

ESTUDIO DE CASO CLINICO

YAMILENA GUZMÁN FLÓREZ

CLAUDIA PATRICIA LÓPEZ HERRERA

ASESOR

ALEXANDER HERRERA ECHEVERRY

COORDINADOR DE SEMINARIO

CARLOS ARIEL CORRALES TABARQUINO



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA/ SEMINARIO DE PRÁCTICA CLÍNICA

PEREIRA 2019



## Contenido

<b>Justificación</b> .....	3
<b>Descripción del caso</b> .....	4
<b>Caso Flor</b> .....	4
<b>1. Caracterización del caso</b> .....	6
<b>2. Motivo de consulta.</b> .....	6
<b>3. Puntos Críticos</b> .....	6
<b>I. Creencias</b> .....	6
<b>II. Emociones</b> .....	6
<b>III. Comportamientos</b> .....	6
<b>IV. Elementos ambientales</b> .....	7
<b>V. Antecedentes físicos</b> .....	7
<b>VI. Antecedentes psicológicos</b> .....	7
<b>VII. Eventos traumáticos</b> .....	8
<b>VIII. Verbalizaciones</b> .....	8
<b>4. Categorías.</b> .....	8
<b>5. Motivo emergente</b> .....	8
<b>6. Diagnóstico DSM</b> .....	8
<b>7. Análisis funcional</b> .....	11
<b>8. Propuesta Psicoterapéutica</b> .....	13
<b>9. Plan de seguimiento</b> .....	15
<b>10. Cierre</b> .....	15
<b>Bibliografía</b> .....	17

## **Justificación**

La angustia es una emoción que puede deteriorar la vida de los sujetos desde su esfera social, psicológica, laboral o existencial y puede considerarse como el temor aprendido a ciertas sensaciones corporales. Esta emoción visceral y obstructiva, aparece cuando se percibe una sensación de amenaza (Ayuso, 1988). Así mismo, se vincula con situaciones de desesperación donde se pierde la capacidad voluntaria de actuar libremente y dirigir sus actos.

Por otra parte, según la American Psychiatric Association (1994), define la agorafobia como el “miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico”. Así mismo, la agorafobia generalmente es una consecuencia de la crisis de pánico donde, según Bados (2005), el sujeto al no ser capaz de explicar por qué le sucede, termina asociando los ataques con la situación actual en que se halla y comienza a evitarla.

En tal sentido, con el fin de abordar un caso clínico donde se ha determinado como criterio diagnóstico trastorno de angustia con agorafobia, se hace el abordaje terapéutico bajo la terapia cognitivo-conductual (TCC), ya esta se ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de problemas y trastornos psicológicos, que puede aplicarse en tiempos limitados y brinda la posibilidad de integrarse con otros ámbitos de tratamiento interdisciplinar.

Por tal razón, el propósito del presente trabajo es aplicar las técnicas de esta orientación en un caso clínico y explicar ampliamente cómo las herramientas aplicadas pueden permitir una correcta intervención psicoterapéutica.

## **Descripción del caso**

### **Caso Flor**

Flor es una mujer de 40 años que llega a una consulta remitida por psiquiatría para acompañamiento psicológico con diagnóstico de psicosis, vive con su esposo cinco años mayor que ella y una hija de 12 años, tiene también un hijo de 17 años, pero no vive con ella.

Matrimonio estable por más de 20 años con noviazgo previo de 4 años. Al entrar al consultorio la paciente habla muy poco y se limita a mirar hacia el techo, la primera entrevista se limita a mirar hacia el techo, se remite a silencios superiores a los 5 minutos y escasas palabras para responder preguntas puntuales, actitud de estar ausente por momentos, lentitud extrema al responder.

El terapeuta empieza a hacer llamados sistemáticos a la paciente expresando su nombre continuamente y señalándole la realidad que vive en su presente ejemplo “eres flor y está conmigo el terapeuta en un consultorio, estás sentada en la silla y mirándome a la cara vas a decirme que te ha afectado y que sientes frente a lo que ocurre”. Varias sesiones después y luego de diversas intervenciones la paciente empieza a fluir cada vez más en su discurso y como consecuencia a esto el psiquiatra empieza a disminuir el medicamento.

