

**PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA NO RESUELTA DE UN PACIENTE DEL  
SECTOR SALUD CON SÍNDROME SOMATOMORFO PRESUNTIVO.  
ESTUDIO DE CASO**

**GLORIA ESTELA ROLDÁN CORONADO  
DORA HERMELINA ROLDÁN BERRÍO  
FERNANDO EUGENIO BUSTAMANTE LARREA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN  
2013**

**PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA NO RESUELTA DE UN PACIENTE DEL  
SECTOR SALUD CON SÍNDROME SOMATOMORFO PRESUNTIVO.  
ESTUDIO DE CASO**

**GLORIA ESTELA ROLDÁN CORONADO  
DORA HERMELINA ROLDÁN BERRÍO  
FERNANDO EUGENIO BUSTAMANTE LARREA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar  
el título de Psicólogos**

**Asesor  
JUAN DIEGO BETANCUR ARIAS  
P. h D. en Psicología**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
MEDELLÍN  
2013**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado

Medellín, noviembre 15 de 2013

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias, por su comprensión y por haber sacrificado su tiempo para que esta realidad fuera posible. A todos ellos, mil gracias por sus palabras de aliento en los momentos más difíciles. Dios los bendiga.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

La Fundación Universitaria María Cano, por acogernos en su Álma Máter, y por habernos brindado su campus, sus aulas, su propuesta formativa y el excelente programa de Psicología.

A nuestros docentes. Ellos constituyeron un referente valiosísimo en nuestros rumbos académicos. Su abnegación, entrega, sacrificio y orientaciones, fueron siempre oportunas.

A nuestros asesores quienes nos orientaron de manera oportuna y pertinente.

A la IPS Universitaria, Clínica León XIII, por ser el campo de práctica, que además de ser mi sitio de trabajo (Gloria), me permitió asumir los roles correspondientes a la práctica de Psicología. Muy especialmente a las Doctoras Catalina Rubio y Luz Marina Cardona por su apoyo incondicional. Por su valioso tiempo y su amable colaboración y orientaciones, Dios les pague.

A Oscar Ovidio Roldán, Magíster en Educación y Desarrollo Humano, quien nos brindó sus valiosas orientaciones en los ajustes metodológicos y la corrección de estilo en el trabajo final.

A todas aquellas personas que, de una u otra forma, tomaron parte en este proyecto de grado.

## **RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO R. A. E.**

**TITULO:** Problemática psicológica no resuelta en paciente del sector salud con síndrome somatomorfo presuntivo. Estudio de caso

**AUTORES:** Gloria Estela Roldán Coronado, Dora Hermelina Roldán Berrío, Fernando Eugenio Bustamante Larrea

**FECHA:** Noviembre 15 de 2013

**TIPO DE IMPRENTA:** Procesador palabras Microsoft Word 2010, Arial número 12, espacios entre líneas y párrafos 1.5

**NIVEL DE CIRCULACIÓN:** Restringida

**ACCESO AL DOCUMENTO:** Fundación Universitaria María Cano, autores y Clínica León XIII, archivo clínico.

**MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO:** Monografía.

**PALABRAS CLAVE:** Somatización, Hipocondría, Simulación, Síndrome somatomorfo, Estudio de caso.

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** El presente trabajo de grado es un estudio de caso para determinar el cuadro psicológico de un paciente que labora en el sector salud y que ha sido diagnosticado con Síndrome Somatomorfo presuntivo por cuadros clínicos no específicos. El caso se vuelve interesante por haber transitado por múltiples especialidades médicas y sus transdisciplinas: clínica del dolor, neurología, neurocirugía, urología, medicina interna, psicología, psiquiatría, ortopedia, y la especialidad del movimiento.

**CONTENIDO DEL DOCUMENTO:** El presente trabajo se divide en cinco grandes capítulos, cada uno de ellos con varios subcapítulos así:

**Capítulo 1:** Planteamiento del problema, en este se incluye: descripción y formulación del problema, así como la categorización, los objetivos y justificación.

**Capítulo 2:** Marco metodológico, en este se incluye: el propio marco metodológico, método, enfoque, diseño, población y fuentes de información.

**Capítulo 3:** Marco referencial, en este se incluye: el propio marco referencial, el marco conceptual (donde se hace claridad de los conceptos clave en la investigación), histórico y legal.

**Capítulo 4:** Conclusiones y recomendaciones.

**Capítulo 5:** Referencias bibliográficas y anexos, en este se encontrará los referentes de teoría y documentos anexos que se tienen como evidencia.

**METODOLOGÍA:** Esta es una investigación social, de método descriptivo, con enfoque cualitativo de corte hermenéutico, diseño no experimental, y con una población única individual por ser un estudio de caso. Dentro de las técnicas e instrumentos para recolectar la información cabe mencionar que se desarrollaron amplias sesiones de entrevista libre-no estructurada y conversatorio con el paciente. Igual hubo entrevistas no estructuradas con médicos, especialistas y psicólogos.

Para interpretar la información se levantaron categorías de análisis con las voces del paciente, voces de médicos y especialistas y autores destacados. Se señalaron unas palabras clave y se levantó una columna con la voz de los autores. Se establecieron unos aportes finales con los hallazgos, que dan cuenta de la problemática psicológica no resuelta, además de las conclusiones.

**CONCLUSIONES:** Pese a que hoy la medicina y las demás disciplinas de la salud han avanzado bastante, y a que existen suficientes ayudas diagnósticas y

tecnología al servicio de las ciencias médicas, se siguen presentando casos atípicos a los que no se les haya explicación, por lo que se habla de síndromes no específicos. Pero lo mental entra en juego y la Psicología como disciplina emergente y propicia, que permite múltiples opciones metodológicas y diagnósticas, podría ser la carta que esclarezca lo que sucede con pacientes como el actual.

El cuadro más factible para este estudio es una problemática psicológica no resuelta, pues, el paciente se niega a aceptar cualquiera de los diagnósticos, y a la vez, sugiere y acepta una posible indemnización con pensión, no importa el porcentaje de reconocimiento en dinero.

Por último, este informe de grado no debe terminar aquí, debe ser el insumo para que en otros postgrados y en mesas de trabajo, cuyo tema objeto de estudio sea el mismo, lo dilucidan, lo profundicen y coordinen esfuerzos para la resolución final que apoye otros asuntos relacionados.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	17
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GENERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. JUSTIFICACIÓN	26
CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO	28
4.1 MARCO METODOLÓGICO	28
4.1.1 Tipo de estudio.	30
4.2 MÉTODO	31
4.3 ENFOQUE	31
4.4 DISEÑO	31
4.5 POBLACIÓN	32
4.6 FUENTES DE INFORMACIÓN	32
CAPITULO 3. MARCO REFERENCIAL	33
5.1 MARCO REFERENCIAL	33
5.2 MARCO CONCEPTUAL	34
5.3 MARCO HISTÓRICO	37
5.5 MARCO LEGAL	42
5.5.1 Ley 1090 de 2006	42
5.5.2 Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos.	60
5.5.3 Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA)	69
CAPITULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
7.2 CONCLUSIONES	78
CAPITULO 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS	79
REFERENCIAS	79
ANEXOS	81

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO 1. Cartas de invitación a participación	825
ANEXO 2. Entrevista al Dr. Diego Bustamante	<b>¡Error! Marcador no definido.7</b>
ANEXO 3. Entrevista al enfermero Luis Emilio Zea Bustamante.	1020
ANEXO 4. Entrevista a la Psicóloga Natalia Bustamante Larrea	<b>¡Error! Marcador no definido.2</b>
ANEXO 5. Consentimiento informado	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO 6. Entrevista realizada al paciente del caso	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
ANEXO 7. Prueba de personalidad	<b>¡Error! Marcador no definido.5</b>

## INTRODUCCIÓN

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) se ha definido la somatización como "patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias."

En la Ciudad de Medellín, Colombia, se ha conocido un caso muy particular: un servidor del sector salud ha sido diagnosticado con Síndrome somatomorfo presuntivo por cuadros clínicos no específicos.

El caso en cuestión se ajusta a la definición con que se encabeza este apunte introductorio, pues, los diálogos y entrevistas con el empleado, sus testimonios e imaginarios, y lo que reza en la historia clínica (a la que se accede con la respectiva autorización), dan fe de que tiene patrones de comportamiento que le aíslan de los demás, que le traen dificultades en la inter relación con sus pares y con la sociedad en general.

Lo anterior se agudiza por situaciones familiares y personales que afectan su parte psíquica. En efecto, la persona en cuestión vive situaciones extremas de estrés por enfrentar presiones familiares y laborales que lo señalan por su inestabilidad, su permanente ausentismo laboral, y la posible mitomanía para justificarlas.

Sus incapacidades y la permanente dificultad para desempeñarse en su sitio de trabajo, ha generado incredulidad por parte de los profesionales de la salud y los especialistas que le atienden, lo que se ha ventilado en su oficio. Al no encontrar nada que justifique las consultas y las remisiones por parte de salud ocupacional, no queda más que vincularla con el síndrome somatomorfo por cuadros clínicos no específicos.

Con el presente trabajo se pretende esclarecer, desde la psicología, la posible problemática del paciente, a partir de la metodología de estudio de caso, y con el consabido consentimiento informado que reposa en los anexos, para que se analice su situación y se aporte una solución, desde el abordaje y consulta de su historia clínica y los datos de las entrevistas que ha concedido al grupo investigador.

Para darle un mejor tratamiento metodológico al entramado de voces y testimonios del tema objeto de estudio, se sistematizaron los datos de las entrevistas al paciente, a los médicos y especialistas, cruzados con los conceptos de los académicos tratadistas, y se levantaron categorías de análisis. Esos datos hablan en una investigación cualitativa como ésta, de corte hermenéutico, para tratar de interpretar, desde la psicología, qué es lo que realmente sucede con este caso.

## 1. TÍTULO

PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA NO RESUELTA EN PACIENTE DEL SECTOR  
SALUD CON SÍNDROME SOMATOMORFO PRESUNTIVO.  
ESTUDIO DE CASO

## CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

*“El hombre sano no tortura a otros, por lo general es el torturado  
el que se convierte en torturador”*

Carl Gustav Jung

Hay ocasiones en que el sector salud, mejor dicho, el conjunto de inter disciplinas médicas y de salud mental, son incapaces de resolver casos atípicos de sintomatologías no especificadas en los protocolos de atención. Por lo general, en estos casos tan particulares, se ven abocados a diagnosticar presuntivamente y a hacer uso de las diferentes ayudas clínicas, aún con los riesgos y consecuencias psicosociales y laborales que ello implica para el paciente.

Este tipo de situaciones son riesgosas por la incertidumbre que se genera en el centro de atención, y entre los profesionales y especialistas a cargo, además del paciente que acude en busca de ayuda y que demanda de soluciones inmediatas y pertinentes. Aquí hay un cruce de responsabilidades por parte de la organización y de quienes intervienen y tratan con medicamentos o con alternativas terapéuticas al paciente en cuestión.

El asunto empeora si se somete a éste, el paciente, a situaciones extremas de estrés al enfrentarse a múltiples pruebas diagnósticas que no arrojan resultados claros ni oportunos, y por la intervención transdisciplinaria respectiva, afectando directamente a su núcleo familiar y socio laboral, con las consabidas secuelas que puedan resultar.

Bien se sabe que el paciente con trastorno de somatización soporta frecuentes preocupaciones crónicas a causa de los síntomas somáticos de su afección. De ahí que diagnósticos no psiquiátricos, poco logran dilucidar la sintomatología real, lo que lleva al paciente a presentar ansiedad, depresión, angustia y hasta ideas

suicidas, secundarias a la impotencia que soportan al no encontrar soluciones en los protocolos médicos preestablecidos.

El caso particular de esta investigación da fe de lo anterior; caso que, por cierto, ocurre en una persona que presta sus servicios al sector salud en una prestigiosa entidad de la ciudad de Medellín, lo que resalta la importancia y necesidad de este estudio por estar dentro del contexto interno del servicio clínico, y no externo como suele suceder en la mayoría de pacientes.

Lo interesante de este estudio de caso es que, ante los consabidos y fallidos supuestos anteriores, las últimas interpretaciones y diagnósticos han determinado que es un cuadro clínico presuntivo, calificado por la especialidad de Neurología como: *Sospecha del Síndrome de Somatización*.

A esta conclusión se llega luego de haber pasado por diversos diagnósticos en las unidades de neurología, neurocirugía, psiquiatría, psicología, cirugía general, ortopedia y traumatología, medicina interna, urología, clínica del dolor, medicina laboral, y los especialistas del movimiento, que son los últimos en abordar el caso.

Una de las cargas emocionales más fuertes que ha tenido que enfrentar el paciente de este estudio, es el acoso laboral y el enjuiciamiento a priori por parte de sus jefes y compañeros de trabajo. Aunque esto suele ser un comportamiento normal en los pacientes con igual diagnóstico, no lo es para la persona en mención que intenta traslapar su labilidad ante el entramado laboral de la clínica.

Todo esto enrarece aún más el panorama puesto que hay contradicción y controversia entre la dependencia encargada de su situación laboral y los diagnósticos médicos y clínicos que han definido la enfermedad y su respectivo tratamiento, los mismos que han visto rodar una incapacidad tras otra, un diagnóstico enseguida del otro, unas justificaciones inconclusas ante su ausentismo laboral, y ante la disminución de su capacidad laboral, ahora con Pákinson de su extremidad superior derecha, En fin.

Visto así, el paciente queda en un limbo poco deseable que no resuelven nada porque lo personal y lo afectivo-valorativo y emocional se quebranta, afectando los diferentes entornos en que se mueve, donde con frecuencia se le somete a juicios por parte de sus pares y allegados quienes lanzan improperios y le hacen acusaciones poco deseables.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo tipificar, desde la psicología, el caso de un paciente sometido a múltiples evaluaciones y tratamientos, y diagnosticado con síndrome somatomorfo presuntivo por cuadros clínicos no específicos?

### 1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Una metodología muy valiosa para adentrarse en el tratamiento de los datos en una investigación cualitativa, es el levantamiento de categorías de análisis, con la consabida subcategoría, las palabras clave, las voces de los actores y las conclusiones o voces de los investigadores. Así las cosas, se facilita la triangulación de la información mediante el respectivo cuadro comparativo en el que se exponen y traslapan los resultados.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	PALABRAS CLAVE	VOCES DE LOS ACTORES	VOCES DE LOS INVESTIGADORES
<b>Síndrome somatomorfo</b>	Afecciones psicológicas secundarias al diagnóstico	somatización, simulación, riesgo psicológico, Hipocondrías Depresión, Ansiedad, trastornos emocionales, Acoso laboral	<p><b>Voz médico cirujano:</b> El síndrome somatomorfo es una patología mental y médica que se presenta con mucha frecuencia en los servicios de urgencias; es una patología que es demasiado mal entendida por muchos colegas y por eso se ha manejado muy mal por muchísimo tiempo. Muchos síndromes somatomorfos en los servicios de urgencias no son tratados adecuadamente. Algunas personas, algunos profesionales del servicio de urgencias, no entienden al paciente y tienden a mermarle un poquito de importancia, gracias a Dios no todos sino pocos, utilizando algunos métodos dolorosos para que el paciente reaccione y eso hace que disminuya un poco la tensión sobre el paciente.</p> <p><b>Acercas de los efectos psicológicos, secundarios al diagnóstico:</b> La afectación psicológica, social y médica del paciente es total. es más, es</p>	<p>Haciendo un comparativo entre los conceptos de diferentes profesionales del sector salud, encontramos que todos apuntan hacia el hallazgo de conflictos o situaciones mentales no resultas, asumidas por la parte física de las personas, y utilizada como mecanismo de defensa para minimizar la carga emocional del individuo y llevarlo a un estado ficticio de confort.</p> <p>De igual manera, se aborda el trato “inadecuado” que se da al paciente, utilizando maniobras dolorosas, dirigidas a la búsqueda de minimizar los síntomas.</p> <p>Se puede dilucidar la demanda de los pacientes, sin diagnósticos psiquiátricos o psicológicos, que dificultan la práctica médica.</p> <p>Desde la atención psicológica, se visualiza la necesidad de contextualizar la paciente con respecto a los perjuicios socioculturales que enfrenta, dado la condición clínica y los rasgos</p>

			<p>comprendido como un síndrome que nos está indicando que hay una afectación psicosocial del paciente, lo cual es una manifestación externa con síndromes clínicos no reales pero si simulados por el cuerpo, no por la mente. El paciente no controla lo que está haciendo, a diferencia de muchas personas no sabe lo que está haciendo, simplemente le suceden los síndromes somatomorfos. También se confunde, se preocupa pensando que pueden ser cosas graves, un infarto o cosas por el estilo.</p> <p>El manejo de este paciente inicial con un trato despectivo puede reflejarse en su completa negatividad a entender que tiene una enfermedad diferente que debe ser tratada por eso el manejo inicial del paciente es extremadamente importante. Debe ser con respeto y con una orientación clínica aceptable, para que el paciente tenga la menor repercusión en su vida psicosocial.</p> <p><b>Diagnóstico del área de Psicología:</b> EM: paciente alerta, orientada, colaboradora. Establece adecuado contacto visual y verbal con el evaluador. En cuanto al afecto son síntomas de ansiedad. La paciente es la cuidadora primaria de su madre quien requiere ayuda para la realización de las funciones básicas. No percibe apoyo instrumental de sus hermanos. Refiere además que en ocasiones</p>	<p>de personalidad afectados emocionalmente y los temores de poca credibilidad que presenta.</p> <p>Estos diagnósticos presuntivos, suelen llevar a los pacientes a afrontar juicios de valor y poca credibilidad en el medio, ya que los signos y síntomas no pueden ser correlacionados con pruebas diagnósticas, lo que, puede desencadenar o agudizar la sintomatología y en el peor de los casos, llevarlos a desarrollar nuevas sintomatologías.</p> <p>Para tratar de dilucidar los esquemas afectados en nuestra paciente, recordamos los conceptos de Beck, quien afirmo que los auto conceptos, se construyen de información almacenada en la memoria del individuo, y que a su vez, interactúan con la información entrante o reciente, en busca de representaciones activas en la selección, adquisición, organización y almacenamiento de la nueva información</p> <p>Se puede deducir que la información pasada afecta directamente la nueva información.</p> <p>Como bien sabemos, los auto-esquemas contienen información sobre el sí mismo, podríamos hacer un comparativo con la situación de la paciente en mención, los auto-esquemas obtenidos de personas deprimidas, tienden a contener información de carácter negativo, elaborados de</p>
--	--	--	--	--

