenta se recomienda crear un Kit de emergencias psicológicas, estrategia propuesta para prevenir y contener principalmente posibles crisis de ansiedad. El kit consta de un grupo de herramientas construidas según las preferencias y necesidades del consultante, en el caso de Jota, él realiza una lista con las siguientes opciones presentadas en la tabla 1.

### **Tabla 1**

*Estrategias psicológicas construidas con el paciente para contención de crisis*

---

### **Kit de Emergencias Psicológicas**

---

Lista de canciones para relajarme	Hablar con mi mamá
Lista de canciones para subir el ánimo.	Llamar a un amigo
Lista de películas cómicas	Ir a entrenar
Tarjetas de apoyo	Ir al culto/hablar con el pastor
Hacer ejercicio	
Meditar	

---

### **Evaluación recursiva del proceso**

Este apartado del Método Clínico Psicológico es crucial para la evaluación del caso y, en este trabajo, se convirtió en una herramienta esencial para detectar puntos claves en el análisis que permitieron desestancar el proceso y darle un nuevo giro. Para Jaramillo, Escobar y Sandoval (2015) esta lógica del método clínico psicológico “no reduce sus posibilidades teóricas a un saber específico, sino que facilita formas de conceptualización e intervención diversas que apuntan a una mayor comprensión del fenómeno, precisamente, desde diversas orillas.”. (p. 150)

Posterior a la implementación de acciones, son evaluados los logros alcanzados y el impacto en los procesos y etapas de cambios acorde a los objetivos propuestos. Este análisis responde a una “lógica tipo bucle recursivo, esto es, no puede considerarse nunca un proceso cerrado y siempre será revisado una y otra vez” (Jaramillo, 2020, p. 182).

Para realizar la evolución recursiva de este caso se tomó como base los procesos y etapas de cambios propuestos por Prochaska, DiClemente y Norcross (1984). Sus características indican principalmente la efectividad del proceso y qué acciones son pertinentes en cada momento, teniendo en cuenta la etapa donde se encuentre el paciente.

A continuación, se describen brevemente las etapas y procesos de cambio basados en el modelo de Prochaska, DiClemente y Norcross (1984).

**Precontemplación:** la mayoría de personas en esta etapa no son conscientes ue tien un problema o lo niegan. Generalmente cuando llegan a terapia es debido a alguna remisión o por insistencia de personas cercanas.

**Contemplación:** Las personas saben que hacen parte del problema y saben que deben cambiarlo, aunque aún no estén listas para hacerlo.

**Preparación:** Comienzan a realizar pequeñas modificaciones o alternativas a conductas, pensamientos o acciones disfuncionales o que les causa malestar, sin embargo, no hay un cambio completo respecto a la acción. Es un inicio de la siguiente etapa.

**Acción:** Como su propio nombre lo describe, es la etapa en la cual la persona se moviliza hacia lo que termina con su malestar. Las transformaciones dadas a nivel personal y relacional suelen ser evidentes, por tanto, toman tiempo y esfuerzo.

**Mantenimiento:** prevención de recaídas. Aquí se trabaja para mantener los cambios logrados en las etapas anteriores.

Jota lleva a terapia en una etapa de contemplación, es decir, él sabe que debe hacer algo

para cambiar el malestar que está sintiendo, aunque aún no internaliza qué es y qué rol cumple en todo esto, “necesito espacio para mí mismo, ahora no debo estar para los demás sino para mí.”

En el segundo momento de la terapia, Jota transita entre dos niveles de cambio, preparación y acción, ya que sabe lo que debe hacer y comienza a realizar cambios (como de describe a continuación) para transformar su malestar y sentirme mejor.

### **Cambios en el Paciente**

#### **Transcripción**

P: “Esta semana estuvo un rato solo en mi casa.”

T: “¿y cómo te fue?”

P: “Bien, bien -lo dice con una sonrisa de orgullo-.”

T: ¿Qué hiciste ese tiempo a solas? ¿cómo te sentiste... qué pensamientos te llegaban?

P: “Pues al principio me empezaron a bombardear esos pensamientos malos, como que me iba a empezar a desesperar, pero me tranquilicé, respiré, me puse a escuchar música me distraje y me empecé a sentir mejor.”

T: ¿Sentías miedo? o ¿cómo te sentiste cuando te llegaron esos pensamientos?

P: Si, me daba miedo pensar que me iba a poner mal. Pero aaj, yo dije: miedo de qué, qué me va a pasar. Como hablábamos la otra vez, entonces ahí fue que controlé y me puse a hacer otras cosas y ya, se me fue pasando.

## **Transcripción**

P: No tengo un plan de vida

T: ¿qué implica eso?

P: Uno debe tener metas en la vida, saber hacia dónde va.

T: ¿y qué pasa si no tienes una meta concreta?

P: va uno a la deriva, sin saber qué hacer

T: si eso es así, ¿qué dice eso de ti?

P: que no sé qué quiero en la vida o que no me importa nada

T: ¿y qué es lo que más te importa o qué es lo que más te preocupa de eso? ¿Qué es lo que más te gustaría?

P: pues por lo menos tener uno una casa, un carro, poder vivir bien

T: ¿y si no tuvieras eso?

P: está grave uno, porque entonces uno qué hace en la vida

T: ¿qué harías tú?

P: (se queda pensando) ... no sé.

