

**Formulación de caso a partir del Método Clínico Psicológico: Análisis de caso:
Influencia del trauma transgeneracional en un niño con temores nocturnos.**

Tesis de maestría presentada para optar al título de Magíster en Clínica Psicológica

Camila Suárez Márquez

Asesora: Verónica Pérez Ricaurte

Psicóloga, Mg. En Clínica Psicológica, Especialista
en Salud Mental.

Universidad CES

Facultad de Psicología

Maestría en Clínica Psicológica

Medellín, Colombia

2023

Tabla de contenido

1. Presentación del caso.....	3
2. Justificación.....	5
3. Marco teórico.....	7
3.1. Método Clínico Psicológico 7	
3.1.1 El Cuento.....	10
3.1.2 Condiciones De Entrada.....	14
3.1.3 Motivo de consulta.....	28
3.1.4 Obra de teatro.....	31
3.1.5. Teoría del caso.....	46
3.1.6. Objetivos clínicos.....	51
3.1.7. Planeación e implementación de acciones terapéuticas.....	51
3.1.8. Análisis recursivo del proceso.....	70
4. Aspectos éticos.....	80
5. Aportes al programa.....	82
6. Discusión.....	84
Bibliografía.....	91
Anexo 1: Consentimiento informado.....	97
Anexo 2: Muñeco quitapesares.....	99
Anexo 3: Objetivos definidos por el paciente.....	100
Anexo 4: Desensibilización sistemática.....	101
Anexo 5: Evaluación de los objetivos propuestos.....	102
Anexo 6: análisis recursivo del proceso.....	103

1. Presentación del caso.

A continuación, se presentará el análisis de caso de un niño de 9 años, quien estuvo de acuerdo, al igual que su madre, en compartir información valiosa de su vida y su problemática actual para ser analizado por medio del método clínico psicológico que se encuentra estructurado desde la epistemología compleja y propone la integración de saberes por medio de factores comunes, desarrollando elementos que conversan en las diferentes perspectivas psicoterapéuticas. El análisis que se presenta a continuación es realizado por Camila Suárez Márquez para optar por el título de Magíster en Clínica Psicológica en la Universidad CES.

La atención del paciente se da en un contexto institucional, en la IPS CES Sabaneta, el proceso tuvo una duración total de 1 año y medio, en el cual se asisten 21 sesiones. El proceso se interrumpió en tres ocasiones, debido a las dificultades de renovación de la orden y la temporada de vacaciones por ser una práctica de la Maestría.

El paciente asiste por remisión de psiquiatría con un diagnóstico de síntomas ansiosos y rasgos obsesivos de la personalidad, al iniciar el proceso se encuentra realizando tratamiento farmacológico con Melatonina y Sertralina, medicación que es suspendida a inicios del segundo momento de atención. El motivo de consulta principal al inicio era el temor a dormir solo en la noche, el cual se incrementó cuando su padre se fue del país. Dentro del análisis del caso se retoman elementos que facilitan la comprensión de los síntomas, como: ser un hijo no deseado, la violencia intrafamiliar en su hogar, la separación de los padres, las muertes de familiares cercanos, el cambio de ciudad, el impacto de la pandemia, y el abandono percibido de su padre al irse del país.

Los objetivos se centran en desarrollar nuevas formas de relacionamiento con las

emociones, orientar a cuidadores sobre los acuerdos frente a la crianza y generar un espacio seguro en el cual el paciente se sienta escuchado y validado.

2. Justificación

El caso se elige por varios motivos, principalmente por la movilización que causa en la terapeuta, al presentar condiciones de entrada que se tienen en común con el paciente y al tener gran resistencia para trabajar con la población infantil, representó un reto que permitió a todos grandes crecimientos personales y en mi caso, también profesionales.

Durante el proceso se han desarrollado diferentes acciones encaminadas al cambio, sin embargo, las acciones más importantes fueron las que estaban orientadas al fortalecimiento de la alianza terapéutica. Este caso evidencia la importancia de la alianza terapéutica en el cambio y el logro de los objetivos, a la vez que busca reconocer cómo el contexto y las condiciones de entrada de la terapeuta deben tenerse en cuenta y usarse a favor de los objetivos propuestos. Para ello me ha servido darme cuenta de mis propias emociones, buscar conectar con el paciente, entender las condiciones de entrada que tenemos en común, adaptarme a sus necesidades, gustos e intereses, entender que todos mis pacientes tienen necesidades diferentes y que nuestra tarea como terapeutas es esa: entender que no con todos sirve lo mismo, que no hay una fórmula mágica y que la efectividad del tratamiento también depende de la calidad del vínculo.

También, entender el ciclo vital en el que se encuentra, darle un lugar en la consulta, porque algo que sucede en la niñez es que todos toman decisiones por los niños, pero nadie les da voz, les pregunta, los escucha, entonces lograr darle voz en el espacio terapéutico, permitirle que exprese a sus cuidadoras sus emociones de malestar, sus inconformidades y que participe de manera activa en la creación de sus normas, responsabilidades y consecuencias, ha sido una acción valiosa en el proceso.

El análisis me permitió ampliar mi perspectiva sobre el trabajo con niños y con adultos

también, debido a que en muchas ocasiones desconocía la importancia de otorgarle un lugar valioso dentro del proceso a los hijos de mis pacientes. Mi resistencia se centraba en mis propios miedos y por eso también implicó continuar en un proceso personal de autoconocimiento que favorecería el proceso y la formación de un vínculo seguro, que tanto el paciente, como la madre y yo, necesitábamos.

3. Marco teórico

3.1.Método Clínico Psicológico

El Método Clínico Psicológico surge desde la necesidad de formalizar y operacionalizar una forma de razonamiento clínico que sea propia y pertinente para la psicología, teniendo en cuenta la existencia de múltiples realidades potenciales, la flexibilidad, la recursividad, la contextualización de los fenómenos y la apertura a múltiples saberes. El método propuesto es propio y único del programa de la Maestría en Clínica Psicológica y se fundamenta en una ontología relativista, paradigmas afines a ella, y conceptualmente es concebido con un carácter integrativo (Jaramillo, 2021).

La ontología relativista reconoce la existencia de múltiples realidades potenciales posibles, siendo la realidad el fruto de la construcción consensuada de los sujetos. Los paradigmas afines a esta posición ontológica son la epistemología compleja, el constructivismo y el construccionismo. El Método Clínico Psicológico propone la comprensión y abordaje de los fenómenos clínicos objeto de su intervención a partir de una perspectiva epistemológica que implica su abordaje desde un razonamiento clínico que incluye necesariamente la caoticidad, fractalidad, borrosidad y catastroficidad como sus elementos centrales (Jaramillo, 2021).

El MCP establece relaciones con la perspectiva paradigmática constructivista en varios puntos, entre ellos, comparten que el objetivo de la psicoterapia está orientado a la creación de significados y el desarrollo de potenciales personales, entendiendo el proceso como un acto creativo que trasciende la perspectiva psicopatologizante, yendo más allá de las lógicas de trastorno mental. En esta misma línea, se articula como fundamentación de la propuesta de una lectura vincular de carácter narrativo como centro del análisis clínico del programa, siendo

estrategias básicas de fundamentación del método, “*el cuento*” y “*la obra de teatro*”, que buscan ubicar metáforas centrales en la vida del consultante y del terapeuta. Así mismo, se le da lugar a estrategias de exploración de narrativas personales, como la autobiografía y la evaluación de los sistemas de constructos personales, familiares y jerarquías (Jaramillo, 2021).

La aproximación ontológica paradigmática del programa también implica una forma de articular el conocimiento, se asume la perspectiva integrativa en psicoterapia, proponiendo un diálogo productivo entre diversas teorías y disciplinas para la comprensión de la situación problemática, orientado a la intervención y comprensión del caso sin que este atado a una única ventana teórica dominante o predeterminada. Se cuenta con diferentes posibilidades integrativas de tipo teórico, asimilativo, multinivel y por factores comunes de cambio. La perspectiva integrativa de los factores comunes, busca determinar cuáles son los ingredientes nucleares que comparten las diferentes terapias, con el objetivo de crear tratamientos eficaces y parsimoniosos que se basen en los elementos comunes (Jaramillo, 2021).

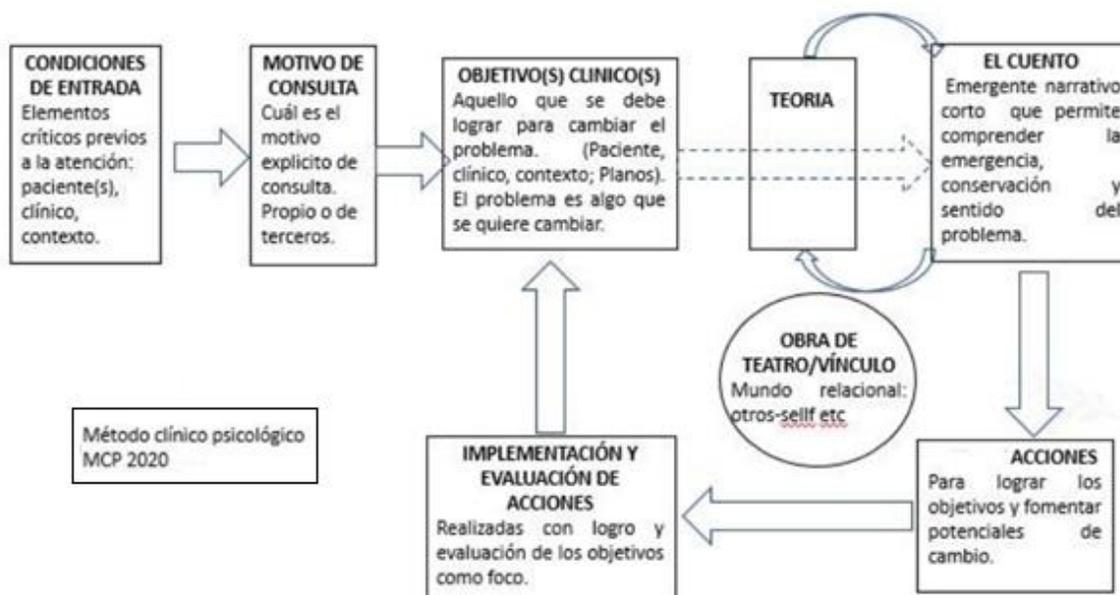
Para la creación del Método Clínico Psicológico se realizó un proceso de fundamentación soportada en una estructura de ocho factores comunes de cambio que se articulan como eje del proceso clínico reflexivo y facilitan la comprensión, formulación e intervención. Los 8 factores comunes son: condiciones de entrada, motivo de consulta, objetivos clínicos, las metas y acciones, la implementación de las acciones y su evaluación y la teoría. Además de ello, se han formalizado otros dos factores comunes, característicos del programa. El primero de ellos, denominado “*el cuento*”, que permite realizar un resumen condensado del proceso comprensivo alcanzado por el clínico en cada momento del análisis. Y “*la obra de teatro*”, en la cual se hace una descripción amplia y detallada de las configuraciones vinculares del paciente y el terapeuta, a través de la descripción de los personajes, roles e interacciones que componen la trama vincular de ambos

(Jaramillo, 2021).

El razonamiento clínico corresponde al proceso mediante el cual un clínico organiza la información recibida por las personas para atender y transformar su malestar o sufrimiento, ya sea por la vía del razonamiento clínico médico, que incluye la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades o por la vía del razonamiento clínico del bienestar o del cuidado de sí, que incluye la búsqueda de bienestar a través de la comprensión y resignificación de las problemáticas vividas (Jaramillo, 2021).

Para el Método Clínico Psicológico, es de suma importancia la referencia personal del terapeuta, su perspectiva psicológica, pedagógica, antropológica, sociológica y ciudadana, puesto que desde allí se le da un verdadero sentido al quehacer clínico, entendido como un saber vivo, en continua mutación y movimiento. La clínica psicológica no puede desligarse de la formación personal y profesional de quienes se encargan de ella, siguiendo esta lógica, el método clínico psicológico incluye como elemento de conceptualización y vivencia cotidiana a la persona misma como su agente y encarnación viva. La persona humana es un eje primordial del ser/hacer de los terapeutas (Jaramillo, 2021).

A continuación, se describirán brevemente cada una de las fases del Método Clínico Psicológico (Ver figura 1), aunque se presentarán de manera lineal, en la práctica el método tiene características recursivas que se deben considerar en su implementación y lectura. El método requiere de una continua lectura del proceso que se retroalimenta a manera de bucle.

Figura 1:*Método clínico psicológico*

*Fuente: La figura representa las fases del método psicológico. Tomada de *Método Clínico psicológico*, por Jaramillo, 2021, p.144.

3.1.1 El Cuento.

Hace referencia a una elaboración narrativa breve que da cuenta de una manera condensada de la comprensión lograda del caso por parte del clínico, dando respuesta al cómo, el por qué y el para qué el paciente ha llegado a la situación problemática que lo ha llevado a consulta y la cual es contrastada de manera continua y recursiva por este. En tal sentido, se diferencia de la elaboración de una biografía en la medida en que esta última intenta ser fiel a la “verdadera” vivencia del paciente, mientras que el cuento, por su parte, no tiene pretensiones de verdad, sino de veridicción y, en esa línea, estará siempre sujeta a procesos de interpretación/reelaboración continuos (Jaramillo, 2021).

Este componente marca una diferencia radical con respecto a los métodos clínicos tradicionales en psicología clínica, debido a que busca la condensación de la narración del consultante desde una aproximación comprensiva, en lugar de buscar encontrar una relación recíproca entre la problemática y la teoría o psicopatología predeterminada (Jaramillo, 2021).

Las Sombras De La Caverna. Greenhood era una Aldea en la que habitaba Alana, una niña que nació en medio de un ambiente familiar violento e inseguro. Su padre, Aron, frecuentemente llegaba borracho a golpear a su madre Samantha (...) a pocos meses de nacida, mataron a su padre, evento que generó mucho temor, pero también un poco de tranquilidad frente al cese a la violencia en el hogar. Años después, Samantha consiguió otra pareja, Luis, quien llegó al hogar a asumir el rol de padre y autoridad (...) Luis se ganó la confianza de la familia, pero repetía los comportamientos que ya habían dejado atrás con su padre, Alana continuó creciendo hasta que un día llegó a su casa y solo estaba Luis, ese día sintió un ruido tan fuerte que la aturdió, un ruido tal que cambió su forma de comprender la vida, ese ruido era tan intenso que generó un vacío gigante entre ella y su familia, un vacío que no se podía llenar, Alana se fue aislando, sentía mucha vergüenza y culpa, de nuevo se sentía insegura en su propio hogar, no sabía quién era, ni qué dirección debía tomar.

Alana decidió alejarse de Greenhood, donde nadie pudiera encontrarla, empezó a recolectar piedras para construir una caverna, que la alejara de aquella realidad que no entendía, aquella que la aturdió y que estaba llena de sombras que no podía descifrar. Dentro de la caverna se sentía más segura, pero estaba sola (...) una noche decidió salir a buscar compañía, conoció a Enzo, una persona solitaria y dominante, quien al inicio le dio la sensación de seguridad que había perdido hace tanto tiempo (...) poco después empezó a sentirse amenazada por Enzo, su amor por ella era intermitente, hasta el punto que los momentos de caos, que ella muy bien conocía por todos los

hombres que había tenido en su vida, eran más frecuentes que los de amor.

Cuando Alana decidió romper con el caos que implicaba tener a Enzo en su vida recordándole todo lo que había dejado en Greenhood, se dio cuenta que estaba esperando un bebé, nuevamente se sintió aturdida, sola, insegura (...) sabía que su caverna no era suficiente para proteger a su bebé, así que acudió de nuevo a Enzo, creyendo que de esta forma la sensación de incertidumbre disminuiría, no fue así (...) pasaron los días y Liam, su bebé, nació. Liam nace dentro de una pequeña caverna, desde la que veía todas las sombras de sus padres, la sensación de inseguridad y vacío ahora lo aturdieron a él, nadie podía protegerlo, sus padres luchaban con sus propias sombras. Se repitió la historia de sus abuelos con sus padres, su primer año de vida estaba rodeado de violencia, incluso cuando decidieron finalizar su relación, Liam estaba en la mitad de los dos, luchaba con la ambivalencia de sus padres, a veces tenía la sensación ser un fantasma, pero otras veces podía llegar a ser de una visibilidad aterradora, la señal de no pertenecer a ninguna parte es tan brillante que es como si fuera de neón, se sentía como un juguete que se rotan hasta que les deja de gustar.

Finalmente, Alana, decidió salir de su propia caverna y volver a Greenhood, en busca de la familia que un día había dejado atrás (...) a su regreso ya no estaba Luis, por lo cual su sensación de vacío e inseguridad se redujeron un poco, ahora su principal preocupación no era su propia caverna, sino la pequeña caverna que tendría que construir para Liam, caverna que construyó con sus propios miedos y mecanismos de defensa, buscando que jamás Liam pudiera sentirse tan aturdido como ella se había sentido.

Desde su corta edad Liam asumió los miedos de su madre como propios, ya no diferenciaba entre las sombras de sus padres y las propias, las integró de manera tal que el miedo le pareció un

buen lugar para habitar, ya no quería salir de la caverna, tenía miedo a las sombras, en las que veía monstruos que lo hundían a lo más profundo de la caverna (...) estos monstruos aparecían cuando dormía pero también en la luz del día, veía los monstruos en sus primos, en sus compañeros de salón, en su abuela, en sus tías y hasta en su propia madre, quien irónicamente, era la única persona con quien a ratos se sentía seguro.

Un día pasó lo que Alana había buscado evitar a toda costa, Liam tuvo que enfrentarse a un ruido similar al que ella había escuchado en su adolescencia, aunque las condiciones eran diferentes, esta vez el ruido que aturdía a Liam era el de la ausencia de su padre, quien se había marchado a reconstruir su vida con una nueva familia.

Liam continuó creciendo en su caverna, su madre intentaba protegerlo tanto que evitaba que Liam tuviera contacto con los monstruos, lo alejó de ellos dejando que siguiera creciendo en su caverna, desde la cual solo podía ver las sombras. Alana creía que ella podía disfrazar las sombras, evitar que le hicieran daño a Liam, ocultarle la oscura realidad mientras se mantuviera inmerso en la caverna, a su lado.

La solución que encontró a Alana no causó que disminuyera el miedo en Liam, la imaginación de Liam cada noche le jugaba malas pasadas, esa oscura realidad se veía cada vez más negra, y él se sentía cada vez más desorientado, dándose cuenta que su caverna no lo estaba protegiendo.