La paciente narra la situación por la que paso en el momento en el que perdió a su tercer hijo hace algunos meses con cuatro meses de embarazo, informa como vio salir de su cuerpo el feto en el baño de su casa. Luego fue auxiliada por la familia y llevada al hospital; después del suceso informa haber sentido una profunda tristeza al negarse a sí misma que si hijo había muerto, hijo a quien ya le tenían nombre y múltiples elementos para recibirlo, así como su cuarto ya dispuesto para él.

La familia corrobora la historia narrada por la paciente, después de ello la familia señala que se centraron en Flor y en poder tratar de satisfacerla en todo y cubrir sus necesidades con prontitud; “que no le falte nada” expresa su esposo y su hija.

Flor señala en sesiones posteriores que tiene miedo a que su esposo la deja por haber perdido su tercer hijo, pues él deseaba mucho ese bebé, además que ella ya no podía concebir más por su edad entonces siempre estaba temerosa que otra mujer le robara el corazón de su esposo, comenta múltiples situaciones en las que supuestamente vecinas y otras mujeres eran coquetas con su esposo sin encontrar descripciones explícitas de infidelidad sino construcciones mentales a partir de situaciones cotidianas. Dice tener miedo de absolutamente todo; para la altura del proceso el lenguaje de Flor es tan fluido que incluso ya no para de hablar ni escucha lo que el terapeuta le dice, de nuevo el terapeuta debe entrar en el llamado a la paciente y ésta empieza a regular su manera de hablar, haciéndolo fluidamente y brindando pausas para que el terapeuta hable, dando señales de entender lo que le expresan.

Cada vez que aparece alguna situación estresante el lenguaje de Flor se dispara, habla mucho y se hace difícil la interacción, nunca más señala el tema de su hijo perdido sino ahora el discurso gira en torno a la relación con su esposo y el profundo temor que dice tener de que éste la abandone. Además de preocuparse por múltiples situaciones como la manera como su hija come o la manera como sus vecinas discuten, los peligros de la calle o las enfermedades; prefiere estar encerrada en casa para evitar estos temores y siempre está estresada porque su vida es demasiada plana.

## 1. Caracterización del caso

Nombre: Flor

Edad: 40 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Composición familiar: Esposo y dos hijos.

## 2. Motivo de consulta.

Paciente remitida por psiquiatría para acompañamiento psicológico con diagnóstico de psicosis, con un acontecimiento reciente mortalidad perinatal.

## 3. Puntos Críticos.

### *I. Creencias*

- El esposo la puede abandonar debido a que ella no puede concebir.
- Otras mujeres coquetean con el esposo y se lo pueden quitar

### *II. Emociones*

- Tristeza profunda por la pérdida del hijo.
- Miedo al abandono
- Estrés por vida plana
- Miedo constante
- Se dispara ante situaciones estresantes

### *III. Comportamientos*

- Habla poco.
- Silencios superiores a los 5 minutos.

- Responde a preguntas puntuales.
- Actitud de estar ausente.
- Inmersa en sus pensamientos, despersonalización.
- Lentitud extrema para responder a preguntas.
- Deben señalar la realidad en que vive.
- Profunda tristeza y negación.
- Ilusión por preparación de la llegada del bebé.
- Miedo al abandono por parte del esposo.
- Apego a la pareja.
- Aislamiento social para evitar temores.
- Temor a pérdidas inexplicables por causas externas sin argumentos.
- Miedo generalizado.
- Verbalización exacerbada sin una adecuada escucha.
- En situaciones estresantes dispara un lenguaje incontrolable.
- Preocupación extrema por múltiples situaciones.

**IV.** *Elementos ambientales*

- Medicación por psiquiatría
- Preocupación por alimentación de la hija
- Preocupación por discusiones externas

**V.** *Antecedentes físicos*

- Aborto espontáneo

**VI.** *Antecedentes psicológicos*

- Estrés por falta de emoción

- Angustia por separación

**VII.** *Eventos traumáticos*

- Aborto espontáneo

**VIII.** *Verbalizaciones*

- Repetitiva: Abandono del esposo
- No verbal: Inseguridad
- Énfasis: Abandono de su pareja y temor constante
- Difícil de mencionar: Muerte del hijo
- Exclusiones: Relaciones familiares de su historia de vida.