Otros cambios significativos presentes en su rutina diaria:

- Dormía mejor, por tanto, su calidad de sueño mejoró y ahora no necesita utilizar amitriptilina (receta inicialmente por el médico general por su dificultad para conciliar el sueño).
- Malestar emocional, antes sentía mucha ansiedad todos los días. Ahora, solo presenta episodios cortos de ansiedad 2 o tres veces en la semana.
- Antes no podía quedarse solo en su casa, ahora aplica diversas estrategias para manejar la ansiedad generada por quedarse solo en su casa y lo disfruta.
- Progresivamente ha mejorado la ingesta de alimentos, sobretodo alimentos sólidos.
- Llega temprano a consulta y solicita las citas de manera oportuna.

En el segundo momento de la terapia, al realizar nuevamente una evaluación del proceso emerge una identificación con el ciclo interpersonal del paciente, esto conlleva a resignificar mi rol como terapeuta y permite hacer una lectura diferente del rol de Jota en su familia.

La intervención desde la teoría de esquemas utilizada en el marco del método clínico psicológico, también considera la posibilidad de que ocurra una contratransferencia, por ende, en la conceptualización de la alianza terapeuta recomienda revisar con cautela las sensaciones personales resultantes del análisis de esquemas y sus operaciones, para

detectar o identificar las posibles contratransferencias que se puedan presentar (Rodríguez, 2009).

Este hallazgo se logra identificar en la evaluación de las condiciones de entrada. Allí, gracias a un insight ocurrido en el proceso terapéutico personal, se hace una revisión de mi ciclo interpersonal con características similares a las de Jota, esto evidencia cómo quedaba enganchada en su dinámica obstaculizaba la terapia, ya que me impedía abarcar una visión amplia y tener más alternativas que dieran respuestas a su malestar.

Como terapeuta tendemos a inclinarnos al deseo del paciente, y en este caso, más allá de la empatía generada con Jota esta ‘identificación’ sesgaba el proceso al limitar el análisis por fuera de lo que veía el paciente.

### **Marco Teórico**

Este apartado está compuesto por las teorías utilizadas para el desarrollo conceptual de este trabajo, lo cual permitió plantear acciones pertinentes de acuerdo a la comprensión del caso y objetivos propuestos, además, gracias a los conceptos tomados se logró tener una visión y estructura más adecuados para el proceso. Por tanto, este marco teórico “consiste en implicarse en un dialogo con la siempre cambiante situación clínica, dialogo mediante el cual se comprueba, adquiere cuerpo y se modifica contiguamente la teoría existente” (Safran y Muran, 2000 citados por Jaramillo, 2020).

En este sentido, la teoría nos prepara para identificar aspectos que antes no se lograban ver, nos guía para cambiar y al tiempo ampliar nuestra percepción y análisis desde dónde puedo

leer quién es la persona que llega a consulta, también ayuda a construir el proceso de psicoterapia.

De tal manera, en el método clínico se acude a ella luego de tener un acertamiento más comprensivo del caso, de manera que el marco de referencia a utilizar sea pertinente para la intervención. Tal como lo expone Jaramillo (2020) “la teoría no debe ser utilizada como el centro del trabajo terapéutico, sino como un medio para alcanzar la comprensión de los fenómenos que emergen en dicho proceso en la trama vincular” (p. 174).

### **Conceptualización de Caso**

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Beck (2000) concuerda con lo anterior planteamiento que los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. Así pues, en un sentido muy general cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento, se puede considerar como una terapia cognitiva. Una de las finalidades de este modelo de intervención en psicoterapia

no está en curar al paciente sino en ayudarlo a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para que pueda llevar a cabo su vida y su trabajo de forma satisfactoria. La idea fundamental es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo. (Caro, 2009, p. 138)

Al iniciar, en las primeras dos consultas se identifican pensamientos automáticos derivados de creencias intermedias y aspectos relevantes que se evaluarán más adelante, “esas

creencias se pueden clasificar en dos categorías: las creencias intermedias (compuestas por reglas, actitudes y presunciones) y las creencias centrales (ideas globales rígidas y absolutas acerca de uno mismo y/o los demás)” (Beck, 2000), que si bien al principio no se lograron dilucidar, más adelante en el proceso éstas van siendo claras, en parte, gracias a tareas cognitivas como el autorregistro de pensamientos propuesto en las primeras sesiones.

### **Pensamientos automáticos**

Son pensamientos cortos que aparecen de manera fugaz y muy posiblemente no se toma conciencia de ellos, generalmente se toman como afirmaciones y suelen confundirse con las emociones manifiestas por dichos pensamientos (Beck, 2000).

Estos pensamientos son resultado de nuestra estructura cognitiva, se presentan de forma verbal, con ideas, conclusiones o interpretaciones que aparecen automáticamente como pensamientos sin ningún razonamiento anterior que explique su formación. Son involuntarios, es decir, que así la persona quiera eliminarlos o sustituirlos, no puede hacerlo (Caro, 2009).

Desde el primer encuentro, Jota presenta múltiples pensamientos automáticos que él denomina como catastróficos y lo mantienen constantemente con altos niveles de ansiedad y malestar emocional.

- “Me aterró de pensar que había algo que me podía hacer daño, aunque yo estaba bien, me dio mucho miedo y quedé muy mal solo de pensar lo que me hubiera podido pasar”.
- “Siempre me imagino lo peor, en todo veo una catástrofe. Para pasar una calle ya pienso que un carro me va a matar”.

- “El ayudador terminó necesitando ayuda”.
- “Si no tenemos metas en la vida, entonces qué hacemos”
- “Dios tiene un plan para todos, entonces no me debería andar preocupando tanto sobre qué voy a hacer después”.

