

Perspectivas clínicas psicológicas de caso

Salud mental a lo largo del ciclo vital

Karoll Córdoba Salamanca
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Andrez Maurizio Kaiser Cornwall
Tatiana Noguera Morales

Compiladores



Autores

María Isabel Oliveros Corrales
Jean Carlo Quigua Pineda
Valentina Rodríguez Rojas
Lizeth Fernanda Solarte Narváez
María Camila Varela Díaz
Natalia Gómez López
Grace Carolina Rengifo Rodas
María Camila Castillo Mejía
Isabella Azcárate Rodríguez
Angie Vanessa Galindo Caicedo
María Camila Ortega Cardona
Miguel Ángel Sarria
Katherine Mondragón
Lina Marcela Rojas Reina
Laura Daniela Vásquez
Erika Alexandra Marín Ospina
Karoll Córdoba Salamanca
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Andrez Maurizio Kaiser
Tatiana Noguera Morales



Perspectivas clínicas psicológicas de caso:

Salud mental a lo largo del ciclo vital

Karoll Córdoba Salamanca
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Andrez Maurizio Kaiser Cornwall
Tatiana Noguera Morales

Compiladores

362.2
C796

Córdoba Salamanca, Karoll, compilador
Perspectivas clínicas psicológicas de caso: salud mental a lo largo del ciclo vital / compiladores Karoll Córdoba Salamanca [y otros 3] – 1 edición – Medellín: UPB, 2024 -- 107 páginas.
ISBN: 978-628-500-148-2

1. Salud mental - Estudio de casos 2. Desarrollo humano - Salud mental
3. Psicología evolutiva 4. Desarrollo humano - Afectividad 5. Relaciones familiares 6. Familia - Aspectos psicológicos

CO-MdUPB / spa / RDA
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Varios autores

© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

Perspectivas clínicas psicológicas de caso. Salud mental a lo largo del ciclo vital

ISBN: 978-628-500-148-2

Primera edición, 2024

Facultad de Psicología

Seccional Palmira

CIDI. Grupo de investigación: Pedagogía y desarrollo humano. Proyecto: Abordajes clínicos de la psicología.

Radicado: 041A-06/22-02P

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Rector Seccional Palmira: Presbítero Raúl Jordán Balanta

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Coordinador de Investigación Seccional Palmira: Paola Andrea Salazar Valencia

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: Ana Mercedes Ruiz Mejía

Corrección de estilo: Weimar Toro Ramírez

Ilustración portada: Freepik

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2024

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Medellín-Colombia

Radicado: 2321-29-07-24

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito, sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.



Contenido

Prólogo. Algunas vicisitudes en la atención clínica para la salud mental contemporánea	7
<i>Diego Fernando Bolaños</i>	
Introducción	10
Capítulo 1. Ciclo vital: niñez y adolescencia (6 a 17 años)	12
Caso: M. Un des-madre en consulta	13
<i>María Isabel Oliveros Corrales, Fabián Ricardo Pardo Pérez y Miguel Ángel Sarria</i>	
Caso: Alicia	20
<i>Jean Carlo Quigua Pineda, Tatiana Noguera Morales y Katherine Mondragón</i>	
Caso: S	24
<i>Valentina Rodríguez Rojas, Andrez Maurizio Kaiser</i>	
Caso: Vicky. Conducta disruptiva	31
<i>Lizeth Fernanda Solarte Narváez, Fabián Ricardo Pardo Pérez y Karoll Córdoba Salamanca</i>	
Capítulo 2. Adulthood joven y adulthood (18 a 59 años)	39
Caso: V	40
<i>María Camila Varela Díaz, Karoll Córdoba Salamanca y Lina Marcela Rojas Reina</i>	
Caso: Y. M. Más allá de mi accidente	46
<i>Natalia Gómez López, Fabián Ricardo Pardo Pérez y Laura Daniela Vásquez</i>	



Caso: Sonia. Ni mi hija y yo	53
<i>Grace Carolina Rengifo Rodas y Tatiana Noguera Morales</i>	
Caso: Rodolfo. La culpa	60
<i>María Camila Castillo Mejía, Andrez Maurizio Kaiser Cornwall y Erika Alexandra Marín Ospina</i>	
Capítulo 3. Adultos mayores (60 años en adelante)	70
Caso: S	71
<i>Isabella Azcárate Rodríguez, Karoll Córdoba Salamanca y Lina Marcela Rojas Reina</i>	
Caso: A. Cuando mi hijo vivía.....	78
<i>Angie Vanessa Galindo Caicedo y Fabián Ricardo Pardo Pérez</i>	
Caso: Susana. Sé que puedo vivir sin ti, pero sencillamente no quiero.....	84
<i>María Camila Ortega Cardona, Fabián Ricardo Pardo Pérez y Andrez Maurizio Kaiser</i>	
Conclusiones generales de este libro	93
Sobre los autores	103



Prólogo

Algunas vicisitudes en la atención clínica para la salud mental contemporánea

Diego Fernando Bolaños¹

“La salud mental, ese delicado hilo invisible que entreteje la compleja trama de nuestra existencia, se manifiesta y evoluciona de manera singular a lo largo de las diferentes etapas de la vida” (p.92). Esta es una de las conclusiones generales que más puede destacarse del texto que a continuación usted leerá y que, sin lugar a dudas, es una apuesta que se arriesga a mostrar formas diversas de intervenir en la clínica psicológica con diferentes sujetos y, por supuesto, diversas formas de sufrir o padecer alguna inestabilidad mental. Se me ha pedido prologar este libro titulado, muy acertadamente, *Perspectivas clínicas psicológicas de caso: Salud mental a lo largo del ciclo vital*, tarea difícil cuando hay tanta densidad conceptual y, a la vez, gran simpleza para demostrarla. Intentaré no acartonar nada del contenido de este texto, al tiempo que intento no andar en la superficie de su trayecto. Eso sí, debo anticipar que este trabajo, bajo el pretexto y contexto de los ciclos vitales, es una arriesgada apuesta a integrar de manera armónica, es decir, no ecléctica,

1 Psicólogo y psicoanalista. PhD en Educación por la Universidad Federal de Minas Gerais, en la línea Psicología, Psicoanálisis y Educación. Con dos años de estadió Postdoctoral en la misma Línea. Docente de la Universidad Santiago de Cali. ORCID: 0000-0002-6629-4705. Correo: diego.bolanos04@usc.edu.co

algunos de los paradigmas clínicos que se mueven en el extenso campo de la intervención clínica terapéutica de la psicología. Saludo este riesgo y comparto la temeridad que contrae.