		<p>asume funciones de otros miembros de la familia. Durante la intervención, se Realizan señalamientos y se aclaran algunas dudas frente a las enfermedades asociadas al estrés. Pues la paciente teme que tenga poca credibilidad. Finalmente se sugiere continuar proceso psicoterapéutico por medio de la EPS o salud ocupacional. Ya había iniciado tratamiento previamente, pero no hubo continuidad.</p> <p><b>Análisis:</b> Paciente con enfermedad asociada al estrés. Con rasgos ansiosos de personalidad y sobrecarga física y emocional. Es la cuidadora primaria de la madre. Con dificultades en la comunicación asertiva, acepta problemas para decir no y delegar funciones. Durante la intervención, se habla acerca de las enfermedades asociadas al estrés y se aclaran mitos al respecto. Finalmente, se realizan señalamientos y se sugiere continuar tratamiento Psicológico, el cual se suspendió en el pasado.</p> <p><b>Intervencion por Psiquiatría:</b>  Pte. en compañía del esposo, solicitan evaluar por qué se sospecha "trastorno de somatización agregado"  Pte. relata el proceso de evolución de los síntomas, describe la instalación del dolor, la hospitalización y la aparición de la incontinencia fecal y urinaria, con la disminución de la fuerza en un hemicuerpo, que dice no había notado tanto hasta que</p>	<p>malas experiencias, recuerdos dolorosos, pérdidas o fracasos, todos estos propios síntomas depresivos...</p> <p>En nuestra paciente detectamos pensamientos rumiantes, visión negativa de sí misma, con sentimientos de minusvalía, narra experiencias, actuales y futuras con ideas catastróficas.</p> <p>Así, observamos una construcción de información personal predominantemente negativa, permitiendo predisposición a ciertos estados de ánimo depresivos, afectando directamente la eficacia en términos generales.</p> <p>Es decir, en lo personal, lo laboral, lo social; interrumpiendo procesos de interacción y adaptación al medio.</p> <p>Es aquí donde podemos inferir, que la intervención terapéutica, desde la psicología, podría contribuir favorablemente, en aportar o devolver calidad de vida, en la medida que se logre la aceptación de componentes emocionales en resolución.....</p>
--	--	--	---

<p><b>Problemática psicológica no resuelta</b></p>		<p>le dijeron que le encontraban más débil ese lado del cuerpo. La paciente dice que de tiempo atrás sufre de "problemas de columna, con dolores de espalda" ha recibido tratamiento en clínica del dolor. Estuvo tomando sertralina y acetaminofén, no recuerda haber tomado otros medicamentos.</p> <p>El paciente refiere que el dolor no le deja dormir, pero con la trazodona que le han estado dando en la clínica duerme mejor.</p> <p>Relata que le preocupa mucho que no le encuentren en los estudios, algo que explique los síntomas, le preocupa que crean que es "una conversiva". Dice que algo similar le pasó en otra época en la que tenía deposiciones con sangre y no podían encontrar la causa, finalmente le dieron de alta con dieta y recomendaciones y "yo aprendí a vivir con eso".</p> <p>Relata algunas situaciones personales estresantes, la madre enferma, a quien cuida en las noches. La condición de un hijo privado de la libertad.</p> <p>Refiere que hace unos meses, ésta última situación le afectó el ánimo y se encontraba lábil, triste, preocupado.</p> <p>Pero poco a poco lo ha estado asimilando y ha hecho algunos cambios como no visitarlo tanto, hora pueden hablar por teléfono sin llorar, piensa en él sin</p>	<p>A esta conclusión d problemática psicológica no resuelta se llega por la resistencia del paciente a aceptar que está enfermo de algo específico; por no</p>
--	--	--	--

		<p>que esto la afecte tanto. Dice que ha sido una persona activa, tranquila, de buen ánimo, por eso le extraña "que piensen que yo me estoy haciendo".</p> <p>Estuvo en citas por psiquiatría recién el inicio de la situación conflictiva con el hijo y allí le formularon la sertralina que estuvo tomando, pero luego se sentía mejor y no ha tendió más controles.</p> <p>Niega consumo de licor, cigarrillo o drogas. Además niega tratamientos previos por psiquiatría o psicología, cuadros depresivos mayores, crisis de pánico u otros.</p> <p>Objetivo Alerta, orientada, receptiva, lenguaje claro, coherente, afecto modulado por su condición, leve hipotimia en relación con su estado de salud y con la situación de su hijo.</p> <p>Niega ideación delirante, no ideación suicida, no claras cogniciones depresivas.</p> <p>Expresa más preocupación porque no le encuentren algo que explique los síntomas que por tener algún hallazgo complicado, aunque no quisiera tener nada grave.</p> <p>Introspección parcial, con prospección conservada.</p> <p>Análisis de paciente con síntomas neurológicos en estudio; con hallazgos en el examen físico y los paraclínicos inconsistentes.</p> <p>Niega trastornos del ánimo, ansiosos, psicóticos. Refiere</p>	<p>aceptar ninguno de los diagnósticos.</p> <p>Es más, en el estudio de caso, esta persona quiere, con insistencia, una pensión, situación que lo alejaría de tanto tratamiento.</p> <p>Quizá este sería su gran alivio, el desenlace final de este karma, de estar sometido a un concepto y otro, sin que se clarifique un cuadro clínico.</p> <p>Y es apenas lógico, una persona que presta sus servicios al sector salud, y con semejante tratamiento y desconfianza de sus incapacidades, y vigilada y visibilizada ante sus compañeros de trabajo, con comentarios indeseados y chismes de pasillo...</p> <p>No es una situación fácil. Ahora bien, ninguna de las especialidades médicas ha resuelto el problema, y ahora, parece ser, que la psicología tampoco.</p> <p>Porque no se ha encontrado un cuadro específico, y porque, pese a tantos diálogos y a tantas sesiones de trabajo, de conversaciones sobre lo mismo, y a la insistencia con preguntas provocadoras y estímulos en horarios diversos y con presiones y solturas en las interacciones, no se haya un cuadro satisfactorio.</p> <p>De ahí lo de problemática psicológica no resuelta.</p>
--	--	---	--

		<p>algunas situaciones familiares y que han impactado su ánimo y de las que está en proceso de recuperación.</p> <p><b>Voces de autores y autoridades sobre el tema:</b></p> <p><b>DCM IV:</b> A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza entre los 30 y 40 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:</p> <p>1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción).</p> <p>2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).</p> <p><b>Voz del paciente: seleccionadas de las entrevistas.</b></p> <p>- Ayer hablaba con el Dr. Y le decía, porque él me</p>	
--	--	---	--

			<p>preguntaba por mi hijo, no, él está bien yo me siento bien, a mí lo que me preocupa porque yo me pongo tan mal cada que lo veo, haya de pronto los casos que yo veo, porque esas viejas pelean, que a una lo apuñalean, que a la otra le echan sacol en el pelo, porque me ha pasado, entonces no me explico, cierto es como si me estuviera pasando a mi o alguno de mi casa. (Pensamientos catastróficos).</p> <p>-la relación en mi casa, de pronto con mi mamá, era dura , porque mi mamá es fuertecita pero mi papá no, a mí me dio muy duro cuando mi papá se murió por que yo fui toda la vida la ñaña de él. Hasta ahorita casada y todo, mi papá cumple mañana años de muerto. Mañana primero de noviembre, siento tristeza... Llanto</p> <p>El menor, el me lleva por ahí 10 años, pero mi mama le daba la autoridad a él, porque así ha sido la vida de mi mama, mi mamá toda la vida tuvo preferencia por él...</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Pues uno es muy bruto y uno enamorado y de pronto yo lo hice hasta de pronto por salir de la casa, me case -, mi mama si toda la vida fue muy dura, sin embargo actualmente yo soy el que vivo pendiente de mi mamá, si yo me demoro mi mama ya está que se queja, si yo me voy para una cita médica ella me llama 4 o 5 veces, ahora..(Compensaciones).</p> <p>Él a mí una vez me iba a montar en un fogón rojo, rojo, por mi suegra no me sentó, pero me iba a sentar, sin embargo yo estoy como ahorita que me metí en los caminos de Dios yo ya no tengo nada con él.</p> <p>Pero, hay que ver que cuando yo he estado enferma, él me corre, él es pendiente, pero no, es como una relación como de amistad, (Compensación).</p>	
--	--	--	---	--

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Interpretar, desde la psicología, la problemática de un paciente empleado del sector salud, diagnosticado con síndrome somatomorfo por cuadros clínicos no específicos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar los diagnósticos clínicos de las interdisciplinas que trataron el caso del paciente con supuesto síndrome somatomorfo, como acercamiento al cuadro psicológico real del sujeto en mención.
- Describir, a partir de sus relatos, las características psicosociales, cognitivas, familiares, laborales y experienciales, del paciente con supuesto trastorno somatomorfo.
- Esclarecer las causas del posible desorden psicológico de éste paciente, a partir de la comparación de su historia clínica, con sus relatos y su situación laboral particular.

### 3. JUSTIFICACIÓN

No es fácil abordar el asunto del síndrome somatomorfo, menos aún si se determina por cuadros clínicos no específicos, ante la incapacidad de aportar diagnósticos certeros, como le ocurre con el paciente de este trabajo de grado, quien sufre las consecuencias de distintas versiones por cuanta de cada una de las especialidades médicas que lo han tratado.

Como ya se anotó, este estudio de caso hace referencia a una amalgama de síntomas y enfermedades que bien podrían rayar en síndrome somatomorfo. Pero como no hay evidencia definitiva de que así sea, se habla de presuntivo, sobre todo por los cuadros clínicos no específicos que le han antecedido.

Debido a esto, desde el programa de psicología, se está ante una gran oportunidad de resolver las incógnitas que acompañan este caso tan particular. Sin duda alguna, debe ser una de tantas disciplinas médicas la que acierte con un protocolo o con una investigación que aporte luces suficientes a este tipo de situaciones atípicas.

Se ha hecho saber desde la descripción del problema, que la persona del caso que interesa a esta investigación, ha atravesado por situaciones bastante difíciles en su trabajo y en su vida familiar y social, principalmente por el sometimiento a todo tipo de intervenciones y diagnósticos, y por la incredulidad que ha generado en el cuerpo médico que la atiende.

Así las cosas, le corresponde el turno a la psicología, y quizá a las inter disciplinas y transdisciplinas que la complementan, para tipificar éste caso y para esclarecer su enrarecimiento ante la falta de soluciones puntuales. Por eso hay que acercar metodologías, herramientas, técnicas e instrumentos para evaluarle como un caso psicológico muy especial.

Esto es lo que hace interesante la investigación porque, quizá, se esté ante un efecto de somatización y un caso de síndrome somatomorfo a causa del trabajo

y/o de los antecedentes familiares y personales que no han sido fáciles de sobrellevar.

Para tener una mejor percepción de lo que aquí se describe, es importante esclarecer los términos y definiciones que se han adelantado al respecto, como se hace saber en la clasificación psiquiátrica para designar los trastornos de somatización.

## **CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1 MARCO METODOLÓGICO**

Sin duda, la presente es una investigación social, propia de una disciplina de este tipo como la psicología, una de las primeras, junto a la sociología, que le dieron status y que la elevaron a la categoría de ciencia, por tener métodos y constancia sistemática. Con esto se engrandece el buen nombre de todas estas disciplinas de tipo socio humanístico.

Es que, cuando los investigadores enfrentan una decisión metodológica, tienen que tener claro cuál es la ruta, cómo se va a llevar a cabo la investigación. Definir si es de tipo cualitativo o cuantitativo, qué es lo que se quiere: Interpretar o si se va a someter a mediciones de tipo estadístico y matemático.

Esto es clave para definir la ruta metodológica más adecuada, y, por ende, las técnicas e instrumentos para la recolección de la información y el tratamiento de los datos. Se está, pues, ante una investigación social, cualitativa, e corte hermenéutico.

Al respecto, el emérito profesor de investigación del CINDE (Centro Internacional de Educación), que ofrece programas de Maestría y Doctorado en Educación y Desarrollo Humano, y de programas sociales en la Universidad de Antioquia, dice que:

Nos leemos desde patrones y plataformas que nos indican y guían la comprensión y acción que desarrollamos sobre la realidad, en una sola dirección. Por ello, se agotan las funciones cognitivas, o se repiten acríticamente las acostumbradas, dando cuenta de inercias mentales, rutinas, lógicas o razones instrumentales reductivas y simplificadoras por un lado; y por el otro, de intereses teóricos y extra

teóricos técnicos, que controlan toda apertura u opción alternativa, problematizadora y contextualizada en los retos actuales<sup>1</sup>.

Esto quiere decir que la metodología, o mejor, algunos metodólogos y asesores quieren encasillar a los investigadores y mostrarles una serie de minutas o fórmulas mágicas a la hora de desarrollar su proyecto investigativo y presentar el informe final de la investigación. Las metodologías cualitativas son más laxas y menos rígidas, pero no menos científicas ni importantes. Hoy, por fortuna se puede exponer un texto más poético, más romántico, más estético, que dé cuenta de la investigación y su respectiva y consabida interpretación.

De todas formas, las metodologías cualitativas, o mejor comprensivas, tratan de interpretar y describir, de explicar el porqué de ciertas prácticas sociales, por qué un grupo de personas se comporta de determinada forma, del porqué de ciertos imaginarios y ciertas prácticas, ciertos comportamientos.

Para este caso, se quiere, desde la psicología, abordar el complejo mundo de un paciente que va al médico exigiendo un tratamiento como accidente de trabajo por haber sido agredido por un paciente en la unidad de enfermería... Golpeado por el individuo a tal punto que sufrió contusiones que afectaron su espalda, con posteriores dorsalgias, cervicalgias y lumbalgias.

A partir de entonces, ha sido sometido a múltiples diagnósticos clínicos por diversas inter disciplinas y especialidades médicas. Finalmente, se ha dicho que presenta síndrome somatomorfo por cuadros clínicos no específicos. El paciente se impacienta, no acepta, dice que sus dolencias son distintas. De todas formas, por la carga de estrés, ha somatizado todo, a tal punto que tiene Párkinson en miembro superior derecho.

---

<sup>1</sup> ROLDÁN. Oscar, CARDONA. Lo afectivo valorativo en experiencias de educación superior virtual. CINDE, Universidad e Manizales, 2006. Sabaneta, Antioquia.

Se requiere pues, de una metodología cualitativa de corte hermenéutico, por ser el lenguaje y la comunicación sus bases para resolverlo; entonces, es para estudiar el caso, interpretarlo y tratar de encontrar una salida que identifique lo que sucede, se le dé a conocer al paciente, se provoque su aceptación del mismo y el posterior tratamiento y terapia respectiva desde la psicología.

#### **4.1.1 Tipo de estudio.**

**Estudio de caso:** Forma parte de las metodologías cualitativas propias de la investigación comprensiva o investigación social, o de las ciencias sociales, humanas y del espíritu.

El estudio de caso es un tipo de estudio en el que se comprende a profundidad la realidad de un caso o fenómeno. Por lo cual se conocerá la función del estudio para la realización de unos supuestos orientadores o una conclusión con unos hallazgos bien soportados. Las entrevistas y conversaciones informales con la persona del caso particular, son frecuentes y se repiten una y otra vez hasta encontrar situaciones atípicas.

Dentro del estudio de caso se eligió la clasificación instrumental de casos, ya que en este se “analiza para obtener una mayor claridad sobre el tema. El caso es el instrumento para conseguir otros fines indagatorios”<sup>2</sup>

**Hermenéutica:** “Es el conocimiento y arte de la interpretación, sobre todo de textos, para determinar el significado exacto de las palabras mediante las cuales se ha expresado un pensamiento. Deriva del griego hermenéuiein que significa expresar o enunciar un pensamiento, descifrar e interpretar un mensaje o un texto”.

---

<sup>2</sup> BARRIO. Irene, GONZÁLES. Jesica, PADÍN. Laura, PERAL. Pilar, SANCHEZ. Isabel, TARÍN. Esther. Métodos de Investigación educativa. El estudio de caso. Universidad Autónoma de Madrid

## 4.2 MÉTODO

**Descriptivo:** “Sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema”<sup>3</sup>

## 4.3 ENFOQUE

**Enfoque Cualitativo – Interpretativo.** Dado que las características investigativas permitirán referirse a un suceso complejo en su medio natural. No habrá consecuentemente, una abstracción de propiedades o variables para analizarlas mediante técnicas estadísticas para su descripción y la determinación de correlaciones.

Se presentara una postura que permitirá; estudiar la realidad en su contexto ecológico, tal como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para la persona implicada. Este tipo de enfoques metodológicos implican la utilización y recogida de una gran variedad de materiales teóricos, experienciales y los significados que representan en la vida de la persona.

## 4.4 DISEÑO

**No experimental:** Por cuanto no hay variables a manipular, el contexto es natural y los datos se tomarán de la transcripción de la información aportada por el paciente en cuestión.

---

<sup>3</sup> LARREA Ponce, Anthony. Los niveles de la investigación y el método descriptivo. Trabajo monográfico del curso Investigación III .Obispado del Callao Instituto Superior Pedagógico Privado. 2007. Recuperado en: <http://www.paulovi.edu.pe/aulavirtual/estudiantes/nivelesinvestigacion.pdf>

**Transversal:** “Hace referencia a recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.<sup>4</sup>

#### 4.5 POBLACIÓN

**Delimitación del caso único para el ejercicio investigativo:** Se elegirá un paciente adulto diagnosticado con Síndrome somatomorfo. Se tomara el relato experiencial y se obtendrán las características teóricas que se articularan a la comprensión del objeto de estudio desde su ambiente natural.