### **Creencias intermedias**

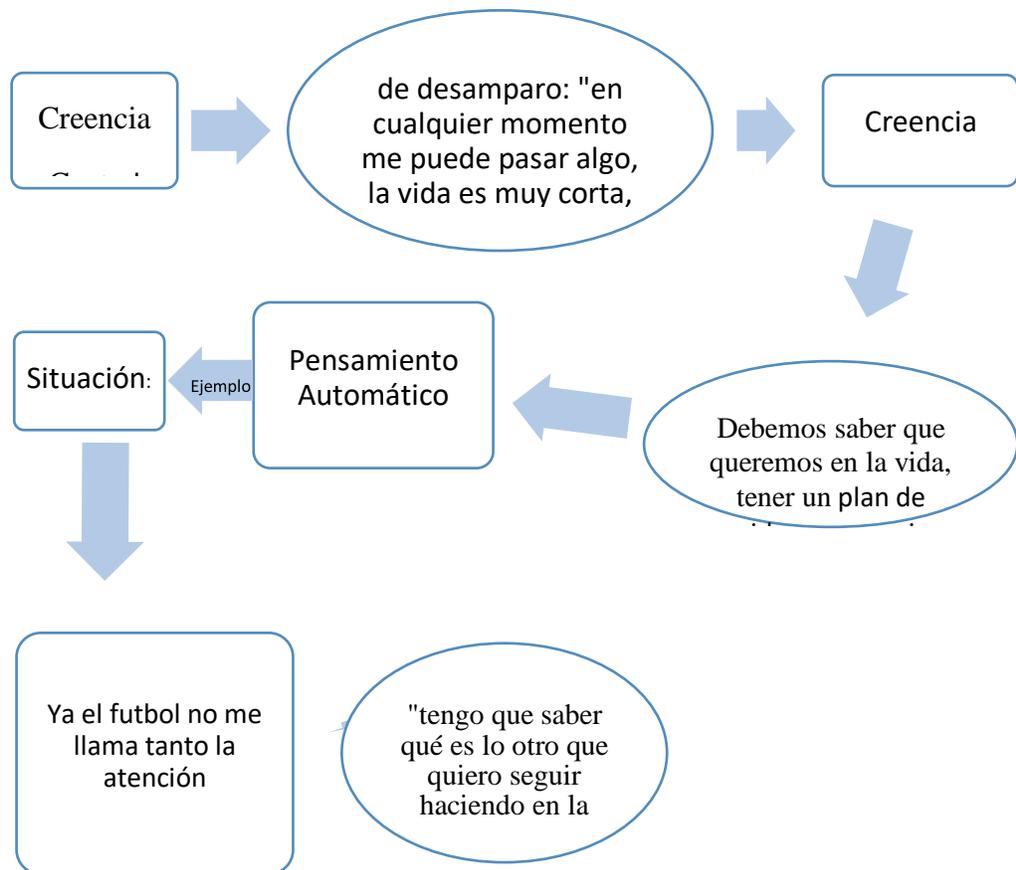
Las creencias intermedias consisten en actitudes, reglas y presunciones comúnmente no expresadas (Beck, 2000). En Jota se identificaron con las siguientes afirmaciones:

- Actitud: “Uno debe estar centrado en la vida, saber hacia dónde va, porque sino no tiene sentido hacer lo que uno hace, sería hacer las cosas por hacerlas, sin una meta hacia dónde dirigirse y que las cosas no sean en vano”.
- Regla: “Tengo que buscar cómo empezar los proyectos que quiero. Mi mamá y mi padrastro me deberían ayudar, igual sería un préstamo, porque después cuando haya arrancado el negocio yo se los devuelvo”.
- Presunción: “si logro lo que me propongo, uno puede vivir más tranquilo (...) si no es así la gente pensará que uno no sirve para nada –se ríe- pues, yo sé que yo sí sirvo para algo, pero si me entiende...”

### **Creencias Centrales**

Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos, que son las

palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, son, en cambio, específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición. (Beck, 2000, p. 34)



### **Distorsiones cognitivas**

Las distorsiones o sesgos cognitivos son similares a los pensamientos automáticos ya que llegan de manera momentánea, sin ningún razonamiento a priori. Dichos sesgos, son errores en

el procesamiento de la información que ayudan a mantener las creencias disfuncionales en las personas, en su manera de ver en mundo y en los sesos consigo mismos (Caro, 2009).

La siguiente lista de distorsiones cognitivas manifiestas en Jota durante el proceso terapéutico, son seleccionadas del libro Terapia Cognitiva de Judith Beck (2000). Vale la pena destacar que los esquemas de Jota están más organizados alrededor de experiencias positivas que de vivencias negativas o creencias disfuncionales, por tanto, las distorsiones cognitivas presentes no son tan inflexibles, con mecanismos de afrontamiento cognitivos que le han permitido procesar la información de manera notan disfuncional

- **Pensamiento catastrófico:** Predicción negativa del futuro, descartando otras posibilidades.

### **Transcripción**

P: Pienso que si como me voy a ahogar, si me entiende

T: Ya estas predispuesto...

P: Si, la otra vez donde no esté mi padrastro ahí no sé qué hubiera pasado, el me cogió – hace una demostración de la escena- y me ayudó a desatrancarme, o si no me hubiera ahoga ahí o yo no sé.

T: ¿Pasa lo mismo cuando comes despacio y alimentos blancos o líquidos?

P: Pues así me da dificultad tragar, pero no me ahogo

- **Catalogar:** asignar una etiqueta general a sí mismo o a los demás sin tener en cuenta las

pruebas que la cuestionan.