**4. Categorías.**

- I. Miedo al abandono
- II. Inseguridad
- III. Tristeza por no poder ser madre.
- IV. Preocupación por situaciones cotidianas.
- V. Estrés por monotonía.

**5. Motivo emergente.**

Paciente con sentimientos de tristeza y angustia a causa de la pérdida de su bebé y temor por ser abandonada por su esposo.

**6. Diagnóstico DSM**

De acuerdo al DSM IV-TR, dentro de los trastornos de ansiedad se encuentra el trastorno de angustia con agorafobia, el cual es el diagnóstico para el caso evaluado. Para comprender



de manera clara a lo que hace referencia cada uno de ellos, se realiza la siguiente diferenciación:

❖ *Crisis de angustia*: También conocido como ataque de pánico, se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo e incluso sensación de muerte inminente. A su vez, puede presentar falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

❖ *Agorafobia*: Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamientos evitativos ante situaciones resulte difícil escapar o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

Ahora bien, para que se cumpla el trastorno de angustia con agorafobia F40.01 [300.21]

**A.** Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

**B.** Presencia de agorafobia

**C.** Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

**D.** Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

## 7. Análisis funcional

CATEGORÍA	PREDISPONENTES	DESENCADENANTES	CONSECUENCIAS	MANTENEDORES
Miedo al abandono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la edad no puede tener hijos.</li> <li>• Hijo mayor no vive en casa.</li> <li>• Relación afectiva estable y duradera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuerdo del aborto.</li> <li>• Pensar en que el esposo quería tener otro hijo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo al abandono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de que otras personas pueden quitarle al esposo.</li> </ul>
Inseguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia económica y emocional.</li> <li>• Excesiva atención por parte de la familia.</li> <li>• Necesidad de no perder más hijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo de volver a ser madre.</li> <li>• Pensamiento de que otras personas pueden dañar su matrimonio.</li> <li>• Preocupaciones por situaciones cotidianas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza.</li> <li>• Angustia.</li> <li>• Estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocas relaciones interpersonales.</li> <li>• Aislamiento social.</li> </ul>
Tristeza por no poder ser madre nuevamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por la edad no puede tener hijos.</li> <li>• Aborto a los 4 meses de gestación.</li> <li>• Ausencia de hijo de 17 años de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento de ilusión de padre por el bebé.</li> <li>• Sentimiento de dejar de ser valorada y cuidada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo.</li> <li>• Soledad.</li> <li>• Abandono.</li> <li>• Angustia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición física.</li> <li>• Distanciamiento del hijo mayor.</li> <li>• Rol materno.</li> </ul>

CATEGORÍA	PREDISPONENTES	DESENCADENANTES	CONSECUENCIAS	MANTENEDORES
Preocupación por situaciones cotidianas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haber perdido a sus hijos.</li> <li>• Físicamente no puede tener más hijos.</li> <li>• Ver al esposo joven y con deseos de ser padre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusiones de vecinos.</li> <li>• Malos hábitos alimenticios de la hija.</li> <li>• Pensamientos de enfermedad.</li> <li>• Pensamientos de peligros constantes en la calle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Angustia.</li> <li>• Temor.</li> <li>• Estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situaciones cotidianas.</li> <li>• Aislarse.</li> </ul>
Estrés por monotonía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excesivos cuidados por parte de su familia.</li> <li>• Encierro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutina.</li> <li>• Negación de haber perdido al hijo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impotencia.</li> <li>• Infidelidad.</li> <li>• Tristeza.</li> <li>• Miedo al abandono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación familiar.</li> <li>• Dependencia.</li> </ul>

## 8. Propuesta Psicoterapéutica

Con el fin de buscar herramientas para que la paciente logre cambiar sus ideas irracionales las cuales le generan malestar en el aquí y el ahora, se propone el siguiente esquema terapéutico:

- Terapia Racional Emotiva:

1. Metas y racionalidad: la paciente será netamente propositiva en sus propuestas para el logro de cambio.

2. Cognición y procesos psicológicos: se relacionará siempre los pensamientos - afectos - conductas.

3. Creencias Irracionales: se cuestionará sobre las exigencias a sí misma.

4. Creencias racionales: se resalta cuáles son sus preferencias, la parte funcional que corresponde a las dinámicas lógicas del contexto “Bienestar”.