Un día de manera accidental, una de las rocas que sostenían su caverna se cayó, dejando un agujero por el que entraba un poco de luz, a través del que observaba aquella oscura realidad, y veía todas las figuras que generaban las sombras que presenciaba cada noche desde la profundidad de su caverna. Liam empezó a sentir curiosidad por la realidad que estaba por fuera

de su caverna, pasaba el día entero observando por el agujero, y poco a poco se fue dando cuenta que las sombras no eran tan malas, que los monstruos estaban en su cabeza y que su caverna era más oscura que la realidad del exterior. La luz de afuera fue ingresando a su caverna, Alana con mucho miedo se dio cuenta de que Liam sentía curiosidad por la realidad que observaba cada día, juntos decidieron tumbar algunas piedras, en ocasiones el temor los invadía, pero sabían que fundirse con la caverna no había funcionado, que ahora debían enfrentar todo aquello que habían querido evitar todo este tiempo. Liam sentía, por primera vez en mucho tiempo, que su madre y él estaban yendo en la misma dirección (...) todavía quedaban muchas piedras que derribar, y el mundo seguía siendo peligroso, pero juntos descubrieron que esconderse no era su única opción.

En el proceso de derribar las piedras y enfrentarse poco a poco a las sombras y a la realidad que se encontraba fuera de la caverna Liam aprendió a defenderse, ahora el temor había disminuido y le había dado lugar a la rabia, emoción que había estado ocultando durante muchos años, ahora se había vuelto más conocida y aparecía cuando planeaba tanto las cosas y aun así no salían como esperaba (...) algunas de las estrategias que había utilizado con el miedo, le sirvieron con la rabia, aprendió a escuchar sus emociones, pero también a no dejar que tomaran control de sus acciones, sentir que estaba yendo en la misma dirección de su madre lo ayudó, y también entender que su familia le daba un lugar, lo escuchaba y se preocupaba por él.

3.1.2 Condiciones De Entrada.

Abarcan las condiciones personales y contextuales que hacen parte de la intervención terapéutica, incluyendo tanto las limitaciones, como las posibilidades que influyen en el logro de objetivos durante el proceso terapéutico (Jaramillo, 2021).

Del paciente. Paciente de 9 años, natural de Medellín, residente de Envigado, estrato

medio, tienen posibilidad de acceso a las citas, pago del copago y medios de transporte.

El paciente nace en un embarazo no deseado, tras un cambio en el método de planificación. Para la madre representa un ‘sacrificio’ de volver a intentar tener una relación afectiva con el padre de su hijo, con quien había terminado recientemente por dificultades asociadas al consumo de sustancias psicoactivas de él. Hubo una complicación en el embarazo, nació asfixiado porque tenía un nudo en el cordón umbilical, situación que generó altos niveles de ansiedad en la madre, al verlo de color morado por primera vez y al demorarse para llorar. Posteriormente, a la madre la diagnosticaron con depresión postparto.

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo, se da en el primer año después del parto y los síntomas duran por lo menos dos semanas, sin embargo, puede extenderse hasta 14 meses. Logra afectar alrededor de 25% de la población femenina, puede asociarse a conflicto de intereses entre sus deseos personales y sus responsabilidades maternas (Acuña, Ramírez y Azofeifa, 2021).

Esta patología puede afectar la lactancia materna y el vínculo con el bebé, debido a que puede darse una afectación en la sincronización con las necesidades primarias y afectivas del bebé, instaurando dificultades en los estilos de apego, siendo estos primeros días indispensables para instaurar un apego seguro (Acuña, Ramírez y Azofeifa, 2021).

Durante la depresión posparto pueden darse por parte de la madre conductas violentas, disociación en la lactancia, disonancia cognitiva de satisfacer las necesidades del bebé. En cuanto al neonato, puede presentarse llanto y ansiedad por separación. En la depresión posparto se presenta una carencia que conlleva a que el bebé no desarrolle las herramientas fundamentales para explorar el mundo, ocasionando dificultades en el desarrollo emocional, cognitivo y psíquico,

que se refleja a los 4 o 5 años, etapa en la cual se observan dificultades en el relacionamiento con los demás debido a que hay una carencia de la estructura vinculativa y de las habilidades sociales (Ortiz, Palacios y Trujillo, 2018). El estilo de apego que tiene el paciente con su madre es ansioso ambivalente.

El paciente actualmente hace parte de una familia monoparental femenina y extensa, convive con su madre, su abuela y su tía, quienes son sus principales figuras cuidadoras. Es el primer nieto por parte de la familia materna. Al nacer convivía con sus padres en Bogotá, su madre trabajaba durante gran parte del día, por lo cual permanecía al cuidado de su padre, quien era consumidor de sustancias psicoactivas (THC y bebidas alcohólicas) y trabajaba como DJ durante los fines de semana.

Sus padres se separaron cuando tenía diez meses, a raíz de lo cual se genera un conflicto de intereses entre ellos, época en la cual hubo violencia intrafamiliar tanto física como verbal, promoviendo un espacio de inseguridad e inestabilidad.

Su madre es analista financiera y su padre es publicista. Su madre trabaja durante todo el día, por lo cual el paciente queda al cuidado de su abuela y de su tía.

En su primer año de vida, muere su abuela paterna. El paciente estuvo durante todo el proceso de la enfermedad y la muerte de su abuela. A sus seis años, muere su bisabuela materna. Con quien tenía una relación cercana. En varias ocasiones vio a su madre llorando a raíz del acontecimiento, momento en el cual la madre le explica que su bisabuela se ha convertido en ángel. A sus 7 años muere su abuelo paterno, se despidió de él por medio de una vídeo llamada, debido a que estaban en pandemia, la madre refiere que al contarle que su abuelo había muerto el paciente se acostó en el piso, permanecía callado y no lloraba. Las muertes de personas cercanas que vivió

a su corta edad implican duelos que pueden haberse aplazado y fortalecen las creencias de que las personas que aprecia se irán, lo que puede conllevar al desarrollo de un esquema maladaptativo temprano de abandono. Es importante mencionar que el paciente también tuvo otras pérdidas de sus mascotas (peces).

Luego de la muerte de su abuelo, su padre se va a vivir a Italia, sin avisarle ni despedirse del paciente. Actualmente el padre del paciente convive con su esposa actual y su hija de 1 año, a quien el paciente no conoce.

El año pasado, murió la pareja de su madre en un accidente de moto, en aquel entonces, la madre llegó llorando a su casa y le contó al paciente lo sucedido, durante ese año el paciente acompañó a su madre, oraba con ella y constantemente la abrazaba.

El paciente ha sido víctima de bullying en los colegios en los que ha estado y por parte de uno de sus primos, ha cambiado 3 veces de colegio. El cambio de colegio contribuye a la inestabilidad del paciente, el ser víctima de bullying es un factor de riesgo y se relaciona con sus autoesquemas.

El paciente es remitido desde psiquiatría, por síntomas ansiosos y rasgos obsesivos. Llega con un diagnóstico y medicamento previo (melatonina y sertralina), que puede influir en la somnolencia y los procesos psicológicos básicos y superiores; adicionalmente, el diagnóstico puede contribuir a la percepción de que el paciente es un problema. Hace aproximadamente 8 meses el psiquiatra le suspendió los medicamentos.

De la madre del paciente. Durante el proceso terapéutico con el niño, se evidencia que muchos de sus síntomas están asociados a problemáticas de sus cuidadores por lo que se decide

incluir las condiciones de entrada de la madre para aportar a una mayor comprensión del caso.

La madre es una mujer de 34 años, es profesional (analista financiera), creció en una familia nuclear, en la cual había violencia intrafamiliar ejercida por el padre, tiene 4 hermanas, dos de ellas son hijas de los mismos padres y las dos menores son hijas de un padre diferente. Su padre murió de forma violenta cuando ella tenía 8 meses. Tanto para ella, como para el paciente la figura paterna ha estado ausente y difusa.

Pocos años después de la muerte de su padre, su madre consigue una nueva pareja, quien empieza a convivir con ellas. Para M, se convierte en su figura paterna, hasta que, a sus 14 años, es víctima de abuso sexual por tocamientos por parte del padrastro, es importante tenerlo en cuenta, porque el abuso puede influir en algunos comportamientos, creencias y cuidados de la madre. La primera vez que el padrastro intentó abusar de ella, tenía 14 años, luego hubo otro abuso a sus 15 años, ninguno de los abusos fue denunciado, solo lo comunicó a sus hermanas mayores, durante los años siguientes M evitaba quedarse sola con él. En una discusión con su madre a sus 18 años, le cuenta lo sucedido, M refiere que la madre le dice que no le cree y le propone que lo confronten, frente a lo cual M se niega. Decide irse de su casa y buscar nuevas oportunidades en Bogotá.

Las parejas que ha tenido han ejercido violencia física hacia ella. En Bogotá conoce al padre del paciente, con quien inicia una relación de 4 años, la cual describe como conflictiva, deciden terminar por el consumo de sustancias problemático de él, por los celos de ella y por las discusiones que se generaban. Tiempo después se da cuenta de que se encuentra en embarazo, deciden volver a estar juntos y tener a su hijo.

Al año de estar juntos deciden divorciarse, ese mismo año, su madre termina la relación con su padrastro, por lo cual M decide regresar a Medellín y es acogida por su madre. Durante este

año, nuevamente su padrastro ha estado regresando a casa, lo que ha generado en ella ataques de ansiedad que ha presenciado su hijo, se siente invalidada por toda su familia, refiere que ellas no creen por completo lo sucedido con su padrastro. M ha iniciado en varias ocasiones procesos psicoterapéuticos, con los cuales ha percibido avances. Actualmente no se encuentra en proceso, por lo cual se le propone iniciar con la IPS, ella acepta, pero no ha iniciado el proceso aún.

El trauma en la infancia conlleva a una lucha continua que parece agregar una capa turbia sobre la existencia ordinaria. Hay eventos que pueden resultar abrumadores para cualquier niño, como la violencia física, verbal y sexual, y que en la vida adulta pueden dificultar el establecimiento de relaciones estables y de confianza. Sin embargo, también hay otros sucesos que parecieran ordinarios, pero que para un niño pueden resultar abrumadores, como el maltrato emocional, el abandono crónico, ser testigos de violencia y/o afectaciones en la salud mental de sus cuidadores (Levine y Kline, 2016).

El trauma transgeneracional es la transmisión del efecto de una experiencia traumática de una generación a otras posteriores. La ciencia demuestra como las historias familiares no resueltas permanecen vivas en el mundo inconsciente de la familia, siendo transmitidas en la gestación (Salvador, s.f).

Tanto el paciente como la madre han tenido diferentes experiencias traumáticas durante su infancia, en cuanto al paciente: el abandono percibido de su padre, la muerte de varios familiares, la depresión posparto de su madre, las complicaciones en el parto, consumo de sustancias en su padre, dificultades de salud mental en su madre y la violencia intrafamiliar. En cuanto a la madre del paciente: abuso sexual en la infancia, abandono del padre por muerte violenta, consumo de sustancias psicoactivas en cuidadores y negligencia por parte de su madre. El trauma no es lo que

sucede, es estar solo en lo que sucede, y tanto la madre como el paciente estuvieron solos con su dolor, al crecer en un entorno que no se sintonizaba con sus necesidades.

Lo que sucede desde el desarrollo del feto hasta los dos años crea la estructura que influencia cada sistema del cuerpo, incluyendo la expresión y regulación de las emociones, el sistema nervioso, la comunicación, la inteligencia y la autorregulación de las necesidades básicas. Un bebé no puede responder a las amenazas con estrategias de lucha o huida, lo que conlleva a afectaciones en el cuerpo, tensión en los músculos, contracción de sus órganos digestivos, que incluso podrían llevar al colapso (Levine y Kline, 2016).

El trauma produce cambios fisiológicos, afecta el sistema de alarma cerebral, aumenta las hormonas del estrés y afecta la parte del cerebro que transmite la sensación física de estar vivos, estos cambios se explican porque el cerebro genera un estado de hipervigilancia hacia el peligro percibido, programándose a dichos sentimientos de terror e impotencia como si fueran su estado natural, a costa de la espontaneidad de la vida diaria, ocasionando dificultades en el desarrollo emocional, conductual, inmunitario y hormonal. En un cerebro en condiciones normales la energía de activación exacerbada y el bloqueo son mecanismos de supervivencia biológicamente innatos, que son temporales y que regresan a su ritmo normal una vez el peligro pasa, cuando hay trauma, el peligro nunca pasa (Levine y Kline, 2016., Van der Kolk, 2015).

El trauma, por definición, es insoportable e intolerable, el comportamiento de las personas traumatizadas es el resultado de cambios reales en el cerebro. El trauma no es solo un acontecimiento que se produjo en algún momento del pasado; también es la huella dejada por una experiencia en la mente, el cerebro y el cuerpo. Esta huella tiene consecuencias permanentes sobre el modo en que el organismo humano logra sobrevivir en el presente. El trauma que no es visto se

transforma en patrones que se diagnostican de manera errónea posteriormente, debido a que los síntomas del trauma son respuestas normales a circunstancias abrumadoras (Levine y Kline, 2016., Van der Kolk, 2015).

De la terapeuta. El método clínico psicológico plantea en este apartado, que es indispensable que el clínico realice un ejercicio de reconocimiento constante de sí mismo durante el proceso terapéutico, en el cual considere la elaboración de aspectos históricos no vistos que podrían afectar el proceso clínico al orientarlo de manera impertinente hacia la resolución de problemas del clínico y no del paciente (Jaramillo, 2021).

Por su parte, Safran y Segal (2017) y Daskal (2021) plantean que el terapeuta es un ser humano, con sus dificultades y zonas de sensibilidad, las cuales interactúan con los problemas y puntos sensibles del paciente. Tanto paciente, como terapeuta son dos seres humanos que tienen un rol activo y sus respectivas construcciones de la realidad, por lo cual la terapia se convierte en un proceso dialéctico en el que la influencia es de carácter bidireccional y un resultado esperado implica un cambio tanto en el paciente como en el terapeuta, en esta medida, la terapia debe incluir la autoexploración permanente por parte del terapeuta y para experimentar al paciente tal como es, el terapeuta debe desprenderse de sus prejuicios, dando lugar a una oportunidad de crecer para ambos.

Jaramillo (2021), resalta la importancia de que el clínico no solo realice un proceso clínico personal, sino que tenga un espacio constante de acompañamiento personal, teniendo en cuenta que el hombre se encuentra en cambio continuo, por lo cual debe estar atento a la emergencia o el ocultamiento de determinadas características personales que deben ser consideradas como parte integral del proceso en cada uno de sus momentos. También es necesario, que el clínico reconozca

su posición ontológica, es decir, el lugar que tiene frente a la noción de realidad y verdad, y las consecuencias epistemológicas y metodológicas que se desprenden de dicha posición; de igual manera, los aspectos éticos, políticos, los valores y los límites que soporta en su vida cotidiana, los cuáles influyen en el estilo personal del clínico y como este favorece o no los procesos.

Soy psicóloga, tengo 25 años, graduada de la Universidad de Antioquia en agosto del 2021. Crecí en una familia monoparental femenina, actualmente vivo con un tío materno y tengo dos gatos. Mi madre es médica y ha sido mi principal apoyo durante toda mi vida; mi padre es militar, vive en Bogotá con su esposa actual y mi hermana paterna, con quienes sostengo una relación distante. Mis padres nunca se casaron, soy fruto de un embarazo no deseado y desde que nació estuve al cuidado de mi madre y mi familia extensa materna (abuelos y tíos).

Al inicio presentaba resistencia por el trabajo con niños, población que nunca me había gustado. El paciente fue mi primera experiencia en intervención con población infantil, lo que representó para mí, altos niveles de ansiedad. Tenía la visión de que los niños eran encarte, aspecto que se relaciona con mi historia de vida personal, al nacer, como el paciente, en un embarazo no deseado. Lo anterior podría haber implicado, relacionarme con el paciente, como el mundo se relaciona con él, tomarlo como un problema y un encarte, sin embargo, ser consciente de ello y trabajarlo en psicoterapia, me ha ayudado a cambiar mi visión sobre los niños y poder brindarle una atención empática y compasiva, a esforzarme un poco más en prepararme para las citas y dar lo mejor de mí. En esta misma línea, al igual que para el paciente, mi figura paterna ha sido ausente y difusa, lo cual es una condición de entrada porque en las primeras sesiones anulé la figura paterna y no consideré importante hablar con el padre del paciente, posteriormente me di cuenta de la necesidad de integrar al padre en el proceso, lo cual representó un avance significativo en el alcance de los objetivos propuestos.

Tengo 8 primos, por mucho tiempo fuimos solo 4 primas mujeres, quienes han sido parte de mi red de apoyo y han estado presentes a lo largo de toda mi vida, en especial Daniela, quien me lleva dos años y permanecía conmigo gran parte de la niñez, debido a que ambas estuvimos al cuidado de mis abuelos durante gran parte de nuestra vida.

Estudí en un colegio católico, llamado Padre Manyanet. Durante los últimos años del colegio estuve pensando qué carrera estudiar, inicialmente quería alguna carrera artística, como diseño o arquitectura, en el último año escolar me empecé a interesar por la psicología, permeada por algunas situaciones que estaban sucediendo en mi vida, conocí varias personas que tenían dificultades de adicciones, entre ellos mi pareja de aquel entonces. Decidí presentarme a la Universidad Nacional, buscando empezar a estudiar arquitectura, y a la Universidad de Antioquia, buscando empezar a estudiar psicología. Pasé a ambas, pero el puntaje de la Universidad Nacional no me permitía estudiar Arquitectura, por lo cual decidí iniciar mi carrera de psicología.

Desde pequeña mi pasatiempo ha sido la danza, empecé a bailar desde que tenía 6 años, inicié con ballet y a lo largo de mi vida ha sido uno de mis principales factores protectores. He encontrado en la danza un medio de expresión, una de las características de mi personalidad ha sido mi timidez y sensibilidad, por lo cual me costaba comunicarme por medio de las palabras, la danza ha sido para mí una manera de exponerme a mis temores y conectarme con mis necesidades. A mis 16 años, conocí la danza contemporánea, y desde ese momento deje de bailar ballet para continuar únicamente con la danza contemporánea, actualmente formo parte de una compañía de danza contemporánea, llamada 8t Arts.

Soy la única en la familia que estudió en universidad pública, momento de mi vida que me transformó completamente, allí aprendí a respetar las diferencias y entender que cada uno de

nosotros es un universo, entendí que habían otras realidades además de las que me habían enseñado mis familiares, llegar a compartir con realidades tan diversas contribuyó a mi visión actual de la espiritualidad, la política y la cultura, en la universidad adquirí una visión más crítica de la sociedad, que ha permeado mi estilo terapéutico.

Hasta hace poco trabajé en un centro de atención en drogodependencias en modalidad residencial, llamado Corpoases, donde trabajé durante aproximadamente 3 años. Es una condición de entrada porque el padre del paciente fue consumidor de sustancias, y desde mi experiencia he podido apreciar las consecuencias de ello y ahora puedo verlas desde la visión de los hijos de la persona que consume sustancias psicoactivas, lo que amplía mi perspectiva y a su vez me permite relacionarme con el padre del paciente desde una postura no sentenciosa y compasiva. Actualmente me desempeño como clínica en consulta particular con adolescentes y adultos.