El primer capítulo nos sugiere con la presencia de S, M, Alicia, y Vicky... niños y adolescentes que nos posicionan en la conflictividad con la norma, el amor y la vida misma. Cada una de ellas es un complejo caso en el que esa triada representa conflictos, inestabilidades y riesgos para la existencia misma; de ahí que cobre gran validez la conclusión de este primer capítulo: el abordaje de problemáticas en la salud mental en la infancia y la adolescencia debe realizarse tempranamente y considerarse de importancia clínica, ya que son manifestaciones que presentan implicaciones a nivel personal y social, pero también impactan negativamente la vida adulta.

El segundo capítulo, por su parte, nos ilustra el devenir clínico de pacientes adultos y adultos jóvenes, con las particularidades correspondientes a ese gran periodo vital. V, YM, Sonia, y Rodolfo representan las vicisitudes que atraviesan las personas del común que, como tal, hacen común el sufrimiento al contraer afectaciones en su salud mental, sin necesidad de que se especifique una enfermedad mental, lo cual es una dicotomía interesante que se debe de tener en cuenta. Los dramas por infidelidades que erigen culpas, la invalidez y devaluación del sujeto, la violencia intrafamiliar y de género, entre otros, se nos presentan en un paisaje clínico que genera angustia, desazón y baja estima propia, problemas que son tratados de manera muy asertiva por los psicólogos clínicos de turno. Importante, entonces, es lo que se concluye en este capítulo, pues, como psicólogos, nos otorga una razón de ser-hacer más y es la que se "evidencia en los pacientes [cuando hay] una elevada dificultad para identificar recursos personales y contextuales que contribuyan a la solución efectiva de sus malestares y faciliten su crecimiento personal" (p.67).

Por último, en el tercer capítulo, se exponen casos clínicos de adultas mayores: S, A, y Susana, mujeres que presentan ansiedad, depresión y angustia por pérdidas (imaginadas o reales) de familiares, que les sumerge en sufrimiento. Interesante es que, los autores y autoras de este capítulo, destaquen que en dichos casos las mujeres hayan sido atravesadas por eventos significativos a lo largo de sus vidas, hasta llegar al ciclo vital de la vejez, o tercera edad, y con lo cual consiguen visibilizar las relaciones directas con la *Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez*, algo que, definitivamente, es una tarea a desarrollar por los profesionales que tenemos la salud mental como objeto de estudio y de intervención.



En líneas generales, aunque en el texto los casos se presentan con un orden casi sistemático, cada uno de ellos da muestra de las singularidades/individualidades de los sujetos/individuos o personas intervenidas y de las relaciones que los clínicos establecieron con ellas. De ahí que el nombre del texto, *Perspectivas clínicas psicológicas de caso: Salud mental a lo largo del ciclo vital*, juegue un papel significativo para la producción intelectual en la atención clínica contemporánea y, en especial, en la abordada desde los espacios de práctica profesional universitaria. Con lo anterior, auguro una buena lectura y, ante todo, un deleite significativo y de significancia para todos aquellos que lo aborden. Al menos en mi dejó huella. ¡Gracias a los autores!

Introducción

La comprensión de los ciclos vitales y sus implicaciones en la salud mental es esencial para el desarrollo de intervenciones clínicas efectivas. Este libro se basa en la metodología de estudio de casos en diferentes etapas de la vida, la cual permite explorar y documentar las experiencias de los profesionales en formación, acerca de estos ciclos vitales, desde la gestación hasta la vejez. Mediante la sistematización de las prácticas clínicas, se ofrece una perspectiva integral que abarca los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que permiten una reflexión crítica y contextual de los desafíos que presenta la salud mental en cada ciclo vital.

Con relación al planteamiento anterior, la metodología de estudio de casos posibilita una comprensión de los diferentes malestares que enfrentan los profesionales en formación dentro de los espacios de trabajo clínico. Esta aproximación permite ilustrar algunos modelos de intervención y evaluación, así como validar intervenciones empíricas que reflejan la postura e innovación del clínico frente a la diversidad de casos, según el ciclo vital que se atraviese. De acuerdo con Zetina (1999), el desarrollo de la persona está condicionado por factores biológicos, demográficos, socioeconómicos, socioculturales y psicológicos, lo cual sugiere una forma de presentación según el contexto y la etapa de vida en la que se encuentre la persona. Abordar los ciclos vitales por medio de casos prácticos, no solo les permite a los clínicos conocer los desafíos de la práctica clínica, sino que también le ofrece al lector una perspectiva amplia y contextual de los problemas de salud mental a lo largo de la vida.



En cada caso y capítulo, el lector encontrará la documentación de experiencias de los clínicos que se decidieron sistematizar su práctica, pero debe tenerse en cuenta que dichas experiencias no se presentan como verdades absolutas, sino como coordenadas que articulan la práctica y la experiencia. Cada capítulo permitirá al lector encontrar diversas apuestas conceptuales, teóricas y prácticas desarrolladas en distintos espacios terapéuticos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Internacional de Promoción de la Longevidad de Reino Unido proponen un abordaje integral de la salud a lo largo de los ciclos vitales y, de esta manera, considerar una visión temporal y social del estado de salud actual del paciente basado en experiencias pasadas y presentes (Kuh y Ben-Shlomo, 1997). De este modo, desde un enfoque narrativo que captura la complejidad del campo clínico, el profesional clínico podrá comprender los diferentes malestares, según el ciclo vital, y podrá apropiarse de las conclusiones extraídas de los casos, como si fuese él mismo, o ella misma, quien tuviera que abordarlos.

La estructura del libro se basa en la sistematización y orientación de las experiencias clínicas documentadas por profesionales en formación y sus intervenciones en los diferentes ciclos vitales, desde la gestación hasta la vejez. Esta sistematización sigue una estructura narrativa en la que predomina la perspectiva del clínico, utilizando la información verbal y los contenidos literales de los pacientes como base para la intervención. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3), abogan por la promoción del bienestar en todas las edades, lo que pone en contexto la necesidad de abordar todas las etapas y ciclos vitales, al considerar una noción de salud integral. En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2035 promueve la atención integral y diferencial, desde la primera infancia hasta la vejez, lo que garantizaría una vida sana y la obtención de bienestar en todas las edades.