#### 4.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

**Fuentes primarias:** Entrevistas con el paciente afectado por el diagnóstico del síndrome somatomorfo, médicos, especialistas de la salud mental, historia clínica de la paciente.

**Fuentes secundarias:** contenidos propios del tema por medio de fuentes como presentaciones, documentos, artículos, libros, revistas, ya sea por medio virtual o físico.

---

<sup>4</sup> Ibid.

## CAPITULO 3. MARCO REFERENCIAL

### 5.1 MARCO REFERENCIAL

Los referentes de esta temática reciente sobre somatización, hipocondría y algunos desordenes que clasifican como somatomorfos, han sido tratados por algunas autoridades en el tema y abordados por la psicología y la psiquiatría para tratar de dar respuestas a los síndromes no específicos de pacientes que tienen diagnósticos múltiples por diferentes especialidades médicas, psiquiátricas y psicológicas y sus consabidas interdisciplinas y transdisciplinas

Es importante resaltar el los datos que se muestran artículo de investigación Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar de Schade Nieves, González Angélica, Beyebach Mark y Torres Patricio; en el cual mencionan:

Los somatomorfos son pacientes que presentan distintas dolencias físicas, sin una causa de naturaleza orgánica, sino más bien de carácter psicosocial. Son pacientes definidos como "hi-perfrecuentadores" y/o "policonsultantes", ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando una importante cantidad del tiempo de trabajo del cuerpo médico y recursos económicos significativos.

Cuando los pacientes presentan quejas que persisten más allá de 6 meses, se les diagnóstica como trastorno somatomorfo. Se calcula, a nivel internacional, que la prevalencia de este trastorno en la atención primaria está entre el 15 y el 22%.

Sobre esta investigación que fue realizada en Santiago de Chile, que eligió una población de pacientes diagnosticados con trastorno somatomorfo de acuerdo al CIÉ-10 beneficiarios de los centros de atención primaria de la Región del Bío-Bío.

Se utilizaron dos instrumentos para la evaluación de los resultados del modelo, una escala y un cuestionario.

En los resultados se encontró que de los De los 128 pacientes con trastornos somatomorfos que participaron en la investigación, un 97% correspondió a mujeres y un 3% a hombres, con un promedio de edad de 42 años. El 88,3% de los pacientes tenía como ocupación ser dueña de casa. Dentro de las ocupaciones restantes se encontraban asesoras del hogar, pensionadas, ocupaciones técnicas y actividades no calificadas.

El nivel de escolaridad de los pacientes, se situaba en nivel básico incompleto (28,1%), media incompleta (25%), media completa (23,4%), básica completa (19,5%), sólo una persona tenía estudios universitarios incompletos y un porcentaje reducido no tenía estudios.

Con respecto al estado civil, la mayoría estaban casados (71,9%,) y en menor número eran solteros (12,5%), separados (7%), viudos (4,7%), convivientes (3,1%).

De acuerdo a la estructura familiar a la que pertenecían, las más frecuente eran las familias biparentales (66%), seguidas de las familias mo-noparentales (23%), biparentales extendidas (5%) que incluían a otro miembro, ya sea: la suegra, la madre o una tía, luego las familias monoparentales extendidas (4%).

En relación al ciclo vital, en un mayor porcentaje se encontraban en la etapa del nido vacío (42,2%), que abarca la partida de los hijos, la relación con una nueva familia, la soledad y el encuentro con la pareja. Luego, está la familia con hijos adolescentes (32,8%), seguida de hijos, en edad escolar en 16,4%

## **5.2 MARCO CONCEPTUAL**

**Simulación.** La edición más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadístico-IV Versión Texto Revisado (American Psychiatric Association, 2000) define la Simulación (código diagnóstico Z76.5) como [...] la producción intencional de

síntomas físicos o psicológicos desproporcionados (altamente exagerados) o falsos, motivados por incentivos externos, tales como el tener que prestar el servicio militar, un trabajo poco deseado, la posibilidad de obtener una compensación económica, el inminente peligro de una condena criminal, la opción de obtener drogas.

Si bien, bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: fingir una enfermedad en tiempo de guerra, mientras se está en condición de cautivo por el enemigo.

**Somatización.** El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias".

**Trastorno somatomorfo.** Los términos para designar los trastornos de somatización han variado extremadamente en las clasificaciones psiquiátricas. Desde la preocupación histórica de psiquiatras franceses del siglo XIX tales como Charcot acerca de la histeria con sus síntomas neuropsicológicos.

El vocablo psicósomático, que había sido utilizado ya por Heinroth en ese mismo siglo, se popularizó en la centuria siguiente, con las clásicas conceptualizaciones de Franz Alexander en las décadas de los años 1930 al 60. Fue luego reemplazado por el de cuadros psicofisiológicos primero y por el de trastornos somatomorfos después en las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

La edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) define seis tipos de trastornos somatomorfos que se traslapan con los cuadros ansiosos y depresivos: el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, los síntomas conversivos, el trastorno por dolor, la hipocondriasis y el trastorno dismórfico corporal.

**Paciente psicossomático.** Numerosos psicoanalistas habían observado, ya en los años cuarenta, que los Pacientes psicossomáticos parecían carecer de capacidad para fantasear y tenían gran dificultad para conectar con sus sentimientos. Ruesh (1948) consideró que el problema nuclear en estos pacientes era un trastorno de la expresión verbal y simbólica al que llamó "personalidad infantil" en la que la capacidad de comunicar estaba limitada, lo cual provocaría una restricción de la capacidad de fantasear, estos pacientes padecían una gran dependencia objetal y una conducta social "pseudoadaptada".

MacLean (1949) señaló que los pacientes psicossomáticos mostraban una dificultad intelectual para verbalizar los sentimientos y sugirió que al no poder expresarlos con palabras, los expresaban a través de los órganos en un "lenguaje de órgano"; esta idea fue recogida posteriormente por Luminet (1980) interpretando el síntoma psicossomático como la expresión de las emociones a través de un lenguaje somático.

En la década de los voluntarios) asociados a factores psicológicos. Las manifestaciones de conversión pueden ser bastante exageradas. Se caracteriza por la presencia de signos y síntomas (neurológicos) que afectan a las funciones motoras (grandes crisis convulsivas de Charcot, parestias, movimientos anormales, dificultades de coordinación como la astasia-abasia, afonía, retención urinaria, disfagia como el "globus histericus") o sensoriales (anestias, parestias, ceguera, sordera, alucinaciones) y sugieren una enfermedad neurológica, que no se explica por los hallazgos exploratorios ni por otro trastorno mental.

Además, de existir una conexión entre la clínica y un factor psicológico precipitante. Es más frecuente en mujeres (2-5/1). La edad de inicio más frecuente es la adolescencia o principios de la edad adulta, se da más en poblaciones rurales y con nivel socioeconómico y educacional menor.

**Trastorno por dolor.** El trastorno por dolor es la última encarnación del dolor somaforme y del trastorno por dolor psicógeno. Es un trastorno similar al de conversión, siendo la única queja el dolor. En presencia de una causa real de

dolor, no se encuentra una lógica correlación entre los hallazgos somáticos y la intensidad del síntoma. Se da más en mujeres (2/1) y suele comenzar entre los 40 y 50 años.

**Hipocondría.** Se caracteriza por el miedo persistente a padecer una enfermedad o la convicción de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de uno o más signos somáticos, miedo que persiste durante más de seis meses a pesar de la negatividad de las pruebas exploratorias y explicaciones médicas apropiadas. Suelen acudir a numerosos médicos pero incumplen las pautas de tratamiento por miedo a los efectos secundarios. Suele ser resistente al tratamiento psiquiátrico.

**Trastorno dismórfico corporal.** La característica esencial del trastorno dismórfico corporal es la preocupación por un defecto imaginado en el aspecto físico, acompañada de malestar significativo o deterioro en la actividad social y laboral. Se trata de una preocupación excesiva pero no delirante. Suele iniciarse entre los 15 y 20 años y es mucho más frecuente en las mujeres. Suele coexistir con otras enfermedades (depresión, ansiedad, TOC). Da lugar a repetidas consultas con dermatólogos o cirujanos plásticos, antes que con el psiquiatra.

### **5.3 MARCO HISTÓRICO**

El actual trastorno de somatización, denominación utilizada a partir de 1980 con la 3ª edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), tiene como antecedente más remoto el concepto de histeria. El término histeria deriva de la palabra griega *Hysteria*, que significa "útero". Inherentemente a ese simple hecho etimológico se encuentra el significado que originariamente se ha dado a la naturaleza y causa de la enfermedad.

En la antigüedad existía la firme creencia de que se trataba de un trastorno únicamente asociado a mujeres, causado por alteraciones de la matriz. Esta idea persistirá, con modificaciones menores, en la mayoría de las culturas occidentales desde el antiguo Egipto, dos mil años antes de nuestra era, hasta bien entrado el siglo XIX (Veith, 1965).

La larga historia del concepto histeria ha llevado emparejada una dificultad para definir de forma precisa el significado del término. En palabra de Lasègue (1878/1984): “La definición de la histeria nunca se ha dado ni se dará jamás” (p. 112). Para Tyrer (1992), aunque el concepto de histeria ha cambiado muchas veces, desde la idea original de “matriz errante” que produce aflicción por posición anormal en otras partes del cuerpo, ha conservado siempre la idea de simulación de enfermedad como una característica básica. Lo que ha sido objeto de discusión a lo largo del tiempo ha sido el mecanismo por el cual se producen los síntomas de histeria.

La historia de la histeria ha sido remontada a las civilizaciones Egipcia y Mesopotámica. En el papiro de Kahoun, que data de 1850 a.C., casi todos los desórdenes ginecológicos aparecen unidos a alguna enfermedad general: perturbaciones oculares, dolores en el cuello, ano, piernas, oídos, todos los miembros, abdomen, etc. (Laín Entralgo, 1972). Al parecer se creía que los órganos pelvianos podían moverse con libertad y que cuando enfermaban debían ser atraídos y fijados mediante fumigaciones.

El término Histeria (Hystera) es utilizado por primera vez en el volumen IV (Tratados Ginecológicos) de los Tratados Hipocráticos (Siglo V-IV a. C.) y al igual que en la tradición egipcia es atribuida a los desplazamientos del útero. El término aparece por primera vez en el aforismo 35, en el que puede leerse: “cuando una mujer sufre de histeria o da a luz trabajosamente, un ataque de estornudos es beneficioso”.

Un único órgano enfermo da lugar a cualquier enfermedad (Chauvelot, 2001). Otros representantes de la medicina grecolatina como Celso, Areteo de Capadocia, Sonarus de Éfeso o Galeno, también se refirieron a la histeria (Chauvelot, 2001; Veith, 1965).

Este último, Galeno de Pérgamo (131-201 d. C.), autor grecolatino cuyos esquemas dominaron el saber médico de la Edad Media y el Renacimiento, atribuyó la causa de la histeria a la retención de sustancias seminales, tanto en el hombre como en la mujer, que resultaban perjudiciales, y cuyo origen era la abstinencia sexual. Paracelso (1493-1541) es el médico renacentista que más oposición ofreció al sistema galénico y más influyó en el desarrollo posterior de la medicina como ciencia (Laín Entralgo, 2006).

A diferencia de la tradición galena, en la que la histeria era una enfermedad somática, para Paracelso la histeria se encontraba entre las enfermedades mentales “que privan al hombre de su razón” (citado en Veigh, 1965, p. 105), criticando así las etiologías hipocráticas y galénicas.

El problema de la histeria también es importante en la obra de Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés, fundador de la nosología moderna. Su trabajo Capítulo 1 • Nosología del trastorno de somatización 25 fundamental versa sobre la histeria, describiéndola como una enfermedad que afectatanto a las mujeres (histeria sensu stricto) como a los hombres (hipocondría).

Es a principios de la década de 1970 cuando S. Guze propone que el término histeria sea sustituido por el de síndrome de Briquet (Guze et al., 1972). El trastorno es también incluido en los Research Diagnostic Criteria (RDS) (Spitzer, Endicott y Robins, 1975; Spitzer, et al., 1978) y en su versión revisada RDS-R (Spitzer, Endicott y Robins, 1989).

En esta clasificación el número de grupos de síntomas era reducido a seis (malestar general, síntomas de conversión, síntomas gastrointestinales, síntomas reproductivos femeninos, disfunción sexual y síntomas musculoesqueléticos). Los hombres deben presentar síntomas en 4 de 5 grupos (obviamente se excluyen los síntomas reproductivos femeninos). El trastorno tiene un inicio anterior a los 25 años y no se exige un número mínimo de síntomas para el diagnóstico.

Una vez revisados los antecedentes de lo que hoy conocemos como trastorno de somatización, y antes de adentrarnos en la definición operacionalizada que se presenta en los manuales de diagnóstico psiquiátrico (DSM, CIE), conviene hacer una pequeña incursión en los significados que ha ido adoptando el término en sí.

El término somatización (somatization, en inglés) es atribuido al discípulo de Freud, Wilhelm Stekel (1868-1940), aunque al parecer se trata de una traducción errónea del término alemán “organsprache” en la edición en inglés de su libro *Impulshandlungen, Wandertrieb, Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie und verwandte Zustände, Störungen des Trieb- und Affektlebens* de 1922 (Marin y Carron, 2002). El término “organsprache” es utilizado por Stekel y Adler originariamente para evocar la heredable susceptibilidad de enfermar de un órgano (Marin y Carron, 2002).

La primera utilización del término somatización ha sido para describir un proceso idéntico al de conversión, es decir, la expresión somática de conflictos psicológicos o conversión de estados emocionales en síntomas físicos, significado difundido principalmente en los trabajos de Lipowski (1968, 1986, 1988).

La generalización del uso del término somatización se produce a partir de su introducción en el DSM-III como la denominación del principal trastorno de los incluidos en la categoría de trastornos somatomorfos. En las últimas tres décadas el término ha pasado a formar parte de nuestro léxico habitual, aunque son diversos los significados con los que ha sido utilizado. En un trabajo previo (López-

Santiago y Belloch, 2002) identificábamos los siguientes significados o usos del término:

- Como una categoría diagnóstica (trastorno de somatización),
- Como el tipo de síntoma que define a un grupo de trastornos (trastornos somatomorfos),
- Como un tipo de lenguaje mediante el que se manifiesta un malestar psicológico,
- Como una enfermedad en la que lo orgánico y psicológico están íntimamente relacionados (utilización de Somatización como sinónimo de psicósomático)
- Como una manifestación física de un trastorno de ansiedad o depresión (somatización de presentación)
- Como sinónimo del concepto de conducta de enfermedad, y
- Simplemente para referir un síntoma físico del que hasta ese momento no se ha encontrado una causa orgánica que pueda explicarlo (somatización funcional).

Aunque indudablemente todas estas posibles definiciones tienen muchos elementos en común, como es la inclusión de una relación entre lo “somático” y lo “psíquico”, tal profusión de significados convierte a éste término en un cajón de sastre, que arroja más confusión a un problema clínico ya de por sí difícil de valorar. En los próximos epígrafes se intentará profundizar en estos diferentes usos del término.

**Un lenguaje por el que se manifiesta un malestar psicológico.** Probablemente sea esta definición, que posee una fuerte connotación etiológica y una estrecha vinculación, más o menos explícita, con los marcos teóricos psicodinámicos, la que mayor influencia ha tenido en la interpretación del término y por extensión de aquellos síntomas físicos a los que el facultativo no ha podido relacionar con una causa orgánica que pueda justificarlos (Kellner, 1985, 1986; Lipowski, 1988; Martin y Yutzy, 1996). Desde este punto de vista, la somatización ha sido entendida

como un lenguaje mediante el cual una persona manifiesta su malestar psicológico (Katon, Kleinman y Rosen, 1982).

Este modo de entender la somatización ha sido mantenido, con algunas matizaciones, por diversos autores (Katon et al., 1982; Ford, 1983; Bridge y Goldberg, 1985; Kleinman y Kleinman, 1986; Lipowski, 1986). Una definición que con frecuencia se cita en la literatura para definir el trastorno es la propuesta en Kleinman y Kleinman (1986): para estos autores la somatización es “la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas somáticas y búsqueda de ayuda médica” (p. 430).

El peso y la utilización de esta acepción queda de manifiesto al observar como en el uso en castellano del término se recogen este significado. Los dos “diccionarios de uso” más importantes de la lengua castellana (María Moliner, 1998 y Manuel Seco).

## **5.5 MARCO LEGAL**

### **5.5.1 Ley 1090 de 2006<sup>5</sup>**

#### **TITULO I. De la profesión de psicología**

**ARTÍCULO 1o. Definición.** La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica

---

<sup>5</sup>LEY 1090 DE 2006. Recuperado en: [http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2\\_upb\\_medellin/pgv2\\_m030\\_pregrados/pgv2\\_m030\\_040020\\_psicologia/codigo\\_etico/codigo%20deontologico%20y%20bioetico.pdf](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030_pregrados/pgv2_m030_040020_psicologia/codigo_etico/codigo%20deontologico%20y%20bioetico.pdf)

fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

**PARÁGRAFO.** Por lo anterior y teniendo en cuenta: La definición de salud por parte de OMS; En la que se subraya la naturaleza biopsicosocial del individuo, que el bienestar y la prevención son parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental, que la Psicología estudia el comportamiento en general de la persona sana o enferma. Se concluye que, independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud.