Del contexto. El MCP plantea que es imprescindible que el clínico reconozca de una manera detallada las características esenciales del micro y macrocontexto en el cual realiza la atención, ejercicio en el cual los aspectos históricos, culturales, sociológicos y antropológicos básicos pueden ofrecer una perspectiva comprensiva bastante ilustrativa con respecto a las condiciones de emergencia de la problemática objeto de intervención. En esta línea de sentido, es muy importante incluir también un análisis del lugar en el cual se realiza su ejercicio clínico. Estas condiciones, determinan en gran medida las posibilidades de la intervención y las líneas de sentido en las que estas serán consideradas pertinentes o no, según el caso (Jaramillo, 2021).

Para el análisis del caso es importante tener en cuenta la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el paciente, quien en la actualidad tiene 9 años y se encuentra cursando tercero de primaria. Es una etapa en la cual la socialización y la cercanía a pares juegan un papel fundamental.

Socialización que se vio interrumpida por la pandemia (COVID- 19), situación que afectó en gran medida a los niños. La afectación no se da solamente por el virus en sí mismo, sino por el alejamiento y la prohibición de actividades sociales que permiten la regulación de emociones y fortalecen el vínculo social con pares y maestros que ayudan en el proceso de gestión emocional. Este conjunto de medidas de alargamiento de las cuarentenas puede resultar en una mayor angustia psicológica que se pueden manifestar en apatía, nerviosismo, miedo a salir a la calle o a que sus padres vuelvan al trabajo, pesadillas, irritabilidad, hipersensibilidad emocional, terrores nocturnos, mal uso de medios tecnológicos, dificultades para concentrarse e incluso leve retraso en el desarrollo cognitivo (Lizondo, 2021).

Así mismo, la pandemia implica diferentes cambios, el aislamiento preventivo implicaba tener a su madre cerca las 24 horas, además de percibir su hogar como un lugar seguro. El regreso al colegio conlleva el distanciamiento con su madre, la llegada a un lugar novedoso (lo que implica altos niveles de ansiedad) y hacer uso de habilidades sociales que pueden haberse frenado durante el aislamiento, aspecto que puede explicar el malestar cuando los demás niños gritan y las dificultades para adherirse a un colegio.

Por otro lado, hay aspectos del contexto de su familia que influyen en el análisis de caso, los cuales se mencionarán a continuación.

Las figuras masculinas de generaciones anteriores a la del paciente cumplían con el rol de proveedores económicos, además, presentaban conductas adictivas (consumo de licor) que conllevaban a situaciones de infidelidad y violencia intrafamiliar. El rol de la mujer se desdibujaba, la mujer se encargaba de las funciones del hogar y la reproducción, debían ser sumisas y calladas. La separación no era una opción.

Cuando la madre del paciente tenía 1 año, su padre es asesinado. En este punto es importante tener en cuenta la violencia que se vivió en Medellín en los años 80 – 90. Época que requería un mayor nivel de alerta frente al peligro, la ansiedad y el miedo eran emociones funcionales, que iban en concordancia con el contexto. Al morir el padre del hogar, principal proveedor, se genera un cambio en las funciones del hogar, la madre asume un rol más activo, buscando luchar por sus 3 hijas, todas mujeres. Luego llega a la familia una nueva figura masculina, quien asume nuevamente el rol de proveedor, y a su vez, retoma las conductas adictivas y la violencia, llegando incluso a violencia sexual. El peligro continúa.

La madre del paciente se retira de su hogar tras diferentes episodios de violencia sexual por parte de su padrastro y negligencia percibida de su madre hacia ella, restando credibilidad a su experiencia de abuso. Regresa al hogar cuando nace su hijo, se separa de su pareja y al mismo tiempo, su madre se separa de su padrastro. Al regresar, el paciente crece rodeado de figuras femeninas, en una familia monoparental femenina y extensa, aspecto que también influye en su crianza, al crecer sin una figura paterna y masculina presente en su cotidianidad.

El padre del paciente es consumidor activo de sustancias psicoactivas (bebidas alcohólicas y THC), aspecto que debemos tener en cuenta en el análisis del macro- contexto. Colombia, y Medellín, están influenciadas en gran medida por la cultura del narcotráfico y el microtráfico, la disponibilidad de las sustancias, las armas y el dinero ilícito es mucho mayor que en otros lugares del mundo, un país rodeado de violencia, que puede llevar a una mayor predisposición con conductas delictivas y/o conductas adictivas.

Los padres del paciente se separaron cuando él tenía diez meses, situación que genera un conflicto de intereses entre ellos, época en la cual hubo violencia intrafamiliar tanto física como verbal, promoviendo un espacio de inseguridad e inestabilidad para el paciente.

El paciente ha tenido gran cercanía con experiencias de pérdida y abandono, tanto por muertes de seres queridos, como por el abandono percibido de su padre, al irse del país. Tanto para el paciente, como para su madre, la figura paterna ha estado ausente y difusa.

Las parejas que ha tenido la madre del paciente, han ejercido violencia física hacia ella. Además, la madre del paciente tiene contacto frecuente con su abusador, puesto que es el padre de sus hermanas menores, situación que genera en ella episodios de desregulación emocional, que han sido evidenciados por su hijo.

Del contexto institucional. La IPS queda cerca de la casa del paciente, lo que favoreció la puntualidad y la accesibilidad a las citas.

Las sesiones se desarrollan en un contexto institucional, lo que implica un número de citas determinadas y aspectos administrativos que pueden disminuir la motivación para el cambio.

Hubo dificultades en la renovación de la orden, por lo cual, hubo varias semanas en las cuales se frenó el proceso terapéutico, afectando la alianza terapéutica. Adicionalmente, la atención se desarrolla en el marco de las prácticas de la Maestría en Clínica Psicológica, por lo cual hay periodos de interrupción durante las vacaciones establecidas por la universidad.

El estilo del escritorio atiende al modelo médico, lo que puede interferir en la promoción de un espacio seguro y confiable. Hay pocas herramientas didácticas. Hubo un cambio de consultorio entre los semestres, lo que representó algunos cambios que fueron representativos para

el proceso, como el acceso a herramientas didácticas como el tablero y los juguetes, que estaban presentes en el primer consultorio, pero en el segundo no. El cambio implicó mayor creatividad para llevar actividades y materiales que no se encontraban en el consultorio.

También hubo un cambio en los horarios del primer y segundo semestre. En el primer semestre el horario era a las 7am, al paciente le costaba mucho madrugar y llegaba somnoliento, lo que disminuía la motivación para el cambio. Durante el segundo semestre se realizó el cambio de horarios a las 6PM, lo cual requería mayor esfuerzo de mi parte, al ser un horario en el que me sentía más somnolienta y cansada; sin embargo, representó un cambio positivo para el paciente, se observaba mayor motivación durante las sesiones, era más propositivo y activo.

3.1.3 Motivo de consulta.

En este apartado se clarifican los aspectos por los que la persona ha buscado ayuda psicológica, ya sea si estos motivos son propios o promovidos por un tercero. Puede tratarse de una remisión o interconsulta de algún otro profesional o un motivo de consulta de un tercero que bien puede corresponder a los padres, la pareja o algún amigo. De ser así, es importante escuchar detenidamente al consultante con respecto al motivo de consulta que él cree tuvieron aquellos que le sugirieron el inicio del proceso, al igual que la posición que tiene frente a él, si está de acuerdo, en desacuerdo, parcialmente de acuerdo, se siente presionado para ir o busca algún tipo de ganancia secundaria al hacerles caso (Jaramillo, 2021).

La psicoterapia con niños tiene varias diferencias de la psicoterapia con adultos, las cuáles es importante nombrar, entre ellas, que la motivación para consultar suele ser extrínseca, la demanda surge de los cuidadores o de “*problemas*” expresados por la familia o la escuela, que no necesariamente los niños consideran como problema. Al existir diferentes demandas, es posible

que existan diferentes motivos de consulta, aspecto que dificulta llegar a un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento (Friedberg y McClure, 2005.,Álamo, 2019).

En este caso, el motivo de consulta obedece a la demanda de terceros: remisión de psiquiatría y preocupación de la madre.

El modelo transteórico creado por Prochaska y DiClemente en los años 80 (1982, 83 y 85) identifica los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona a la hora de plantearse la modificación de su conducta. Estos niveles, denominados estadios de cambio, son cinco: precontemplación (no existe conciencia del problema, ni intención para el cambio), contemplación (existe conciencia sobre el problema y necesidad de cambio, sin un compromiso firme con el cambio), preparación (ocurren pequeños cambios en la conducta problemática y hay mayor compromiso con el cambio), acción (empiezan a adoptarse cambios notorios y observables), y mantenimiento del cambio (período de seis meses de cambio efectivo).

El paciente ingresa con motivación extrínseca, aspecto que afecta la disposición para asistir a las citas y el logro de objetivos. En el primer momento del tratamiento el paciente se encontraba en fase de pre- contemplación, sin embargo, se ha ido movilizándolo poco a poco a la fase de acción, identificando sus propios objetivos y aumentando la motivación para asistir a los encuentros.

De la Madre

- **Primer momento:**

Siempre ha tenido muy mal dormir, chiquito gritaba mucho, tenía muchas pesadillas, me di cuenta que era muy obsesivo compulsivo, en estos días me dijo ‘mamá le dije a la profe que este era mi último año porque esos niños gritan mucho’, y entonces él quiere que las

cosas sean como a él le gusta (...) Él tuvo un tiempo en que se pegaba en la cabeza diciendo que era un tonto y que se le iba a tirar a un carro, ya no ha vuelto a pasar. Me preocupa que diga que nadie lo quiere, que no tiene amiguitos, él es muy pasivo, tranquilo. Los amigos pelean (M, comunicación personal, 2 de agosto, 2022).

- **Segundo momento:**

“Él quería volver, a mí me parece que está mucho mejor, ya no se pasa tanto a mi cama, aunque ha estado más grosero, usando palabras malucas que ni sabe que significan” (M, comunicación personal, 18 de abril, 2023).

- **Tercer momento:**

“Ha estado enojado porque lo castigamos con el celular” (M, comunicación personal, 8 de agosto, 2022).

Del paciente

- **Primer momento:**

“No sé” (Liam, comunicación personal, 2 de agosto, 2022).

- **Segundo momento:**

“Es un espacio en el que me siento tranquilo, me gusta venir” (Liam, comunicación personal, 18 de abril, 2023).

- **Tercer momento:**

“Yo tiré el celular a la basura y por eso me castigaron, me da mucha rabia, iba perdiendo una partida, además, se fueron a comer helado sin mí” (Liam, comunicación personal, 8 de agosto, 2022).

Del Psiquiatra

“Paciente de 8 años, primera atención por psiquiatría, con síntomas ansiosos de 2 años de evolución, asociado a evento vital distanciamiento del padre, adicionalmente con rasgos obsesivos” (P, comunicación personal, 14 de julio, 2022).

3.1.4 Obra de teatro.

Hace referencia al entramado vincular del paciente y el terapeuta, en el que se ponen en juego una serie de roles e interacciones de las que emergen los protagonistas del acto clínico, permitiendo que se generen las condiciones para el establecimiento de la alianza terapéutica. La obra de teatro permite comprender el sentido del problema desde una lógica relacional, la relación con los otros es el insumo esencial para entender los significados que construimos sobre nosotros mismos y sobre el mundo. (Jaramillo, 2021).

La psicoterapia es fundamentalmente un encuentro humano, por lo cual, las teorías deben explicar el proceso a través del cual el encuentro humano origina el cambio y las técnicas deben incluir la capacidad de utilizar la propia humanidad como instrumento terapéutico. Actualmente ha cambiado el énfasis que se daba antes en el psicoanálisis a la abstinencia, neutralidad y el anonimato, dando paso a perspectivas interpersonales y relacionales, donde el énfasis está en la interacción, la espontaneidad, la flexibilidad y la autenticidad. Desde estas perspectivas la vivencia

de una experiencia relacional constructiva es parte esencial del cambio, es más, constituye la esencia misma del proceso de cambio (Safran y Muran, 2005).

Ningún enfoque basado en el conocimiento, el entrenamiento o la aceptación incondicional de algo que se enseña tiene utilidad alguna ya que el cambio solo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación (...). Esto significa que debo tener en cuenta mis propios sentimientos y no ofrecer una fachada externa. (...) Si puedo crear un cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí mismo su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual. (Rogers, citado en Daskal, 2021).

Mahoney (2005), citado en Daskal (2021) refiere: La psicoterapia es un reto difícil y complejo tanto para el terapeuta como para el cliente. El terapeuta cambia, al menos en la misma medida que el cliente, durante el proceso terapéutico. Muchos terapeutas soportan el peso de unas expectativas que dicen que deben ser extraordinariamente felices, iluminados o sabios para ser profesionales legítimos. El cuidado propio, la compasión por uno mismo, son esenciales para el bienestar personal y para las responsabilidades profesionales de los psicoterapeutas. La terapia personal y la práctica espiritual pueden ser recursos inestimables para nuestra profesión.

Bordin, citado en Safran y Muran (2005), sugería que una buena alianza terapéutica es fundamental para el proceso de cambio en psicoterapia, afirmando que está conformada por tres componentes independientes pero que influyen entre sí, siendo ellos, las tareas, los objetivos y el vínculo. De esta manera, proponía que la fuerza de la alianza dependía del grado de acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre las tareas y los objetivos de la terapia y la calidad del vínculo relacional entre ellos. A continuación, se describirán brevemente cada uno de los componentes.

Las tareas dentro del proceso psicoterapéutico consisten en las actividades específicas que el paciente ejecuta para beneficiarse del tratamiento. Los objetivos, hacen referencia hacia el punto al que se dirige el proceso psicoterapéutico, los cuáles deben construirse en un diálogo continuo entre el paciente y el terapeuta, quienes deben estar en la misma onda. Y el vínculo, consiste en la calidad afectiva que existe en la relación entre el terapeuta y el paciente, incluyendo el grado en que el paciente se siente valorado, comprendido, respetado y seguro en el espacio terapéutico.

El proceso de negociación no es superficial, se refiere a los dilemas fundamentales de la existencia humana, como la negociación de nuestros deseos con los otros, la lucha por experimentarse a sí mismo como sujeto reconociendo la subjetividad del otro y la tensión entre la necesidad de agencia y la necesidad de afiliación.

La conceptualización de Bordin hace énfasis en la naturaleza dinámica, multidimensional y compleja de la alianza terapéutica, los componentes del vínculo están en movimiento todo el tiempo, son dinámicos y se influyen entre ellos, la calidad del vínculo influye en el grado en que el paciente y el terapeuta logran llegar a acuerdos sobre las tareas y los objetivos del proceso terapéutico, y a su vez dicha negociación determina la calidad del vínculo. El desarrollo de una alianza terapéutica depende de la capacidad del paciente y el terapeuta para desarrollar una colaboración real y no distorsionada el uno con el otro, sobre la base de auténticos sentimientos de simpatía, confianza y respeto. Cuando el terapeuta logra ser, sin temores, transmite una coherencia que generalmente lleva a lograr una psicoterapia exitosa. (Safran y Muran, 2005).

El ciclo interpersonal es un concepto propuesto por Safran y Segal (1990) en su teoría de la Terapia Cognitiva Interpersonal, la cual integra factores interpersonales y cognitivos, evidenciando cómo el cambio en el proceso terapéutico se manifiesta en el mundo del paciente, en

la experiencia del terapeuta y en la relación terapéutica. La teoría parte del supuesto fundamental de que los seres humanos son por naturaleza criaturas interpersonales que construyen representaciones de su experiencia.

La teoría del apego fue creada por John Bowlby (1986, 1998), quien concibe el apego como la tendencia que poseemos los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos a lo largo de la vida. El comportamiento de apego es propio del ser humano y permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona que considera más fuerte y/o sabia, motivando la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus cuidadores, siendo esta experiencia de proximidad fundamental en la capacidad posterior de establecer vínculos afectivos. Las figuras de apego tienen la función de proporcionar una base segura al niño, animarlos a explorar, contenerlos y protegerlos cuando el niño los necesita (Garrido, 2006).

La conducta de apego es un patrón fundamental de importancia en los seres humanos, tiene la función biológica específica de mantener la proximidad entre el bebé y el cuidador. La conducta de apego contribuye a la supervivencia de la especie, garantiza la seguridad física de los bebés y la satisfacción de sus necesidades básicas. La conducta de apego no termina al concluir la infancia, sino que continúa, en distintas formas, durante toda la vida (Safran y Segal, 2017).

Según Garrido (2006), actualmente hay un consenso en relación a la presencia de emociones específicas de acuerdo al estilo de apego:

El apego seguro constituye una interacción de calidez, confianza y seguridad con el cuidador, siendo las emociones más frecuentes de los bebés, la angustia ante la separación del cuidador y la calma cuando vuelve. Las personas con apego seguro tienden a tener menores índices de ansiedad, estrés y hostilidad en la adolescencia, teniendo mejores estrategias de afrontamiento,

seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, confianza en la búsqueda de apoyo, niveles más altos de afecto positivo, presentando un repertorio emocional balanceado y apertura a la experiencia emocional. Este estilo de apego se asocia con contacto social más frecuente e íntimo, lo que posibilita un mayor número de personas en la red social y una mayor cantidad de experiencia emocional (Garrido, 2006).

El apego ansioso ambivalente constituye una interacción de ambivalencia, enojo y preocupación con el cuidador, siendo las emociones más frecuentes de los bebés la angustia exacerbada ante las separaciones con el cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando regresa. En este estilo de apego se aprecia inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupación por las relaciones y miedo al rechazo, siendo las emociones predominantes la preocupación y el miedo a la separación, así como una baja tolerancia al dolor. Las emociones más frecuentes son el miedo, la ira, la vergüenza y la ansiedad (Garrido, 2006).

El apego ansioso evitativo constituye una interacción de distancia y evitación con el cuidador, siendo las emociones más frecuentes de los bebés la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones con el cuidador y la indiferencia cuando regresa. No hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva, existiendo preferencia por la distancia emocional con los otros y una minimización del afecto, la emoción prevalente es la rabia, sin embargo, suele ocultarse (Garrido, 2006).

Uno de los aspectos que se ve afectado por el trauma es el apego, la autorregulación en los lóbulos frontales del cerebro depende de la calidad de la respuesta de un adulto presente, sintonizado y emocionalmente estable, cuando los adultos no han desarrollado sus propios recursos

saludables pueden afectar los procesos de autorregulación del bebé y desarrollar un estilo de apego inseguro (Levine y Kline, 2016).