En síntesis, este libro es una herramienta fundamental para abordar la salud mental en las diferentes etapas del ciclo vital. La metodología de estudio de casos enriquece el conocimiento de los profesionales en formación y proporciona un marco para la reflexión crítica y la innovación clínica, pues integra experiencias y desafíos con un enfoque narrativo y contextual; además de ofrecer una visión holística de los problemas de salud mental en cada etapa de la vida, lo cual facilita la realización de intervenciones más efectivas y una comprensión profunda de los factores que influyen en el bienestar mental de los pacientes. Así, este libro se convierte en una guía esencial y en una contribución significativa a la literatura sobre la salud mental y el desarrollo humano.

Capítulo 1

Ciclo vital: niñez
y adolescencia
(6 a 17 años)



Caso: M

Un des-madre en consulta

María Isabel Oliveros Corrales
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Miguel Ángel Sarria

Resumen

En este estudio de caso se analiza la problemática de M, un infante de 5 años que es llevado a consulta tras haber sido víctima de violencia intrafamiliar y negligencia por parte de su madre, ante lo cual se procedió con la activación de la ruta para el restablecimiento de sus derechos. No obstante, en el transcurso de la entrevista clínica se descubre que M presenta un F901 (Trastorno hiperactivo de la conducta) y que es considerado, por parte de sus familiares, como un "inquieto" y un "desmadre". A partir de esta información, la sesión cambia de dirección y se comienza a indagar profundamente acerca del comportamiento del paciente, con el fin de determinar la verdadera demanda de este, y con la intención de causar en el niño un deseo de análisis. Cabe aclarar que solo se ha tenido la oportunidad de atender el caso en una primera y, hasta ahora, única sesión, sin embargo, se trabaja con la información obtenida y se realiza un análisis desde una perspectiva psicoanalítica de corte lacaniano. Se toman de referencia los significantes con los cuales M se ha identificado y que ha aprehendido para ser reconocido por un Otro, y se propone un posible plan de tratamiento que involucre el juego, pues se trata de un niño en su primera infancia y, fácilmente, el juego puede servir como un instrumento que le facilite la asociación libre.

Identificación del paciente

Para iniciar, por cuestiones de confidencialidad, no es posible dar el nombre real del paciente, por lo que, para hablar de él se le ha nombrado "M". En este sentido, M es un infante de sexo masculino, de cinco años, perteneciente a



relación con su media hermana. Cabe destacar que los colores oscuros (marrón y azul) en las líneas inferiores que representan a la madre de M y a su padrastro, indican que ellos consumen alcohol de manera habitual, lo que puede afectar, mucho más, la relación con los otros miembros de la familia.

Análisis del motivo de la consulta

Inicialmente, el paciente M ingresa al servicio de urgencias del hospital y el acompañante (tío materno) del menor manifiesta, como motivo de consulta, "la mamá le pegó". Tras haber sido evaluado por el médico, es remitido a interconsulta por psicología (Ruta interna de atención a víctimas) en donde es valorado como un caso de violencia intrafamiliar. Se siguen los lineamientos de la ruta, realizando una anamnesis para la recogida de datos necesarios y de esta forma descartar factores de riesgo que involucren el estado mental del paciente. Durante la entrevista clínica se evidencian antecedentes de maltrato físico y psicológico hacia M por parte de su madre y padrastro, que se evidencia por los impactos causados, con un cinturón, en la parte inferior de su espalda, razón por la cual habían acudido a urgencias.

Al seguir indagando por los hechos ocurridos, se averiguó que la violencia física y psicológica que ha recibido M ha sido producto de su comportamiento. El acompañante refiere "hoy la mamá le pegó, porque él estaba tirando piedras en la sala; pero le pegó tan feo con la correa que llamamos a la policía y de una me lo traje a que lo revisaran", y explica, además, que "él ha sido siempre un niño muy inquieto, los papás no lo soportan". El profesional clínico pregunta: "¿A él ya lo ha visto antes un psicólogo? El acompañante responde: "sí, él siempre ha sido hiperactivo, hace quince días estuvo en el psicólogo y lo mandó al psiquiatra por problemas de comportamiento".

Ante estas revelaciones se da un nuevo diagnóstico, que toma relevancia en el caso, el cual, siguiendo los parámetros del CIE 10, es un F901, Trastorno hiperactivo de la conducta. Desde este momento surge la intención de reinventar la postura del psicólogo ante el caso, cambiar la posición de un sujeto sancionador (porque la participación del psicólogo estaba comprometida por los fines legales del caso), a un sujeto que busca dar un lugar al síntoma y comprender su función, se le ofrece un espacio mediante la instalación del dispositivo de escucha, donde se reivindique el lugar en donde M podrá reconstruir dicha experiencia a partir de sus propios recursos psíquicos. Pues,

en este punto el motivo de consulta ya ha tomado un giro y la verdadera demanda del paciente toma otra connotación, lo que quiere decir que, lo que realmente demanda M. es darle un orden a su vida.

Historia del problema

Con la información brindada por M y su acompañante, que en este caso se le llamará A, aparecen datos importantes que podrían explicar el surgimiento del problema de M. Primero, A, durante la valoración, expresa que M fue un niño no deseado por su madre, por lo que esta intentó acciones que interrumpieran su estado de gestación; sin embargo, M logra nacer. Luego, ambos, madre e hijo deben enfrentar el abandono del padre biológico de M, quien llega a la edad de cinco años sin conocerlo.

Otro hecho que se descubre en la entrevista clínica es la negligencia y violencia intrafamiliar que M recibe por parte de su madre y por la pareja de esta. Ante este hecho, A refiere que M ha alcanzado una desnutrición significativa, pues el niño está por debajo del peso ideal que debería tener, según su edad. Mientras se indaga en este aspecto, M refiere la manera en cómo lo alimentan habitualmente: “mi mamá me da arroz y huevo... y a veces salchichón”. Esta declaración es corroborada por A, quien comenta, también, que “sus papás [los de M] consumen mucho alcohol... además, lo maltratan y lo insultan mucho. Siempre le pegan, no le tienen paciencia”.

