



**NOMBRE DEL ALUMNO:
ROSEMBERG ENRIQUE ARGÜELLO MERIDA**

**TEMA:
ACTIVIDAD 1**

**NOMBRE DE LA MATERIA:
SUPERVISION DE CASOS CLINICOS**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
LIC. MARIA DEL CARMEN BRIONES MARTINEZ**

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA:
PSICOLOGÍA NOVENO CUATRIMESTRE**

INFORME PSICODIAGNOSTICO

Nombre: David Díaz Montes

Edad: 30 años

Sexo: Masculino

Motivo de consulta: Crisis emocional con ideas suicidas. Derivado a hospitalización psiquiátrica por su asistente social.

1. INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA

David presenta un patrón persistente de dependencia emocional y sumisión interpersonal, que se ha expresado de manera consistente desde la adolescencia y se ha consolidado en la adultez como un trastorno de la personalidad por dependencia (F60.7 / 301.6), según criterios del DSM-5.

Este estilo de personalidad ha sido modelado por una historia de apego inseguro, pérdida temprana del padre, y una relación altamente estrecha con su madre, donde el paciente aprendió a suprimir sus necesidades y deseos en función de complacer a figuras significativas. Esta dinámica lo llevó a desarrollar una autoimagen débil, miedo a la autonomía y una necesidad constante de aprobación y cuidado.

Las descompensaciones clínicas que ha experimentado —incluyendo hospitalizaciones breves y episodios de llanto, desesperanza y pensamientos suicidas— corresponden a un trastorno depresivo mayor recurrente, actualmente en remisión parcial, desencadenado por eventos de pérdida afectiva (muerte de la madre, ruptura de pareja) o ausencia de figuras de sostén emocional (psicoterapeuta de vacaciones).

La conducta del paciente revela incapacidad para tomar decisiones sin reafirmación externa, temor al abandono, búsqueda constante de apoyo, y marcada evitación de la soledad, en ausencia de síntomas psicóticos, deterioro cognitivo o ideación delirante.

2. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual de mediano a largo plazo, con énfasis en el fortalecimiento de la autonomía, reestructuración del autoconcepto y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas.

- Evaluación psiquiátrica continua, especialmente durante períodos de crisis, para prevenir recaídas depresivas e ideación suicida.
- Evitar hospitalizaciones innecesarias, que pueden reforzar el rol de paciente dependiente. En su lugar, establecer un sistema de contención ambulatoria con disponibilidad para atención en crisis.
- Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, para mejorar la toma de decisiones autónomas y el manejo de conflictos sin necesidad de aprobación externa.
- Psicoeducación sobre su trastorno de personalidad, orientada a mejorar la conciencia de sus patrones relacionales disfuncionales y promover cambios sostenibles.
- Trabajo con red de apoyo (si existe): si el paciente forma nuevas relaciones significativas, es recomendable incorporar espacios de intervención familiar o de pareja, si procede, para evitar repetir patrones de dependencia.

3. POSIBLE TRATAMIENTO

a) Psicoterapia individual (modelo sugerido: Terapia Cognitivo-Conductual)

Objetivos terapéuticos específicos:

- Reconstrucción del autoconcepto: trabajo con creencias de inutilidad, incapacidad y necesidad de aprobación.
- Fortalecimiento de la autonomía: toma de decisiones progresiva sin búsqueda de confirmación externa.
- Regulación emocional ante pérdidas o incertidumbre.
- Tolerancia a la soledad y desarrollo de intereses personales.

b) Intervención en crisis y prevención de recaídas

- Establecer un plan de acción ante signos tempranos de desregulación emocional (llamadas frecuentes, angustia intensa, aislamiento).
- Identificación de señales de alerta suicida.
- Establecer puntos de contacto (asistente social, terapeuta, línea de emergencia).

c) Terapia grupal (opcional)

- Participación en grupos de apoyo para personas con trastornos de personalidad o dificultades vinculares.
- Espacio para practicar habilidades sociales y compartir experiencias de autonomía.

d) Farmacoterapia (si se considera necesaria)

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para síntomas depresivos residuales, previo criterio psiquiátrico.

CONCLUSIÓN

David Díaz Montes presenta un cuadro de trastorno de personalidad por dependencia con episodios depresivos recurrentes. Su sintomatología actual es el resultado de un patrón interpersonal rígido y desadaptativo, cuya resolución requiere un proceso terapéutico prolongado centrado en la autonomía, la autoestima y la autoeficacia. La evolución clínica dependerá, en gran medida, de su adherencia al tratamiento, la consistencia del vínculo terapéutico y la calidad del sistema de contención ambulatorio disponible.

Firma del profesional



Lic. en Psicología Rosemberg Enrique Argüello Mérida

M.P.123456789

Fecha: Lunes, 14 de julio de 2025

INFORME PSICODIAGNOSTICO

Nombre: [Paciente anónima]

Edad: 43 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Motivo de consulta: Derivación desde neurología tras múltiples internaciones sin hallazgos orgánicos, persistente preocupación por padecer un tumor cerebral maligno.

1. INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente presenta un cuadro clínico compatible con Trastorno de síntomas somáticos (F45.1 / 300.82), de curso crónico, con síntomas físicos persistentes (cefaleas, mareos, visión borrosa) que generan malestar clínicamente significativo y deterioro funcional, sin evidencia médica que justifique su intensidad o duración. La paciente muestra pensamientos desproporcionados acerca de la gravedad de su salud, altos niveles de ansiedad hipocondríaca y consumo excesivo de servicios médicos, a pesar de la reiterada información médica tranquilizadora.

Este trastorno se encuentra asociado a un episodio depresivo mayor (F32.1), de intensidad moderada, caracterizado por estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, desesperanza e ideas de muerte, surgido como agravamiento emocional frente a la falta de respuesta médica y el aislamiento relacional resultante.

En términos psicodinámicos y relacionales, el trastorno parece estar vinculado con un contexto de control emocional riguroso y funcionalidad doméstica previa, que se desestructura tras crisis conyugales (infidelidad del esposo) y conflictos no elaborados. El cuerpo se convierte en el canal legítimo para expresar malestar psíquico.

La paciente muestra negación activa del componente psicológico, alto nivel de ansiedad somática, y dependencia del sistema médico como principal recurso de contención, lo cual representa un desafío clínico relevante.

2. RECOMENDACIONES

- Inicio inmediato de tratamiento psicoterapéutico individual, orientado a abordar la relación entre emoción y síntoma físico, trabajar el insight, y reducir la hipervigilancia corporal.

- Psicoeducación intensiva sobre el diagnóstico, normalizando el sufrimiento somatizado, desestigmatizando el abordaje psicológico y reforzando el rol activo de la paciente en su recuperación.

- Intervención psiquiátrica inicial, con posible indicación de antidepresivos (ISRS) para abordar la sintomatología afectiva y reducir la reactividad ansiosa asociada a las preocupaciones somáticas.

- Evitar reforzar el rol de paciente médico, desalentando hospitalizaciones innecesarias o solicitudes constantes de estudios. En su lugar, diseñar un plan de seguimiento psicológico regular y sostenido.

- Abordaje familiar y conyugal, en la medida de lo posible, para trabajar dinámicas de comunicación emocional, límites, y reestructuración del rol femenino/familiar de la paciente.

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y regulación emocional, para tolerar incertidumbre, manejar la ansiedad anticipatoria y fomentar el autocuidado.

- Incorporación progresiva de actividades significativas, que le permitan recuperar su identidad más allá del síntoma: roles sociales, comunitarios o espirituales que había abandonado.

3. POSIBLE TRATAMIENTO

a) Psicoterapia individual (enfoques sugeridos):

- Terapia cognitivo-conductual (TCC): Para trabajar la interpretación catastrofista de sensaciones corporales, el pensamiento obsesivo sobre enfermedades, y las conductas de búsqueda médica.
- Terapia centrada en emociones o modelo psicodinámico breve focalizado, si se detectan resistencias fuertes a la TCC, para abordar el conflicto subyacente reprimido (infidelidad, culpa, desvalorización).

Objetivos terapéuticos:

- Desarrollo de conciencia emocional y relación cuerpo-emoción.
- Reestructuración de creencias disfuncionales sobre la salud.
- Manejo de ansiedad somática y abandono de conductas evitativas.
- Fortalecimiento del rol activo y autonomía emocional.

b) Intervención psiquiátrica

- Uso de ISRS como sertralina o escitalopram, para el manejo de síntomas depresivos y somáticos (previa evaluación psiquiátrica detallada).
- Supervisión constante para evaluar evolución afectiva y riesgo suicida.

c) Apoyo psicosocial y familiar

- Orientación familiar sobre el cuadro clínico para evitar sobreatención o invalidación.
- De ser viable, espacio de trabajo de pareja para abordar las consecuencias relacionales no elaboradas.
- Promoción de la participación en espacios comunitarios que fortalezcan redes externas de sostén.

CONCLUSIÓN

La paciente presenta un trastorno de síntomas somáticos crónico, actualmente exacerbado por un episodio depresivo mayor, en un contexto de conflicto relacional. La negación del componente emocional representa un obstáculo para el tratamiento, pero también un punto clave de intervención. Con una estrategia psicoterapéutica estructurada, soporte psiquiátrico y trabajo psicoeducativo intenso, el pronóstico puede ser favorable en el mediano plazo. El abordaje debe centrarse en la validación emocional, la construcción de insight progresivo y la reestructuración del rol de paciente, promoviendo el retorno a un funcionamiento vital más equilibrado.

Firma del profesional



Lic. en Psicología Rosenberg Enrique Argüello Mérida

M.P.123456789

Fecha: Lunes, 14 de julio de 2025