## **TITULO II.**

### **Disposiciones generales.**

**ARTÍCULO 2o. De los principios generales.** Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

**1. Responsabilidad.** Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

**2. Competencia.** El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En

aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

**3. Estándares morales y legales.** Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

**5. Confidencialidad.** Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

**6. Bienestar del usuario.** Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y

reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

**8. Evaluación de técnicas.** En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

### **TITULO III.**

#### **De la actividad profesional del psicólogo.**

**ARTÍCULO 3o. Del ejercicio profesional del psicólogo.** A los efectos de esta ley, se considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en:

- a)** Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales;
- b)** Diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en las distintas áreas de la Psicología aplicada
- c)** Evaluación, pronóstico y tratamiento de las disfunciones personales en los diferentes contextos de la vida. Bajo criterios científicos y éticos se valdrán de las interconsultas requeridas o hará las remisiones necesarias, a otros profesionales;

- d) Dirección y gestión de programas académicos para la formación de psicólogos y otros profesionales afines;
- e) Docencia en facultades y programas de Psicología y en programas afines;
- f) El desarrollo del ser humano para que sea competente a lo largo del ciclo de vida;
- g) La fundamentación, diseño y gestión de diferentes formas de rehabilitación de los individuos;
- h) La fundamentación, diseño y gestión de los diferentes procesos que permitan una mayor eficacia de los grupos y de las organizaciones;
- i) Asesoría y participación en el diseño y formulación de políticas en salud, educación, justicia y demás áreas de la Psicología aplicada lo mismo que en la práctica profesional de las mismas;
- j) Asesoría, consultoría y participación en la formulación de estándares de calidad en la educación y atención en Psicología, lo mismo que en la promulgación de disposiciones y mecanismos para asegurar su cumplimiento;
- k) Asesoría y consultoría para el diseño, ejecución y dirección de programas, en los campos y áreas en donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la Psicología sea requerido o conveniente para el beneficio social;
- l) Diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en las distintas áreas de la Psicología aplicada;
- m) El dictamen de conceptos, informes, resultados y peritajes;
- n) Toda actividad profesional que se derive de las anteriores y que tenga relación con el campo de la competencia del psicólogo.

**ARTÍCULO 4o. Campo de acción del psicólogo.** El psicólogo podrá ejercer su actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones o privadamente. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas de otras disciplinas o de personas o instituciones que por propia voluntad soliciten asistencia o asesoramiento profesional. Este ejercicio profesional, se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario.

**ARTÍCULO 5o.** Dentro de los límites de su competencia, el psicólogo ejercerá sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social.

#### **TITULO IV.**

##### **De los requisitos para el ejercicio de la profesión de psicólogo.**

**ARTÍCULO 6o. Requisitos para ejercer la profesión de psicólogo.** Para ejercer la profesión de Psicólogo se requiere acreditar su formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de ley y obtenido la Tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos.

**ARTÍCULO 8o. Del ejercicio ilegal de la profesión de psicólogo.** Entiéndase por ejercicio ilegal de la profesión de psicólogo, toda actividad realizada dentro del campo de competencia señalado en la presente ley, por quienes no ostente la calidad de psicólogos y no estén autorizados debidamente para desempeñarse como tales. Igualmente ejercen ilegalmente la profesión de Psicólogo quienes se anuncien mediante avisos, propagandas, placas, murales u otros medios de publicidad sin reunir los requisitos que consagra la presente ley.

**PARÁGRAFO.** Quienes sin llenar los requisitos establecidos en la presente ley ejerzan la profesión de psicólogo en Colombia, recibirán las sanciones que la ley ordinaria fija para los casos del ejercicio ilegal.

#### **TITULO V.**

##### **De los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones del profesional de psicología.**

**ARTÍCULO 9o. Derechos del psicólogo.** El psicólogo tiene los siguientes derechos:

- a) Ser respetado y reconocido como profesional científico;
- b) Recibir protección especial por parte del empleador que garantice su integridad física y mental, en razón de sus actividades profesionales como lo establece la Constitución;
- c) Ejercer la profesión dentro del marco de las normas de ética vigentes;
- d) Proponer innovaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) Contar con el recurso humano, tecnología e insumos adecuados y necesarios para el desempeño oportuno y eficiente de su profesión.

**ARTÍCULO 10. Deberes y obligaciones del psicólogo.** Son deberes y obligaciones del psicólogo:

- a) Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales;
- b) Responsabilizarse de la información que el personal auxiliar pueda revelar sin previa autorización;
- c) Llevar registro en las historias clínicas y demás acervos documentales de los casos que le son consultados;
- d) Mantener en sitio cerrado y con la debida custodia las historias clínicas y demás documentos confidenciales;
- e) Llevar registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos que implemente en ejercicio de su profesión;
- f) Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional;
- g) Cumplir las normas vigentes relacionadas con la prestación de servicios en las áreas de la salud, el trabajo, la educación, la justicia y demás campos de acción del psicólogo;
- h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos.

**ARTÍCULO 11. De las prohibiciones.** Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la Psicología; sin perjuicio de otras prohibiciones establecidas en la presente ley:

- a) Participar honorarios entre psicólogos o con cualquier otro profesional, sin perjuicio del derecho a presentar honorarios en conjunto por el trabajo realizado en equipo;
- b) Anunciar o hacer anunciar la actividad profesional como psicólogo publicando falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos; prometer resultados en la curación o cualquier otro engaño;
- c) Revelar secreto profesional sin perjuicio de las restantes disposiciones que al respecto contiene la presente ley;
- d) Omitir o retardar el cumplimiento de las actividades profesionales;
- e) Solicitar o aceptar prebendas o beneficios indebidos para realizar sus actividades;
- f) Realizar actividades que contravengan la buena práctica profesional.

## **TITULO VI.**

### **De las funciones públicas del colegio colombiano de psicólogos.**

**ARTÍCULO 12.** El Colegio Colombiano de Psicólogos como única entidad asociativa que representa los intereses profesionales de esta área de las ciencias humanas y de la salud, conformado por el mayor número de afiliados activos de esta profesión, cuya finalidad es la defensa, fortalecimiento y apoyo en el ejercicio profesional de la psicología, con estructura interna y funcionamiento democrático; a partir de la vigencia de la presente ley tendrá las siguientes funciones públicas:

- a) Expedir la tarjeta profesional a los psicólogos previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley;
- b) Realizar el trámite de inscripción de los psicólogos en el “Registro Único Nacional del Recurso Humano en Salud”, según las normas establecidas por el Ministerio de la Protección Social;

c) Conformar el Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología para darle cumplimiento a lo establecido en el Código Deontológico y Bioético del ejercicio profesional de la Psicología de que trata la presente ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto.

## **TITULO VII.**

### **Del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología.**

#### **CAPITULO I.**

##### **De los principios generales del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología.**

**ARTÍCULO 13.** El presente Código Deontológico y Bioético, está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley.

El ejercicio de la profesión de psicología debe ser guiado por criterios, conceptos y elevados fines que propendan a enaltecer su profesión; por lo tanto, están obligados a ajustar sus actuaciones profesionales a las disposiciones de las siguientes normas que constituyen su Código Deontológico y de Bioética.

Los psicólogos en todas sus especialidades, para todos los efectos del Código Deontológico y Bioético y su régimen disciplinario contemplado en esta ley se denominarán los profesionales.

**ARTÍCULO 14.** El profesional en Psicología tiene el deber de informar, a los organismos competentes que corresponda, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión.

**ARTÍCULO 15.** El profesional en psicología respetará los criterios morales y religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.

**ARTÍCULO 16.** En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos.

**ARTÍCULO 17.** El profesional en sus informes escritos, deberá ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas de desvaloración discriminatorias del género, raza o condición social.

**ARTÍCULO 18.** El profesional nunca realizará maniobras de captación encaminadas a que le sean confiados los casos de determinadas personas, ni tampoco procederá en actuaciones que aseguren prácticamente su monopolio profesional en un área determinada.

**ARTÍCULO 21.** El profesional de psicología deberá rechazar, llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones o las comunidades.

**ARTÍCULO 22.** Por ninguna razón se restringirá la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo o profesional; antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión bien informada del cliente. El profesional puede

negarse a llevar a cabo simultáneamente su intervención con otra diferente realizada por otro profesional.

**ARTÍCULO 23.** El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

**ARTÍCULO 24.** Cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el profesional obtiene información, esta sólo puede comunicarse a terceras personas, con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esta autorización.

**ARTÍCULO 25.** La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades;
- b) Cuando las autoridades legales lo soliciten, solo en aquellos casos previstos por la ley, la información que se suministre será estrictamente la necesaria;
- c) Cuando el cliente se encuentre en incapacidad física o mental demostrada que le imposibilite para recibir sus resultados o dar su consentimiento informado. En tal caso, se tomarán los cuidados necesarios para proteger los derechos de estos últimos. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma;

**d)** Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

**ARTÍCULO 29.** La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito.

**ARTÍCULO 30.** Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

**ARTÍCULO 31.** Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del usuario.

**ARTÍCULO 32.** El fallecimiento del usuario, o su desaparición ¿en el caso de instituciones públicas o privadas? no libera al psicólogo de las obligaciones del secreto profesional.

## **CAPITULO II.**

### **Deberes del psicólogo frente a los usuarios.**

**ARTÍCULO 33. De los deberes frente a los usuarios.** El psicólogo presta sus servicios al ser humano y a la sociedad. Por tanto, aplicará su profesión a la persona o población que lo necesite sin más limitaciones que las expresamente

señaladas por la ley, rehusando la prestación de sus servicios para actos contrarios a la moral y la honestidad profesional.

**ARTÍCULO 34.** Se establece relación entre el psicólogo y el usuario en los siguientes casos:

- Por solicitud voluntaria de los servicios profesionales;
- Por atención en casos de urgencia, emergencia o catástrofe;
- Por solicitud de servicio de terceras personas con el debido consentimiento del segundo;
- En cumplimiento de un deber emanado de una relación legal o contractual.

**ARTÍCULO 35.** El psicólogo podrá excusar la atención de un caso o interrumpir la prestación del servicio por los siguientes motivos:

- a) Cuando no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;
- b) Cuando el consultante rehusó la intervención del psicólogo;
- c) Cuando el usuario no acepte los costos que implica la intervención del profesional;
- d) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo para prestar un servicio especial.

### **CAPITULO III.**

#### **Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional.**

**ARTÍCULO 36. Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional.** El psicólogo en relación con las personas objeto de su ejercicio profesional tendrá, además, las siguientes obligaciones:

- a) Hacer uso apropiado del material psicotécnico en el caso que se necesite, con fines diagnósticos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo;

- b)** Rehusar hacer evaluaciones a personas o situaciones cuya problemática no corresponda a su campo de conocimientos o no cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo;
- c)** Remitir a un colega o profesional competente cualquier caso que desborde su campo de conocimientos o intervención;
- d)** Evitar en los resultados de los procesos de evaluación las rotulaciones y diagnósticos definitivos;
- e)** Utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas;
- f)** Notificar a las autoridades competentes los casos que comprometan la salud pública, la salud o seguridad del consultante, de su grupo, de la institución o de la sociedad;
- g)** Respetar la libre elección que el usuario haga para solicitar sus servicios o el de otros profesionales;
- h)** Ser responsable de los procedimientos de intervención que decida utilizar, los cuales registrará en la historia clínica, ficha técnica o archivo profesional con su debido soporte y sustentación;
- i)** No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente;
- j)** Comunicar al usuario las intervenciones que practicará, el debido sustento de tales intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance.

#### **CAPITULO IV.**

##### **De los deberes con los colegas y otros profesionales.**

**ARTÍCULO 37. De los deberes con los colegas y otros profesionales.** El ejercicio de la Psicología se basa en el derecho y en el deber de un respeto recíproco entre el psicólogo y otras profesiones, especialmente las de aquellos que están más cercanos en sus distintas áreas de actividad.

El psicólogo no desacreditará a colegas u otros profesionales que trabajan con sus mismos o diferentes métodos, y hablará con respeto de las escuelas y tipos de intervención que gozan de credibilidad científica y profesional.

La lealtad y el respeto entre el psicólogo y los demás profesionales con quienes interactúe para fines de su ejercicio como tal, constituyen elementos fundamentales de su práctica profesional. Por tanto, incurrirá en falta contra la ética profesional quien censure el diagnóstico, las intervenciones y recomendaciones o exprese dudas sobre el sistema de trabajo o la capacidad de otros profesionales, sin la suficiente sustentación crítica basada en el desarrollo investigativo del conocimiento.

**ARTÍCULO 38.** El psicólogo no podrá intervenir en un procedimiento ya iniciado sin la previa comprobación de que el usuario ha informado de la decisión de cambiar de profesional, o bajo el conocimiento de que el primer profesional ha renunciado a continuar con este o se encuentra imposibilitado para hacerlo. Igualmente falta a la ética profesional el psicólogo que trate en cualquier forma desleal de atraer al cliente de otro colega o practique cualquier acto de competencia deshonesto.

**ARTÍCULO 39.** El trabajo colectivo no excluye la responsabilidad profesional individual de sus actos y en ambos casos se aplicarán los mismos preceptos éticos contemplados en esta ley. Del mismo modo se abstendrá de emitir conceptos profesionales sobre dominios respecto de los cuales no tiene conocimiento fundamentado.

**ARTÍCULO 41.** Los criterios científicos técnicos expresados por un psicólogo para atender la interconsulta formulada por otro profesional, no comprometen su responsabilidad con respecto a la intervención, cuando esta no le ha sido encomendada.

## **CAPITULO V.**

### **De los deberes del psicólogo con las instituciones, la sociedad y el estado.**

**ARTÍCULO 42.** El psicólogo cumplirá a cabalidad con los deberes profesionales a que esté obligado en las instituciones en las cuales preste sus servicios, salvo en los casos en que ello comporte la violación de cualquiera de las disposiciones de la presente ley y demás normas legales vigentes. En esta última eventualidad, así se lo hará saber a su superior jerárquico.

**ARTÍCULO 43.** Los cargos de dirección y coordinación de servicios de psicología en establecimientos de salud y en instituciones de otra índole, deberán ser desempeñados por psicólogos con formación académica de nivel universitario. Igualmente, las empresas gubernamentales y no gubernamentales que requieran servicios en cualquier área de la Psicología aplicada solo podrán contratar psicólogos con título profesional.

**ARTÍCULO 44.** La presentación por parte del profesional de documentos alterados o falsificados, así como la utilización de recursos irregulares para acreditar estudios de posgrado, constituye falta grave contra la ética profesional, sin perjuicio de las sanciones administrativas, laborales, civiles o penales a que haya lugar.

## **CAPITULO VI.**

### **Del uso de material psicotécnico.**

**ARTÍCULO 45.** El material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el

debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología.

**ARTÍCULO 46.** Cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad.

**ARTÍCULO 47.** El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos test psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral.

**ARTÍCULO 48. Los test psicológicos que se encuentren en su fase de experimentación deben utilizarse con las debidas precauciones.** Es preciso hacer conocer a los usuarios sus alcances y limitaciones.

## **CAPITULO VII.**

### **De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.**

**ARTÍCULO 49.** Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

**ARTÍCULO 50.** Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y

dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

**ARTÍCULO 51.** Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a) Que el problema por investigar sea importante;
- b) Que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información;
- c) Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación.

**ARTÍCULO 52.** En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

**ARTÍCULO 55.** Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos.

**ARTÍCULO 56.** Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

## **CAPITULO IX.**

### **De los tribunales deontológico y bioéticos de psicología.**

**ARTÍCULO 92.** Establéese el día 20 de noviembre de cada año como Día Nacional del Psicólogo.

**ARTÍCULO 93.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias en especial la Ley 58 de 1983.

### **5.5.2 Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos.<sup>6</sup>**

#### **Título preliminar**

##### **Artículo 1**

Este CÓDIGO DEONTOLÓGICO de la profesión de Psicólogo/a está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la Psicología en cualquiera de sus modalidades. El Colegio Oficial de Psicólogos lo hace suyo y de acuerdo con sus normas juzgará el ejercicio de la profesión de los colegiados.

##### **Artículo 2º**

La actividad del Psicólogo se rige, ante todo, por los principios de convivencia y de legalidad democráticamente establecidos en el Estado Español.

##### **Artículo 3º**

En el ejercicio de su profesión el/la Psicólogo/a tendrá en cuenta las normas explícitas e implícitas, que rigen en el entorno social en que actúa, considerándolas como elementos de la situación y valorando las consecuencias que la conformidad o desviación respecto a ellas puedan tener en su quehacer profesional.

##### **Artículo 4º**

El/la Psicólogo/a rechazará toda clase de impedimentos o trabas a su independencia profesional y al legítimo ejercicio de su profesión, dentro del marco de derechos y deberes que traza el presente Código.

---

<sup>6</sup> Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos. WADELEY, Alison; BLASCO, Tomás. La ética en la investigación y la práctica psicológicas. Ariel psicología. 1ª edición, España 1995. P 167-182.

## **I. Principios generales**

### **Artículo 5º**

El ejercicio de la Psicología se ordena a una finalidad humana y social, que puede expresarse en objetivos tales como: el bienestar, la salud, la calidad de vida, la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos, en los distintos ámbitos de la vida individual y social. Puesto que el/la Psicólogo/a no es el único profesional que persigue estos objetivos humanitarios y sociales, es conveniente y en algunos casos es precisa la colaboración interdisciplinar con otros profesionales, sin perjuicio de las competencias y saber de cada uno de ellos.

### **Artículo 6º**

La profesión de Psicólogo/a se rige por principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.

### **Artículo 7º**

El/la Psicólogo/a no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas. La intervención directa o la cooperación en la tortura y malos tratos, además de delito, constituye la más grave violación de la ética profesional de los/las Psicólogos/as.

Estos no participarán en ningún modo, tampoco como investigadores, como asesores o como encubridores, en la práctica de la tortura, ni en otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes cualesquiera que sean las personas víctimas de los mismos, las acusaciones, delitos, sospechas de que sean objeto, o las informaciones que se quiera obtener de ellas, y la situación de conflicto armado, guerra civil, revolución, terrorismo o cualquier otra, por la que pretendan justificarse tales procedimientos.

### **Artículo 8º**

Todo/a Psicólogo/a deber informar, al menos a los organismos colegiales, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión.

#### **Artículo 9º**

El/la Psicólogo/a respetará los criterios morales y religiosos de sus clientes, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.

#### **Artículo 10º**

En la prestación de sus servicios, el/la Psicólogo/a no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia.