El apego es la base segura desde la que un niño enfrenta el mundo, tener un refugio fomenta la sensación de solidaridad, empatía, amabilidad y autosuficiencia, el apego permite la sincronización con otras personas y favorece el autoconocimiento, la autoregulación y la automotivación que les permite convertirse en miembros de la sociedad. La necesidad de apego nunca disminuye (Levine y Kline, 2016).

El apego ansioso ambivalente puede desarrollarse a raíz de una experiencia traumática y se observa en bebés que constantemente llaman la atención llorando, gritando o aferrándose, se alteran mucho cuando no saben dónde está su madre, pero obtienen poco consuelo a su regreso (Levine y Kline, 2016., Van der Kolk, 2015).

Los padres que están preocupados por su propio trauma, no tienen las capacidades de afrontamiento para ofrecer consuelo y protección a sus bebés. Si una madre no puede satisfacer los impulsos y las necesidades de su bebé, el bebé aprende a ser la idea que la madre tiene sobre él, intenta ajustarse a las necesidades de su cuidador y percibe que hay algo malo en él (Van der Kolk, 2015).

El paciente desarrolló un estilo de apego ansioso ambivalente con su madre, que en parte puede deberse a una dificultad en la sintonización de la madre con las necesidades del bebé, porque ella misma estaba preocupada por su propio trauma y su propio dolor.

La terapia centrada en esquemas (Young,1990,1999) integra elementos de la psicoterapia cognitivo conductual, constructivista, psicoanalista, la teoría del apego, la Gestalt y las relaciones objetales, obteniendo un modelo conceptual y de tratamiento unificador.

Young (1990, 1999) propone que los esquemas maladaptativos tempranos son resultado de las experiencias infantiles tóxicas, y se definen como un patrón generalizado, constituido por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales disfuncionales relativas a uno mismo y a las relaciones con los demás, que se desarrollan durante la infancia o adolescencia y se elaboran y repiten a lo largo de la vida (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Son producto de necesidades emocionales nucleares insatisfechas durante la infancia, como los vínculos seguros con los demás, libertad para expresar necesidades y emociones válidas; espontaneidad y juego; límites realistas y auto-control. Estas necesidades son universales. todas las tenemos, aunque en algunos individuos son más intensas que en otros. Un individuo psicológicamente sano es el que puede satisfacer de manera funcional estas necesidades emocionales nucleares (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Young, Klosko y Weishaar, sostienen que los primeros esquemas que se desarrollan son los más intensos y se originan en la familia nuclear, las dinámicas de la familia de origen son las que configuran las dinámicas del mundo infantil de la niñez.

Existen 18 esquemas que se agrupan en cinco categorías amplias o dimensiones de esquemas. La dimensión de desconexión y rechazo incluye a pacientes que son incapaces de establecer apegos seguros con otras personas, por la creencia de que sus necesidades de estabilidad, protección, amor, seguridad y pertenencia no serán satisfechas. Las familias de origen son inestables, abusadoras, con tendencia al rechazo o aisladas del mundo extenso, generalmente los

niños con esta dimensión afectada han sufrido infancias traumáticas, por lo cual, la relación terapéutica es fundamental para el tratamiento (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

El esquema de abandono se refiere a la inestabilidad percibida de la conexión con otros significativos, se tiene la sensación de que otras personas importantes no seguirán estando presentes, morirán o te cambiarán por alguien mejor (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

Hay tres estilos de afrontamiento: rendición, evitación y sobrecompensación. La rendición se somete al esquema, promoviendo el abandono. La evitación busca retirarse psicológicamente del dolor y aislándose emocionalmente. La sobrecompensación busca contraatacar maltratando a los demás o comportándose de maneras extremas para refutar el esquema pero termina siendo disfuncional (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

El paciente ha tenido a lo largo de su vida, experiencias tempranas que pueden conllevar al desarrollo de un esquema maladaptativo temprano de abandono, presenta ansiedad con las separaciones con su madre, altos niveles de activación emocional al pensar en extrañar a su padre y se le dificulta generar vínculos sólidos con personas de su edad. Ha adquirido como estrategia de afrontamiento, la evitación de la creación de vínculos con las personas que lo rodean, con la finalidad de disminuir la probabilidad de ser abandonado y también la rendición, actuando de maneras que causan que los demás se alejen.

- **Personajes principales**

Liam: El paciente tiene este papel, Liam es el síntoma que se manifiesta frente a los secretos y las decisiones de generaciones pasadas, en él aparece el temor que otros han intentado ocultar. Su estilo de afrontamiento es evitativo y su estilo de comunicación pasivo, lo cual es limitante para la resolución de conflictos en su hogar. Es visto como el problema.

Alana: evidencia cómo aparecen de vuelta todos esos temores que creía haber dejado atrás, todo lo que le pasó en su vida se ve reflejado ahora en su hijo, quien es su responsabilidad, ella trata de protegerlo como no lo hicieron con ella, pero resulta tener el efecto contrario, miedo en lugar de tranquilidad. Asume un rol protector, de cuidadora y proveedora económica. Es resiliente y tiene interés por protegerse a sí misma y a su familia.

Enzo: Es una persona dominante, que envuelto en sus propias sombras no tuvo como asumir su rol de padre de una manera diferente a ausentarse, nunca quiso que lo vieran débil, ni aceptar sus errores, en medio de sus temores causó en Liam que se intensificara la sensación de abandono y de no pertenecer a ningún lugar. Su rol es intermitente.

La caverna: es el mecanismo de defensa que encuentran Alana y Liam frente a todos sus temores, representa la estrategia de afrontamiento de evitación, ellos creen que la caverna los protege de las sombras. La desconfianza frente a lo externo no los protege, así como aleja a quienes creen que pueden dañarlos, también aleja a quienes quieren amarlos, el precio de la desconfianza y la evitación es muy alto a largo plazo, los aleja de la vida que para ellos valdría la pena.

Terapeuta en el rol de la luz: La luz representa a la terapeuta, pero también es la propia guía que necesita la terapeuta para acercarse al Liam de manera diferente al resto de los personajes, la terapeuta también está llena de temores, también tiene su propia caverna y sólo reconociendo sus falencias es capaz de relacionarse con Liam desde la luz y no desde sus propias sombras. La luz en sí misma también representa la exposición a los temores, y Liam no es el único que se expone, en este proceso se expone Alana, y también la terapeuta.

Las sombras: representan los temores de todos los personajes, de Alana, Liam, Enzo, Samantha y la terapeuta, la sombra es gigante, mucho más que el monstruo que está detrás de las

sombras, las sombras son el reflejo del trauma de la infancia, que al no ser reconocido y nombrado parece cada vez más grande y devastador.

La abuela, en el rol de Samantha: es una de las cuidadoras de Liam, asume un rol protector y normativo.

La tía: es una de las cuidadoras de Liam, asume un rol protector y normativo.

El ruido: representa el trauma.

- **Personajes secundarios**

El padre y el padrastro de Alana, en el papel de Aron y Luis: ambos fueron proveedores económicos, figuras dominantes y autoritarias, quienes impusieron las reglas en su momento y que han sido maltratadores y ahora aparecen en la historia como las sombras de Alana.

Figura 2:

Obra de teatro



*Fuente: Elaboración propia, de la interpretación de la obra de teatro.

- **Escena 1- Las cavernas:** Personajes: Alana, Liam y Camila.

Los tres estamos separados, en una caverna que construimos pensando que nos protege de nuestro temor al abandono, de repetir experiencias adversas que ya hemos vivido, de seguir repitiendo el mismo ciclo interpersonal.

En esta escena se encuentran los tres personajes principales, los tres están separados, cada uno en su propia caverna, que construyeron pensando que los protege de los miedos, de repetir experiencias adversas que han vivido, del ruido del cual han buscado huir durante toda la vida. ¿Qué tienen en común los personajes, además de la caverna? Su estilo de apego, los 3 desarrollaron con sus figuras cuidadoras un apego ansioso - ambivalente, que se sigue evidenciando en su ciclo interpersonal.

Alana desarrolló un apego ansioso ambivalente a causa de sus vivencias en la niñez: su padre fue una persona dominante, violenta y tenía dificultades de alcoholismo, falleció cuando apenas tenía un año de vida, Alana tenía otras hermanas y su madre tuvo que asumir el rol de proveedora para poder cuidar de ellas, lo que implicó que hubiera mayor distanciamiento emocional y poca disponibilidad. Luego, su madre conoció a otra persona, quién también era dominante, violenta y tenía dificultades de alcoholismo, sin embargo, era el principal proveedor del hogar, lo que implicó que estuviera en su hogar durante varios años. Su madre luchaba durante todo este tiempo por sus hijas, creía que para que ellas estuvieran bien, la solución era soportar todo lo que implicaba estar con una persona alcohólica y violenta, a costa de mantener económicamente el hogar, esto la llevó a alienarse con su propio dolor, a poner el dinero por encima del bienestar y a olvidar la importancia de sincronizarse con las necesidades emocionales propias y las de sus hijas, asumiendo una figura fuerte, dura y distante emocionalmente. Desde

muy pequeña Alana también tuvo contacto con la pérdida y el abandono, a medida que fue creciendo, vivió experiencias adversas con figuras que creía que eran significativas, como abusos sexuales por parte de su padrastro y la negligencia por parte de su madre al invalidar la situación y no creerle a su hija. En sus relaciones afectivas, Alana se relaciona con personas que tienen un alto potencial de abandono, que no se comprometen, ella se siente insegura, desconfía de la lealtad de sus parejas, quienes irónicamente terminan maltratándola emocional y físicamente, siendo infieles o abandonándola. La última pareja que tuvo, falleció en un accidente de tránsito hace dos años.

Liam desarrolló el apego ansioso ambivalente con su madre por varias razones, ella estaba alienada en su propio dolor, lo que afectaba la disponibilidad y la sincronización con sus necesidades, tuvo depresión post parto, situación que los afectó a ambos. A medida que Liam fue creciendo, Alana debía trabajar, para suplir las necesidades económicas de ambos, lo que afectaba el tiempo de calidad que pasaban juntos. La madre hizo lo mejor que pudo, sin embargo, Liam, no se sentía seguro, ni con su madre, ni con sus otros cuidadores, constantemente temía al abandono y las diferentes experiencias que ha vivido le han confirmado su esquema de abandono, fortaleciendo la creencia de que las personas que aman se irán: la muerte de sus abuelos y su bisabuela, la muerte de la pareja de su madre, de sus mascotas y la partida de su padre fuera del país. En la actualidad, Liam constantemente siente temor de ser abandonado, sin embargo, al mismo tiempo, se torna irritable con sus figuras más significativas, promoviendo su distanciamiento, su ira causa que las personas se enojen con él, reforzando su creencia de que los demás pueden abandonarlo en cualquier momento.

En cuanto a mí, también desarrollé un apego ansioso ambivalente con mi madre, nací en un embarazo no deseado, como Liam, mi padre nunca ha estado presente afectivamente y mi madre

también hizo lo mejor que pudo, debía trabajar para poder sostener económicamente el hogar, lo que implicó que estuviera al cuidado de mis abuelos a lo largo de mi niñez y que desarrollará temor e inseguridad frente a la posibilidad de ser abandonada.

Figura 3:

Escena 1- Las cavernas



*Fuente: Elaboración propia. Interpretación gráfica de la escena 1 de la obra de teatro.

- **Escena 2:** ¿Cómo podría ayudar a Liam y Alana a salir de su caverna sin salir de la mía?

Personajes: Alana, Liam y Camila.

Yo no elegí el caso, ellos me escogieron a mí. Desde el inicio la emoción que prevaleció en mí fue el miedo, emoción que irónicamente era el motivo de consulta de Liam. No quería trabajar con niños, nunca lo había hecho, no era mi población de preferencia. Situación que generó en mí muchísimo malestar incluso antes de conocer a Liam y a Alana. Situación que fue abordada en mi espacio de psicoterapia reconociendo mis propias condiciones de entrada de las cuales debía hacerme cargo, sobretodo el haber nacido en un embarazo no deseado, había reforzado la creencia

de que los niños eran un encarte. ¿Qué hubiera pasado si no lo hubiera hecho consciente? Si hubiera llegado a la primera sesión con Liam creyendo que los niños eran un encarte, hubiera reforzado su ciclo interpersonal, lo hubiera rechazado, situación que perpetuaría su temor al abandono y disminuiría la probabilidad de ayuda que yo podía brindarle. A pesar de hacerlo consciente, aspecto que fue de gran ayuda, todavía tenía miedo, de no poder ayudarlo, de no conectarme, de no utilizar las técnicas correctas, de no tener los suficientes conocimientos, sin embargo, entendí que los niños lo que más necesitan es ser escuchados y tener un lugar, lugar y voz que nadie les da porque “son muy pequeños”. Con esta premisa básica, pude acercarme, conectarme, escuchar activamente, desde la empatía y la compasión.

La escucha activa y la compasión permitieron que los tres saliéramos de la caverna y exploráramos juntos nuevas posibilidades. En esta escena me ubico en el medio de Alana y Liam, buscando darles un lugar a las necesidades de Liam para sentirse más cercano a su madre y enseñándole a Alana cómo sincronizarse con Liam desde un lugar diferente al miedo. En este punto es donde empieza a aparecer la luz, juntos comprendemos que las sombras de Liam, que representaban todos sus miedos, estaban en su cabeza y no en la realidad, los tres entendemos que evitarlas solamente estaba causando que Liam se distanciara de lo que tiene valor en su vida, de sus propias metas y propósitos. Juntos descubrimos que las emociones no son malas, que siempre sirven para algo y que es importante identificarlas, nombrarlas y sentirlas. En esta escena el objetivo principal es ir hacia la misma dirección.

Figura 4:

Escena 2- ¿Cómo podría ayudar a Liam y Alana a salir de su caverna sin salir de la mía?



*Fuente: Elaboración propia. Interpretación gráfica de la escena 2 de la obra de teatro.

- **Escena 3:** La luz se expande. Personajes: Liam, Alana, Abuela, Tía y Camila.

Ahora que los 3 personajes principales están yendo hacia la misma dirección, es importante que la luz se expanda. Vemos la necesidad de incluir a dos personajes más: La abuela y la tía. Quienes conviven con Alana y Liam, y siempre han estado interesadas en su bienestar.

Al incluir a la tía y la abuela, vemos como la luz se expande, los aprendizajes adquiridos hasta el momento son compartidos con ellas, las incluimos en el proceso de cambio y su perspectiva amplía el panorama que teníamos. Buscamos incluirlas en el camino que nos lleva a todos hacia la misma dirección, entre todos construimos acuerdos que benefician a Liam y ayudan a tener una mejor convivencia en el hogar, pero esta vez, con una diferencia: Liam tiene voz en la construcción de los acuerdos, los temores han disminuido y hemos descubierto que la caverna no nos protegía.

Figure 5.

Escena 3: La luz se expande.



*Fuente: Elaboración propia. Interpretación gráfica de la escena 3 de la obra de teatro, escena final.

3.1.5. Teoría del caso

A continuación, se expondrán de manera breve algunos conceptos teóricos en los que se ha basado la intervención del caso expuesto, teniendo en cuenta que en el Método Clínico Psicológico la teoría no es el punto de partida ni el fin, sino el medio para complementar la comprensión del caso por parte del clínico.

En la conceptualización del caso se abordarán diferentes teorías que nutrieron la comprensión del caso, como la psicoterapia infantil, la terapia cognitivo conductual, las terapias contextuales, la teoría de esquemas maladaptativos tempranos, el modelo transteórico del cambio, teorías relacionadas con la alianza terapéutica y teorías relacionadas con el trauma. Se irán mencionando a medida que se nombran los objetivos y acciones realizadas.

En la psicoterapia infantil es importante tener en cuenta los constantes cambios que se dan en la niñez producto del desarrollo evolutivo, aspecto fundamental en el momento de determinar objetivos de tratamiento. Debido a que algunas conductas pueden conformar una patología dependiendo de la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño (Álamo, 2019).

La personalidad del niño se encuentra en formación, por lo cual no debemos hablar de “enfermedad”, sino de señales de desviación del desarrollo que son consecuencia de la influencia mutua entre factores biológicos, psicológicos y sociales, el terapeuta debe enfocarse en la relación del niño con su entorno, según la etapa del desarrollo. En el proceso terapéutico es importante promover nuevas vivencias que favorezcan los autoesquemas, el establecimiento de vínculos afectivos y el surgimiento de sentimientos positivos, buscando promover una relación más sana con el medio (González, 2017).

La psicoterapia con niños tiene varias diferencias de la psicoterapia con adultos, las cuáles es importante nombrar, entre ellas: la participación de los padres; la influencia del contexto escolar; las técnicas utilizadas, predominan el juego, el dibujo y la arteterapia; la motivación para consultar suele ser extrínseca, la demanda surge de los cuidadores o de “problemas” expresados por la familia o la escuela, que no necesariamente los niños consideran como problema. Al existir diferentes demandas, es posible que existan diferentes motivos de consulta, aspecto que dificulta llegar a un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento (Friedberg y McClure, 2005., Álamo, 2019).

Un aspecto diferenciador son las técnicas utilizadas en psicoterapia con niños y con adultos, las técnicas verbales predominan en psicoterapia con adultos, mientras que no son las más adecuadas para la psicoterapia infantil, debido a limitaciones en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, para la psicoterapia con niños predominan técnicas no verbales como el juego, el dibujo y la arteterapia. Las técnicas utilizadas con niños pueden clasificarse, según Bruner (1984, 1988)

en tres grandes grupos que corresponden a tres formas de representación de la realidad; la enactiva, corresponde a actividades guiadas por la acción, que incluyen juegos, dramatizaciones, marionetas o títeres; la icónica, corresponde a actividades guiadas por imágenes, que incluyen el dibujo, la imaginería, la pintura y técnicas plásticas como plastilina o arcilla; la simbólica, corresponde a actividades guiadas por el intercambio verbal, como cuentos y escritura de cartas. La mayoría de técnicas utilizan de manera transversal la proyección y la metáfora, estas herramientas son decisivas debido a que muestran aspectos que el niño/a no puede o no desea expresar abiertamente (Álamo, 2019).

La corriente cognitiva conductual plantea un enfoque centrado en el aquí y el ahora, orientado a la acción, busca fomentar la adquisición de habilidades de afrontamiento a través de acciones concretas, que a su vez ayuden a los niños en el fortalecimiento de procesos psicológicos como la atención y la memoria, hay evidencias de que la motivación de los niños mejora cuando se divierten, dando lugar al uso de diferentes técnicas creativas y didácticas que pueden ocasionar mejores resultados (Friedberg y McClure, 2005).

El tratamiento está enfocado en su propio entorno, por lo cual es importante tener en cuenta en la intervención la vinculación de los padres y del colegio en el proceso. Los sistemas en los que los niños se encuentran inmersos juegan el papel de reforzar o extinguir habilidades de afrontamiento que pueden o no ser adaptativas, por lo cual es fundamental implicar y colaborar con los sistemas en los que el niño se encuentra (Friedberg y McClure, 2005).