Asimismo, se encuentra que M es catalogado por los adultos que conviven con él, como un niño “insoportable”, “inquieto” y como un “desmadre”, y que esa es la razón por la cual es maltratado por parte de sus cuidadores. Por otra parte, a lo largo de la valoración, M relata otro punto clave cuando responde por aquello que le gusta hacer en sus tiempos libres: “me gusta jugar a la policía y encarcelar a las niñas, es más, cuando sea grande quiero ser un policía”. El enunciado de M revela cómo proyecta simbólicamente sus deseos inconscientes de ejercer control y autoridad a través de la figura de la policía; así como el deseo de “encarcelar a las niñas” refleja su tensión interna hacia lo femenino, posiblemente influenciada por una relación conflictiva con su madre, lo que lo lleva a querer castigar a las mujeres que no cumplen con el rol que él espera.

A partir de la anterior información, se propone, en el siguiente apartado, una hipótesis que explique, coherentemente, lo que pasa con M y cómo funciona él en su vida cotidiana.



Interpretación del caso

Por lo ya dicho, se evidencian aspectos claves por los que, desde el psicoanálisis, es posible descifrar el comportamiento actual de M. Para iniciar, es importante referir las primeras etapas de la vida de M, lo cual se remonta a la etapa en que M se encontraba aún en gestación. Desde ese momento, o incluso antes, el sujeto ya existe como tal en el mundo simbólico de sus padres, quienes imponen ideales en ese hijo que pronto nacerá, lo que le da a ese niño un lugar en el mundo (García, 1998). En este caso, se tiene que M fue un niño no deseado por sus progenitores, incluso, podría decirse que su embarazo fue algo insoportable, inquieto y molesto para su madre, razón por la cual se le asignaron dichos significantes a M, quien fue hablado de ese modo por su madre que le dio, así, una posición en el mundo. En palabras de Lacan (1955) "el sujeto [comienza] a marcar su lugar en el mundo simbólico, es decir, en el mundo de la palabra, anticipando su constitución como 'ser' simbólico" (pp. 85-87). De ahí que M sea presentado como un niño "inquieto", "insoportable" y "molesto", pues así es como se le ha identificado por su madre.

Ahora bien, después del nacimiento, es fundamental para el neonato el establecimiento del vínculo madre-hijo, para lograr un buen desarrollo de su subjetividad. En el caso de M fue difícil establecer un vínculo con su progenitora, debido al desamparo de ella para con él y que produjo en M un sentimiento de desprotección y rechazo, ya que no se le reconoció ante el Otro como un deseo, es decir, M no fue el deseo del deseo del Otro. De ahí que sea factible proponer que esta sea la causa de su mal comportamiento, puesto que la única manera en la que es visto por su madre, y reconocido como hijo, es cuando se vuelve molesto e insoportable por medio de su conducta, y se convierte así en un "des-madre" (entiéndase el prefijo "des" como una negación), esto es, un "sin-madre". Por lo tanto, dicha ausencia de la madre pudo generar consecuencias en M, tanto en su comportamiento como en su personalidad y en el vínculo con los otros aspectos que definen la palabra 'desmadre' (Trigueros & Sanz, 2001).

Finalmente, también es importante señalar las consecuencias que acarrea la ausencia del padre durante el desarrollo del sujeto, pues la no presencia de este semblante significa, por lo general, que no hay una persona que establezca las normas en la vida del sujeto, y la ausencia de autoridad trae como consecuencia un sujeto que no cohibe sus propios actos. En el caso de M, la ausencia de este semblante se puede observar mediante el juego. Recuérdese lo mencionado más arriba, acerca del juego favorito de M: jugar

a ser policía y se sabe que un policía es una persona que encarna o representa la ley y el orden. De ahí que M fantasee con ser un policía, pues busca proporcionarse, a sí mismo, un límite a sus actos. Esta fantasía da cuenta de cómo el sujeto, en este caso M, utiliza sus propios recursos en la búsqueda de algo o alguien que lo contenga de un desborde mayor. Otro dato importante a este respecto es que M menciona que, al jugar, utiliza su poder para encarcelar a las niñas, lo que hace pensar que es posible que, a través de esta acción, M desplace, inconscientemente, el castigo que le quiere dar a su madre por su comportamiento para con él, es decir, M realiza una solución simbólica para toda madre que no cumpla con su rol, por lo cual les demarca un límite, encarcelándolas.

Hipótesis

El comportamiento inadecuado que presenta M se debe a la ausencia de un semblante que represente la norma, en su instancia infantil, esto es, un semblante que le proporcione un límite a los actos que realiza. Debido a la ausencia de su padre, quien no cumplió con la función paterna de introducir un orden o una legalidad psíquica (Lacan, 1949), es por lo que M fantasea, a través del juego, ser un policía (persona encargada de mantener el orden), para brindarse a sí mismo ese orden que el Otro no le da, o ese orden que debido a la ausencia de Otro no cumple su función. En este sentido el juego se vuelve un elemento muy importante a la hora de intervenir, puesto que por su medio "los niños repiten [...] todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y, de este modo, tratan de darle salida a esa energía adueñándose de la situación" (Asturizaga & Unzueta, 2008, p. 7). Por esto, se hace necesario poner atención a los detalles del juego del niño, ya que el juego se convierte en una vía al inconsciente, en el entendido de que este les permite asociar sus ideas de manera más fácil, a comparación de la regla fundamental de la asociación libre.

Otro punto en cuestión, es el hecho de ser un niño no deseado, al momento de nacer, por sus cuidadores primordiales, lo cual genera en M una angustia, pues sabe que no ocupa un lugar de objeto para su familia y busca ser reconocido por el Otro mediante su comportamiento, lo que logra por medio de su identificación y adopción de los significantes "inquieto", "insopportable" y ser un "des-madre", con los cuales le es posible ser percibido por el Otro (madre, padre, abuela, hermana, médico, etc.) y hacerse un lugar como sujeto de lenguaje. La palabra "des-madre" se escribe separada para ilustrar,



siguiendo a González (2020), la homofonía y la resonancia de las palabras en el inconsciente. En este nivel, no es la objetividad de la palabra lo que importa, sino el significante que se escucha. Así, la expresión “hacerse un lugar como sujeto de lenguaje” se refiere a ocupar un lugar en la familia, pero también resuena como “a-ser un lugar en la familia.