#### **Artículo 11º**

El/la Psicólogo/a no aprovechará, para lucro o beneficio propio o de terceros, la situación de poder o superioridad que el ejercicio de la profesión pueda conferirle sobre los clientes.

#### **Artículo 12º**

Especialmente en sus informes escritos, el/la Psicólogo/a será sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente.

#### **Artículo 13º**

Nunca el/la Psicólogo/a realizará maniobras de captación encaminadas a que le sean confiados los casos de determinadas personas, ni tampoco procederá en

actuaciones que aseguren prácticamente su monopolio profesional en un área determinada. El/la Psicólogo/a en una institución pública no aprovechará esta situación para derivar casos a su propia práctica privada.

#### **Artículo 14º**

El/la Psicólogo/a no prestará su nombre ni su firma a personas que ilegítimamente, sin la titulación y preparación necesarias, realizan actos de ejercicio de la Psicología, y denunciará los casos de intrusismo que lleguen a su conocimiento. Tampoco encubrirá con su titulación actividades vanas o engañosas.

#### **Artículo 15º**

Cuando se halle ante intereses personales o institucionales contrapuestos, procurará el/la Psicólogo/a realizar su actividad en términos de máxima imparcialidad. La prestación de servicios en una institución no exime de la consideración, respeto y atención a las personas que pueden entrar en conflicto con la institución misma y de las cuales el/la Psicólogo/a, en aquellas ocasiones en que legítimamente proceda, habrá de hacerse valedor ante las autoridades institucionales.

## **II. De la competencia profesional y de la relación con otros profesionales**

#### **Artículo 16º**

Los deberes y derechos de la profesión de Psicólogo se constituyen a partir de un principio de independencia y autonomía profesional, cualquiera que sea la posición jerárquica que en una determinada organización ocupe respecto a otros profesionales y autoridades superiores.

#### **Artículo 17º**

La autoridad profesional del Psicólogo/a se fundamenta en su capacitación y cualificación para las tareas que desempeña. El/la Psicólogo/a ha de estar

profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos que adopte en su trabajo. Forma parte de su trabajo el esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional. Debe reconocer los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas.

#### **Artículo 18º**

Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la Psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, todavía no contrastados, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización.

#### **Artículo 19º**

Todo tipo de material estrictamente psicológico, tanto de evaluación cuanto de intervención o tratamiento, queda reservado al uso de los/as Psicólogos/as, quienes por otra parte, se abstendrán de facilitarlos a otras personas no competentes. Los/las Psicólogos/as gestionarán o en su caso garantizarán la debida custodia de los documentos psicológicos.

#### **Artículo 20º**

Cuando una determinada evaluación o intervención psicológica envuelva estrechas relaciones con otras áreas disciplinares y competencias profesionales, el/la Psicólogo/a tratará de asegurar las correspondientes conexiones, bien por sí mismo, bien indicándoselo y orientando en ese sentido al cliente.

#### **Artículo 21º**

El ejercicio de la psicología no deber ser mezclado, ni en la práctica, ni en su presentación pública, con otros procedimientos y prácticas ajenos al fundamento científico de la psicología.

#### **Artículo 22º**

Sin perjuicio de la crítica científica que estime oportuna, en el ejercicio de la profesión, el/la Psicólogo/a no desacreditará a colegas u otros profesionales que trabajan con sus mismos o diferentes métodos, y hablará con respeto de las escuelas y tipos de intervención que gozan de credibilidad científica y profesional.

#### **Artículo 23º**

El ejercicio de la Psicología se basa en el derecho y en el deber de un respeto recíproco entre el/la Psicólogo/a y otras profesiones, especialmente las de aquellos que están más cercanos en sus distintas áreas de actividad.

#### **De la intervención**

#### **Artículo 24º**

El/la Psicólogo/a debe rechazar llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades.

#### **Artículo 25º**

Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.

#### **Artículo 26º**

El/la Psicólogo/a debe dar por terminada su intervención y no prolongarla con ocultación o engaño tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos, como si tras un tiempo razonable aparece que, con los medios o recursos a su disposición,

es incapaz de alcanzarlos. En este caso indicará a la persona, grupo, institución o comunidad qué otros psicólogos o qué otros profesionales pueden hacerse cargo de la intervención.

#### **Artículo 27º**

Por ninguna razón se restringirá la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo o profesional; antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión bien informada del cliente. El/la Psicólogo/a puede negarse a simultanear su intervención con otra diferente realizada por otro profesional.

#### **Artículo 28º**

El/la Psicólogo/a no aprovechará la situación de poder que pueda proporcionarle su estatus para reclamar condiciones especiales de trabajo o remuneraciones superiores a las alcanzables en circunstancias normales.

#### **Artículo 29º**

Del mismo modo, no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos.

#### **Artículo 30º**

El/la Psicólogo/a no se inmiscuirá en las diversas intervenciones iniciadas por otros psicólogos.

#### **Artículo 31º**

En los casos en que los servicios del psicólogo sean requeridos para asesorar y/o efectuar campañas de publicidad comercial, política y similares, el/la Psicólogo/a colaborará en la salvaguardia de la veracidad de los contenidos y del respeto a las personas.

### **Artículo 32º**

El/la Psicólogo/a debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente.

## **III. De la obtención y uso de la información**

### **Artículo 39º**

En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente.

### **Artículo 40º**

Toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

### **Artículo 41º**

Cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el/la Psicólogo/a obtiene información, ésta sólo puede comunicarse a terceras personas, con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esta autorización.

### **Artículo 42º**

Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por otra persona - jueces, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado-, éste último o sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del Informe Psicológico consiguiente. El sujeto de un Informe

Psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la Psicólogo/a, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas.

#### **Artículo 43º**

Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, aparte de lo indicado en el artículo anterior, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el/la Psicólogo/a como la correspondiente instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados.

Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados en los que deban constar los diagnósticos o datos de la evaluación y que se les requieran al Psicólogo por otras instancias, a efectos de planificación, obtención de recursos u otros, deberán realizarse omitiendo el nombre y datos de identificación del sujeto, siempre que no sean estrictamente necesarios.

#### **Artículo 44º**

De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el/la Psicólogo/a servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado.

#### **Artículo 45º**

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito.

#### **Artículo 46º**

Los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la

responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

#### **Artículo 47º**

Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del cliente.

#### **Artículo 48º**

Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite.

#### **Artículo 49º**

El fallecimiento del cliente, o su desaparición -en el caso de instituciones públicas o privadas- no libera al Psicólogo de las obligaciones del secreto profesional.

### **5.5.3 Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA)<sup>7</sup>**

#### **1. Preámbulo**

Los psicólogos desarrollar un cuerpo válido y confiable de conocimiento basado en la investigación y aplicar ese conocimiento a los procesos psicológicos y el comportamiento humano en una variedad de contextos.

Al hacerlo, realizar muchas funciones, dentro de campos tales como la investigación, la educación, evaluación, tratamiento, asesoramiento, y como testigo experto para nombrar unos pocos. También se esfuerzan por ayudar al

---

<sup>7</sup>Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos-EFPA. Recuperado en: <http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes>

público en la elaboración de juicios fundamentados y opciones con respecto a la conducta humana, y aspiran a utilizar su conocimiento privilegiado para mejorar las condiciones tanto del individuo y la sociedad. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos tiene la responsabilidad de asegurar que los códigos éticos de las asociaciones miembros están de acuerdo con los siguientes principios fundamentales que están destinados a proporcionar una filosofía general y orientación para cubrir todas las situaciones encontradas por los psicólogos profesionales.

## **2. Principios Ético**

### **2.1 Respeto a los derechos de la persona y de la dignidad**

Los psicólogos otorgar el debido respeto y promover el desarrollo de los derechos fundamentales de la dignidad y la valía de todas las personas. Ellos respetan los derechos de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía, en consonancia con otras obligaciones profesionales de los psicólogos y con la ley.

### **2.2 Competencia**

Los psicólogos se esfuerzan por garantizar y mantener un alto nivel de competencia en su trabajo. Reconocen los límites de sus competencias particulares y las limitaciones de su pericia. Ellos proporcionan sólo los servicios y utilizar sólo aquellas técnicas para las que están cualificados por su formación o experiencia.

### **2.3 Responsabilidad**

Los psicólogos son conscientes de las responsabilidades profesionales y científicas a sus clientes, a la comunidad ya la sociedad en la que trabajamos y vivimos. Los psicólogos evitar hacer daño y son responsables de sus propias acciones, y asegurarán, en la medida de lo posible, que sus servicios no sean mal utilizados.

## **2.4 Integridad**

Los psicólogos promoverán la integridad en la ciencia, la enseñanza y la práctica de la psicología. En estas actividades son honestos, justos y respetuosos con los demás. Ellos intentan clarificar sus roles de los que están realizando y para funcionar adecuadamente de acuerdo con esos roles

### **3. El contenido de los códigos éticos de las asociaciones miembro**

En el siguiente Meta-código 'cliente' el término se refiere a cualquier persona, paciente, personas en interdependencia u organizaciones con quienes los psicólogos tienen una relación profesional, incluyendo las relaciones indirectas.

**Códigos éticos de los psicólogos profesionales deben tener en cuenta lo siguiente:**

- ✓ Conducta profesional de los psicólogos deben ser considerados dentro de un rol profesional, que se caracteriza por la relación profesional.
- ✓ Las desigualdades de conocimiento y poder siempre influyen en las relaciones de los psicólogos profesionales con clientes y colegas
- ✓ Cuanto mayor sea la desigualdad en la relación profesional y mayor es la dependencia de los clientes, mayor es la responsabilidad del psicólogo profesional
- ✓ Las responsabilidades de los psicólogos deben considerarse en el contexto de la etapa de la relación profesional.

### **Interdependencia de los Cuatro Principios**

Se debe reconocer que siempre habrá una fuerte interdependencia entre los cuatro principios éticos principales con sus especificaciones.

Esto significa que los psicólogos que la solución de un problema o dilema ético se requieren reflexión y diálogo a menudo con clientes y colegas, sopesando diferentes principios éticos. Acciones tomar decisiones y son necesarias incluso si aún hay temas conflictivos.

### **3.1 Respeto a los Derechos y la Dignidad de la Persona**

#### **3.1.1 El respeto general**

- i. El conocimiento y el respeto de los conocimientos, la perspicacia, experiencia y áreas de especialización de clientes, terceras personas relevantes, colegas, estudiantes y público en general.
- ii. Conocimiento de las diferencias individuales, culturales y roles incluyendo aquellas debidas a la discapacidad, género, orientación sexual, raza, etnia, origen nacional, edad, religión, idioma y nivel socio-económico.
- iii. Evitar las prácticas que son el resultado de parcialidad injusta y puede dar lugar a una discriminación injusta.

#### **3.1.2 Privacidad y Confidencialidad**

- i. Restricción de la búsqueda y difusión de información a los que sólo se requiere para el propósito profesional.
- ii. El almacenamiento adecuado y el manejo de la información y registros, en cualquier forma, para asegurar la confidencialidad, incluyendo la toma de medidas de seguridad razonables para que los datos anónimos cuando sea apropiado, y restringir el acceso a los informes y registros a los que tienen una necesidad legítima de conocer.
- iii. La obligación de que los clientes y otras personas que tienen una relación profesional son conscientes de las limitaciones establecidas en la ley, del mantenimiento de la confidencialidad
- iv. La obligación cuando el sistema legal requiere la revelación de proporcionar sólo la información relevante para el tema en cuestión, y de otra manera a mantener la confidencialidad.
- v. El reconocimiento de la tensión que puede surgir entre la confidencialidad y la protección de un cliente o de terceras personas implicadas.
- vi. El reconocimiento de los derechos de los clientes para tener acceso a los registros e informes acerca de ellos mismos, y para obtener la asistencia necesaria y la consulta, lo que proporciona una información adecuada y completa y servir a sus intereses y que este derecho a la información

pertinente se extienda a quienes se dedican a otras relaciones profesionales, por ejemplo, participantes en la investigación.

- vii. El mantenimiento de registros, y la redacción de informes, para permitir el acceso de un cliente que protege la confidencialidad de la información relativa a los demás.

### **3.1.3 Consentimiento informado y libertad de consentimiento**

- i. Clarificación y discusión continua de las acciones profesionales, procedimientos y consecuencias probables de las acciones del psicólogo para asegurarse de que el cliente da su consentimiento informado antes y durante la intervención psicológica.
- ii. Clarificación a los clientes de los procedimientos de mantenimiento de registros y presentación de informes.
- iii. El reconocimiento de que puede haber más de un cliente, y que éstos pueden ser clientes de primer y segundo orden que tienen diferentes relaciones profesionales con el psicólogo, que por lo tanto tiene una serie de responsabilidades.

### **3.1.4 Autodeterminación**

- i. Maximización de la autonomía y la autodeterminación de un cliente, incluyendo el derecho general a participar en, y para poner fin a la relación profesional con un psicólogo al tiempo que reconoce la necesidad de equilibrar la autonomía con dependencia y las acciones colectivas.
- ii. Determinación de los límites de tal autodeterminación teniendo en cuenta factores tales como la edad de desarrollo del cliente, la salud mental y restricciones establecidas por el proceso legal.

## **3.2 Competencia**

**3.2.1 Conciencia ética:** Obligación de disponer de un buen conocimiento de la ética, incluyendo el Código Ético y la integración de las cuestiones éticas con la práctica profesional.

**3.2.2 Límites de Competencia:** Obligación de ejercer dentro de los límites de la competencia derivados de la educación, la formación y la experiencia.

### **3.2.3 Límites de Procedimientos**

- i. Obligación de ser conscientes de los límites de los procedimientos relativos a determinadas tareas, y los límites de las conclusiones que se pueden obtener en diferentes circunstancias y con diferentes propósitos.
- ii. Obligación de practicar dentro, y estar al tanto del desarrollo de la comunidad psicológica crítico de las teorías y métodos.
- iii. La obligación de equilibrar la necesidad de precaución al utilizar nuevos métodos con el reconocimiento de que las nuevas áreas de práctica y los métodos que siguen apareciendo y que este es un desarrollo positivo.

**3.2.3 Continua Desarrollo:** Obligación de continuar con el desarrollo profesional.

**3.2.5 Incapacidad:** Obligación de no ejercer cuando la habilidad o el juicio se ve afectado negativamente, incluidos los problemas temporales.

## **3.3 Responsabilidad**

### **3.3.1 Responsabilidad General**

- i. Por la calidad y las consecuencias de las acciones del psicólogo.
- ii. No llevar la profesión en descrédito.

**3.3.2 Promoción de alto nivel:** La promoción y el mantenimiento de un alto nivel de actividad científica y profesional, y la exigencia a los psicólogos a organizar sus actividades de acuerdo con el Código Ético.

### **3.3.3 Prevención de Daños**

- i. Evitar el mal uso de los conocimientos psicológicos o práctica, y la minimización del daño que es previsible e inevitable.
- ii. El reconocimiento de la necesidad de atención especial que debe realizarse cuando la realización de investigaciones o hacer juicios profesionales de las personas que no han dado su consentimiento.

### **3.3.4 Continuidad de la atención**

- i. La responsabilidad de la necesaria continuidad de la atención profesional de los clientes, incluyendo la colaboración con otros profesionales y las acciones apropiadas cuando un psicólogo deba suspender o terminar la participación.
- ii. Responsabilidad hacia los clientes después de la terminación formal de la relación profesional.

**3.3.5 Responsabilidad extendida:** Asunción de la responsabilidad general de las actividades científicas y profesionales, incluyendo normas éticas, de empleados, ayudantes, supervisados y estudiantes.

**3.3.6 Resolución de dilemas:** El reconocimiento de que los dilemas éticos ocurren y la responsabilidad recae sobre el psicólogo clarificar tales dilemas y consultar a colegas y / o la Asociación nacional, e informar a otros relevantes de las exigencias del Código de Ética.

## **3.4 Integridad**

**3.4.1 El reconocimiento de las limitaciones profesionales:** Obligación de ser reflexivos y abiertos acerca de las limitaciones personales y profesionales y una recomendación de buscar ayuda profesional y apoyo en situaciones difíciles.

### **3.4.2 Honestidad y precisión**

- i. La precisión en la representación de calificación, la educación, la experiencia, la competencia y afiliaciones.
- ii. Precisión al informar y responsabilidad para reconocer y no descartar hipótesis alternativas, pruebas o explicaciones.
- iii. Honestidad y precisión respecto a cualquier aspecto financiero de la relación profesional.
- iv. El reconocimiento de la necesidad de precisión y las limitaciones de las conclusiones y opiniones expresadas en los informes y declaraciones profesionales.

#### **3.4.3 Sinceridad y Franqueza**

- i. Obligación general de proporcionar información y evitar el engaño en la práctica profesional y la investigación.
- ii. Obligación de no ocultar información o de participar en el engaño temporal si existen procedimientos alternativos disponibles. Si el engaño se ha producido, existe la obligación de informar y restablecer la confianza.

#### **3.4.4 Conflicto de Intereses y la explotación**

- i. Los psicólogos tendrán conocimiento de los posibles problemas que puedan resultar del establecimiento de relaciones duales así como la obligación de evitar las relaciones duales que reduzcan la distancia profesional necesaria o que puedan conducir a un conflicto de intereses o la explotación de un cliente.
- ii. Obligación de no aprovechar una relación profesional en favor de intereses personales, religiosos, políticos o ideológicos u otros.

Se tendrá conocimiento de que los conflictos de intereses y la desigualdad de poder en una relación profesional, puede residir después de que está formalmente terminada, manteniendo la responsabilidad profesional.

**i. Acciones de Compañeros**

Obligación de cuestionar razonablemente la acción profesional de los compañeros o colegas, si se tiene conocimiento de una acción no ética e informar a las entidades pertinentes.

## **CAPITULO 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7.2 CONCLUSIONES**

Pese a que hoy la medicina y las demás disciplinas de la salud han avanzado bastante, y a que existen suficientes ayudas diagnósticas y tecnología al servicio de las ciencias médicas, se siguen presentando casos atípicos a los que no se les haya explicación, por lo que se habla de síndromes no específicos. Pero lo mental entra en juego y la Psicología como disciplina emergente y propicia, que permite múltiples opciones metodológicas y diagnósticas, podría ser la carta que esclarezca lo que sucede con pacientes como el actual.