Por su parte, las terapias contextuales o de tercera generación son definidas por Hayes, citado en Coletti y Teti (2020) como terapias fundamentadas en los principios del aprendizaje, que son sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, más allá de la forma, por lo

tanto, enfatizan en estrategias de cambio que están basadas en el contexto y en la experiencia. Buscan construir repertorios amplios de conducta, que sean flexibles y efectivos, descentrando la atención en problemas claramente definidos. Dentro de las terapias contextuales encontramos: la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia dialéctico-conductual (DBT), la terapia analítico-funcional (FAP) y el Mindfulness.

La terapia centrada en esquemas es propuesta por Young (1990,1999), es una psicoterapia de carácter integrativo, que retoma elementos de la psicoterapia cognitivo conductual, constructivista, psicoanalista, la teoría del apego, la Gestalt y las relaciones objetales, obteniendo un modelo conceptual y de tratamiento unificador. Los esquemas maladaptativos tempranos se desarrollan durante la infancia y adolescencia y se repiten a lo largo de la vida, siendo el resultado de experiencias infantiles adversas, constituyendo un patrón de recuerdos, cogniciones, emociones y sensaciones corporales referentes a uno mismo y las relaciones con los demás (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

El modelo transteórico del cambio es propuesto por Prochaska y Diclemente en 1992, y comprende el cambio como un continuo, proponiendo la integración de tres categorías: estadios, procesos y niveles de cambio. Los estadios hacen referencia a la predisposición al cambio que puede tener una persona; los procesos permiten comprender cómo suceden esos cambios; y los niveles hacen referencia a la profundidad que se necesita para que el cambio se consolide (Becoña y Cortés, 2011).

El modelo transteórico tiene en cuenta diferentes variables que influyen en el proceso de cambio, tales como: la motivación para el cambio, las expectativas de autoeficacia y la toma de decisiones (Becoña y Cortés, 2011).

Las teorías referentes a la alianza terapéutica fueron tomadas de Safran y Muran (2005), quienes defienden un concepto que entiende la relación terapéutica como una experiencia co-construida entre el terapeuta y el paciente, y que, además, es componente esencial y motor del proceso de cambio, siendo el elemento más robusto de predicción del éxito del tratamiento.

También se integraron teorías referentes a la persona del terapeuta (Daskal, 2021), donde se considera que una buena alianza terapéutica es imprescindible en el proceso psicoterapéutico, entendiendo la relación terapéutica como un vínculo entre dos seres humanos donde hay afecto y respeto, Daskal, retoma a Rogers, quien argumenta que ningún enfoque basado en el conocimiento tiene utilidad alguna ya que el cambio solo puede surgir de la experiencia adquirida en una relación, haciendo énfasis en la importancia de tener en cuenta los sentimientos propios y no ofrecer al otro una fachada externa. También retoma a Mahoney (2005), quien propone que el terapeuta cambia al menos en la misma medida que el cliente durante el proceso psicoterapéutico, resaltando la importancia del autocuidado, la compasión, la práctica espiritual y la terapia personal como recursos inestimables en la evolución del terapeuta.

En cuanto a las teorías relacionadas con el trauma se retomaron los aportes realizados por Van der Kolk (2015) y Levine y Kline (2016), entendiendo el trauma como el resultado de cualquier experiencia que nos pasma de manera imprevista, nos abrumba y nos altera, causando una desconexión con nuestro cuerpo, y debilitando cualquier mecanismo de afrontamiento previo, aumentando la sensación de indefensión, inestabilidad y desesperanza. El trauma difiere de persona a persona, dependiendo de factores como la edad y el historial del trauma (Levine y Kline, 2016).

Van der Kolk sostiene que las experiencias traumáticas dejan huella tanto en historias y culturas, como en hogares y familias, que guardan secretos que se transmiten de manera imperceptible de generación en generación. La huella también se expande a la forma de pensar, sentir, a la capacidad de disfrutar y de mantener relaciones íntimas, e incluso a la biología y al sistema inmunológico, como consecuencia de dicha huella, el trauma afecta no solo a las personas que están directamente expuestos a él, sino también a quienes los rodean.

El trauma no sanado actúa como una piedra que cae en un lago; causa ondas que se extienden en todas las direcciones, afectando a otros cuerpos a través del tiempo, después de meses o años, el trauma no sanado puede convertirse en la personalidad de alguien, después de periodos de tiempo más largos, a medida que sigue siendo transmitido y expandido hacia otros cuerpos dentro de un mismo hogar, puede convertirse en una norma familiar, y si se transmite y expande a través de múltiples familias y generaciones, puede comenzar a verse como cultura (Resmaa Menaken, s.f).

3.1.6. Objetivos clínicos.

Este componente se refiere a las motivaciones que subyacen al motivo de consulta y que se convierten en el objetivo de la atención. Su definición requiere de un proceso de elaboración conjunta entre el psicólogo y las personas que consultan. Deben ser concretos, puntuales y definidos de acuerdo con criterios de pertinencia, oportunidad y con lógica progresiva. Es importante mencionar que desde una lógica recursiva los objetivos clínicos son cambiantes, móviles, y van emergiendo y desapareciendo a medida que el proceso avanza (Jaramillo, 2021).

3.1.7. Planeación e implementación de acciones terapéuticas.

Es la elaboración y ejecución del plan de intervención, partiendo de los objetivos clínicos previamente definidos y en coherencia con el cuento y la obra de teatro. Las acciones deben orientarse de manera organizada, secuencial, sustentada, contextualizada, priorizada y delimitada. Dicho plan debe promover la transformación y generar dinámicas que promuevan el potencial de cambio del paciente, teniendo en cuenta sus características contextuales (Jaramillo, 2021).

Las acciones deben evaluarse de manera recursiva, no obedecen a una lógica secuencial, pueden reestructurarse a lo largo del proceso, de acuerdo al cambio en otros elementos del método, como en el cuento, la obra de teatro y los objetivos clínicos. Esta recursividad implica la lógica del termostato en la que existe una autocorrección y ajuste continuos que conllevan a entender que las propuestas al interior del método son cambiantes, flexibles, ajustables a las necesidades derivadas de la lectura clínica de cada momento (Jaramillo, 2021).

- **Primer momento**

Objetivo 1. Disminuir la frecuencia en la que el paciente se pasa a la cama de su madre en la madrugada.

Acciones planeadas:

Manejo adecuado de la higiene del sueño. Se orientó tanto al paciente como a la madre en las recomendaciones para mejorar la higiene del sueño, entre ellas: establecer un horario fijo y regular de sueño en un ambiente adecuado para dormir: silencio, poca luz, ruido y temperatura agradable durante la noche; crear una rutina relajante fija a la hora de acostarse, durante unos 20-45 minutos, que transmita tranquilidad y seguridad con el ambiente, como un baño, masaje, poner la pijama, contar un cuento o escuchar una serie de meditación (headspace); hacer uso de objetos

transicionales para establecer asociaciones positivas con el sueño para que el niño concilie el sueño de forma autónoma y sin la ayuda de los padres; no usar la habitación como lugar de castigo para evitar la asociación con estímulos negativos; favorecer el tomar una cena equilibrada, evitando el exceso de líquidos; limitar el uso de dispositivos móviles en la habitación durante la noche, debido a que su luz estimula el sistema nervioso central, empeorando la conciliación del sueño; establecer siestas regulares durante el día y adecuadas en duración y horario; evitar siestas largas, sobre todo próximas a la hora de dormir (Jurado y Segarra, 2016).

Lectura del cuento “Ramón Preocupón”. Este cuento trata de un niño llamado Ramón, que como todos llega a tener preocupaciones, pero a veces son tantas que no lo dejan dormir. Los papás de Ramón quieren apoyarlo a manejar sus preocupaciones, haciéndole ver que siempre van a cuidar de él. Sin embargo, a Ramón le cuesta trabajo manejar este problema a pesar del apoyo de sus padres. La solución a este problema lo tiene su Abuelita, quien le enseña que hay unos muñecos llamados quitapesares que pueden ayudarlo. Estos juguetes tradicionales de Guatemala tienen el poder de llevarse las preocupaciones de las personas mientras duermes.

Moldeamiento. Se refiere al refuerzo de las conductas sucesivas a una conducta meta. En el caso, se realizó una jerarquía que los comportamientos que se acercaban a dormir solo, reforzando la disminución en la frecuencia en la cual se pasaba a la cama de su madre y hacia uso de otras estrategias de autocontrol.

Objetivo 2. Desarrollar nuevas formas de relacionamiento con las emociones para que el paciente aprenda a nombrarlas e identifique si lo que siente es coherente con la situación.

Acciones planeadas:

Indagar por hiperacusia. Uno de los motivos de consulta era la molestia que generaba en el paciente que otros niños gritaran mucho, la hiperacusia se descartó, dicho motivo de consulta se explicó más por los cambios que sucedieron en la pandemia, que implicaban menor socialización con pares y mayor socialización con personas mayores que cuidaban de él, lo que implicaba menor estimulación auditiva.

Película intensamente. Se utilizaron los personajes de la película para realizar psicoeducación sobre la función de las emociones, promover la comunicación con su madre y la validación emocional.

Diario de emociones. Se le propuso al paciente realizar un diario de emociones por medio del dibujo, teniendo en cuenta que le gustaba dibujar, el paciente lo realizó por un tiempo, luego encontramos juntos una estrategia diferente que fue más pertinente y aportó al proceso.

Objetivo 3. Generar un espacio seguro en el cual el paciente se sienta escuchado y validado.

Acciones planeadas:

El espacio seguro se promovió mediante un trabajo colaborativo con el paciente, se promovió que asumiera un rol activo en su proceso, participando en la construcción de los objetivos terapéuticos y en la toma de decisiones sobre el espacio (permitir que escogiera donde sentarse y que juegos deseaba realizar al inicio).

Autorrevelación. Es la acción en la que el terapeuta evidencia información personal de sí mismo (Valdés, 2010). La utilicé buscando que nos conectáramos desde la emoción que compartíamos en la primera sesión: el miedo. Esta acción permitió que el paciente me viera como

un ser humano como cualquier otro y que se sintiera menos solo en todas las emociones que lo abrumaban.

Juegos. Con los niños, la relación basada en la palabra que es característica de la psicoterapia con adultos, resulta insuficiente y poco adecuada para establecer un vínculo terapéutico empático que facilite el logro de objetivos. Los terapeutas infantiles han encontrado en el juego una vía de acceso al mundo infantil, el juego es protagonista de esta etapa evolutiva y es el medio ideal para descifrar las emociones y pensamientos del niño. El juego es una conducta que tiene funciones adaptativas y de supervivencia, además, tiene propiedades terapéuticas que favorecen los cambios tanto en la conducta como en los pensamientos y el relacionamiento con las emociones, el juego no es solamente un medio, es terapéutico en sí mismo (Bunge, 2009).

En el primer momento del proceso, el juego fue protagonista, además, se le permitió al paciente elegir sus juegos de preferencia, le gustaba el dominó, algunos juegos en línea, el ahorcadito, los legos y el origami.

Indagar por los intereses del paciente. Se indagó por los intereses del paciente en cuestión de actividades deportivas, como el fútbol y el atletismo, y también en caricaturas, como Sonic, y juegos preferidos, como LEGO. Al paciente también le gusta dibujar, realizar actividades en plastilina, la mímica y algunos videojuegos. Toda esta información fue recolectada en las primeras sesiones y facilitó la selección de posteriores actividades que nos acercaran al logro de objetivos.

Validación emocional. La validación emocional es la capacidad de comunicarle al otro que tanto sus emociones, como sus pensamientos y acciones tienen sentido para el momento de la vida en particular. En el contexto clínico se refiere a la capacidad de comunicar al paciente que

para sus condiciones de vida sus respuestas son comprensibles y tienen un sentido, validar requiere aceptar y comunicar dicha aceptación (Linehan, 1993, citada en Cerón y Contreras, 2022).

En el primer momento y durante todo el proceso en general la validación emocional fue parte clave, debido a que poder darle un lugar al paciente donde pudiera aprender a expresar sus emociones, de manera asertiva y pertinente dentro de su contexto familiar, sin temor a ser juzgado fue uno de los indicadores de cambio. Para ello, se ejecutaron acciones como: sintonizar, armonizar, dar retroalimentación, reflejo y refuerzo (Valdés, 2010).

Principio de reforzamiento positivo. El refuerzo es el proceso de aprendizaje que tiene que ver con el aumento de la probabilidad de ocurrencia de una conducta por su asociación con un cambio estimular. El reforzamiento es el procedimiento mediante el cual las consecuencias producen el aprendizaje. El reforzamiento positivo se refiere al incremento de una conducta ante la presentación de un estímulo agradable o gratificante como consecuencia de la realización de la misma. El reforzamiento positivo fortalece el vínculo terapéutico y mantiene las conductas que deseamos que se repitan (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Se ha utilizado cuando el paciente ingresa solo al consultorio, cuando cumple con las indicaciones dadas, cuando es propositivo dentro del espacio psicoterapéutico y cuando logra aplicar lo aprendido en el hogar, como, por ejemplo, cuando disminuye la frecuencia con la que se pasa de su cama a la de su madre y cuando comunica a sus figuras cuidadoras si se siente en riesgo.

Objetivo 4. Implementar estrategias para que los cuidadores del paciente puedan llegar a acuerdos frente a su cuidado.

Acciones planeadas:

Pautas de crianza. Son acuerdos que conciertan los padres que se preparan para la llegada de sus hijos, que buscan asumir la responsabilidad de acompañar, potenciar el desarrollo humano de sus hijos y guiarlos hacia las metas de socialización. Son aprendidas y transmitidas de generación en generación, sin embargo, cada hijo es único y las demandas del contexto son diferentes para cada grupo familiar. Las pautas de crianza representan un modelo del actuar esperado en sociedad, teniendo en cuenta que la familia es el primer grupo social al que pertenecemos, de ella depende la interiorización de los aprendizajes (Mebarak, Castro, Fontalvo y Quiroz, 2016).

Durante el proceso terapéutico se orientó tanto a los padres, como a la abuela y la tía, quienes eran las principales cuidadoras y figuras de autoridad con quienes convivía el paciente. Durante las sesiones se les orientó en diferentes temas, tales como: cuáles son las conductas esperables de acuerdo a las etapas del desarrollo, métodos de refuerzo y castigo, psicoeducación sobre las emociones, la validación emocional y estrategias de regulación emocional, e higiene del sueño.

Fortalecimiento de un apego seguro con la madre. Durante todo el proceso se buscó generar estrategias para fortalecer un apego seguro del paciente con su madre, por medio de un cronograma de actividades que favoreciera el tiempo de calidad juntos; el entrenamiento en asertividad, escucha activa, solución de problemas y habilidades sociales.

Con respecto a los demás integrantes de la familia, con su tía y su abuela, los aprendizajes se extendieron en el cuarto momento y con su padre se realizó un acercamiento inicial buscando promover un acompañamiento activo durante el proceso que disminuyera la sensación de abandono que tenía el paciente frente a su viaje fuera del país.

Análisis funcional. Es la síntesis que se realiza de los problemas del paciente, por medio de un análisis de las conductas específicas que se busca reducir o incrementar, en el que se establezcan las variables que determinan el problema y que se pueden controlar para promover el cambio. El término funcional se refiere al propósito o función del comportamiento del individuo sobre su entorno (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

El análisis funcional se utilizó en diferentes momentos, a continuación, se compartirán algunos de los análisis realizados:

Situación 1.

1. Estímulo o evento antecedente: Temores nocturnos en las noches.
2. Respuesta cognitiva: “hay alguien en la ventana y debajo de mi cama”.
3. Respuesta afectiva: miedo.
4. Respuesta fisiológica: sudoración, taquicardia, presión en el pecho.
5. Respuesta motora: pasarse a la cama de su madre.
6. Consecuencias: su madre lo acoge en su cama, lo que constituye un refuerzo positivo del comportamiento de pasarse de cama, aumentando la probabilidad de que el paciente se vuelva a pasar en situaciones futuras y el temor no disminuya.

Situación 2.

- 1 Estímulo o evento antecedente: Temores nocturnos en las noches.
- 2 Respuesta cognitiva: “Mis temores están en mi mente, no hay nadie en mi habitación

además de mi”.

- 3 Respuesta afectiva: miedo.
- 4 Respuesta fisiológica: sudoración, taquicardia, presión en el pecho.
- 5 Respuesta motora: pasarse a la cama de su madre.
- 6 Consecuencias: su madre lo acompaña y le lee un cuento mientras se queda dormido, pero no le permite pasarse a su cama. Constituye un castigo positivo, debido a que reduce la probabilidad de ocurrencia de la conducta de pasarse de cama en un futuro.

Situación 3.

1. Estímulo o evento antecedente: Su primo le dañó una cartuchera que le habían regalado.
2. Respuesta cognitiva: “es injusto que el haga esto con mis cosas”.
3. Respuesta afectiva: ira y frustración.
4. Respuesta fisiológica: agitación en la respiración, llanto, sudoración, calor, tensión corporal.
5. Respuesta motora: Contarle a su tía.
6. Consecuencias: su tía lo escucha y aconseja en su habitación, llaman a su madre, quién también lo escucha y valida su emoción. La consecuencia es un refuerzo positivo, debido a que aumenta la probabilidad de que el paciente comunique su malestar, en lugar de reaccionar de manera agresiva u hostil.

Situación 4.

1. Estímulo o evento antecedente: Perder en un videojuego.
- 2 Respuesta cognitiva: “no soy bueno”.
- 3 Respuesta afectiva: ira y frustración.
- 4 Respuesta fisiológica: sudoración, inquietud motora, agitación en la respiración, aumento de la temperatura corporal.
- 5 Respuesta motora: Gritar, tirar el celular y encerrarse en su habitación.
- 6 Consecuencias: su tía y su abuela le quitan el celular y se dirigen a comer helado sin él. Aspecto que busca reducir la probabilidad de ocurrencia de la conducta de haber tirado el celular al suelo, constituyendo un castigo negativo, sin embargo, es doble castigo, lo que implicó altos niveles de malestar en el paciente y aumentó la desconfianza en sus cuidadoras. En sesiones siguientes se orientó a las cuidadoras en que debe castigarse o reforzarse el comportamiento y no la persona, y que debe ser coherente con la edad y la situación. Lo que se busca reducir no es su reacción emocional, es importante ayudarle y acompañarlo en la gestión adecuada de sus emociones.

Análisis de variables. Busca operacionalizar la conducta por medio del análisis de las variables de ocurrencia, frecuencia, duración, intensidad y latencia de la conducta que se busca reducir o aumentar.

En este punto, se analizaron las variables correspondientes a la conducta problemática de no querer dormir solo en su cama debido a temores nocturnos:

1. Ocurrencia: Intenta conciliar el sueño, siente sudoración y taquicardia, piensa que puede haber alguien debajo de su cama o en su ventana, abraza un peluche o se mete debajo de la cobija o se pasa a la cama de su madre.
2. Frecuencia: todas las noches.
3. Duración: hasta que su madre lo acoge (10 minutos).
4. Intensidad: alta.
5. Latencia: corta.