### **Transcripción**

P: Mi hermano es muy relajado, yo no sé qué piensa de la vida. mi mamá es muy permisiva con él.

T: ¿A qué se dedica tu hermano?

P: A nada, ya terminó de estudiar y no quiere hacer nada, todavía no sabe que estudiar. No sirve pa nada.

T: ¿Qué piensas que debería hacer él?

P: Pues al menos que se ponga a trabajar o algo. Mi padrastro le va a sacar la licencia para que trabaje en el carro, pero naah, él quiere el carro es para andar por ahí con los amigos.

- **Leer la mente:** creencia de que sé con seguridad lo que otras personas están pensando.

Generalmente esta distorsión se da como una proyección, es decir, deseos y pensamientos propios puestos en los demás.

### **Transcripción**

P: Todos tienen un buen concepto de mí.

T: Si decidieras no seguir siendo futbolista y no estudiar en la universidad como me lo has dicho en otra ocasión ¿piensas que ese concepto cambiaría? Digamos que por azares de la vida el proyecto de montar tu barbería no se da en este momento ¿Qué pasaría?

P: Jum, pues algo me pondría a hacer o sino pensarán que no sirvo para nada.

- Afirmaciones del tipo “debo” y “tengo que” (también llamadas deberías o imperativos):  
Idea rígida sobre lo que se debe hacer y observar, magnificando lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

P: Uno tiene que tener varias opciones para hacer, varios proyectos

- **Visión en forma de túnel:** solo ve los aspectos negativos de alguna situación.

Esta distorsión se activa en Jota en las ocasiones que tuvo desbordada la ansiedad, si bien es un síntoma común en las crisis de ansiedad y ataques de pánico, en esos episodios se generaliza en otros contextos. A nivel general, Jota es un joven bastante optimista y con buena capacidad de resolución de conflictos.

## **Transcripción**

P: Cuando me empiezo a poner ansioso me da mucho miedo, porque pienso que me va a dar algo, que voy a estar mal otra vez.

Si estoy entrenando, me comienzo a agitar, y así este bien, ya pienso que algo malo va a pasar, la respiración se me comienza a entrecortar

Alrededor de la tercera sesión, comienzo a identificar esquemas en Jota y aspectos importantes en su manera de relacionarse más allá de los vínculos seguros y las demás características funcionales que se destacaban en su discurso. A partir de ahí, logró definir con certeza sus patrones vinculares, al tiempo que se logra solidificar la alianza terapéutica, pues si

desde la primera sesión se crea una relación empática y auténtica, más adelante, se desarrolla una confianza y aceptación genuina por parte del paciente.

En la cuarta sesión, Jota refiere que su vida social no es muy activa, si bien antes no iba a paseos o reuniones entre amigos por sus compromisos de fútbol, ahora tampoco lo hace, según dice él “por la falta de energía, causado por no poder comer bien”. Adicional a esto, Jota expresa que la disfagia que presenta disminuye en un gran porcentaje cuando está rodeado de amigos y familia en un espacio exterior.

### **Transcripción**

P: Cuando estoy acompañado, en ambientes abiertos estoy más entretenido, entonces, aunque igual me da susto, no se me dificulta tanto tragar.

T: ¿Esto te pasa con algunas personas en específico?

P: No, en general cuando estoy con mis amigos, con mi mamá o con mi abuela... todos me apoyan y me animan para que esté mejor. Porque igual me ven como estoy de flaco, yo he bajado 10 kilos, por eso ya no tengo la misma energía de antes y no he podido volver a entrenar.

T: y ¿tú quieres seguir entrenando?

P: -Se queda un rato pensando- pues por el momento no puedo, porque igual me tengo que recuperar, ya más adelante sii, sii – se queda en silencio-.

## Teoría de Esquemas de Young

Los enfoques integradores son enriquecedores, y entre ellos se destaca la Teoría de Esquemas de Jeffrey Young, utilizada en este caso para ampliar el análisis y describir aspectos relevantes de la manera como Jota se relaciona con el mundo y consigo mismo. La Terapia Centrada en Esquemas surge para dar respuesta al malestar emocional de muchos pacientes, para los cuales las terapias cognitivas se quedaban cortas (Young et. al, 2013), esto supuso en su momento, un gran avance por su amplia intervención más profunda que la cognitiva, gracias a la combinación de “elementos de escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales constructivista y psicoanalítica.” (Young et. al, 2013, p. 27)

La expresión recurrente de Jota “ahora el ayudador necesita ser ayudado” evidencia el malestar que le genera no saber, en un inicio, cómo gestionar sus emociones, por tanto, debido a la dificultad de Jota para identificar y expresar sus emociones, sentimientos y pensamientos asertivamente, este abordaje resulta muy útil para su intervención, además, por la necesidad de ir más allá en el análisis vincular del caso.

Dentro del enfoque cognitivo, un esquema es una entidad que organiza cognitiva y afectivamente todo el conocimiento que tenemos de nosotros mismos y del mundo. Muchos de estos esquemas son causantes del malestar, sufrimiento y, por supuesto, del comportamiento de todas las personas. Similar a esta definición Young et. al (2013) sintetizan que

los esquemas precoces desadaptativos son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida. (...) las conductas disfuncionales se desarrollan como *respuestas* a un

esquema. Por consiguiente, tales conductas están provocadas por los esquemas, pero no son parte de los mismos. (p. 37)

Según la información recolectada en el proceso terapéutico, la dimensión esquemática de Jota surge principalmente a raíz de la identificación internalización selectiva de patrones cognitivos, comportamentales y emocionales de sus principales figuras de apego. Como estrategia de afrontamiento pueden relacionarse apoyando y protegiendo a las demás personas. Estos patrones pueden arraigarse en forma de esquemas, estilos de afrontamiento o en modos (Caro, 2013).