- Terapia por el modelo ABC: El ser humano actúa sobre su propia conducta en eventos externos. A: activantes; B: creencias racionales y/o irracionales; C: consecuencias y/o productos.

1. Hacer un psicodiagnóstico: se identificará las ideas irracionales en la paciente que hacen que ella piense y actúe de dicha manera.

2. Insight: la paciente reconocerá el funcionamiento de su ABC, que le permita entender los productos, estímulos que le detonan sus miedos. “Aprenda a reconocer cómo funciona su mente”

3. Cambio de actitudes: le llevamos las creencias irracionales a cambios racionales.

- Terapia Cognitiva de Beck: los sentimientos no se determinan por las mismas situaciones si no como la paciente lo interpreta.

1. Creencias centrales: los esquemas propios de la paciente se le planteará cambiar estas proposiciones absolutistas, de sí mismo, de los demás y del mundo.

2. Creencias intermedias: cuales reglas la paciente quiere interiorizar; la posición que tiene frente a las situaciones estresantes y que estrategias compensatorias utilizará para contrarrestar dichos malestares.

3. Determinar la validez del cambio de las creencias: llevar a la paciente a que sea racional frente a los cambios positivos que ella misma implementa.

- Terapia Cognitiva de la depresión: Se abordará primero la visión que tiene la paciente respecto al mundo, futuro y por último de sí mismo.

1. Visión del mundo: autodefinición y revisión de dichos pensamientos.

2. Visión del futuro: autodefinición y revisión de dichos pensamientos.

3. Visión de sí mismo: autodefinición y revisión de dichos pensamientos.

## **9. Plan de seguimiento.**

En primer lugar, es necesario resaltar que la implementación y debido proceso psicoterapéutico, permitió que la paciente lograra adquirir estrategias compensatorias, propositivas, racionales y comportamentales, las cuales le brindaron nuevas perspectivas para afrontar su realidad. De esta forma, se lograron evidenciar cambios significativos en su estilo de vida, traducidos en aumento de la seguridad en sí misma, disminución del miedo al abandono y tristeza por no poder ser nuevamente madre y ejecución de compromisos cotidianos sin angustia ni preocupación.

Por esta razón, se hace necesario realizar intervenciones quincenales, con el fin de seguir aplicando las estrategias propuestas, a fin de las estrategias aplicadas se conviertan en parte de la cotidianidad. Tal proceso debe realizarse al menos durante 12 meses.

En cuanto a la evaluación de su círculo social y familiar, se realizarán tres intervenciones con el esposo y la hija durante los meses consecuentes, para fortalecer las relaciones interpersonales y los espacios de comunicación y comprensión.

Finalmente, se resalta que la psicoterapia aplicada es altamente efectiva en el cambio de distorsiones cognitivas y su posterior cambio por creencias racionales.

## **10. Cierre.**

El caso evaluado permitió comprobar que la desensibilización sistemática tiene gran efectividad en el tratamiento de la ansiedad con agorafobia, donde por medio de la aplicación del análisis funcional se logran conocer los antecedentes de las conductas y las consecuencias que éstas generan en la realidad de la paciente. Por otra parte, se resalta que la exposición

gradual a los temores que ella experimenta, son determinantes en una reducción significativa en los malestares que padece.

Ahora bien, en cuanto al seguimiento posterior a la finalización del tratamiento, se logra determinar que los avances se mantienen en el tiempo y la paciente continúa mejorando y adquiriendo más seguridad en sí misma. En tal sentido, Wolitzky-Taylor et al. (2010) en su meta-análisis, indican que después de finalizado el tratamiento psicológico, los pacientes agorafóbicos tratados por medio de la exposición en imaginación, generalmente siguen mejorando en el tiempo.

En esta línea de ideas, se hace énfasis en la importancia de la ejecución de tareas para la casa, pues estas confrontan a la paciente a la exposición de situaciones en vivo, las cuales deben ser afrontadas sin la compañía del terapeuta. En este punto, el acompañamiento familiar se convierte en otro factor importante para que las mismas puedan tener la efectividad que se busca con el tratamiento.



## **Bibliografía**

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press

Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Bados, A. (2005). Agorafobia y pánico. Barcelona: Universitat de Barcelona

Wolitzky-Taylor, K.B., Horowitz, J.D., Powers, M.B. y Telch, M.J. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. Revista de toxicomanías, 61, 3-20.