El cuadro más factible para este estudio es una problemática psicológica no resuelta, pues, el paciente se niega a aceptar cualquiera de los diagnósticos, y a la vez, sugiere y acepta una posible indemnización con pensión, no importa el porcentaje de reconocimiento en dinero.

Por último, este informe de grado no debe terminar aquí, debe ser el insumo para que en otros postgrados y en mesas de trabajo cuyo tema objeto sea el mismo, lo dilucidan, lo profundicen y atinen con la resolución final que apoye otros asuntos relacionados.

## CAPITULO 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

### REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.). Barcelona: Masson.

BARRIO. Irene, GONZÁLES. Jesica, PADÍN. Laura, PERAL. Pilar, SANCHEZ. Isabel, TARÍN. Esther. Métodos de Investigación educativa. El estudio de caso. Universidad Autónoma de Madrid

Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos. WADELEY, Alison; BLASCO, Tomás. La ética en la investigación y la práctica psicológicas. Ariel psicología. 1ª edición, España 1995. P 167-182

ESPINOSA. Brito, FIGUEIRAS. Benigno, NOGUERA. Alfonso, BAYONA. Hernán, DÁVILA. Andrés. Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización  
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI, núm. 2, 2007, pp. 349-358,  
Asociación Colombiana de Psiquiatría. Colombia  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636214>

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos-EFPA. Disponible en:  
<http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes>

LARREA Ponce, Anthony. Los niveles de la investigación y el método descriptivo. Trabajo monográfico del curso Investigación III .Obispado del Callao Instituto Superior Pedagógico Privado. 2007. Recuperado en:  
<http://www.paulovi.edu.pe/aulavirtual/estudiantes/nivelesinvestigacion.pdf>

LEY 1090 DE 2006. Disponible en:  
[http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2\\_upb\\_medellin/pgv2\\_m030\\_pregrados/pgv2\\_m030040020\\_psicologia/codigo\\_etico/codigo%20deontologico%20y%20bioetico.pdf](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030_pregrados/pgv2_m030040020_psicologia/codigo_etico/codigo%20deontologico%20y%20bioetico.pdf)

Revista Chilena Neuro-Psiquiatría. [online]. Santiago nov. 2002. v. 40 n. 2  
Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000600002&script=sci_arttext). ISSN 0717-922

Revista Cubana de Medicina Militar. [online]. La Habana oct.- dic. 2000. v.39 n.4  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572010000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572010000300001). ISSN 1561-3046

ROLDÁN. Oscar, CARDONA. Héctor. Lo afectivo valorativo en experiencias de educación superior virtual. CINDE, Universidad e Manizales, 2006. Sabaneta, Antioquia

# ANEXOS

## **ANEXO 1. Cartas de invitación a participación**

Medellín, 25 de septiembre de 2013

Doctor  
Diego Bustamante  
Medellín

Cordial saludo.

Como estudiantes del programa de Psicología, ofrecido por la Fundación Universitaria María Cano, estamos adelantando un proyecto de investigación sobre un estudio de caso por problemática psicológica no resuelta en paciente del sector salud con síndrome somatomorfo presuntivo.

Algunas de las técnicas seleccionadas para la recolección de datos, es la correspondiente a la realización de entrevistas. Teniendo en cuenta su experiencia y trayectoria académica, queremos invitarlo a ser partícipe de las entrevistas que realizaremos durante el proceso investigativo.

Su participación es decisiva para el análisis de esta temática con la que se espera esclarecer un diagnóstico con síndrome somatomorfo presuntivo por cuadros clínicos no específicos.

Atentamente,

**Gloria Estela Roldán Coronado**

Estudiante Programa Psicología FUMC  
roldan.gloria59@gmail.com

**Dora Hermelina Roldán Berrio**

Estudiante Programa Psicología FUMC  
dorarol@hotmail.com

**Fernando Eugenio Bustamante**

Estudiante Programa Psicología FUMC  
feeubte66@hotmail.com

## **ANEXO 2. Entrevista al Dr. Diego Bustamante**

Entrevista realizada al Dr. Sergio Bustamante, Médico Cirujano egresado de la universidad de Antioquia con más de 10 años de experiencia en el medio. Acerca de los conocimientos del síndrome somatomorfo.

Dr. Sergio, Ud. Como médico, que concepto tiene del síndrome somatomorfo?

Rta.: El síndrome somatomorfo es una patología mental y médica que se presenta con mucha frecuencia en los servicios de urgencias, es una patología que es demasiado mal entendida por muchos colegas y por eso se ha manejado muy mal por muchísimo tiempo, algunas veces muchos síndromes somatomorfos en los servicios de urgencias no son tratados adecuadamente desde el punto de vista social, diría yo, puesto que algunas personas, algunos profesionales del servicio de urgencias no entienden al paciente y tienden a mermarle un poquito de importancia, gracias a Dios no todos sino pocos, utilizando algunos métodos dolorosos para que el paciente reaccione y eso hace que disminuya un poco la tensión sobre el paciente.

Dr. Sergio, conoce usted algún caso en particular o alguna otra información de algún caso o en su labor cotidiana que me puede decir del síndrome somatomorfo?

Rta.: en la práctica clínica en la cual me encuentro en este momento se evidencia mucho y hay demasiada cantidad de pacientes con síndromes somatomorfos con diferentes niveles de observancia, algunos demasiado fuertes y algunos demasiado débiles, pero es demasiado presente en los servicios que manejamos nosotros, muy a menudo, muy a menudo encontramos pacientes sin diagnósticos completos psicológicos o psiquiátricos haciendo síndromes somatomorfos; lo cual dificulta mucho la práctica médica inicialmente pero también son fáciles de evidenciar.

Ud. Me dice que en su trabajo, que trabajo realiza en el momento?

Rta.: en este momento estoy con la atención pre hospitalaria, servicios de emergencia médica extra hospitalarios, domiciliarios lo conocen algunos, trabajo con Coomeva emergencia médica.

Dr. Sergio que manejo le da usted a este tipo de paciente, que medicamentos, que tipo de atención, si se remite o que manejo le da en general?

Rta.: el manejo del paciente con síndrome somatomorfo depende mucho de la presentación clínica, es decir, cuando claramente tiene síntomas y signos de enfermedades psicológicas o psiquiátricas asociadas como trastorno afectivo bipolar o síndromes depresivos y el síndrome somatomorfo es intenso, las guías universales indican la utilización de Benzodiasepinas, no para cualquier persona que esté ansiosa sino para la persona que sea diagnosticada con síndrome somatomorfo, y se maneja de la misma manera, cuando es, cuando son por decirlo de alguna manera, casos leves o moderados sin mayor trascendencia inicial también se hace la remisión pero posterior a psiquiatrías, psicología para manejo integral del paciente, cuando los casos son complejos, cuando ya nos implica un trastorno depresivo mayor con intento o ideación suicida los pacientes se remiten inmediatamente, o cuando intentan lesionar a otras personas.

Qué concepto o que piensa usted de cómo afecta a la persona emocional o psicológicamente este síndrome?

Rta.: la afectación psicológica, social y médica del paciente es total, es más, es comprendido como un síndrome que nos está indicando que ya hay una afectación psicosocial del paciente, lo cual es una manifestación externa con síndromes clínicos no reales pero si simulados por el cuerpo no por la mente sino por el cuerpo; el paciente no controla lo que está haciendo, a diferencia de muchas personas el paciente no sabe lo que está haciendo, simplemente le suceden los síndromes somatomorfos, también se confunde, también se preocupa demasiado, pensando que pueden ser cosas graves, un infarto o cosas por el estilo; el manejo de este paciente inicial con un trato despectivo puede reflejarse en su completa negatividad a entender que tiene una enfermedad diferente que

debe ser tratada por eso el manejo inicial del paciente es extremadamente importante con respeto y con una orientación clínica aceptable, para que el paciente tenga la menor repercusión en su vida psicosocial.

Dr. Sergio, cuales signos y síntomas ve usted o puede usted observar para diagnosticar este síndrome somatomorfo?

Rta.: los síndromes somatomorfos tienen extensa variedad de signos y síntomas que se presentan con diferentes situaciones, cambian los pacientes también que tienen estos síndromes somatomorfos, son muy difíciles de evidenciar por eso hay que tener un poco de tranquilidad para poder ubicarlos, los signos y síntomas leves los podemos ver claramente con ansiedad, un paciente demandante con irritabilidad, labilidad emocional es decir una persona que sin ningún motivo empieza a llorar y deja de llorar automáticamente, esos son supremamente fáciles para poder detectar que estamos también en presencia de más de un cuadro clínico normal o patológico de un síndrome somatomorfo, ya los difíciles son cuando el paciente se encuentra inconsciente, pero igual, de todas maneras, todo el sistema neurológico está funcional, por lo cual algunos signos y síntomas que nos permiten evidencias más bien que el paciente aparentemente inconsciente tiene una funcionalidad neurológica completa, y eso es lo que nos lleva a deducir que es un síndrome somatomorfo.

### **ANEXO 3. Entrevista al enfermero Luis Emilio Zea Bustamante.**

Me encuentro con Luis Emilio Zea Bustamante, enfermero egresado de la Universidad de Antioquia, con Maestría en desarrollo educativo y social, doctorado en Educación y docente vinculado a la Universidad de Antioquia.

Señor Luis Emilio Zea, usted me podría regalar su concepto u opinión de lo que es para usted el síndrome somatomorfo....

Rpta: El síndrome somatomorfo yo lo entiendo como un proceso psicológico por el cual la gente imprime en el cuerpo enfermedades que no tiene o que somatiza enfermedades o procesos que no ha terminado de desarrollar o que está en proceso de terminar una perspectiva psicológica y que no ha podido con él y lo manifiesta a través del cuerpo con una enfermedad, con un síndrome, con cualquier cosa de esas.

Doctor Luis Emilio, que concepto cree usted o en que puede afectar a la persona que sufre este síndrome y como lo puede afectar psicológica y/o psiquiátricamente a este paciente.....

Rpta: una persona con este tipo de manifestaciones son persona que se vuelven supremamente vulnerables a cualquier evento externo ya que su capacidad de raciocinio está ligada directamente a comprender o a atender sus necesidades fisiológicas producidas por este comportamiento psicológico, lo que yo tengo entendido frente a esto es que estas personas lo que hacen en un momento determinado es inclusive aislarse o hace una ruptura de la realidad corpórea por esa fantasía que recrean dentro de su propio cuerpo, es decir no terminan mirándose a sí mismos como sujetos saludables sino que de una vez empiezan con un proceso de culpabilización que le siguen somatizando y le siguen profundizando en este tipo de acontecimientos psicológicos que de una u otra forma son tan marcados que la gente si se va a sentir enferma y sobre ese concepto no hay ningún concepto externo de profesionales de la salud o de otra área que diga que no esté enfermo o sea que esta persona se asume en tal punto

en su enfermedad que logra mirar unos procesos sintomáticos en el cuerpo inclusive buscar ayuda no para resolver o para cuestionarse sobre su problema sino para afectar esa enfermedad fantasma que él se crea, entonces pueden empezar a consumir medicamentos o buscar terapias que vayan a darle solución a la enfermedad porque para ellos no hay una causa psicológica de la enfermedad, sino que realmente es un producto fisiológico, entonces lo que hacen de una u otra forma es seguir escondiendo su proceso psicológico y aferrarse más a una fantasía si se podría decir así un fantasma biológico y perjudican al cuerpo al ingerir medicamentos que no necesitan y producir ahí si realmente alguna afectación física.

#### **ANEXO 4. Entrevista a la Psicóloga Natalia Bustamante Larrea**

Me encuentro con la psicóloga Natalia Bustamante Larrea egresada de la universidad Cooperativa, especialista en valoración del daño en la salud mental y en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario.

Dra. Natalia Bustamante, qué concepto tiene del síndrome Somatomorfo?

Rta.: bueno, el síndrome Somatomorfo, los trastornos somatomorfos son una combinación entre los desequilibrios emocionales intrasíquicos y la parte física, es la forma que tiene el cuerpo, el concepto de manifestar físicamente lo que está sucediendo en el interior, hay varios tipos de trastornos, está la hipocondría, el conversivo, los disociativos, hay varios trastornos que los comprenden entre los somatomorfos, lo más importante es que es una forma física de manifestarse una pieza importante de la parte emocional.

Dra. Natalia, que caso en particular conoce usted que nos pueda brindar su opinión?

Rta.: Bueno, en cuanto a casos reales hace un tiempo con una paciente víctima de acceso carnal violento, generó una crisis conversiva, simplemente perdió la movilidad en los miembros inferiores, superiores y para el habla, fue recuperándolo poco a poco, pero fue un poquito más demorado en cuanto al habla y a los miembros superiores; básicamente estaba iniciando su proceso, estaba en la etapa crítica del elemento clínico y antes de entrar a consulta desarrolla este tipo de conversión.

Dra. Natalia Bustamante, qué tipo de manejo le da usted a este tipo de pacientes?

Rta.: normalmente dependiendo del tipo de trastorno que se dé, pero inicialmente digamos que cuando hablamos de disociativos o de conversivos pues lo primero es hacer una remisión médica para disminuir los síntomas físicos que nos impiden otro tipo de condición; apenas esto se realiza se retoma la atención clínica psicológica para poder derivar o encontrar el asunto que psicológicamente está

afectando, la idea de que vuelva a las terapias es que como la base de todos los patrones somatomorfos es un elemento psicológico que no ha podido controlarlo que no ha podido manejarlo entonces la idea es evitar que este tipo de condiciones se repitan a través de la terapia psicológica.

## ANEXO 5. Consentimiento informado

1-10

CD Anderson era niño medio  
dificultad aprender a leer  
y las tablas de multiplicar  
me habian regañado en la  
mano y me de japons en las  
tiroba hasta las 2pm  
mi papa fue con nos a nuca  
me pegó. mi madre si era  
mas feo y pegaba  
cuando tenia años  
se avoga ni he rmano  
mayor y lo encontraron  
los 11 días, fue en  
días de reprensión y  
de angustia con mi her-  
mana pe haba mucho  
porque me pegaba por  
todo me gustaba cuando  
has llevar a al peno  
al jardín botánico  
una vez me envia en  
uno hoja de plátano  
y así con un hipo con

RECIBO

y dije que no le diré nada a mi mamá y después se dio a lo suena y me peo a por mi mamá un día de ensérame me disfrazo de india y sale rostea la esquinca de la casa y con mi madre me hice de la verra me peo. me gustaba jugar lazo me encantan los muñecos porque cuando nací me disfrazo de pidiendo a los papas modas ni vestí, vendía crinias para matar tener platica por los cosas preciosas de las cosas que me hiciera falta tengo una siketrix en la cabeza con me morfo me el pelo de la casa es que me un grano de pelo me que habia y cuando

mi papá venía con tra  
 gos para que nos fueran a nos global más me cato de lo normal

10 - 20



FIRMA DEL PACIENTE:

[Redacted signature]

HUELLA:



CC. 43.503.528 DE MEDELLÍN

[Redacted text]

Firma de los Estudiantes aspirantes al título de Psicólogos:

Gloria Estela Roldan Coronado: Gloria Roldan C.  
CC. 43085412 43085412

Dora Hermelina Roldan Berrio: [Signature]  
CC. 43.735.103 43.735.103

Fernando Eugenio Bustamante Larrea: Fernando E. Bustamante Larrea  
CC. 70.566.635 70566635ENV



SE AUTENTICA POR SOLICITUD Y RUEGO DEL INTERESADO

**NOTARIA 27 MEDELLÍN**

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA

Ante el suscrito Notario Veintisiete del Circulo de Medellín Comprobó:

[Redacted Name]

quien se identificó con: C.C. [Redacted]

[Barcode]

no

y declaró: Que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue puesta por él. En constancia firma.

Medellín 06/11/2013 a las 11:42:55 a.m.

[Redacted Signature]

FIRMA

6ym5ymh75jnh5ny

**ELIZABETH CRISTINA CARMONA MONTAÑO**  
NOTARIA 27 DE MEDELLÍN (E)

Dirección: Calle 68 No 51 D 57 / Tel: 211 26 11 / Fax 211 26 17 / Email: notaria27@une.net.co



## ANEXO 6. Entrevista realizada al paciente del caso

Relatos de la cita con psiquiatría:

Ayer hablaba con el Dr. Y le decía, porque el me preguntaba por mi hijo, no el está bien yo me siento bien, a mí lo que me preocupa porque yo me pongo tan mal cada que lo veo, halla de pronto los casos que yo veo, porque esas viejas pelean, que a una lo apuñalean, que a la otra le echan sacol en el pelo, porque me ha pasado, entonces no me explico, cierto es como si me estuviera pasando a mi o alguno de mi casa. **(Pensamientos catastróficos).**

Yo de la niñez me acuerdo pues, que de pronto era buena estudiante hasta, recuerdo que la profesora, mi hermanita estuvo en quinder yo no, yo cuando a mi me adentraron, yo recuerdo que la profesora decía que yo no era igual a mi hermanita, entonces me dejaban hasta las dos de la tarde repasando las tablas y después no me acuerdo, en primero me dio muy duro aprender a leer, pero después fui excelente, pues era muy buena estudiante, la relación en mi casa de pronto con mi mama, era dura , porque mi mama es fuertecita pero mi papa no, a mi me dio muy duro cuando mi papa se murió por que yo fui toda la vida la ñaña de él, hasta ahorita casada y todo, mi papa cumple mañana años de muerto. Mañana primero de noviembre, siento tristeza...**Llanto** , pero hoy inclusive en mi casa, dicen que el único que me quería era mi papa, pues entonces de ahí de la niñez, pues a nosotros si nos sacaban nos daban gusto y todo, pero éramos muy cohibidas no nos dejaban salir a ninguna parte, sino que nos daban mucha ropa y ellos si me sacaban por ahí al peñol donde tenían familia, pero, pues a un paseo nunca porque nosotros, cuando yo tenía 9 años se ahogo el hermano mío en el biscocho y mis papas se volvieron miedosos. **(Disfunción familiar)**

Somos 6 hombres, 6 mujeres, él se fue para un paseo y en ese paseo se ahogo y empezamos los 11 hijos, eso fue un caso, empezaron a encerrarnos y después del paseo, nosotros pues meternos a una piscina, mejor dicho nunca nos dejaron, pero uno a veces era desobediente, yo termine la primaria, cuando yo termine la primaria conocí a Guillermo, porque yo era de la legión de maría y era la presentadora de la legión de maría, y entonces el siempre iba a pegarme los

roces, yo iba, estaba en danza entonces el iba a darme vueltecita, pero yo lo conocí a él desde los 9 años, pero ya si con una relación con él cuando tenía 11 años que estaba en 1 de bachillerato, al escondido en mi casa no sabían.