Jota en varias ocasiones refiere “mi mamá es muy seca, ella no demuestra mucho sus emociones, sin embargo, me apoya cuando yo lo necesito y me escucha (...) ella fue cambiando mucho eso desde que conoció a mi padrastro, porque él le decía que no fuera así, tan distante, y si mejoró mucho esa parte, de igual manera ella no es tan afectiva”.

En la Teoría de Esquemas, Young nombra estructuras mentales creadas desde la infancia como Esquemas Maladaptativos Tempranos, dichos esquemas son duraderos y se dan por los estilos parentales de crianza y se generan en áreas de dominio que van a estar alteradas por carencias o excesos en el desarrollo como se especificará más adelante. Para organizar estas estructuras, Young et. al (2013) agrupan 18 esquemas en cinco dimensiones, cada una de ellas *operan* o se desarrollan de manera particular a través de unos *modos*, como veremos más adelante.

Los esquemas identificados en Jota se encuentran en la dimensión de sobrevigilancia e inhibición, caracterizada por reprimir sentimientos y por impulsos para demostrar conductas éticas o rígidas, aunque muchas veces pueda costar la salud o relajación (Young et. al, 2013).

En esta área de dominio el esquema más representativo de Jota es la inhibición emocional, siendo la característica más común la dificultad para expresar su vulnerabilidad o necesidades libremente, haciendo hincapié en la racionalidad, pasando por alto las emociones o subestimándolas, pues como se expone anteriormente, es una conducta aprendida de su madre y en su rol de ayudador y de “adulto maduro” tiende a inhibir sus propias emociones.

En este mismo dominio, se destaca la necesidad de hacer las cosas de forma “correcta”, con metas y deberías en varias áreas de la vida (expuestas al inicio en el apartado de distorsiones cognitivas), aunque no con un alto grado de rigidez. De adultos, las personas con este esquema segmentan sus experiencias en términos de bueno o malo (Caro, 2013). En el caso de Jota, indirectamente interpreta que sus experiencias dan cuenta de él como una persona exitosa o fracasada.

### **Operaciones de Esquemas**

El concepto de operaciones planteado por Young (2013) indica cómo actúa cada esquema en las personas. El primer mecanismo es el de perpetuación o mantenimiento del esquema, este se manifiesta mediante tres mecanismos: distorsiones cognitivas<sup>3</sup>, patrones vitales autoderrotistas y estilos de afrontamiento, dividido en tres partes: rendirse al esquema, evitación del esquema y

---

<sup>3</sup> Ubicadas en el apartado de marco teórico

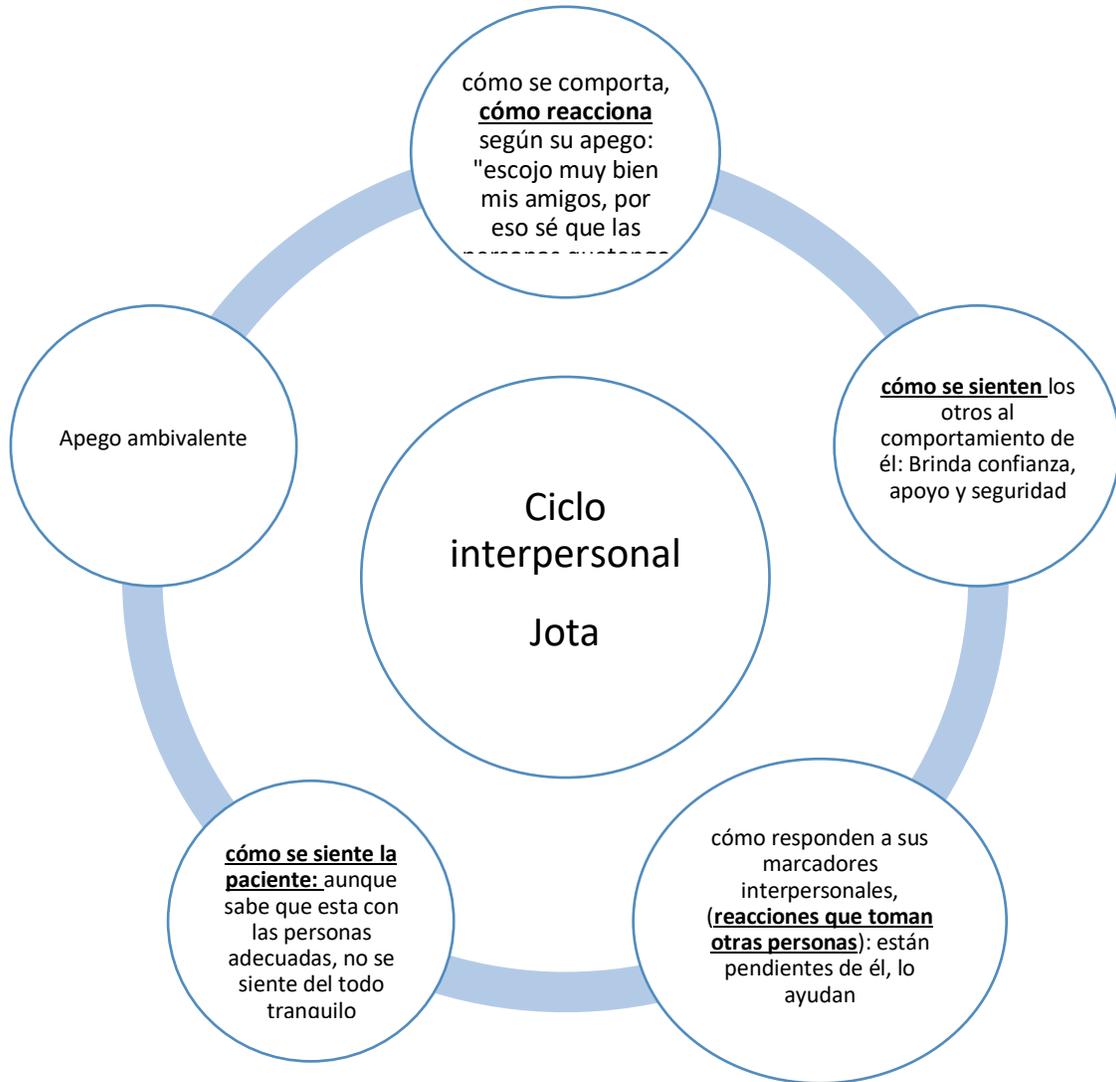
sobrecompensación (Young et. al, 2013). Y la segunda forma de operar, es el cambio o la curación del esquema.