Caso: Alicia

Jean Carlo Quigua Pineda
Tatiana Noguera Morales
Katherine Mondragón

Resumen

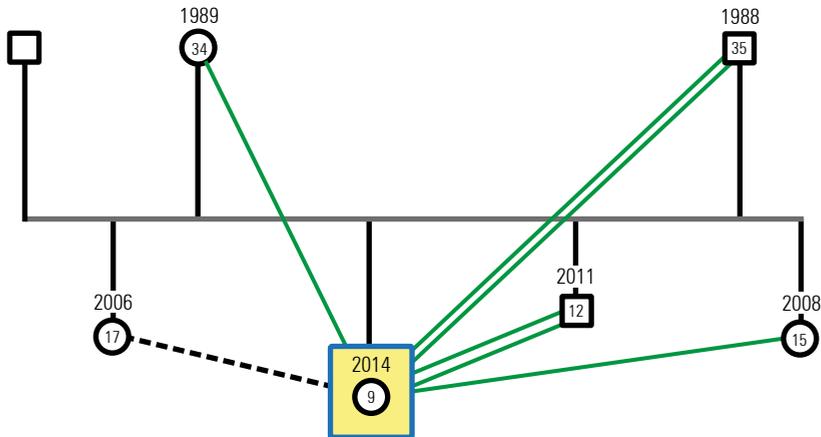
Se presenta el caso de Alicia, una paciente atendida en consulta externa tras ser remitida por el médico general, debido al inicio de su periodo menstrual prematuro. Inicialmente se hizo la identificación del caso y la de su núcleo familiar, para lo cual se facilita el familiograma que da cuenta de las relaciones que mantiene con cada uno de los miembros de esta. También, se analiza el motivo de la consulta, en el cual se aborda las problemáticas que se dan a partir del inicio de la menarca, el abordaje de la historia familiar de la paciente, y se realiza la interpretación teórica del caso, la cual se fundamenta desde el enfoque cognitivo conductual (asignando 4 sesiones por psicología), para, finalmente, presentar la hipótesis del caso y la enseñanza dejada por la construcción de este.

Identificación del paciente

Paciente femenina de 9 años, quien cursa grado cuarto de primaria, vive junto a su madre de 34 años, con quien tiene una relación armoniosa, al igual que con su hermana de 14 años; con su padre de 35 años y hermano de 12 mantiene una relación cercana. Con otra hermana de 17 años tiene una relación distante, dado a que vive por fuera del hogar.



Figura 1. Familiograma de la paciente



Fuente. Elaboración propia.

Análisis del motivo de consulta

Tanto madre como hija refieren que el motivo de consulta fue “ser remitidas por médico general debido al inicio del periodo menstrual prematuro”, dicha situación ocurrió a sus 8 años, desde entonces se manifestaron los síntomas relacionados con la dependencia hacia las figuras paternas. A partir de la menarca la sintomatología ha evolucionado, mostrando en la niña temor a quedarse sola, buscando contantemente la cercanía de sus padres y, cuando no la obtiene, se aísla en su habitación. Según comentó la madre, los síntomas se potenciaron debido a que ella empezó a laborar, hace aproximadamente 3 meses, y desde ese hecho la paciente ha dado a entender, en reiteradas ocasiones, que se siente sola cuando no está su madre.

Historia del problema

La sintomatología inicia cuando la paciente tuvo su primer periodo menstrual a la edad de 8 años, esto desencadenó en ella los sentimientos de apego, miedo y preocupación por la ausencia de sus padres, lo cual ha evolucionado hasta el punto en que, actualmente, esta situación le genera episodios

depresivos al quedarse sola en casa. Según lo referido, la niña desde los 7 años presenciaba violencia física y verbal entre sus padres, lo cual le provocaba el llanto y el deseo de esconderse.

Hipótesis

La paciente presenta creencias nucleares que le han causado dificultades en la asimilación de su periodo menstrual temprano, esto debido a pensamientos irracionales presentes en la madre (“no le debería haber llegado eso aún, está muy pequeña para esto”), los cuales le generan sentimientos de inseguridad a la niña y, en consecuencia, el apego hacia sus figuras paternas y grandes temores cuando estos no están presentes.

Interpretación del caso

La intervención terapéutica con la paciente se proyectó en 4 sesiones, desde el enfoque cognitivo conductual, utilizando los postulados de Beck (1976). En el análisis se observaron creencias nucleares en la paciente entendiéndose éstas como las definiciones, evaluaciones o interpretaciones (López, A. et al, 20210) que la niña ha realizado de su situación, las cuales le generan un conflicto con la idea de tener el periodo menstrual y han sido otorgadas por creencias irracionales instauradas de su madre.

Para el abordaje de las sesiones se planteó, como objetivo, promover en la niña una transición en el sentimiento de inseguridad que le generaba la ausencia de sus figuras paternas, esto desde sus esquemas cognitivos y usando los postulados de Beck (1976) en los que desde el diálogo socrático se acompañó un cuestionamiento consciente frente a lo que había aprendido y construido del período menstrual desde su madre, siendo así una ausencia de creencias adaptadas y buscando dar herramientas para crear autoafirmaciones funcionales como medio de afrontamiento a los cambios físicos de la etapa menstrual y así estimular pensamientos y conductas con mayor adaptación (Knell, cap.17; 2012). Todo lo anterior, desde la perspectiva de la niña en tanto no hay creencias enteramente establecidas. De igual forma, se trató de hacer la identificación de pensamientos que surgían, sentimientos y conductas que aparecían, también llevarla a apropiaciones de las cogniciones de forma más realista para con ello dar herramientas que permitan la modificación de algunas creencias, suposiciones o esquemas según su edad. Para lo cual se planteó la terapia de juego con títeres, la cual es una técnica que



busca ser un elemento transitorio en la niña con respecto al apego excesivo que siente por sus padres. Este tipo de terapia tenía una naturaleza breve, se lograba hacer por tiempo limitado, contemplando una dirección según los objetivos que se querían lograr con ella respecto a la forma como se concebía enfrentando la menstruación y desde allí, la psicoeducación en aspectos desde las emociones, los comportamientos y cambios físicos que esto trae (Knell, cap. 17, 2012 como se citó en Schaefer). Lo anterior posiciona una relación terapéutica positiva con la niña, logrando una adecuada comunicación y estableciendo así un lugar seguro dentro del espacio de intervención. De igual modo, las metas a cumplir a través de las actividades concebían las conexiones entre la conducta y los pensamientos de la niña.