El tenía quince, él me lleva a mí 4 años, bueno, la relación en mi casa, pues necesitaba apoyo de mi papa, pero a mi papa nunca le gustaron los novios, entonces empezamos sin él, pues así mi mamá era muy dura, supongamos, una vez me pego porque me decía que a mí no me gustaba mi nombre, una vez dije que no me gustaba el nombre de Dora, entonces que si ella no me llamaba Dora o Lucia no le contestara y yo hice caso y me dio una pela porque me llamo y no me dijo como me llamo entonces me persiguió hasta la plancha, pero mi mamá era muy pegona mi mamá sí, pero cuando yo era adolescente, estudiante de segundo o tercero de bachillerato, mi hermano era el que nos pegaba, el mayor. (**Maltrato infantil**)

El menor, él me lleva por ahí 10 años, pero mi mamá le daba la autoridad a él, porque así ha sido la vida de mi mamá, mi mamá toda la vida tuvo preferencia por él, él nos decía usted es muy bonita no haga sufrir a mi mamá tal cosa, pero como a uno nunca lo dejaban salir, yo decía me voy hacer una tarea para poderme ir, aunque sea a cine de noche, yo ya estaba como en octavo cuando él me empezó a pegar, cualquier cosa él era el que me pegaba, entonces él me decía, si ve, entonces cuando yo entre 11, a mí ya no me tenían que echar onces, él ya estaba pendiente de la matricula, me daba los cuadernos el algo, buen, ya estaba como, nosotros nos casamos en noviembre, y yo no había terminado de estudiar cuando me case con él, pero muy diligente en la casa, pero en verdad él no fue quien era de novio, era muy diferente, iba cuando le daba la gana, una vez me pego, todos en mi casa pues no lo querían, que importa, pues uno es muy bruto y uno enamorado y de pronto yo lo hice hasta de pronto por salir de la casa, me case. (**Mecanismo de defensa evitativo**)

La relación con mi hermano, porque mi hermana se caso y yo me quede con mi hermano, y era lo que él dijera, a pesar de que mi papa estaba, mi papa no tenía autoridad ahí..

Mi papa fue excelente, antes el nos veía por ahí y sin que su mama no se dé cuenta, tal cosa, pero, pero mi mama siempre nos chutaba era a mi hermano para que él nos castigara, él decía ustedes son muy bonitas, de todas maneras el no veía la hora de que dejáramos a mi mama tranquila, sin embargo, bueno, yo termine 11 cuando me case, yo me case en embarazo, pero yo no sabía, mi papa y mi mama se vinieron a dar cuenta que yo me case en embarazo cuando mi hijo tenía 20 años, porqué mi hermana, un día con rabia dijo!, es que Dora no es tan santa como la ven, lo único que conteste, es que bien o mal hay estoy con él, yo no tengo mal marido ni nada de esas cosas, en cambio mi hermana si ha tenido muchas relaciones, pero bueno, eso no era el motivo, pero la verdad mi papa siempre nos respeto eso, a pesar de que yo, lo único que yo le falle a mi papa fue en eso ,(Sentimientos de culpa) de resto yo con mi papa tenía una buena relación, a mi me sacaba cuando el venia prendidito, el trovaba, el toda la vida fue muy cariñoso, a pesar de que era muy ofuscado pero con migo fue muy buen papa, mi mama si toda la vida fue muy dura, sin embargo actualmente yo soy la que vivo pendiente de mi mama, si yo me demoro mi mama ya está que se queja, si yo me voy para una cita médica ella me llama 4 o 5 veces, ahora..(Compensaciones)

Bueno yo me case en embarazo nació la hija mayor, y yo tuve amenazas de aborto recién casada, este muchacho estaba sin trabajo, entonces mi hermano fue el que pago la cuenta, el relajado siempre, pero sin embargo salía un viernes a trabajar y no aparecía hasta el lunes, entonces yo no me atrevía a ir donde mi mama, me tocaba ir a pedir una agua-panela donde la mama de él para poder alimentar el muchachito, ya cuando el niño tenía cuatro meses me fui atrabajar, me fui atrabajar donde una familia de ellos, planchando, me tocaba en los centros comerciales planchando agachada, pero sin embargo bueno, resulta que cuando yo trabaje en esta empresa la supervisora salía con él, entonces me la monto ,yo era con los montones de ropa, a pesar de tanto problema y tanta cosa con eso, el fue , mi hijo tendría por ahí 2 años, yo trabaje casi 4 años allá, ya después me dedique a estudiar educación infantil y empecé a trabajar en guarderías, a la guardería llegue varias veces aporreada con los ojos morados, tenía que trabajar

con gafas, ya debido a eso cuando nació mi segundo hijo, el me quebró la nariz , entonces estuvo en la cárcel 8 días, desde ahí, ya me lo baje, pues ya no me volvió a tirar o si me tiraba ya sabía que tenía demanda, el negaba mucho el mono el menor, el mayor tiene 28 años y el niño tiene 20, entonces él lo negaba por que el tenia ya, cuando yo quede en embarazo yo casi me chiflo, por que cuando yo quede en embarazo la amiga de él, es de enseguida de mi casa, entonces esa señora a mi me hacia la vida imposible, era una borracha, yo desde eso no volví a tomarme un trago porque yo no tomaba así mucho, pero yo ya me media, por lo mismo uno borracho puede actuar de otra manera, en cambio ella era una borracha y ella actuaba de muchas maneras, entonces yo no volví jamás, yo como me igualo con esta señora, nunca jamás, ella si me ha hecho la vida imposible, llamaba a mi mama y le decía que me dijera a mí que le buscara al papa al niño, que si él no era el papa, bueno, miles de cosas, pero cuando a él lo metieron allá, yo ahí mismo hice la pruebas genéticas, yo le dije que se hicieran pruebas, y así fue, entonces ya le calle al menos la boca. sin embargo la relación de ellos 2 no es buena, por que cuando este mono creció el me iba a tirar y el mono ahí mismo lo amenazaba , lo que el otro nunca fue capaz, el a mí una vez me iba a montar en un fogón rojo, rojo, por mi suegra no me sentó, pero me iba a sentar, sin embargo yo estoy como ahorita que me metí en los caminos de Dios yo ya no tengo nada con el pero, hay que ver que cuando yo he estado enferma, el me corre, el es pendiente, pero no, es como una relación como de amistad, **(Compensación)** el Dr. Se quedaba ayer aterrado, dice que no es a mí personalmente me ha hecho muchas cosas, lo que pasa es que el vive en mi casa porque él no se va, yo me he ido de mi casa y he tenido que volver por que el me ha vendido las cosas, yo tampoco pues, y yo rodar de arrimada en una parte después de yo tener mi casa, tampoco hay derecho, entonces total yo, ya pues no, ya el no pone pereque por nada y si pone yo me hago la boba o el niño ahí mismo lo frena, y él hay veces me acompaña a la esquinita, y él dice que yo enferma el está pendiente de mí en lo que sea pero no más, entonces, pero si fue, o sea, el tuvo mucha violencia conmigo yo, ha él nunca fui capaz de enfrentarme, nunca.

Yo lo veía del lado y yo lo convertía, inclusive cuando a me requebró la nariz, el quedo porque peor yo le mordí tanto que le quedo herida en el dedo y todo, y a mí me sacaron de la casa varias veces aporreada, entonces por eso ya, por que cuando yo fui a sacar los niños que él no me los dejaba sacar yo fui con mi hermano y la policía, entonces la policía, señora usted tiene que ir a poner una demanda por que no es la primera vez que la hemos sacado de aquí aporreada, ya son muchas veces, y ahí se lo llevaron, pero como digo yo de todas maneras al menos el negro él sabe que es hijo de él, así el lo niegue, aunque él dice que él no lo niega, pero él sabe que tal cosa, la mama de él es blanca, pero de todas maneras ellos dos son no se entienden bien. **(Violencia intrafamiliar)**

Él los ha querido mucho, a los hijos y cuando yo trabajaba, pues yo trasnochaba yo tiraba mejor a trasnochar, digamos en fiestas o así, y todo él era que estaba pendiente de ellos pero donde mi suegra era donde me ayudaban, yo los dejaba dormir salía y se iba a parrandear, pero a él lo ha querido mucho el papa sobre todo al mayor adoraba ese papa, y él a mi cuando estaba afuera, me decía mama es que usted no necesita, gracias a mi Dios nunca me dio nada porque eran cosas mal conseguidas, entonces tampoco gracias a Dios que no me las dio, pero actualmente el me dijo, ama, nada menos estos días decía ya el, ya Carlos la quiere más a usted que a mí, pero Carlos dice, yo nunca pensé que usted me iba a colaborar de la manera que me colabora ahora, yo ahora veo lo que ha sido mi papa, usted ha sido todo, y yo nunca fui capaz de enfrentármele a mi papa, pero a trayecto, que ahorita que ha estado enferma y llama todos los días, mama como amaneciste, que hubo, ahora si va a poder venir el domingo, ama, pues yo que nunca, el con migo era muy seco muy frio.

Mi muchacho esta allá, por un porte de armas, por el se mantenía con los de arriba los de la terraza, pero él en el año pasado del 2011 estudiaba, pues él se estaba alejando de esa vida, porque el sí fumaba mucho, el dice que no tira, pero si bebía, parrandeaba parejo, entonces él, se puso a estudiar derecho, y ya estaba en el segundo semestre, el trabajaba eso de mensajería, a veces le tocaba en kokoriko, en pastelitos, así como eso sitios de comidas rápidas, y entonces él vio que tenía antecedentes porque él nunca se presento y le pago a un abogado en

una oficina de allá, dijo que ella le hacia la vuelta el vendió el carro, y resulta que no le pudo hacer la vuelta, entonces decidió entregarse, ama yo me voy a entregar porque yo no quiero que mis dos hijos, tiene 3, pero 2 con la mujer que vive ahora, el niño tiene dos años y la niña tiene 5 , no voy a que más adelante me saquen del trabajo o me saquen de la universidad, porque mis hijos vean que me sacaron de aquí de la casa, yo prefiero pagar eso ahora que ellos están pequeños que después, por que el ahora tiene esos pensamientos y me dice inclusive que ya no quiere vivir mas eso, que va a vivir más bien por los lados por donde vive la esposa, porque él dice que los amigos lo buscan para muchas cosas, entonces que mejor él va hacer eso, el tiene otros pensamientos, pero de todas maneras el sí tuvo un tiempo como muy loco, bebiendo parrandeando, pero mantenía plata no se qué plata, demás que era mal habida, a mi nunca, incluso el siempre me decía es que usted nunca necesita, pero no me llevo a tener la moto empeñada, él le daba plata al papa, la vida de ellos toda la vida ha sido el papa, pero actualmente el ya vio muchas cosas allá, el mismo dice, es que usted es la única que se aguanta a mi papa, es porque bien o mal no, el no se mete con ellos ni yo, ellos a veces me gozan mucho porque yo estoy en lo de la iglesia, en los grupos de oración.

El señor ( esposo) me echa la culpa a mí, pero el cogió esa vida cuando tenía 23 años, entonces yo no puedo, o sea, yo digo ya no es culpa mía, por ya el vivía era donde la novia, ya no amanecía en la casa, ya el tenia su señora, el si cuando peleaba con ella, llegaba a mi casa, me tocaron situaciones difíciles, porque una vez , llevo herido del pie, yo no sé cómo le cogí esa pierna y esa bala salió, y eso pues fue horrible, y otra vez, yo estaba aquí hospitalizada y a él le dieron unos tiros por aquí por el testículo y lo tenían en san Vicente, el Dr. Me llamo y me dijo que mi hijo allá y que yo que, yo total yo de aquí no me puedo ir, es porque yo estoy enferma, pues las cosas que yo pueda mover de aquí las muevo, por teléfono , yo hable con el urólogo, bueno , eso gracias a mi dios no le paso nada, pero si, el tubo, pues él no estaba en buenos pasos, yo en realidad actualmente ni averiguó en que era lo que el andaba, por no senderarme más, no, yo se que él era de allá, eso es de la terraza y ya, ponerme a estudiar, yo me voy a entregar,

yo no quiero que más adelante que mis hijos me vean, que me saquen de garibarmis, pues inclusive él decía ya no estoy, ya no estoy y no soy capaz de llamar, el me llamo, a mi me toco ir el llevarlo para allá a la hurí, pues, a mi me toco firmar con mucho dolor, pero si embargo eso es lo que yo le digo al Dr.es que yo ahora vivo más tranquila, que yo primero sufría porque el tomaba, el empezaba un jueves y terminaba un lunes, entonces yo no tenía vida, entonces yo cada rato era aquí hospitalizada por ese sangrado, cuantas veces, yo estuve 14 veces en un año hospitalizada, todo eso era lo que yo me ganaba, sin embargo bueno, y yo ahora pues si de verdad yo me acuesto tan tranquila en ese sentido, por que el otro gracias a mi dios, estudia, está trabajando, el trabaja en une, está estudiando en el Sena telecomunicaciones, tiene una noviecita que es como sanita, lo único es que vive muy lejos, pero él es muy cariñoso.

Sinceramente yo en este momento, digamos que a mí no me provoca nada, el domingo estaba cumpliendo años un sobrinito del señor, yo lleve los nietos, los deje porque llego la mama y me fui, me fui a costar a mi no me, no, no, sinceramente que a mí como que, vea primero iba mucho al peñol, yo a cada finca iba, cuando mi primo me llamaba vámonos pal peñol, yo me iba para el peñol, y ya no, en estos momentos no disfruto de nada, no me provoca nada, no quiero sino dormir y dormir.... Llanto

ANEXO 7. Prueba de personalidad

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI**  
Hoja de anotación y perfil

Forma colectiva

Apellidos y nombre: **[Redacted]** Edad: 46 Sexo: F Estado civil: Cesado

Profesión/Estudios: A. Enfermería 2 Empresa/Centro de estudios:

**Varon**

Puntuaciones directas: 45 40 36 36 38 24 41 46 25 33 24 32

Escalas Adicionales: 45 10 10 34

P. D. Corrección: 34

**Mujer**

Puntuaciones directas: 8 10 8 26 36 38 24 41 46 25 33 24 32

Escalas Adicionales: 10 10 10 34

P. D. Corrección: 34

Fecha de examen: ..... Corregido por: .....

Copyright © 1976 by TEA Ediciones, S. A. - Traducido y adaptado con permiso. Copyright 1945, renewed 1970 by the University of Minnesota. Published by the Psychological Corporation, N. Y., U.S.A. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción total o parcial. - Editor: TEA Ediciones, S. A. - c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24. - 28036 Madrid - Gráf. Aguirre Campaño - Deganzo, 15 dpdo. - Depósito Legal: M. 37.772-1990.

INFORME PRUEBA MMPI

## **DATOS PERSONALES:**

Nombre del Paciente: Dora Lucia Ramírez Castro  
Edad: 46 años  
Sexo: Femenino  
Estado Civil: Casada  
Profesión/Estudios: Auxiliar de enfermería

### **1. DESCRIPCION GENERAL**

Nombre original: Minnesota Multiphasic Personality Inventory.  
Autores: S.R. Hathaway y J.C. Mckinley  
Procedencia: University of Minnesota, Minneapolis: publicado por "The Psychological Corporation"  
Adaptación española: TEA Ediciones, S.A.  
Administración: Individual y colectiva  
Duración: Variable, de 45 a 50 minutos  
Aplicación: adolescentes y adultos  
Significación: Evaluación de varios factores o aspectos de la personalidad  
Tipificación: Tablas de puntuaciones típicas normalizadas en cada uno de los factores.  
Formatos: Forma individual y colectiva.

### **ESCALA DE VALIDACION**

Las escalas L, F y K están relacionadas con la actitud del sujeto durante la aplicación.

Esta escala comprende todos aquellos elementos clasificados por el sujeto como NO SE o "no puedo decir": el valor de esa puntuación afecta el significado de las demás puntuaciones. Cuando es muy alto, las invalida. Una puntuación exagerada indica probablemente que las puntuaciones reales en las demás variables se hubieran apartado aun mucho mas del promedio si las frases eludidas se hubieran contestado con "verdadero" o "falso". En si misma, es también un factor de personalidad, pero no se ha analizado ningún material específico para determinar claramente la significación psicológica de esta escala. Se observa que aparecen puntuaciones altas en personalidades psicasténicas y pacientes depresivos.

El número de ítems no contestados o mal respondidos por la evaluada es reducido y, por tanto, no afecta a la interpretación de la prueba.

Podemos considerar que la paciente ha contestado con sinceridad a la prueba y no ha tratado de presentar una imagen falsa de sí mismo.

Las puntuaciones obtenidas en las escalas F y K se encuentran dentro de un rango normal y adecuado.

## ESCALA CLINICA

A continuación, este informe detiene su atención preferentemente en aquella información que tiene relevancia clínicamente significativa, prescindiendo de mencionar aspectos de carácter normal.