- **Segundo momento**

Objetivo 1: Disminuir la frecuencia en la que el paciente se pasa a la cama de su madre en la madrugada.

El objetivo no se cumplió en el primer momento, por lo tanto, se continuó abordando en el segundo momento, con las acciones que se describirán a continuación.

Acciones planeadas:

Clasificación de los estímulos que producen temor. Se identificaron con el paciente los estímulos temidos y se clasificaron para saber cuáles eran los que le generaban más temor. Posteriormente, se identificaron los escenarios en los que la intensidad del temor aumentaba, por ejemplo: en las noches, al mirar hacia la ventana o debajo de la cama. Una vez identificados, en conjunto con la madre se desarrollaron estrategias de modificación ambiental, que promovieran la autonomía del paciente, como: cambiar los objetos de la habitación de lugar, poner una lámpara en su habitación, escuchar un audio de relajación antes de dormir.

Técnicas de autocontrol. Incluye la observación, la detección de conductas problemáticas, el establecimiento de objetivos, el uso de técnicas concretas, el contrato conductual y la puesta en práctica de lo aprendido. Se realizó con la conducta de pasarse a la cama de su madre en las noches, en la sesión 11 se realizó un contrato conductual y al regreso de las vacaciones se evidenció mejoría y cumplimiento del contrato, el paciente y la madre identifican estrategias que pusieron en práctica.

Objetivo 2: Continuar promoviendo un espacio seguro en el cual el paciente se sienta escuchado y validado.

Acciones planeadas. Se continuaron aplicando las acciones planteadas en el primer momento, tales como la validación emocional, el reforzamiento positivo, el juego y la indagación sobre nuevos intereses y gustos. En el segundo momento fue cuando ocurrieron las acciones que conllevaron a la creación de un vínculo seguro con el paciente y la madre del paciente, las acciones que dan cuenta del vínculo se describen en el segundo objetivo a continuación.

Objetivo 3. Aprender habilidades que le permitan gestionar emociones como el miedo, la ira y la frustración.

Acciones planeadas:

Diferencias entre la ansiedad y el miedo. En el segundo momento fue importante realizar psicoeducación sobre las diferencias entre el miedo y la ansiedad, tanto con el paciente como con su madre, para ello se hizo uso de metáforas y ejemplos didácticos.

Arte terapia. Desarrollo de muñecos quitapesares (propuestos en el cuento mencionado anteriormente “Ramón Preocupón”, ver anexo 2). La arteterapia es una profesión que compete al área de la salud mental y que utiliza el proceso creativo del arte para buscar y encontrar un deseo

de mejora en el bienestar físico, mental y emocional de las personas. Se basa en la creencia de que el proceso creativo envuelto en la auto expresión artística es de ayuda a los individuos para resolver conflictos y problemas en su día a día, además ayuda a relaciones interpersonales, al control de la conducta de uno mismo, a reducir los niveles de estrés, al aumento de la autoestima y la autoconciencia y a la reflexión interna de uno mismo (American Arttherapy Association, 2017, citado en Bustamante, 2021).

Gráfico de emociones a través del dibujo. Se realizó una adaptación de la gráfica de caras propuesta en el libro TCC para niños agresivos (Pesantez, 2007) integrando el termómetro de emociones. Se realizaba un dibujo de un tarro para cada día de la semana, en el cual un color representaba cada emoción y el niño iba coloreando el tarro de los colores de acuerdo a como se había sentido. Mientras se realizaba el ejercicio, expresaba el motivo de las emociones que había sentido durante la semana.

Entrenamiento en asertividad. Consiste en entrenar tanto al paciente como a sus familiares en expresar sentimientos, opiniones y deseos positivos y negativos de una forma eficaz y en el momento oportuno. El entrenamiento se realizó en varias sesiones, mediante juegos de roles y la promoción de un espacio donde pudieran expresarse teniendo en cuenta tanto las necesidades propias como las de los demás, con el objetivo de lograr una mejor comunicación y convivencia en el hogar. En esta acción primó darle un lugar al paciente, que se sintiera parte activa de la toma de decisiones y tuviera un espacio seguro donde manifestar sus emociones sin que fuera juzgado (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Habilidades sociales. Es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican diferentes técnicas con el objetivo de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y la

comunicación. Las habilidades sociales son conductas aprendidas que pueden adquirirse mediante aprendizaje vicario, retroalimentación y reforzamiento (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Objetivo 4: Continuar fortaleciendo un apego seguro entre el paciente y la madre.

En cuanto a este objetivo se continuaron aplicando las acciones propuestas en el primer momento, así como la práctica constante de las habilidades sociales aprendidas, la comunicación asertiva, la validación emocional y la solución de problemas.

- **Tercer momento**

Objetivo 1: Continuar promoviendo un espacio seguro en el cual el paciente se sienta escuchado y validado.

Acciones planeadas: Se continuaron aplicando las acciones definidas en momentos anteriores, en este momento se da el tránsito entre la fase de cambio de preparación a acción y por primera vez el paciente llega con un motivo de consulta propio, lo que favorece la motivación con el cambio y la asunción de un rol más activo en el proceso.

De nuevo se utiliza la arteterapia, esta vez por medio del dibujo, buscando que el paciente plasme los objetivos terapéuticos del segundo momento del espacio psicoterapéutico (Ver anexo3). En la sesión 11 también se hace uso de la arteterapia, al pedirle al paciente que realizara una invitación con plastilina a su padre para vincularse a su proceso.

En este punto también es importante mencionar que una de las acciones claves fue el acercamiento con la madre del paciente, con quién se continuó fortaleciendo un vínculo seguro, sobretodo en una sesión en la cual asistió sola al consultorio, en la cual se lograron clarificar

vivencias significativas tanto de su vida como de la del paciente, esclareciendo que algunos de los síntomas del paciente estaban cargados de trauma transgeneracional.

Objetivo 2: Aprender habilidades que le permitan gestionar emociones como el miedo, la ira y la frustración.

Acciones planeadas:

Se retomaron acciones de momentos pasados, como el gráfico de emociones, el entrenamiento en relajación y técnicas de respiración.

Desensibilización sistemática. Técnica propuesta y desarrollada por Wolpe. Su idea básica es que la respuesta de ansiedad o miedo puede ser reducida o inhibida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad (inhibición recíproca). Los pasos para su aplicación son, en primer lugar, la elección de la respuesta que es incompatible con la ansiedad y su entrenamiento, en este caso se realizó un entrenamiento en la técnica de relajación progresiva de Jacobson y se orientó la adquisición de estados emocionales positivos. En segundo lugar, se elaboró una jerarquía de los estímulos que desencadenaban la ansiedad y, por último, se realizó un entrenamiento en imaginación (Ver anexo 4). La exposición al estímulo temido se realizó inicialmente en imaginación, posteriormente en un dibujo y, por último, en plastilina. Dentro del desarrollo de la técnica se utilizó la asociación a estados emocionales positivos, como la alegría, asignando al objeto temido, características que produjeran emociones diferentes al miedo (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ensayo conductual. Permite la toma de un rol activo en el proceso de adquisición de nuevas habilidades, se ejecutó cuando se había realizado previamente el modelado de las conductas

apropiadas y se utilizaron diferentes juegos de roles. El objetivo es que practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y recibir retroalimentación y reforzamiento. Facilita la retención de las técnicas entrenadas y favorece un mayor rendimiento. El ensayo conductual se utilizó para entrenar habilidades como la regulación emocional, la asertividad y la solución de problemas.

Objetivo 3: Reconocer y resignificar la historia de vida, buscando que haya coherencia sobre las vivencias del pasado.

Acciones planeadas:

Línea de vida. Después de la sesión con la madre del paciente se identificaron diferentes vivencias que podrían relacionarse con los síntomas del paciente, por lo cual, mediante fotos, dibujos y hojas iris se realizó en dos sesiones una línea de vida, la cual se hizo con la madre y el paciente en conjunto, a la par que se iban resolviendo preguntas sobre su pasado. En la línea de vida se identificaron duelos que pudieron resignificarse, hablamos de la separación de los padres y de las emociones ocasionadas por la pandemia.

- **Cuarto momento:**

Objetivo 1: Establecer límites con el tiempo que el paciente invierte en videojuegos, el celular y en YouTube.

Acciones planeadas:

Se retomaron algunas acciones descritas en momentos anteriores, tales como las técnicas de autocontrol, el ensayo conductual y el entrenamiento en asertividad.

Habilidades de tolerancia al malestar. La tolerancia al malestar es la capacidad de tolerar y sobrevivir a situaciones de crisis sin empeorar las cosas. El objetivo de las habilidades de tolerancia al malestar es aceptar y vivir plenamente una vida que puede no ser la que esperábamos o deseábamos, asumiendo que, aunque haya mucho sufrimiento, es posible tolerarlo, aceptarlo y vivir la vida a pesar del dolor (Linehan, 2020).

Se identificó que el paciente presentaba dificultades para dejar de jugar, situación que causaba problemas con sus familiares, además de sentir frustración cuando lo castigaban con el celular o perdía en un juego, las habilidades de tolerancia al malestar fueron de mucha utilidad.

Objetivo 2: Fortalecer las estrategias de comunicación entre los integrantes de la familia para que lleguen a acuerdos sobre la crianza.

Acciones planeadas:

Terapia de solución de problemas. Modelo propuesto por D’Zurilla y Nezu (2010). Busca incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir poner en práctica opciones de afrontamiento más adaptativas. (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). La técnica se aplicó tanto con el paciente como con los familiares.

Economía de fichas. Es un programa de contingencias que utiliza procedimientos de refuerzo y castigo. Consiste en entregar un reforzador (ficha) tras la emisión de una conducta deseable y/o retirarlo tras la emisión de una conducta inadecuada. La ficha representa la posibilidad de ser canjeada por numerosos reforzadores previamente seleccionados. Se diseñó el programa con todos los integrantes del hogar, incluyendo al paciente, se determinó en conjunto cuáles eran

las conductas deseables a incrementar, al igual que los reforzadores.

Cortés y Benavente (2007), citados en Álamo (2019), agregan que todo cambio favorable en uno de los miembros de la familia tendrá repercusiones positivas en los otros. Es probable que la participación activa de los padres en terapia genere cambios en ellos, y esto a su vez conlleve a cambios favorables en el niño.

Durante el proceso se motivó a la madre del paciente a iniciar un proceso psicoterapéutico, sensibilizando sobre la necesidad de generar cambios favorables en todos los miembros de la familia; además, se le explicó la relación existente entre sus problemáticas actuales y el reflejo en las problemáticas de su hijo. También se incluyó en el proceso a su tía y su abuela, quienes son figuras de autoridad, al reconocer la importancia de ir todos hacia la misma dirección se han generado cambios favorables en el sistema familiar y se ha logrado una disminución de los síntomas iniciales del paciente.

Las acciones terapéuticas deben adaptarse a las capacidades cognitivas y sociales de los niños, cuando tratamos de generalizar un tratamiento y la técnica sugerida por un manual sin tener en cuenta los gustos, el ciclo vital, las capacidades y las preferencias de los niños, corremos el riesgo de generar una ruptura en el vínculo terapéutico o creer erróneamente que los niños son resistentes, evitativos o incompetentes. (Friedberg y McClure, 2005).

La terapia cognitiva se basa en principalmente dos teorías: la teoría del procesamiento de la información y la teoría del aprendizaje social, a su vez integra técnicas del condicionamiento clásico y operante, sosteniendo que hay 5 elementos que se relacionan entre sí y deben evaluarse en la conceptualización de los problemas psicológicos, estos son: los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos, los cuales se presentan en un contexto interpersonal y

ambiental (Pesantez, 2007).

La forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. Su punto de vista debe ser un foco de atención fundamental en el tratamiento. Así el modo en que los niños construyen sus paquetes mentales sobre sí mismos, sobre sus relaciones con otras personas, sobre sus experiencias y sobre el futuro influye en sus reacciones emocionales (Pesantez, 2007).

Los niños no reciben ni responden pasivamente a los estímulos ambientales. En lugar de ello, elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que le suceden a sí mismos y a los demás (Pesantez, 2007).

Este sistema de procesamiento de la información tiene una organización jerárquica, formada por productos, operaciones y estructuras cognitivas. Los pensamientos automáticos son los productos cognitivos en este modelo. Son pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían en función de la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado de ánimo (Pesantez, 2007).

El desarrollo tiene diferentes etapas, caracterizadas por el conjunto de rasgos, habilidades y destrezas que son esperables según la edad. Existe un consenso en categorizar a los niños entre 6 y 10 años dentro una etapa del desarrollo, que se denomina etapa escolar y que habitualmente corresponde al primer ciclo básico de la educación en diferentes países. Así mismo, es diferente de la primera infancia y de la adolescencia (Álamo, 2019).

En la etapa escolar (6-10 años) hay cambios en diferentes áreas. Se produce un avance en el desarrollo intelectual, hay un uso activo de la lógica en problemas concretos, se desarrolla la

habilidad para tomar en cuenta múltiples aspectos de una situación y existe mayor capacidad de memoria. Se empieza a distinguir con mayor claridad la fantasía de la realidad, se manejan conceptos de tiempo y espacio y se establecen relaciones de causa y efecto, se accede a una actitud más crítica y flexible, comprendiendo el punto de vista de los demás, se fortalece la empatía y la comunicación empieza a ser más efectiva (Álamo, 2019).

A pesar de los avances, se continúan experimentando algunas limitaciones, el pensamiento sigue ligado a la realidad física y el aquí y ahora, se les dificulta generar hipótesis o proyectarse hacia el futuro (Álamo, 2019).

En cuanto al desarrollo del lenguaje, en esta etapa hay un avance rápido, hay mayor comprensión e interpretación, dominio de la gramática y habilidad para definir las palabras, así como la capacidad de comprenderse y autorregularse a través del lenguaje. Se desarrolla la conciencia metalingüística (comprensión de las reglas del idioma y el uso del lenguaje), lo que facilita el desarrollo de una conversación (Álamo, 2019).

El desarrollo emocional y social van de la mano en esta etapa, se comienza a regular el comportamiento, atendiendo a las necesidades y deseos de los demás, inicia la búsqueda de sí mismos, son capaces de evaluar expectativas de la sociedad sobre ellos, la imagen de sus figuras significativas aportará al desarrollo de los autoesquemas (Álamo, 2019).

3.1.8. Análisis recursivo del proceso

El proceso terapéutico contó con un total de 21 sesiones, que iniciaron en agosto del 2022, y finalizaron en septiembre del 2023, contando con una duración total de un año, el proceso se interrumpió en 3 ocasiones, debido a las vacaciones requeridas, por ser una práctica de la maestría y por dificultades para la renovación de la orden.

Con el objetivo de realizar un análisis del proceso terapéutico, se dividió en 6 momentos, que van en línea con el cuento y la obra de teatro y tienen en cuenta dos perspectivas que impactan el proceso: el cambio terapéutico y el vínculo terapéutico. Los seis momentos, se explicarán a continuación:

- **Conocer la caverna- sesión 1- 4 (agosto)**

Las dos primeras sesiones se realizaron únicamente con la madre del paciente, con quién se generó una alianza terapéutica que fue fundamental para el logro de los objetivos planteados, la madre del paciente presenta apertura y receptividad frente a las orientaciones dadas, además, es comprometida y responsable con el proceso, ha aportado información valiosa para la comprensión del caso y ha aplicado los aprendizajes brindados.

En la tercera sesión asiste por primera vez el paciente, quien, como dije anteriormente, es un niño que en ese entonces tenía 8 años. Una característica que considero “difícil” es la etapa del ciclo vital en la que se encuentra. He tenido a lo largo de mi formación profesional resistencia para trabajar con la población infantil, por temores personales y creencias en torno a que los niños representaban “un encarte”, aspecto que fue trabajado en mi proceso psicoterapéutico personal, identificando condiciones de entrada personales que influyen en mis creencias en torno al trabajo con niños.

Durante este primer momento me invadieron muchas emociones como terapeuta, entre ellas la ira y el miedo, realmente la ira solo fue el mecanismo de defensa para el miedo que sentía al tener que enfrentarme a temas personales que generaban dolor. Después, logré clarificar mis emociones y darle paso al miedo, más allá de la ira. Fue muy curioso porque el motivo de consulta de mi paciente eran sus temores nocturnos, en la tercera sesión, todos teníamos miedo, y desde allí

logramos fortalecer el vínculo y usar nuestras emociones a favor del logro de objetivos, si no hubiera identificado mis emociones, me hubiera relacionado con el paciente como todos se relacionan con él: desde la ambivalencia, reforzando su ciclo interpersonal, al verlo como un problema o “encarte”.

Una vez superados o enfrentados los temores para trabajar con niños, el caso se convirtió en un reto, que implicaba volver a estudiar sobre las etapas del desarrollo e implementar técnicas diferentes a las implementadas con adultos.

En la cuarta sesión implementé una acción que fortaleció el vínculo terapéutico, le permití al paciente asumir un rol activo en su proceso, al elegir las diferentes formas en las que podríamos orientar el proceso terapéutico y construir juntos los objetivos del espacio. Permití que tomara decisiones sobre dónde sentarse y que juegos realizar al inicio, buscando promover un lugar seguro para él. También use la autorrevelación para que nos conectáramos desde la emoción que compartíamos: el temor. Realizamos la lectura de un cuento: “Ramón preocupón”, acción que contribuyó al cambio, debido a que el paciente se identificó con el personaje principal del cuento y logró sentirse menos solo dentro de las emociones que lo invadían en las noches antes de dormir. Con el cuento se promovió la validación emocional y la comunicación asertiva con su madre.

En el primer momento los objetivos se centraron más al fortalecimiento de un vínculo seguro, estable y disponible con el paciente, buscando darle un lugar donde se sienta validado y escuchado, y disminuir el temor por el abandono, que ha desarrollado por diferentes experiencias vitales a lo largo de su vida.

En cuanto a las fases de cambio, el paciente en este primer momento se encontraba en pre-contemplación, no comprendía cuál era el problema, ni veía la necesidad de asistir al espacio.

- **Ingresar a la caverna y explorar las sombras- sesión 5 – 12 (octubre y noviembre):**

El segundo momento permite el acercamiento y la exploración de las sombras, tanto las propias como las de sus padres, permite acercarse a los estímulos que producían tanto temor y tomar ese temor como aliado, es un momento de rupturas, estancamiento y también reencuentros, se evidencia el fortalecimiento del vínculo, se evidencia cambio y también un trabajo colaborativo que permite acercarse al logro de objetivos. En la sesión cinco, se retoma el proceso y se realiza reencuadre de los objetivos con el paciente, quién por primera vez decide ingresar solo al consultorio, aspecto que representa un avance en torno al vínculo terapéutico, debido a que da cuenta de que el paciente se siente seguro y cómodo en el espacio.