### **Modos**

Los modos son formas o maneras por las cuales se transita de un esquema a otro. Estos modos son partes de sí mismo, compuestos por pensamientos, emociones y conductas relacionadas, son temporales y se activan normalmente mediante algún tipo de estresor. Young encontró 10 modos a través de los cuales se pueden explicar sus estados y lo cambiantes que pueden ser, siendo así, un modo puede presentarse con esquemas y otros con respuestas de afrontamiento (Rodríguez, 2009).

Para contextualizar este concepto, los modos encontrado en Jota son los modos paternos disfuncionales: allí, figuran unos padres exigentes y una presión para alcanzar grandes metas y estándares. Aquí, “el paciente internaliza las actitudes del padre/madre como un modo; por ello el trabajo experimental es útil con los pacientes que hayan adquirido el esquema de esta manera” (Young et. al, 2013, p. 385). Teniendo en cuenta la racionalización que Jota hace de sus emociones, una de las acciones planteada se basa en realizar un ejercicio de imaginación

Para complementar el análisis de caso, es importante comprender las interacciones y tipo de



vinculación que estructura sus relaciones interpersonales.

## **Aspectos personales considerados en el proceso**

Gracias a esta maestría logré integrar y profundizar conocimientos que en el pregrado quedaron en el aire, pero aún más importante que eso, pude transformar mi paradigma de vida, cómo percibo e interpreto lo que pasa a través de mí. Esto está relacionado directamente con la manera como me acerco a otras personas, cómo abordo los procesos terapéuticos y, con este caso en especial, comprendo cómo estructurar un caso clínico de manera menos mecánica y tradicional.

El razonamiento clínico que propone la maestría invita a un sinnúmero de posibilidades, y los dos años que pasaron solo los sentí como una puerta abierta para todo el camino que hay por recorrer. Me costó mucho iniciar, retrocedí en una ocasión, pero eso me sirvió de empuje para volver a comenzar desde el lugar que yo quería, pues al comenzar a organizarme pude entender cómo podía organizar un caso clínico, no solo el inicio sino, sobre todo, mantenerlo en el proceso.

Si bien estas palabras son sencillas, me costó varias sesiones de terapia salir de mi zona de confort y resignificar mi papel como psicóloga para poder construir un caso clínico con una mirada amplia, pero con una base sólida, desde la cual antes se me dificultaba partir. Gracias a la práctica clínica que nos brinda la maestría y a los casos que pude construir, después de varios intentos logré elegir el caso insignia para esta tesis, de tal forma pude integrar y consolidar todo lo aprendido.

Finalmente, entre tantas enseñanzas logro destacar el papel fundamental de la persona del terapeuta y la pregunta vigente de mi lugar como terapeuta e inherentemente como persona y,

por consiguiente, la crisis que muchas veces esto genera. Del mismo modo, leer los vínculos e interacciones de la persona que llega a consulta, el rol que cumple cada uno de ellos, su contexto y la mirada que podemos hacer de esas relaciones, se convirtió en el corazón de las intervenciones puesto que es transversal a todo, los sujetos no somos individuales, somos relacionales, cambiantes y estamos saturados mirándolo desde la contemporaneidad... es un aspecto crucial que antes no primaba en mi visión cuadrículada y tradicionalista de la atención clínica.

### **Aspectos éticos considerados en el proceso**

El desarrollo del proceso terapéutico, tanto la intervención como la formulación del caso, incluidas las supervisiones del mismo, se enmarca en la normatividad que se relaciona a continuación:

La resolución 8430 de 1993, dictada por el ministerio de salud “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. En especial el capítulo 1, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Adicional a esto, siempre estuvo presente la Ley 1090 de 2006, “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología [Títulos I al título VI] y se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones [ Título VII].” y aspectos relacionados con los procesos disciplinarios para profesionales en psicología (cap. XI Y XII).

Por otra parte, se utilizó el consentimiento informado en el formato propio de la IPS CES de Sabaneta (anexo 1). Dicho documento contiene la siguiente información personal del

paciente: datos de identificación, aceptación de la terapia con los respectivos riesgos y complicaciones que esta pueda presentar, metodología de la IPS y autorización de esta información para fines académicos e investigativos.

### **Discusión y conclusiones**

Cada componente del método clínico es, sin lugar a dudas, fundamental para abordar un caso clínico, puesto que este razonamiento me ha enseñado a ver más allá de lo que antes no comprendía y aun no lograba estructurar.