ESCALA	PUNTUACION DIRECTA	PUNTACION TIPICA
? = Interrogante	0	41
L= Sinceridad	8	63
F = Validez	10	66
K = Corrector	8	42
HS = Hipocondiasis	26+13=39	103
D = Depresión	36	82
Hy = Histeria	38	84
Pd = Desc. Psicopática	24+10+=34	86
Mf = Mas – Fem	41	41
Pa = paranoia	16	73
Pt = Psicastenia	25+1=26	51
Sc = esquizofrenia	33+1= 34	67
Ma = Hipomania	24+5 = 29	81
Si = Int. Social	32	56

De acuerdo a la tabla anterior podemos concluir que la escala clínica de la persona evaluada es bastante evidente su diagnostico, definamos entonces las puntuaciones mal altas:

### **Pd: Desviación psicopática (PT: 86) Alta**

Esta escala evalúa la ausencia de una respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse de las experiencias, y la desconsideración hacia normas sociales. Aunque a veces es peligrosa para si misma y para otras, esta persona es generalmente agradable e inteligente, su tendencia hacia lo anormal no se descubre frecuentemente hasta que se encuentra en serias dificultades, a no ser que se empleen instrumentos sociométricos objetivos. A menudo en entre una crisis y otra, puede comportarse durante muchos como su fuera persona perfectamente normal.

Como en el caso de la paciente que tiene una puntuación tan alta, no hay una terapia efectiva para mejorar estas personas, pero, con el paso del tiempo y con una orientación cuidadosa e inteligente, puede conseguir una adaptación adecuada.

**Hy= Histeria (PT: 84) Alta**

Esta variable mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes con el síndrome de la histeria de conversión. Los sistemas pueden ser malestares generales y sistemáticos, o más específicos, tales como parálisis, contracciones musculares, dolores gástricos o intestinales, o difidencias cardíacas.

La evaluada tiende a ser propensa a episodios ataques de debilidad, desmayos o incluso convulsiones epileptoides y estos síntomas no han aparecido es probable en una situación de tensión, se comportará abiertamente de forma histérica y resolverá los problemas que le perturban desencadenando todo los síntomas indicados.

Posiblemente esta persona es más inmadura psicológicamente que los de cualquier otro grupo. Aunque sus síntomas pueden a menudo ser “milagrosamente” aliviados por alguna conversión de fe, o por un psicoterapia adecuada, siempre existe la posibilidad de que el problema vuelva a aparecer si la tensión continua o se presenta de nuevo.

**D= Depresión: (PT: 82) Alta**

Esta escala evalúa la profundidad del síntoma o el síndrome clínicamente conocido como depresión. Este puede ser la perturbación principal del paciente, o estar acompañada o ser el resultado de otros problemas de personalidad.

La paciente probablemente tenga decaimiento de la moral, con ciertos sentimientos de inutilidad e incapacidad para mostrar optimismo normal en relación con el futuro.

Es posible que maneje una falta de confianza en sí mismo, tendencia a preocuparse, estrechez de intereses e introversión cuando se enfrenta a una situación crítica.

En algunos casos este tipo de pacientes pueden cambiar rápidamente en ambientes apropiados o con un tratamiento psicoterapéutico adecuado, pero es un probable que quede sujeto a otros accesos de depresión.

**Hs : Hipocondriasis : (PT:103) Muy Alta**

Es una evaluación del grado de preocupación anormal por las propias funciones corporales. Esta variable es una revisión mejorada de la escala original de hipocondriasis, H-Ch.

La evaluada tiende a preocuparse demasiado por su estado de salud; frecuentemente se quejan de dolores y malestares que son difíciles de identificar y pare los que no se encuentran ninguna causa orgánica clara. Es característica del hipocondriaco ser inmaduro en la forma de enfrentarse a sus problemas como personal adulta, tendiendo a fracasar en la resolución adecuada de los mismos.

Con una actuación psicoterapéutica se puede modificar una puntuación alta como la de nuestra evaluada pero es muy probable que su personalidad no cambie radicalmente. La existencia de enfermedades orgánicas comunes no eleva de manera considerable la puntuación de un sujeto, ya que la escala discrimina entre las personas enfermas somáticamente y la hipocondriasis.

## ESCALAS ADICIONALES

El estudio y toma de datos de esta escala se ha realizado (y puede hacerse así en el futuro) sobre aplicaciones del MMPI cuando se administro el formato completo o reducido, SIN TENER que esperar a recoger nuevo material, se puede juzgar inmediatamente el calor predicho de dichas escalas.

Escala	Puntuación Directa	Puntuación Típica
Es = Fuerza del yo	26	28
Dy = Dependencia	40	66
Do= Dominancia	14	48
Re = Responsable	22	51
Cn = Control	23	43

### **Dy = Dependencia (PT: 66) Tendencia significativamente alta.**

La paciente tiende a tener necesidades de dependencias y patrones de conductas consecuentes que prologan la terapia e impiden que el sujeto se independice psíquicamente. Las personas dependientes cuando esta variable esta unidad a la ansiedad, se adapta por medio de sentimiento de docilidad.

### **Es: Fuerza del yo (PT: 28) Baja**

Es posible que nuestra paciente tenga un alto grado de inadaptación o la existencia de problemas del yo, igualmente como una baja integración personal, y menor cohesión de la estructura de la personalidad para actuar entre las presiones externas y las tensiones emocionales internas que pueden desorganizar el equilibrio de sus patrones de conducta.

## INFORME PRUEBA NEO PI-R

### DATOS PERSONALES:

Nombre del Paciente: ¿?  
Edad: 46 años  
Sexo: Femenino  
Estado Civil: Separada, 2 hijos  
Profesión/Estudios: Auxiliar de enfermería

### 1. DESCRIPCION GENERAL DE LA PRUEBA APLICADA

CARACTERISTICAS	DESCRIPCIÓN
-----------------	-------------

<b>Nombre del test</b>	NEO PI-R, Revised Neo Personality Inventory
<b>Autor</b>	Paul T. Costa (Jr.) & Robert R. McCrae
<b>Autor de la adaptación española</b>	gustín Cordero, Antonio Pamos y Nicolás Seisdedos
<b>Editor de la adaptación española</b>	EA Ediciones S.A.
<b>Fecha de la última revisión del test en su adaptación española</b>	2008
<b>Constructo evaluado</b>	Personalidad
<b>Área de aplicación</b>	Todas aquellas en las que se precise evaluar Personalidad
<b>Soporte</b>	Papel y lápiz y asesoría

### **Comentarios generales**

En la actualidad el modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad se ha impuesto y existe un número importante de instrumentos diseñados para su medida, de los cuales el más prototípico es el NEO-PI-R, Revised Neo Personality Inventory (Costa y McCrae, 1992), publicado en español por TEA Ediciones (3ª edición revisada y ampliada, 2008), bajo el nombre Inventario de Personalidad NEO Revisado. Este instrumento evalúa los principales factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Cada factor se compone de seis escalas o facetas, medidas por ocho ítems cada una, lo que hace un total de doscientas cuarenta cuestiones a responder. Existe una versión breve, compuesta por los sesenta primeros ítems de la prueba (doce por factor), que constituye el NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Inventario NEO reducido de Cinco Factores.

Se recomienda el uso de esta prueba en todos aquellos contextos evaluativos en los que es conveniente medir la personalidad (clínico, educativo, organizacional), pues en los últimos veinte años el modelo de los cinco grandes se ha aceptado como la clasificación de rasgos de personalidad más validada y consensuada.

#### **FACTORES DE MEDICION:**

Neuroticismo (N)

Extraversión (E)

Apertura (O)

Amabilidad (A)

Responsabilidad (C)

A continuación nos centraremos en los datos clínicos relevantes encontrados en la prueba aplicada a la paciente en mención.

El cuestionario consta de un total 240 ítems a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones (en función del grado de adherencia). En la actualidad, el modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad se ha impuesto y existe un número importante de instrumentos diseñados para su medida, de los cuales el más prototípico es el NEO-PI-R. Según este modelo, la personalidad está configurada por cinco factores o dimensiones amplias, que implican tendencias

estables y consistentes de respuesta. Cada factor se compone de seis escalas o facetas.

(Se anexa plantilla con ítems evaluativos al final)

Factor y escalas Descriptivas obtenidas en la aplicación y que competen con la clínica.

En el presente informe se presentan las puntuaciones directas (PD) y transformadas (T) del Caso, junto con un perfil gráfico ilustrativo de los apuntamientos (alejamientos significativos a ambos lados del punto central, T=50

## **HALLAZGOS CLINICOS DE LA PRUEBA**

### **Neuroticismo vs. Estabilidad emocional, evalúa los siguientes ítems**

N1 Ansiedad

N2 Hostilidad

N3 Depresión

N4 Ansiedad social

N5 Impulsividad

N6 Vulnerabilidad

Equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos. El neurótico es un individuo ansioso, preocupado, malhumorado, frecuentemente deprimido, puede que duerma mal, y que sufra trastornos psicósomáticos. Es excesivamente emocional, reaccionando fuertemente a todo tipo de estímulos, siéndole difícil volver a un estado de equilibrio después de cada experiencia emocional importante. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en su propio equilibrio, haciéndolo reaccionar de forma irracional, a veces rígida. Su principal característica es una constante preocupación por las cosas que le pueden salir mal y una fuerte reacción emocional de ansiedad ante estas cosas, lo que le hace sufrir. Por el contrario, el individuo estable tiende a responder emocionalmente de forma débil y a volver rápidamente a su línea base después de cada reacción. Es normalmente tranquilo, de igual humor, controlado y despreocupado.

### **FACTORES**

		PD	T
Neuroticismo	N	10	63
Extraversión	E	92	37
Apertura	O	93	37
Amabilidad	A	10	32
Responsabilidad	C	10	37

## **COMPONENTES**

Ansiedad (N1)	18	57
Hostilidad (N2)	16	66
Depresión (N3)	18	63
Ansiedad Social (N4)	18	63
Impulsividad (N5)	17	58
Vulnerabilidad (N6)	16	66

En concreto, a partir de las puntuaciones en las facetas, se destacaran los valores que superen en importancia alta y baja la media poblacional.

- Un nivel muy alto de Hostilidad (T-66): denota una tendencia muy marcada a experimentar ira y estados relacionados con ella, como frustración y rencor.
- Un nivel alto de Depresión (T-63): Puede experimentar frecuentemente sentimientos de culpa, melancolía, desesperanza y soledad. Además, tiende a desanimarse con facilidad y se muestra abatido a menudo.
- Un nivel muy alto de Vulnerabilidad (T-66): Puede experimentar muy poca eficacia, luchando contra el estrés y, en situaciones de emergencia, se convierte en una persona extremadamente dependiente, desesperanzada o aterrorizada
- Un nivel medio-alto de ansiedad social (T-63): Pueden experimentar altos niveles de ansiedad ante la necesidad de relacionarse con las demás personas, afectándose los distintos estados de convivencia e interacción social, denotando preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedos, pensamientos negativos sobre sí mismo y la actuación ante los otros, temores de que se detecten las dificultades personales, temor a la pérdida del control y dificultad para pensar, actuar y concentrarse.

## **TENDENCIAS MEDIO-BAJAS DETECTADAS**

- Un nivel muy bajo de amabilidad (T-32): Poca tendencia a logros relacionados con el altruismo, como empatía y comportamiento amistoso y amable con los demás. Implica una tendencia a cooperar, mantener la armonía social y tener en consideración a los demás.

- Un nivel de extraversión en términos medio-bajos (T-37): denota pocos intereses por la sociabilidad, asertividad, expresión emocional, excitabilidad y locuacidad.
- Un nivel medio-bajo de responsabilidad (T-37): Tendencia a mostrar poco interés por eventos relacionados con la autodisciplina, así como la organización y el control de los impulsos y refleja la habilidad para ejercer el autocontrol necesario para seguir reglas o perseguir metas
- Un nivel medio-bajo de la apertura (T-37): tendencia a la pérdida del interés, por la imaginación, creatividad, curiosidad intelectual y aprecio por las experiencias estéticas. Se relaciona con la capacidad e interés por atender y procesar estímulos complejos.

### **OBSERVACIONES DE CONDUCTA**

La evaluada muestra una apariencia saludable, su contextura se ve apropiada para su edad, durante las entrevistas y la aplicación de la prueba, mostro interés y se expresó con lenguaje claro y coherente, aunque, presenta crisis de llanto con facilidad y se muestra frágil ante la narración de hechos pasados

Teniendo en cuenta que el neuroticismo es un rasgo de la personalidad fundamental en el estudio de la psicología que se caracteriza por ansiedad, irritabilidad, preocupación, la envidia y los celos. Las personas que puntúan alto en neuroticismo son más propensas que el promedio de experimentar sentimientos como la ansiedad, la ira, la envidia, la culpa y la depresión. Ellos responden peor al estrés ambiental, y son más propensos a interpretar las situaciones ordinarias como una amenaza, y pequeñas frustraciones como irremediablemente difícil. A menudo son auto-conscientes y tímidos, y pueden tener dificultad para controlar impulsos y posponer la gratificación. El neuroticismo es un factor de riesgo para los "internalización" trastornos mentales como la fobia, depresión, trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad, los cuales tradicionalmente se llaman neurosis.

En miras de encontrar mayor claridad de los rasgos hallados en la prueba Neo Pi-r, aplicada a la paciente en mención, consideramos necesario profundizar un poco en la relación del neurotismo con la depresión; basados en lo presuntos diagnósticos médicos.

### **Neuroticismo y la depresión**

Neuroticismo es una dimensión de mayor personalidad en relación con los pobres afrontamiento del estrés, pensamiento irracional, control de los impulsos, y la preocupación. Es un fuerte predictor de problemas psicológicos, en especial los relacionados con la alteración afectiva.

Neuroticismo se relaciona con los diferentes niveles de la depresión. Los estudios han demostrado que un alto nivel de neuroticismo es la primera incidencia de la

depresión y es el resultado de las recurrencias futuras. Los investigadores han encontrado que los factores genéticos que contribuyen a la cuenta de neuroticismo cerca de la mitad de la variación genética de la depresión. Además, la neurosis es una expresión de un trastorno de la vulnerabilidad genética subyacente y es un rasgo que representa para la ansiedad y la depresión.

La investigación sobre los efectos psicológicos del estrés se ha centrado principalmente en los acontecimientos importantes de la vida, con una fuerte evidencia que sugiere que el riesgo de depresión es significativamente mayor después de la aparición de estos factores de estrés. Los investigadores también han estudiado las tensiones de la vida diaria. Parte de la razón de este cambio se debe a la evidencia de que los problemas cotidianos median en los efectos de los eventos importantes de la vida de las mentales y físico.

Muchos estudios han examinado la relación entre neurosis y estrés. Kendler, Kuhn y Prescott encontraron que aquellos que puntúan alto en neuroticismo son más susceptibles a la depresión a largo plazo en comparación con aquellos que tengan una calificación baja en neuroticismo. Además, neuroticismo fue descubierto para predecir prospectivamente cambios en los síntomas depresivos en los que experimentan un cambio significativo en sus vidas. Neuroticismo controla cómo se maneja un cambio en su situación de vida por la inclusión de la depresión que sugiere que el neuroticismo se correlaciona entre problemas cotidianos y los síntomas de depresión.

Cuando uno no tiene una opción en el ambiente que se vive es el resultado de la relación entre el estrés y la depresión. Es importante tener en cuenta el efecto que el neuroticismo puede tener en un individuo en función de si están expuestos a más o menos todos los días de molestias cuando se mira en la relación entre neuroticismo, molestias y los síntomas de depresión. La existencia de problemas cotidianos sugiere que no mediar en alguna medida la relación entre neuroticismo y los síntomas depresivos. Estos problemas cotidianos incluyen la pérdida de empleo, problemas de pareja, dificultades económicas y los conflictos personales.

### **Correlación de los hallazgos encontrados en las pruebas MMPI - NEO PI-R**

<b>Puntajes altos</b>	<b>Puntajes bajos</b>
<b>HS = Hipocondriasis -103- Muy Alta</b>	Extraversión E -37- Baja
<b>Pd = Desc. Psicopática -86- Alta</b>	Apertura O -37- Baja
<b>Neuriticismo N -63- (NEO PI-R)</b>	Amabilidad A -32- Muy baja
<b>Hy = Histeria -84- Alta</b>	Responsabilidad C -37- Baja
<b>D = Depresión-82- Alta</b>	
<b>Ma = Hipomania-81- Tendencia alta</b>	
<b>Pa = paranoia-73- Tendencia alta</b>	
<b>Es: Fuerza del yo (PT: 28) Baja</b>	

En conclusión, nos encontramos con unos rasgos de personalidad Neurótica, donde la labilidad es uno de los componentes más importantes para desencadenar una hipocondría y manifestar sintomatología de simulación o síndrome somatomorfo, llevando a quien la padece, a experimentar componentes como los hallados en las pruebas, con grandes acercamientos a sensaciones de minusvalía e inadaptabilidad social.

Medellín, Noviembre de 2013

**Señores**

**UNIVERSIDAD MARÍA CANO  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**ASUNTO: asesoría metodológica y corrección de estilo.**

Yo, Oscar Ovidio Roldán Coronado, identificado con cédula de ciudadanía N. 71620781 de Medellín, con formación docente en Tecnología, Licenciatura en Educación Básica, Especialización en Docencia Universitaria y Magíster en Educación y Desarrollo Humano del CINDE, en convenio con la Universidad de Manizales, me desempeño como docente en el sector público y privado. Profesor-investigador, asesor metodológico y temático, corrector de estilo y ponente en eventos académicos como panelista sobre metodologías cualitativas en investigación social.

He laborado para las IES Universidad Antonio Nariño, Tecnológico de Antioquia, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Luis Amigó, Universidad Católica del Norte, Católica de Oriente, Universidad Americana, entre otras.

He asistido el trabajo de grado: Problemática psicológica no resuelta en paciente del sector salud con síndrome somatomorfo presuntivo. Estudio de caso, del programa de Psicología de su prestigiosa universidad María Cano.

Cualquier información adicional, será atendida con gusto en los siguientes contactos:

Móvil: 3136370260 – fijo: 5837432. Correo: [oroldan7001@gmail.com](mailto:oroldan7001@gmail.com)

OSCAR OVIDIO ROLDÁN CORONADO

Mg. En Educación y Desarrollo Humano.

Asesor metodológico