En la sesión seis, el arte terapia constituye una de las acciones que fortaleció el vínculo terapéutico y contribuyó al proceso de cambio, se realizaron diferentes muñecos quitapesares como se había leído en el cuento “Ramón preocupón”, los muñecos jugaron un papel clave en el afrontamiento de los temores nocturnos y su comunicación. En esta sesión también ingresa solo al consultorio, aspecto que facilita traer al espacio terapéutico todas las emociones en torno a su figura paterna, una de las acciones que fortalece tanto el vínculo como el cambio, fue generar complicidad con el paciente sobre la comunicación con su padre. Para el paciente era importante que ese tema se hablara en ausencia de su madre y que fuera un “secreto”.

En este punto, es importante nombrar que por condiciones de entrada propias (terapeuta), había anulado la figura paterna, no consideraba importante vincularlo al proceso, sin embargo, en uno de los espacios de supervisión logré identificar este punto ciego y fue clave para el proceso.

En la sesión siete, una acción que promueve el cambio, es la clasificación de los estímulos que le producen temor y la intensidad del temor en cada estímulo, haciendo uso de la técnica de

desensibilización sistemática y a su vez implementando estrategias para orientar al paciente en una mejor gestión emocional.

En la sesión ocho, el paciente continúa ingresando solo al consultorio, se realiza un ejercicio de identificación de las emociones a través de una estrategia didáctica (tarros de emociones), por medio de la cual el paciente identifica que ha sentido tristeza. Durante la sesión el paciente se muestra incómodo, retraído, poco colaborador. En este momento, pudo haberse generado una ruptura, al continuar insistiendo en el plan que había desarrollado para la sesión y no escuchar las necesidades que el paciente tenía en el momento. Posterior a la identificación de la tristeza, el paciente solicita que su madre ingrese al consultorio, y se orienta en la expresión de sentimientos a su madre, buscando reparar la ruptura dándole un lugar a la emoción que estaba sintiendo.

La sesión nueve, es solo con el padre del paciente, en la cual se le explica al padre que el paciente se encuentra en un proceso y que su vinculación es importante. En la sesión se logran clarificar aspectos de la historia de vida del paciente, también se dan orientaciones sobre las pautas de crianza y la importancia de mantener comunicación con el paciente. Considero que la sesión nueve contribuyó al proceso de cambio, debido a que se amplió la perspectiva y además, tuvo un gran significado para el paciente, quien logra resignificar vivencias pasadas por medio de la vinculación de su padre al proceso.

En la sesión diez, el paciente no desea ingresar solo al consultorio, se muestra retraído, con somnolencia, es poco colaborador. En esta sesión sentí que hubo estancamiento, por lo cual se realiza una evaluación del proceso con la madre del paciente, quien indica disminución en los temores nocturnos, mejoría en la gestión de las emociones y mejor comunicación con su hijo. Al

final de la sesión, se le comunica al paciente que su padre si deseó vincularse al proceso, aspecto que le genera alegría.

En la sesión once, el paciente ingresa solo, una de las acciones que contribuyó al cambio fue contarle sobre lo hablado con su padre, el paciente se muestra interesado, cambia la actitud de sesiones pasadas y decide realizar una invitación para que su padre asista al proceso. Sin embargo, al representarlo lo hace con un fantasma y pierde interés rápidamente en la invitación, se evidencia resistencia para continuar hablando de su padre, por lo cual, se leen las señales y se pospone la realización de la invitación. Se realiza un cierre parcial del proceso y se asigna como objetivo durante las vacaciones fomentar mayor cantidad de días de descanso en su cama, y no en la de su madre.

En este momento se evidencia el tránsito desde la fase de pre- contemplación, a la fase de contemplación y preparación.

- **Vacaciones y demora en la orden (noviembre- abril):**

En este momento se suspende el proceso durante 6 meses, debido al periodo de vacaciones y la demora en la autorización de la orden. En un momento me asignaron una paciente diferente en el horario que correspondía al paciente, aspecto que generó molestia en la madre del paciente, puesto que no deseaba reiniciar el proceso con otro terapeuta. Una vez autorizada la orden, la madre del paciente se dirigió a la IPS solicitando poder continuar el proceso terapéutico conmigo y así fue, una vez cerrado el proceso con la paciente que había tomado el horario correspondiente. Este momento es importante por varios puntos, en primer lugar, porque sentía que el proceso se había finalizado de manera definitiva. En segundo lugar, porque pude observar la importancia del vínculo y apreciar el cambio terapéutico con las acciones de la madre del paciente para poder

agendar las citas nuevamente conmigo. Y, en tercer lugar, porque sentía que, al haber suspendido el proceso durante tanto tiempo, debía reiniciarse y volver a puntos que ya se habían trabajado anteriormente.

- **La luz – sesión 13- 18 (abril- mayo):**

El cuarto momento decidí llamarlo la luz, haciendo referencia a que fue, desde mi perspectiva, el momento en que se generó más cambio y sintonía entre todos, se evidenció mayor compromiso y motivación con las sesiones, mucha más apertura por parte del paciente, considero que fue el tránsito desde la fase de preparación, a la de acción.

En la sesión trece, hay un motivo de consulta propio del paciente, quien afirma que fue su decisión volver, porque en el espacio se siente *tranquilo y escuchado*, se observa menos temor y timidez, hay mayor comodidad y apertura. Se evidencia una mejoría significativa con el cambio de colegio, el paciente ha fortalecido sus habilidades sociales, la resolución de conflictos y el manejo de emociones. Hay disminución en los síntomas de ansiedad, los temores han disminuido casi por completo, ahora duerme solo y desde psiquiatría le suspendieron los medicamentos. En esta sesión, por iniciativa propia del paciente se plantean nuevos objetivos, los cuales el mismo dibuja, aun incluye algunos orientados al manejo del miedo, sin embargo, hay otros orientados a otras emociones como la frustración, también incluye la importancia del tiempo de calidad con su madre y de hacer un mejor uso de los dispositivos electrónicos.

Las siguientes dos sesiones se orientan a una mejor regulación emocional, identificando estrategias prácticas para el manejo de emociones, se evidencia mayor facilidad para identificarlas, aspecto que favorece el cambio. Una de las acciones que contribuyó al cambio, fue la técnica de desensibilización sistemática, ejecutada mediante la exposición gradual a uno de los estímulos que

generaban temor, inicialmente se realiza exposición en imaginación, luego en dibujo y por último en plastilina.

La sesión dieciséis, se realiza únicamente con la madre del paciente, considero que contribuyó al cambio porque se clarificaron dudas sobre la línea de vida del paciente, aparecen elementos de trauma transgeneracional, identificando que las sombras no son solo del paciente, sino también de sus padres. La sesión también aporta al cambio, porque se busca motivar a la madre del paciente a que inicie proceso psicoterapéutico, nombrando algunos de los síntomas del paciente que han sido producto de vivencias de ambos y de un acercamiento a las emociones desde la disregulación e invalidación emocional.

Las dos siguientes sesiones, antes del cierre de vacaciones, se orientan en una acción que contribuyó al fortalecimiento de un apego seguro entre el paciente y su madre, se propuso la realización de la historia de vida del paciente con fotografías, buscando resignificar momentos de su pasado que generaron emociones asociadas al malestar, en el proceso de realizar la biografía, por momentos el paciente genera resistencia, se muestra desinteresado y evitativo, aspecto que al inicio, no se lee, generando una pequeña ruptura en el vínculo, centrándome más en el objetivo terapéutico que en la escucha activa y la sintonización con las necesidades del paciente; en la última sesión, se lee el desinterés y se enfoca la sesión en las preocupaciones del paciente, que de momento eran las dificultades que estaba presentando en la comunicación con su abuela y con su tía, por lo cual, se le propone vincularlas a ellas también al proceso terapéutico, decisión que el paciente aprueba.

- **Vacaciones (mayo – agosto):** suspensión del proceso debido al receso de vacaciones.
- **La luz se expande- sesión 19- 21 (agosto- septiembre)**

Durante este momento los objetivos del proceso se encaminaron a generar acuerdos entre los integrantes del hogar sobre las responsabilidades y consecuencias con el paciente. Se busca darle un lugar al paciente, que pueda darse cuenta que es importante dentro de su núcleo familiar y que el también forma parte de las decisiones que se toman sobre su crianza. Es un momento que promueve el cambio, también, en este momento podemos observar el vínculo como eje transformador.

En la sesión diecinueve, el paciente ingresa solo, el miedo ha pasado a un segundo lugar y le ha dado espacio a la ira, se orienta en el manejo de emociones y la solución de problemas. Se realizan acuerdos con su madre sobre el uso del celular.

En la sesión veinte, asisten la tía y la abuela del paciente, se amplía la perspectiva del caso y se evidencia la importancia de que las cuidadoras del paciente lleguen a acuerdos sobre su crianza, por lo cual, en la sesión veintiuno, asisten todas las personas que conviven con el paciente, se identifican responsabilidades y consecuencias y se utiliza la técnica de economía de fichas, considero que es un momento de cambio, porque el paciente logra hacer parte de las decisiones que lo afectan, también puede tener voz en dichas decisiones, expresar que situaciones lo han incomodado en el pasado y establecer límites de manera clara y asertiva. Todos los participantes son colaboradores y receptivos, lo que facilita el logro de objetivos. En esta sesión se realiza un cierre parcial del proceso.

Otra acción que ha servido para el proceso ha sido la creación conjunta (madre, paciente y terapeuta) de un libro que narra los acontecimientos más importantes de su vida, logrando reparar, mediante el diálogo, recuerdos que pueden haber sido impactantes para el paciente, motivarlo a conocer su historia y darle lugar a duelos que se habían aplazado, resignificando vivencias que

tienen mucho que ver con sus síntomas actuales.

Por último, nombraría que la acción más importante ha sido fortalecer un vínculo seguro con la madre, aumentando espacios de calidad entre madre e hijo, orientando frente a la validación emocional y sobretodo, atender las necesidades del niño de manera oportuna, encontrando el balance entre unos límites claros y estar disponible desde una postura compasiva.

4. Aspectos éticos

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Existen unos principios generales que serán descritos a continuación: el médico debe velar y promover la salud, bienestar y derechos del paciente, incluidos los que participan en investigación médica, por lo tanto las investigaciones deben ser evaluadas, de modo que garanticen la seguridad, efectividad, accesibilidad y calidad de los procedimientos; el propósito principal de la investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, sin embargo, el objetivo de generar nuevos conocimientos nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de los participantes; la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos; siempre se debe proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes de la investigación; la responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento; se deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes; la investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas; y por último, se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

El presente estudio se rige bajo los principios éticos, y deontológicos establecidos a través de la ley 1090 de 2006 “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología”, marco normativo que garantiza el ejercicio psicológico y los principios éticos de confiabilidad (protección de identidad), autonomía (voluntariedad) y atención, garantizando el bienestar de los consultantes, sirviendo como guía para toma de decisiones y resguardo de la información a trabajar.

La normatividad exigida por el Ministerio de Salud en la Resolución # 8430 de 1993 expone las normas científicas, requisitos y aspectos éticos para la investigación en seres humanos, en tanto el caso de estudio presentado pretende hacer una contribución al conocimiento psicológico de los seres humanos y estudiar técnicas y métodos para la prestación de servicios de salud, salud mental en este caso.

En el Anexo 1 adjunté una copia del consentimiento informado que se firmó tanto con el paciente como con la madre del paciente antes de iniciar el proceso terapéutico, donde me autoriza a utilizar el material de las consultas para fines investigativos y académicos.

5. Aportes al programa

El principal aporte al programa es que el trabajo presentado puede servir de guía para otros estudios que se realizarán en el futuro, sobretodo, para la oportuna evaluación de las experiencias adversas en la infancia antes de asumir un diagnóstico que omita el contexto psicosocial del paciente.

Además, busca visibilizar el impacto de las experiencias traumáticas en la infancia en el desarrollo de terrores nocturnos y otras problemáticas asociadas que fueron descritas a lo largo del trabajo presentado. En el contexto psicoterapéutico día a día se evidencia el impacto que tienen en la salud física y mental las experiencias traumáticas en la infancia, en cuanto a los diferentes diagnósticos que cada día llegan a consulta. Por ello fue importante integrar las condiciones de entrada de la madre para ahondar en la comprensión del caso, lo cuál sería recomendable incluir en el Método Clínico Psicológico cuando los pacientes sean menores de edad, debido a que el contexto psicosocial y familiar puede tener gran influencia en los síntomas de los niños y adolescentes que asisten a consulta.

Investigaciones confirman que detrás de todos estos diagnósticos hay causas más profundas que acarrear sufrimiento y que no se curan solamente con medicamentos, nuestra sociedad ha impulsado día a día la búsqueda de la “felicidad” y el “éxito”, como un estado que se alcanza, lo que nos lleva a la evitación continúa del sufrimiento, por medio de la búsqueda constante del placer inmediato. Esto no resuelve la raíz del problema, es una solución superficial frente a problemáticas que se han mantenido por años, en las cuáles las raíces suelen ser las experiencias traumáticas vividas en la infancia.

El trabajo presentado busca generar reflexión sobre los diferentes motivos de consulta que

llegan día a día, abordando el caso desde una perspectiva no psicopatologizante que tiene en cuenta la alianza terapéutica y el contexto para el diseño del plan de intervención y el proceso de cambio, haciendo uso del método clínico psicológico, en el cuál se integran elementos de diferentes perspectivas teóricas y permitiéndonos ir más allá del diagnóstico, más allá del ruido que generan pacientes como Liam, que son vistos como el problema si no se tienen en cuenta todos los elementos descritos, que son los que permiten escuchar la melodía detrás del ruido.

6. Discusión

Es importante nombrar que durante el proceso de cambio el elemento de más importancia fue la alianza terapéutica, que se buscó establecer y fortalecer en un entorno donde la emoción que prevalecía era el miedo. Poder afrontar juntos ese miedo fue posible gracias a la alianza terapéutica, a los acuerdos en las tareas y los objetivos, a la promoción de un espacio seguro y confortable para todos.

Así mismo, durante el proceso terapéutico se realizó una integración de diferentes teorías con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, también se hizo énfasis en la importancia de hacer uso de los elementos del método clínico psicológico para promover una adecuada comprensión del caso que vaya más allá del modelo médico que atiende a los estándares de salud y enfermedad de manera dicotómica, en el proceso terapéutico expuesto se evidencia que el proceso de cambio va más allá de dicha dicotomía, entendiendo el contexto como parte explicativa fundamental de las problemáticas expuestas y comprendiendo que los cuidados brindados al paciente pudieron favorecer la aparición de los síntomas expuestos.

Considero que elementos propuestos por el Método Clínico Psicológico, como el cuento y la obra de teatro, facilitan ir más allá del diagnóstico y la teoría, comprendiendo el caso en su totalidad, con todos los elementos involucrados, identificando roles en el espacio psicoterapéutico y en la dinámica familiar que permiten generar mayor movimiento y relacionarse con el paciente evitando caer en el mismo ciclo interpersonal, además, dichos elementos favorecen la toma de conciencia de las propias limitaciones en el clínico, rompiendo con el ideal de neutralidad y distanciamiento, asumiendo al clínico como un ser humano más que hace parte de la relación que

se construye con el paciente, quien también se transforma durante el proceso, incluso, de manera catastrófica.

En cuanto al logro de objetivos, se han estado evaluando durante el proceso de cierre con el paciente y con su madre (Ver anexo 5). Se logró generar un espacio seguro en el cual tanto el paciente como la madre se sentían escuchados y validados, en palabras del paciente: “estar aquí no es malo, es más divertido que nunca” y en palabras de su madre: “lo veo más feliz, con más amigos, juega más, yo aprendí a escuchar a mi hijo, a comunicarme mejor, a manejar mis emociones y a pasar tiempo de calidad con él, aunque no lo tenga”.

Se logró disminuir por completo la frecuencia en la que el paciente se pasa a la cama de su madre en la madrugada, objetivo que va de la mano con el desarrollo de nuevas formas de relacionamiento con las emociones, aprendiendo a nombrarlas e identificarlas, a la vez que ha adquirido habilidades que le permiten gestionarlas.

En cuanto a la familia, se implementaron diferentes estrategias para generar acuerdos sobre el cuidado del paciente, fortaleciendo la comunicación y orientándolos en pautas de crianza; aunque es un objetivo que debe seguirse trabajando, considero que es pertinente que la madre inicie el proceso psicoterapéutico sugerido para que ambos puedan hacerse cargo de sus propias sombras y seguir explorando fuera de su caverna. Sin embargo, considero que durante el proceso una de las acciones más valiosas corresponde a la vinculación de la abuela y la tía al tratamiento, yendo todos hacia una misma dirección, acción descrita en la escena de la obra de teatro “La luz se expande”.

Durante el proceso también se orientó el reconocimiento y la resignificación de la historia de vida de la madre y del paciente, fue un objetivo que se alcanzó, dando lugar a las posibles

emociones que aparecían al recordar momentos difíciles, brindando acompañamiento y resolviendo las preguntas que surgían en el proceso.

Por último, el objetivo de establecer límites con el tiempo que el paciente invierte en videojuegos, el celular y en YouTube es un objetivo que está en elaboración todavía, actualmente se continúa aplicando la técnica de economía de fichas y emociones como la frustración persisten en el paciente cuando pierde en los juegos o cuando debe cumplir con las responsabilidades establecidas. Sin embargo, considero que cuando el paciente inició el proceso la única emoción que se permitía sentir era el miedo, poder ampliar su repertorio de emociones y salir del estado de anestesia en el que se encontraba inicialmente, donde también tenía miedo a sentir, representa un logro terapéutico, el paciente ha adquirido autonomía y seguridad para comunicar sus emociones, ha tomado un rol activo en su proceso y en su familia, ha tomado por su cuenta la voz que había sido acallada, transformando e impactando a todos los miembros de su familia.

En un estudio de caso realizado por Cano (2021), sobre una niña de 12 años con miedo a la oscuridad, se diseñó un programa de intervención fundamentado en la terapia cognitivo conductual, durante la intervención se utilizaron diferentes técnicas, como la reestructuración cognitiva, la exposición en vivo al estímulo temido, el entrenamiento en relajación, respiración y autoinstrucciones, teniendo resultados efectivos.

En el presente estudio de caso, se utilizaron algunas de las técnicas mencionadas, tales como el entrenamiento en relajación y respiración, además de la exposición en imaginación al estímulo temido por medio de la técnica de desensibilización sistemática.