Por lo anterior, gracias al análisis de caso realizado a partir del método clínico, otorgué un valor adicional a mi lugar como terapeuta, lo cual permitió dar sentido y estructura a este trabajo. Fue un ir y venir, a medida que iba explorando elementos propios como persona y como terapeuta, hacia un análisis recursivo del caso que me permitía centrar la intervención y seguir con el proceso de análisis en el paciente.

También me pude dar cuenta que hay cosas en las cuales como terapeuta no debo insistir, mis expectativas no deben estar enmarcadas desde un lugar de salvadora, sino desde el lugar de cambio que el paciente necesite, pensar el consultante cómo quiere que lo ayude y para qué, sin ínfulas de querer transformar su epistemología y entendiendo, como propone la ontología relativista, que el mundo no tiene una sola mirada, siempre hay algo que se nos escapa, de ahí la importancia de optar por diversas perspectivas. Estas nos llevan a una lectura contemporánea de las psicoterapias en esta sociedad postmoderna, siendo notable en Jota por su necesidad de "ser alguien" a partir de las metas que logre cumplir, esto ligado a la demanda social actual de que somos en la medida que lo que tenemos y así emergen preguntas sobre quién soy y el propósito

de vida. Desde esta lectura, la incapacidad de Jota para encontrar otras maneras de expresar sus emociones lo hace inevitablemente un sujeto saturado, aferrado a la incertidumbre

Desde el inicio de la maestría y en cada acercamiento a esta manera de razonar, el camino que estaba construyendo me dirigía a verme a mí misma como persona, pero no como terapeuta, y en ese sentido, los conocimientos clínicos que llegaban no los lograba organizar. La clínica y yo íbamos por lugares diferentes, sin embargo, aún no me daba cuenta de eso.

Más adelante, con mi proceso personal pude integrar varios factores fundamentales para la intervención clínica y destacar la importancia de la alianza terapéutica en el trabajo clínico. Lo cual me lleva a pesar lo desgastante que es ser terapeuta, puesto que nos lleva constantemente a confrontarnos con nosotros mismos, a mantener vínculos sólidos y estar alerta a las rupturas que se puedan presentar, a estar inmersos en constantes búsquedas de sentido, sufrimiento, miedos e incertidumbre... cada quien tiene un por qué y para qué de su labor como terapeuta, yo por el momento me quedo con la satisfacción y el aprendizaje de cada proceso, con las dudas y respuestas en cada confrontación, me quedo por amor al conocimiento y sobre todo por la dicha de saber que con todo esto puedo acompañar a otro ser lleno de inquietudes, certezas, sesgos, angustias y un sinfín de posibilidades y alternativas para construir.

### **Aportes al programa**

El proceso terapéutico con Jota me deja aprendizajes teóricos, prácticos y personales, que me permiten pensar en cómo, de manera recursiva, podemos aportar a la construcción de conocimiento que sirva para futuros estudiantes de la Maestría, sus procesos de práctica y los pacientes que atiendan.

Mi experiencia en la implementación del Método Clínico Psicológico, como formulación de caso, me parece enriquecedora ya que invita al análisis desde diferentes perspectivas, resalta la conexión con el paciente, lo generado en los primeros acercamientos y la intuición en conjunto de otros elementos interventivos para guiar el caso y de antemano, no adaptarlo a protocolos estándar sino por el contrario encontrar la mejor manera de utilizar estos en pro del paciente. Para esto, la maestría proporciona múltiples opciones a tener en cuenta para el abordaje de un caso clínico, por tanto, como sugerencia para un aprendizaje más significativo sería muy enriquecedor tener constantes devoluciones o retroalimentaciones de los trabajos realizados en cada fase del proceso.

Para terminar, una de las grandes cualidades que tiene la maestría en cuanto a lo académico es gracias a sus docentes, con su labor, tesón y vocación me inspiraron y regalaron grandes enseñanzas y conocimientos. Siempre hay mucho que aprender de ellos, debido a esto, creería que cada seminario si bien se construye por medio de la participación de todos, podría estar más centrado en lo que ellos a través de su experiencia podrían brindarnos, no solamente en la compilación de lo que nosotros como estudiantes podamos decir.

## Bibliografía

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Gedisa
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós, Buenos Aires.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Gaete, J., Arístegui, R., y Krause, M. (2019). Clarificar para el otro: seis prácticas conversacionales generativas de cambio terapéutico desde la teoría del cambio subjetivo. *Terapia psicológica*, 37(3), 255-270.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082019000300255](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082019000300255)
- Jaramillo, J. C. (2020). *Método Clínico Psicológico*. Medellín
- Jaramillo Estrada, J. C., Escobar, A. y Sandoval, C. (2015). Aproximaciones a una clínica psicológica y su método, fundamentada en la epistemología compleja y adecuada a contextos postmodernos. *CES Psicología*, 8(1), 134-154.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539425009>
- Ley 1090 de 2006 [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html)
- Ministerio de salud  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Prochaska, J., Di Clemente, C. y Norcross, J. (1994). *Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos*. *RET revista toxicomanías*, 1.

Rodríguez, E. (2009). La terapia de esquemas de Jeffrey Young. *Avances en psicología*, 17(1), 59-74. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1908>

Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2013). *Terapia de Esquemas: Guía práctica*. Desclée de Brouwer, S. A.