Por otra parte, se propuso un trabajo dirigido a los padres de la paciente, con el propósito de brindarles una orientación sobre los sentimientos que Alicia estaba experimentando y cómo estos se relacionaban con el inicio de su periodo menstrual. A lo largo de las sesiones se planteó ir comprobando los avances de las técnicas y la evolución de estas.

Caso: S

Valentina Rodríguez Rojas
Andrez Maurizio Kaiser

Resumen

El presente estudio de caso se llevó a cabo a partir de la valoración psicológica del consultante denominado como "S", de sexo masculino y con 11 años, el cual presentaba, desde el primer encuentro en consulta, sentimientos de desesperanza, tristeza, agresividad y llanto fácil. S ingresa por remisión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), ya que se encuentra en condición de abandono por parte del núcleo familiar. Se le brindó una impresión diagnóstica por problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado Z63.2, según el CIE-10, y negligencia o abandono identificado con el código T740.

El seguimiento tuvo una duración de 9 sesiones en las que se trabajó el fortalecimiento de su Self con el objetivo de permitir un mayor reconocimiento de sí mismo y de sus capacidades para hacerle frente a las adversidades. Lo anterior fue abordado desde el enfoque humanista- gestáltico, utilizando técnicas expresivas, supresivas e integrativas, tomando en cuenta el ciclo de la experiencia de Salama (2001), y ubicando los bloqueos de desensibilización, deflexión e introyección como los más repetitivos en el paciente. Los cambios evidencian una mejoría en su capacidad de expresión a nivel de emociones y esferas interpersonales; asimismo se observa más regulado con el pasar de las sesiones, con una disminución considerable del desborde emocional.

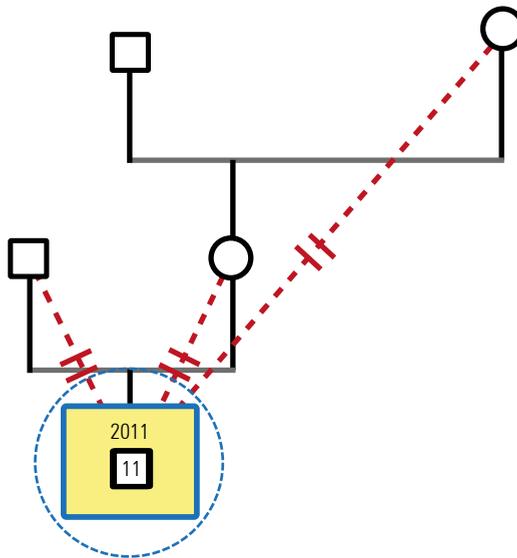
Identificación del paciente

Paciente masculino de 11 años, quien residía anteriormente con su abuela, pues fue entregado por su madre para estar al cuidado de esta; pero luego es entregado, por voluntad de su abuela, a un centro del ICBF, ubicado en Palmira. Su abuela, refiere no desear estar más a su cuidado, el ICBF



sostiene tener poca información familiar sobre S, debido a que los familiares no volvieron a comunicarse con la institución. Cabe resaltar que S continuó su proceso escolar dentro de la misma fundación, en tal sentido, se encuentra cursando segundo grado de primaria. Actualmente no refiere ningún tipo de comunicación con su familia, por lo que se evidencia, durante las consultas, su dificultad y llanto fácil al hablar de ello.

Figura 1. Familograma del paciente



Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a la información del genograma, se tiene que S sostiene relaciones distantes con sus abuelos maternos, madre y padre. Debido a la incomunicación que hay con su familia se dificulta tener una caracterización más detallada del tipo de vinculación y de las dinámicas relacionales del consultante.

Análisis del motivo de consulta

El usuario ingresa en compañía de la psicóloga de la fundación en la que reside el menor, ella refiere que “es un niño tímido, que se volvió agresivo, porque siempre le están diciendo cosas, su madre lo dejó con su abuela y su abuela, después, lo entrego al ICBF”. La psicóloga sostiene que lo más probable es que su familia no vuelva por él, ya que han tratado de establecer comunicación con sus familiares, sin embargo, estos no volvieron a visitarlo, incluso, cambiaron su número de contacto, por lo cual, no se tiene mayor información familiar del niño.

Por lo anterior, en consulta se socializaron los derechos y deberes al acompañante, así como el consentimiento informado. Seguidamente, se le preguntó a S sobre cuál considera que es el motivo por el que se encuentra en consulta, y su respuesta fue: “creo que los profesores me ponen cosas muy duras, me he portado mal y por eso estoy aquí”. Luego, se le pregunta al paciente si en otro momento ha acudido a psicología, y él refiere que no conoce a cerca de ello, razón por la cual se orienta sobre los quehaceres del profesional.

Al momento de indagar sobre su entorno familiar, S dice no saber nada de su grupo de apoyo primario y expresa estar incomunicado con ellos, lo que le produce un desborde emocional durante la consulta. Con respecto a ello, se le explica sobre el accionar responsable de los adultos y los motivos por los cuales los padres de familia acuden al ICBF, pues es un lugar donde se brinda alimentación, educación y protección a los niños que lo necesitan. Por otro lado, se le pide que realice un dibujo libre, cuyo objetivo es el de regular su estado de ánimo. Con relación a lo anterior, se evidencian síntomas de tristeza y desesperanza en S, quien poco interactúa en consulta. Cabe resaltar que acude con un hematoma en su ojo derecho causado por una pelea con un compañero de la fundación.

Con relación al examen mental, se encontró ubicado en tiempo, lugar y persona; sin embargo, durante las consultas es propenso al llanto fácil. No presenta alteraciones aparentes en memoria inmediata, reciente y remota, y con relación a la consciencia se encuentra lúcido y alerta. Presentó lenguaje coherente y lógico, lo que evidencia un estado general de los sentidos sin alteraciones y juicio de realidad sin compromiso.