Por su parte, la investigación realizada por Ruiz, Luciano, Vizcaíno y Sánchez (2012) sobre un niño de 11 años con fobia a la oscuridad se puede apreciar un modelo de intervención basado

en la terapia de Aceptación y Compromiso, integrando como parte fundamental de la comprensión del caso el análisis funcional de la conducta, sin embargo, ellos proponen un modelo de intervención de corta duración, en el cual se logra una reducción en la frecuencia y la intensidad del miedo, por medio de la identificación de los reforzadores de la conducta dados por el ambiente, se centraron en promover estrategias de afrontamiento diferentes a la evitación, buscando que el niño a pesar de tener miedo, lograra hacer lo necesario para dormir, promoviendo las acciones que el niño valora, aunque existan eventos con función aversiva. La investigación mencionada adecuó la propuesta de la terapia de aceptación y compromiso para el trabajo con niños, lo que favoreció la efectividad del tratamiento.

Si bien durante el proceso terapéutico descrito en el presente estudio de caso se utilizó también el análisis funcional de la conducta para identificar la función que cumplían los temores nocturnos en la vida cotidiana del paciente, y se utilizaron metáforas propuestas por la terapia de aceptación y compromiso que permitieron realizar una clarificación de valores que predominara sobre el afrontamiento de los temores por medio de la evitación, también se integraron elementos de otras perspectivas teóricas, entre ellas, la teoría del trauma, la cual permitió ir más allá de la superficialidad del síntoma e identificar factores familiares que influían en la aparición de los temores nocturnos.

En esta línea, Van der Kolk (2015) expone que el sufrimiento humano se relaciona con el amor y la pérdida, así como con las mentiras que nos contamos a nosotros mismos, siendo trabajo de los terapeutas ayudar a los consultantes a reconocer, experimentar y soportar la realidad de la vida con sus placeres y sufrimientos, siendo honestos con nosotros mismos en cada faceta de la experiencia. Por lo cual, durante el proceso se buscó privilegiar el reconocimiento de la experiencia tal cual es, incluyendo la resignificación de las vivencias a través de la línea de vida.

Investigaciones expuestas por Van der Kolk (2015) han comprobado que el maltrato emocional y el abandono crónico son igual de devastadores que el abuso sexual y físico, haciendo énfasis en que experiencias asociadas a no sentirse seguro ni en el propio hogar son devastadoras en niños pequeños que buscan su sitio en el mundo. Dichas investigaciones van en línea con los aspectos identificados en el presente estudio de caso, el motivo de consulta inicial que fueron los temores nocturnos, tenía relación directa con las experiencias adversas de abandono que vivió.

Adicional a las experiencias de abandono, en el estudio de caso se identifican otras experiencias adversas que pudieron haber afectado el establecimiento de un apego seguro con la madre, entre ellas, la depresión posparto, de la cual diferentes investigaciones, como la realizada por Acuña, Ramírez y Azofeifa (2012), exponen que afecta el vínculo con el bebé y la sincronización con sus necesidades. Por su parte, Lizondo (2021) expone que la pandemia generó angustia psicológica en los niños, que pueden manifestarse en pesadillas y terrores nocturnos. Aspectos que se evidenciaron en el presente estudio de caso.

Dentro de las implicaciones clínicas destaco las siguientes, en primer lugar, el análisis del caso permite resaltar la importancia del reconocimiento de los limitantes del clínico, los cuales fueron descritos en las condiciones de entrada del terapeuta, como, por ejemplo, la aversión hacia la población infantil por la percepción de que los niños representaban un encarte, representa un limitante debido a que podría haber afectado el establecimiento de la alianza terapéutica, sin embargo, durante el proceso dicho limitante se utilizó a favor del caso, al reconocerlo y nombrarlo en los espacios de supervisión, psicoterapia e incluso en el mismo espacio terapéutico con el paciente, se reconoció el desafío que representaba el caso, siendo esto más nutritivo que haberlo dejado de lado. Reconocer la propia vulnerabilidad como clínicos y como seres humanos, no

siempre será un limitante, puede usarse para nutrir el caso, para fortalecer el vínculo y para sincronizarnos con las necesidades de los pacientes.

En esta misma línea, en segundo lugar, resaltaría la importancia de los espacios de supervisión y psicoterapia para los clínicos, teniendo en cuenta que somos seres humanos que nos vemos afectados por las experiencias y el sufrimiento de nuestros consultantes, es prioritario implementar prácticas de autocuidado que faciliten el compromiso con el cuidado de otros.

En tercer lugar, considero que es importante que como clínicos vayamos más allá de la superficialidad del síntoma, identificando en la historia de vida y también en la historia familiar, experiencias adversas que pueden ser la raíz del problema por el cual consulta, evitando las etiquetas y los múltiples diagnósticos errados cuando la raíz puede ser el trauma.

En cuarto lugar, resaltaría la construcción del conocimiento de manera colaborativa con el paciente, en el espacio psicoterapéutico es importante, y más aun con niños, no asumir una posición de poder y conocimiento total, quién más conoce su historia, es el paciente, por lo cual, tanto el logro de objetivos, como las tareas establecidas y las técnicas utilizadas deben construirse con el paciente, otorgándole un rol activo en su recuperación.

Por último, en muchas ocasiones en la consulta con niños se valora más la percepción de los adultos, tanto familiares como profesores, que la del propio niño. Aspecto que favorece la percepción del niño como un problema, cayendo en las dinámicas en las cuales se encuentra inmerso, omitiendo su voz y su verdad. El mayor aprendizaje es valorar la importancia de darle voz al niño en la consulta, teniendo en cuenta que en la niñez son los adultos los que toman las decisiones sin preguntar, el espacio terapéutico se convierte en uno de los pocos lugares en los cuales el niño se siente seguro para expresar su sentir sin ser juzgado. Así mismo, es importante

integrar a la familia en el proceso terapéutico, invitándolos a ver más allá del problema, a escuchar al niño y a comprender que los síntomas en muchas ocasiones tienen más que ver con la familia que con el propio niño.

Dentro de las limitaciones del estudio, es importante resaltar que muchos de los hallazgos de esta investigación tienen poca posibilidad de generalización, al ser un estudio de caso único, sin embargo, se considera que el estudio aporta características que pueden ser útiles para la profundización de la problemática.

Por otro lado, el análisis de caso y su elección para la realización del presente estudio implicó retos en mi ejercicio como clínica, retos tanto académicos y profesionales, como personales. Es importante confesar que fue difícil para mí exponerme a mis propios temores para poder brindar al paciente y a su familia la atención que necesitaban, sin embargo, lograr sincronizarme con las necesidades del paciente fue la acción más valiosa dentro del proceso.

Para futuras investigaciones es importante ahondar un poco más en el papel que tienen las experiencias adversas en la infancia y el trauma transgeneracional en la aparición de la sintomatología en niños, que, en este caso, fueron los terrores nocturnos. Sin duda el conocimiento sobre el trauma amplía muchísimo la perspectiva y permite mejorar de manera significativa nuestro trabajo como clínicos.

Bibliografía

- Acuña, A., Ramírez, E., Azofeifa, M. (2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia* 6 (9).
- Alamo, N. (2019). Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: propuesta de un modelo genérico y de proceso. Tesis presentada a la escuela de psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para optar al grado académico de Doctor en Psicología.
- Asamblea Médica Mundial (1964) Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- Becoña, E; Cortés, M (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. SOCIDROGALCOHOL: Barcelona. I.S.B.N 978-84-933094-3-5.
- Browne, A (2006) Ramón Preocupón. A la orilla del viento.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J. (2009) Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos (2da. Ed). Akadia Editorial. Buenos Aires.
- Bustamante, I (2021) arte terapia: concepto, origen y las Inteligencias múltiples de Gardner. Grado de maestro en educación primaria. Universidad de Cantabria. Facultad de educación.
- Cano, M (2021) Miedos y Temores en la Infancia. A propósito de un caso de miedo a la oscuridad. Universidad de Jaén.
- Calderón, Mónica. (2012) Aprendiendo sobre emociones: manual de educación emocional. Libro electrónico ISBN 978-9968-633-63-5.

- Castillo, I; Ledo, H; Ramos, A (2012) Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. Norte de salud mental, 10 (43) p. 30 – 36.
- Cerón, M., Contreras, M. (2022) Estrategias de validación emocional y psicología positiva con Niños, niñas y adolescentes. Facultad de psicología. Universidad Javeriana. Bogotá.
- Coletti, J; Teti, G (2020). Terapias contextuales de tercera generación. Centro argentino de terapias contextuales.
- Cortés, J; Benavente, M (2007) Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil. RIL editores.
- Daskal, A (2021) La persona del terapeuta. Ediciones UC.
- González, O. (2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención [versión electrónica]. Alternativas en psicología. Número 37, 48-63.
- Escobar, D (2020) Revisión sistemática, intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso. Programa de psicología. Universidad Católica de Pereira.
- con población de niños y adolescentes.
- Faúndez, X., Cornejo, M. (2010) Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. Revista de Psicología 19 (2).
- Friedberg, R., McClure, J (2005) Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Paidós: Barcelona, España.
- Garrido, L (2006) Apego, emoción y regulación emocional. Revista latinoamericana de psicología 30 (3) 493- 507.

Huebner, D (2008) ¿Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado? TEA ediciones.

Jaramillo, J (2021) Método Clínico Psicológico. Universidad CES.

Jurado, L., Segarra, F. (2016). El sueño en los niños y adolescentes. Revista de neurología.

Krause, M. (2013) Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad. Ediciones UC.

Levine, P., Kline, M. (2016) El trauma visto por los niños. Editorial eleftheria, S.L.

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D.O. No. 46383.

Linehan, M (2020) Manual de entrenamiento en habilidades DBT. Editorial de la Universidad de la Plata. ISBN 978-987-8348-61-2.

Lizondo, R., Silva, D., Arancibia, D., Cortés, F., Muñoz, D. (2021) Pandemia y niñez: efectos en el desarrollo de niños y niñas por la pandemia Covid-19. Veritas & Research, 3(1), 16-25.

López, L. (2018). La transmisión transgeneracional del trauma: una revisión bibliográfica para pensar sus implicancias en la clínica con niños. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Machado, B (2015). Más allá de los Límites: La alianza terapéutica en la Terapia Dialéctico-Conductual. Universidad de la República. Uruguay.

Mebarak, M., Castro, G., Fontalvo, L. & Quiroz, N. (2016). Análisis de las pautas de crianza y

- los tipos de autoridad, y su relación con el surgimiento de conductas criminales: una revisión teórica. *Revista Criminalidad* 58 (3) 61-70.
- Micheletta, M., Cafiero, P., Nápolia, S., Lejarraga, C., Pedernera, P., Vitalea, M., Urinovskya, G., Escalantea, A., Rodríguez, E. (2021) Problemas del sueño en una muestra de niñas y niños con trastornos del desarrollo, antes y durante la pandemia por COVID-19. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(5) 296-303.
- Ortiz, C., Palacios, L., Trujillo, A. (2018) Depresión post parto. *Psyconex: psicología, psicoanálisis y conexiones*. 10 (16).
- Palacio, J., Londoño, J., Nanclares, A., Robledo, P., Quintero, C. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 49(4):279–288.
- Paniagua, M; Alfaro, G (2012) *Aprendiendo sobre las emociones: Manual de educación emocional*.
- Pesantez, J (2007) *Técnicas cognitivas en el tratamiento de niños agresivos. Monografía previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica. Universidad del Azuay. Escuela de Psicología Clínica*.
- Platón (1992) *República, Libro VII*, Ed. Gredos, Madrid (Traducción de C. Eggers Lan).
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory research and practice*, Vol.19, N°3.
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de salud]. Por la cual se establecen las normas

científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993. Ministerio de salud de la República de Colombia.

Resmaa Menaken (s.f).

Riso, W (2006) Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Grupo editorial norma.

Rodríguez, E (2009) La terapia centrada en esquemas. AV Psicología 17 (1).

Ruiz, M.; Díaz, I., Villalobos, A. (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclée De Brouwer, S.A.

Ruíz, J., Cano, J. (2002). Manual de psicoterapia cognitiva. R&C Editores.

Ruiz, F., Luciano, C., Vizcaíno, R., Sánchez, V (2012) Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en trastornos de ansiedad en la infancia. Un caso de fobia a la oscuridad. Ediciones pirámide. Researchgate. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/224901863_Aplicacion_de_la_Terapia_de_Aceptacion_y_Compromiso_ACT_en_trastornos_de_ansiedad_en_la_infancia_Un_caso_de_fobia_a_la_oscuridad_Application_of_Acceptance_and_Commitment_Therapy_to_Anxiety_Disorders_i

Safran, J. y Muran, C. (2005). La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional. Editorial Desclée de Browuer: Bilbao.

Safran, J., Segal, Z. (2017). El Proceso Interpersonal En La Terapia Cognitiva. Gloria Vitale

Salvo, J. (2020). Activación de Recursos en Psicoterapia. ¿Cómo se ha estudiado y qué sabemos?:

Una revisión sistemática. Rev. CES Psico, 13(3), 33-50.

Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. Medisan 25(1)

123- 141.

Sanabria, E (2022). Análisis del impacto a nivel psicológico de la pandemia ocasionada por la

COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes: revisión sistemática de revisiones sistemáticas. Trabajo de fin de máster. Universidad de la Laguna.

Van der Kolk, B (2015) El cuerpo lleva la cuenta. Editorial Eleftheria, S.L: Barcelona, España.

Montserrat Foz Casals. ISBN: 978-84-944801-5-7.

Villegas, M. (s.f.) Pautas de crianza. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

Valdés, N.; Tomicic, A.; Pérez, J.C.; Krause, M. (2010) Sistema de Codificación de la Actividad

Terapéutica (scat-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. Revista Argentina de Clínica Psicológica 19 (2) 117-130.

Young, Y; Klosko, J; Weishaar, M (2003) Terapia de esquemas. Editorial desclee. Bilbao.

Anexo 1: Consentimiento informado

 UNIVERSIDAD CES <small>La Compromiso con la Excelencia</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO		Cód: FT-0121-11
			Mod: 06/11/2009
			Versión: 01
CENTRO DE ATENCION O SERVICIO:			
A. DATOS DE IDENTIFICACION			
Nombres y Apellidos			
N° Documento:		Tipo:	Edad:
Dirección:		Sexo	
Teléfono:		Móvil	
Nombre técnico del procedimiento a realizar:		Diagnostico: (Especifique el nombre y código según CIE 10)	
Tipo de anestesia (en caso de que aplique)			
B. DECLARACION DEL PACIENTE			
<p>1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consiente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente: (espacio para que el paciente explique en su lenguaje):</p> <p>_____</p> <p>y que los posibles riesgos y complicaciones son: _____</p>			
<p>2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.</p> <p>3. En cualquier caso deseo se me respeten las siguientes condiciones (en caso de no existir condiciones escríbase "ninguna") :</p> <p>_____</p>			
<p>4. Entiendo que La IPS CES Sabaneta – CES Almacentro son instituciones Docencia – Servicio y por tanto hay personal de salud en entrenamiento que puede hacer parte de mi atención pero que en todo momento estará supervisado por los profesionales de la institución.</p> <p>5. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto puedo continuar recibiendo atención médica – odontológica en esta institución.</p> <p>Sí no se aceptan algunos de los puntos anteriores hágase constar en cual y porque</p> <p>_____</p>			
Nota: En caso de mayores de edad analfabetas o menores de edad se debe anexar huella digital como constancia.			
Firma del Paciente	Cédula de Ciudadanía	Huella del Usuario	
<p>6. 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 evento académicos de las instituciones participantes en la prestación del servicio.</p> <p>Nota: En caso de mayores de edad analfabetas o menores de edad se debe anexar huella dactilar como constancia.</p>			
Firma del Paciente	Cédula de Ciudadanía	Huella del Usuario	



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cód: FT-0121-11

Mod: 06/11/2009

Versión: 01

C. 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

Título 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 sí 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

D. 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

D. LUGAR Y FECHA

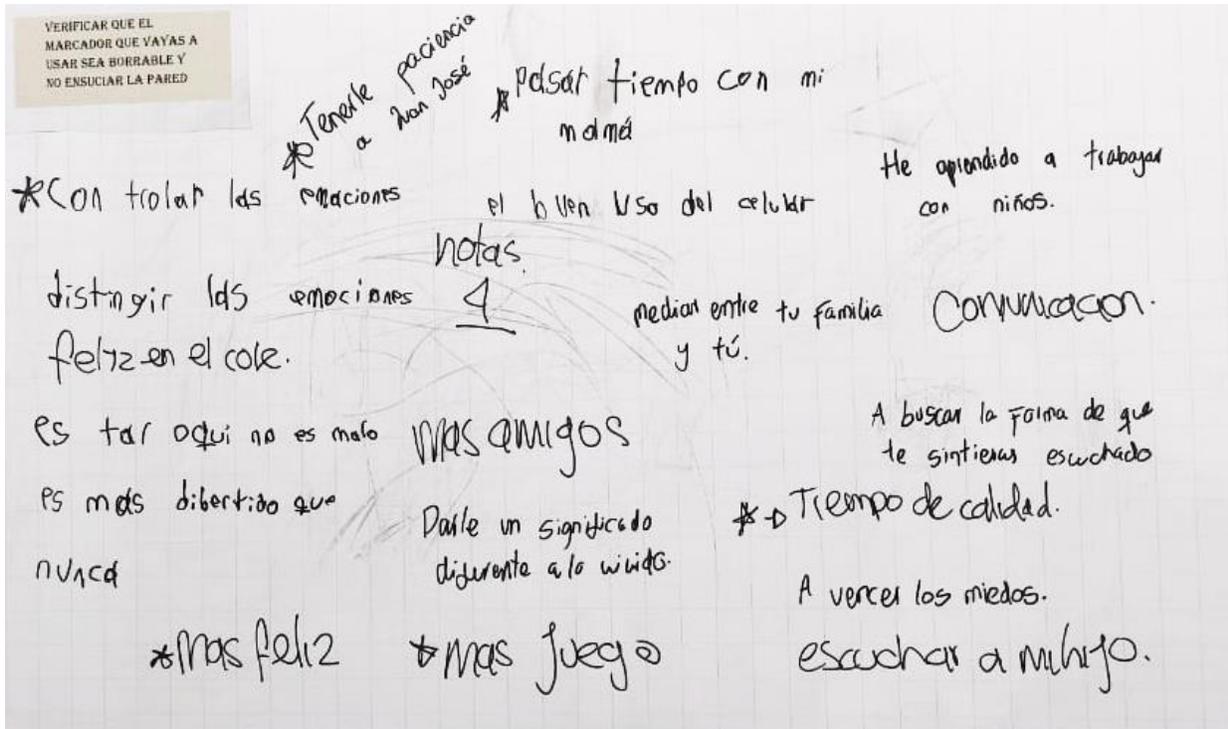
Anexo 2: Muñeco quitapesares

Anexo 3: Objetivos definidos por el paciente

Anexo 4: Desensibilización sistemática



Anexo 5: Evaluación de los objetivos propuestos



Anexo 6: análisis recursivo del proceso.