## Anexos

### Consentimiento informado para intervención Psicológica

 <b>UNIVERSIDAD CES</b> <small>Un compromiso con la excelencia</small>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOTERAPIA</b>		
Código: FR-SS-027	Fecha: 02/03/2021	Versión: 01	
<b>PROCESO</b>	<b>Servicios de salud</b>		
<b>CENTRO DE ATENCION EN PSICOLOGÍA – IPS CES SABANETA</b>			
<b>A. DATOS DE IDENTIFICACION</b>			
Nombres y Apellidos			
N° Documento:	Tipo:	Edad:	
Dirección:			Género:
Teléfono:	Móvil		
<b>B. SERVICIO DE PSICOTERAPIA</b>			
<p>La psicoterapia tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la salud mental del consultante, donde se exploran elementos emocionales, cognitivos, sociales y familiares que inciden en su bienestar y calidad de vida. Su intervención está encaminada a fortalecer las herramientas necesarias para afrontar situaciones que afectan la salud mental, la solución de conflictos y aumentar el bienestar psicológico. El tratamiento que se le brinda está basado en modelos psicológicos empíricamente validados, que en unos casos funcionan mejor que en otros, debido a factores individuales y contextuales, por lo que no es posible garantizar los resultados.</p> <p>La psicoterapia tiene como beneficios una reducción del malestar psicológico y emocional, mejora en las relaciones interpersonales, soluciones a problemas específicos, y reducciones significativas de sentimientos de angustia y ansiedad. La psicoterapia implica hablar de aspectos dolorosos, lo que puede tener el riesgo de generar sensaciones incómodas relacionadas con tristeza, ansiedad, frustración, enojo, entre otras.</p>			
<b>C. DEBERES DEL PACIENTE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asumir con responsabilidad el cuidado de su salud</li> <li>• Cumplir con las citas acordadas y avisar en caso de no poder asistir</li> <li>• Informar sobre su condición clínica, tratamientos y cuidados</li> <li>• Cuidar las instalaciones de la IPS y hacer uso racional de los servicios que se brindan. Así como los bienes personales y ajenos.</li> <li>• Tratar con respeto y amabilidad al personal de la IPS y a las personas que se encuentran dentro de ella.</li> <li>• Cumplir las políticas de la IPS y cancelar el valor correspondiente a los servicios recibidos.</li> <li>• No ingresar elementos peligrosos en la institución, ni tampoco animales.</li> </ul>			
<b>D. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>			
<p>Después de entender claramente la información suministrada, de tener la oportunidad de aclarar y resolver mis dudas e inquietudes sobre el procedimiento, en el cual se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de éste, de que además me han expresado los posibles riesgos y complicaciones, así como los alcances de otras alternativas de tratamiento, incluyendo la no realización de intervención alguna, y conociendo que no existen garantías absolutas, porque los procedimientos no ofrecen un 100% de confiabilidad diagnóstica y/o terapéutica.</p> <p>Este consentimiento lo extiendo para que me sean practicados los procedimientos, o actividades necesarios para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicial. Entiendo que el personal tratante actuará con la debida prudencia y diligencia y que en ningún momento asume la obligación del resultado.</p> <p>De igual forma he entendido del carácter docente y universitario de la IPS CES SABANETA y por ello acepto que participen en los mismos estudiantes de la Universidad CES en práctica, debidamente supervisados por el profesional a cargo.</p> <p>Manifiesto libre y voluntariamente mi consentimiento.</p>			
Firma del Paciente	Cédula de Ciudadanía	Huella del Usuario	
<p>En caso de ser requerido autorizo al personal tratante la toma de fotografías, grabaciones de audio y/o videos, además del uso de mi información para actividades investigativas. Estoy enterado, y entiendo que este material es de carácter confidencial, por lo cual autorizo su uso exclusivamente para fines y eventos académicos de las instituciones participantes en la prestación del servicio.</p> <p><b>Nota:</b> En caso de mayores de edad analfabetas o menores de edad se debe anexar huella dactilar como constancia.</p>			



UNIVERSIDAD CES  
Un compromiso con la excelencia

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOTERAPIA

Código: FR-SS-027

Fecha: 02/03/2021

Versión: 01

PROCESO

Servicios de salud

Firma del Paciente	Cédula de Ciudadanía	Huella del Usuario	
--------------------	----------------------	--------------------	--

### E. DECLARACIONES Y FIRMAS

#### 1. Profesional Tratante

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Nombre y Apellidos del (los) Profesional (es) responsable (es):

Cédula de Ciudadanía	Titulo Profesional y/o Especialista
Registro Profesional	Firma

#### 2. Representante legal o familiar

Se que el paciente arriba mencionado ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito en el numeral A. El profesional me ha explicado de forma satisfactoria que es y para que sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que el (los) Profesional (es) responsable (es) y el personal auxiliar que él (ellos) consideren necesario realicen este procedimiento, dejando claro que puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

**Nota:** En caso de menor de 18 años debe firmar el padre o la madre.

Nombre y Apellidos:	Cédula de Ciudadanía
Parentesco	Firma

### F. LUGAR Y FECHA

### G. REVOCATORIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que, en pleno uso de mis facultades mentales, y por mi propia voluntad, he decidido revocar el consentimiento que había otorgado previamente para la realización del procedimiento descrito en el numeral A, y que he sido suficientemente informado sobre los riesgos y las posibles consecuencias de este cambio en mi decisión.

Firma del Paciente	Cédula de Ciudadanía
Firma Del Representante Legal (de ser necesario)	Cédula de Ciudadanía
Firma Del Profesional tratante	Cédula de Ciudadanía
Firma del testigo	Cédula de Ciudadanía