Historia del problema

S se encuentra a cargo del ICBF, en los primeros encuentros refiere no tener conocimiento sobre el inicio de su sintomatología, razón por la cual se examina con la psicóloga acompañante acerca del tiempo que lleva institucionalizado, la cual sostiene que ingresó el 1 de noviembre del 2021. Durante el abordaje, en varias sesiones, menciona estar en la fundación alrededor de hace un año, y manifiesta: “creo que tenía 10 años cuando llegué a la fundación, desde navidad estoy allá”. Con relación a los síntomas manifiestos en consulta, refiere “desde que estoy en la fundación me siento triste y lloro mucho, antes no me sentía así”.

Por otra parte, S refiere no tener ningún tipo de comunicación con su figura paterna ni materna; no obstante, debido a la relación terapéutica establecida durante los seguimientos, expresa tener dos hermanos: el mayor, quien según su discurso vive lejos de su abuela materna, asimismo, menciona que tiene una hermana, quien vivía con su abuela al igual que él y, además, indica el nombre de su madre, así como los sentimientos que actualmente tiene hacia ella, pues sostiene “siento rabia, porque me dejó allá, antes sentía amor; pero ya no”. Con relación a los resultados evidenciados en las sesiones, S reconoce la rabia y la tristeza como parte de las situaciones que no le gusta vivenciar, además, expone a su familia como aquello que le genera sentimientos de tristeza y enojo en su vida. Sumado a lo anterior, es importante comprender la añoranza por su grupo primario de apoyo.

Interpretación del caso

Desde la terapia Gestalt, perteneciente a la corriente humanista, el centro de la vida humana es llamado, según Salama, (2001), el ciclo de la experiencia, el cual pretende explicar cómo los individuos establecen contacto consigo mismos y su entorno, por lo tanto, dentro de la terapia es necesario e importante detectar los bloqueos establecidos dentro del ciclo, llamados también autointerrupciones, dado que se tiene como objetivo trabajar en ellos para que, por medio del proceso terapéutico, S fluya de mejor manera con su organismo y entorno. Por lo anterior, se hace necesario aclarar a qué hace referencia el ciclo de la experiencia cuando mencionamos que se divide en varias fases. reposo, formación de la figura, movilización de la energía, acción, precontacto, contacto y postcontacto. Dicho ciclo de la experiencia se mantiene en constante movimiento y surgen, a su vez, interrupciones que impiden la realización adecuada en cada fase.

En este orden de ideas, S durante su vida ha tenido diversos ciclos de la experiencia que no ha logrado concluir y en los que presenta diferentes interrupciones, manifiestas a través de su discurso, por lo cual, mayormente, se evidencian bloqueos como la desensibilización, puesto que bloquea diversas sensaciones, y esto no le permite tomar conciencia de lo que está pasando con su organismo. Lo anterior, se pone de manifiesto a lo largo de las consultas, cuando se pregunta sobre aquello que le genera malestar y llanto fácil, su respuesta se limita a un ambiguo “no sé”. Es decir, presenta resistencias en conocer o discriminar algunas sensaciones por el propio estado en que se encontraba, lo cual surge como mecanismo de defensa, en este caso, para no sufrir más.

Asimismo, el boqueo de deflexión se emplea como una forma de evitar el enfrentarse o contactar de manera directa con otra persona, y puede ser utilizada al iniciar o al responder al contacto. En tal sentido, evita enfrentarse o relacionarse de manera auténtica cuando se mencionan aspectos concernientes con su familia o, específicamente, con su madre, ya que, al preguntar sobre estos asuntos, S evita el contacto visual y manifiesta llanto fácil. Por otro lado, incorpora en él las creencias que aprendió de su núcleo familiar, y entiéndase el contenido de las creencias como aquello referido al mundo o a sí mismo, permeado por la verdad subjetiva y psicológica que se adquiere de diversos contextos como el familiar.

Por consiguiente, se evidencia que S incorpora creencias o ideas de rechazo y minusvalía referidas en su discurso, tales como “no soy bueno, no tengo nada bueno”, lo que podría estar configurando en su psique la falsa idea de no ser merecedor de la aceptación, la protección y el amor de los demás. Sumado a lo anterior, evita tener interacciones y manifiesta aislarse en momentos de dificultad.

Con relación a lo antedicho, es relevante resaltar que la clínica Gestalt, tomando en consideración la etapa de vida del paciente, busca crear un espacio libre, seguro y acogedor donde se pueda establecer la experiencia de confianza y se actualice el autoorganismo (Bianchi y Kublikowski, 2018). En tal sentido, dentro del plan de tratamiento, se tiene como principal objetivo el de fortalecer su Self para permitir un mayor reconocimiento de sí y de sus capacidades, y que de esta forma, le haga frente a sus adversidades. Como objetivos específicos se consideraron:

1. Identificar el grado de reconocimiento que tiene de sí mismo y de su entorno, así como de sus capacidades para afrontar las adversidades.



2. Facilitar el proceso de actualización del marco de referencia, teniendo en cuenta las percepciones que ha desarrollado a lo largo de su vida.
3. Facilitar y fomentar la manifestación de emociones mediante técnicas expresivas que propicien el contacto genuino y le facilite al consultante explorar los malestares significativos sobre los cuales evita profundizar.

Lo anterior, ha sido abordado por medio de la terapia de juego, considerada como una herramienta terapéutica adecuada para fortalecer su dimensión interpersonal que ayuda a los usuarios a expresar sus emociones relacionadas con dificultades psicosociales y, así, alcanzar un crecimiento personal (Charles, 2012). Por estas razones, las actividades que se llevaron a cabo fueron trabajadas mediante el dibujo libre, la pintura, el juego simbólico e imaginario y, además, se usó de un arma-todo, de plastilina y temperas, medios con los que se logró fortalecer la relación terapéutica y se favoreció la manifestación de sus emociones de una manera adecuada.

Hipótesis

En este orden de ideas, y conforme a lo indagado en la consulta terapéutica, se considera que algunos de los aspectos que influyen en el malestar expresado por S podrían relacionarse con la ausencia y el abandono de sus padres, el poco interés por su cuidado manifestado por su abuela, sumado a la negligencia que experimenta de su entorno actual, ya que, en casos de etapas infantiles y adolescentes, existe la necesidad de que el entorno y los cuidadores propicien el apoyo necesario para el tránsito del ciclo de la experiencia de manera satisfactoria (Bianchi & Kublikowski, 2018). Se debe tener en cuenta, además, que en la etapa de vida que va desde los 0 a los 15 años, según Bühler (s.f.), citado en Ramírez (2020), es cuando el adolescente atraviesa, de una manera bastante cuestionable, por contextos como el familiar y escolar; sin embargo, se ha comprobado que los infantes que han padecido abandono o se encuentran institucionalizados tendrán alteraciones en todas sus fases de desarrollo integral, a diferencia de quienes no han vivido dicha situación. Por ello, las situaciones que vivencie el adolescente que tenga amenazada su integridad física y emocional se conciben como un trauma psicológico (Péres, 2011). En esta línea, es importante comprender que la terapia Gestalt entiende el trauma como una situación inconclusa del pasado, que genera interrupciones para iniciar nuevos ciclos de la experiencia de vida (Perls *et al.*, 1997; Vidakovic, 2016, citado en Bianchi & Kublikowski, 2018).

Por lo tanto, la experiencia traumática puede provenir del maltrato, abandono o descuido permanente de los cuidados básicos de los niños o adolescentes. De modo que se considera que la demanda de S es la necesidad de protección, ya que, a través de lo abordado en las sesiones, ha manifestado la añoranza por su hogar, al que comprende como el lugar donde estaba seguro, sobre todo, teniendo en cuenta que también ubica el inicio de su sintomatología una vez llega a la fundación y es separado de su familia. De acuerdo a lo descrito hasta el momento, se brinda una impresión diagnóstica por problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado, con código Z63.2, según el CIE-10, sumado a la negligencia o abandono con código T740, de acuerdo con el manual diagnóstico.



Caso: Vicky

Conducta disruptiva

Lizeth Fernanda Solarte Narváez
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Karoll Córdoba Salamanca

Resumen

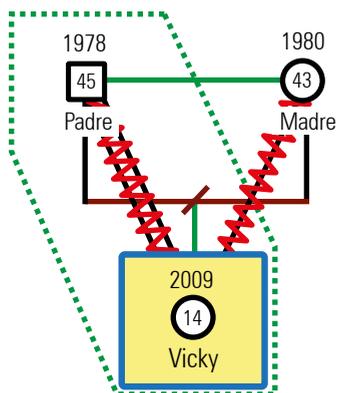
En el presente caso clínico, se evaluó a una paciente de 13 años que fue remitido al servicio de urgencias debido a dificultades en la comunicación y habilidades sociales. Inicialmente, se sugirió que estas dificultades estaban vinculadas a antecedentes de maltrato animal en el pasado de la menor. Sin embargo, una evaluación exhaustiva reveló que subyacían problemas de conducta e impulsividad, que la impulsaron, incluso, a la planificación de un acto suicida. En la formulación clínica se hipotetizó que estos problemas se pudieron haber originado por el impacto emocional derivado de la separación de sus padres, así como de la manera en que la preadolescente procesaba y expresaba sus sentimientos sobre esta situación. Se identificó una paciente que, por medio de un discurso lesivo, devaluaba e invalidaba su propia identidad. Para concluir, la impulsividad y agresividad presentes en la joven se analizaron como manifestaciones de su descontento en el entorno familiar. El enfoque terapéutico se centró en la expresión de emociones, la reestructuración de una percepción distorsionada de sí misma y el fortalecimiento de las redes de apoyo mediante una comunicación clara y efectiva.

Identificación del paciente

Paciente femenina de 13 años, con seudónimo Vicky, estudiante de noveno grado de bachillerato con problemas de integración social y antecedente de bullying desde quinto grado. Reside actualmente en Buga, con su padre, es hija única por parte de ambos progenitores, los padres se encuentran divorciados desde hace 2 años (2021), su madre

vive en Santander de Quilichao, sostienen una relación distante a raíz de la mudanza de esta. Paciente con impresión diagnóstica CIE 10: F928, otros trastornos mixtos de la conducta y las emociones.

Figura 1. Familiograma del paciente



Fuente. Elaboración propia.

En el genograma se observa la estructura familiar monoparental básica de Vicky, y se especifican su composición y sus relaciones. Se evidencia una relación estrecha, pero conflictiva, con el padre de 45 años, con quien convive. Vicky refiere: “mi papá está en la casa porque ahí trabaja, pero no hablamos”. Y también manifiesta una relación distante con la madre de 43 años: “ella a veces viene los fines de semana a visitarme, si no, pasan días y no nos vemos”. Se advierte, también, en el familiograma, el divorcio de los padres en 2021, el padre menciona tener una relación armoniosa con su exesposa: “nosotros a veces salimos los tres a paseo por el bienestar de la niña, pero la mamá no vive con nosotros”. La expareja no tiene más hijos en común y, refiere la paciente, no tener familiares cercanos al lugar de residencia ni contacto directo con ellos.

Análisis del motivo de consulta

La paciente, menor de edad, ingresó a consulta externa en compañía de su padre. Fue remitida por el colegio, así que trajo carta en la que referían las



dificultades en las habilidades escolares de socialización, bajo rendimiento académico y antecedente de maltrato animal, manifestado por los padres, cuando Vicky tenía 10 años.

En un primer momento no se logró reconocer una demanda debido a la urgencia del caso, pues se identificó una ideación suicida con plan estructurado, por lo que se ingresó al servicio de urgencias, para valoración por medicina general y activación del código de remisión intrahospitalaria con psiquiatría.

En la segunda sesión, se identificó la necesidad de encontrar un lugar en la nueva configuración familiar, de tal manera que le brinde el confort que tenía antes de la separación. Ahora bien, teniendo en cuenta lo expresado en la consulta, los aspectos relevantes encontrados fueron el nunca haberse sentido perteneciente a un grupo social (“yo nunca me he podido integrar, siempre me hacen el feo”), el anhelo de volver a tener a sus padres juntos (“quiero que volvamos a estar los tres para mí felicidad”) y el afrontamiento del divorcio (“yo creo que ellos se separaron por algo que escuché, nunca me han dicho por qué lo hicieron, un día llegué a la casa y ella ya no estaba”); lo cual hace alusión a la repentina pérdida de lo único que, hasta entonces, había sentido que le pertenecía como propio: “antes yo llegaba a la casa y estaba mi mamá, sabía que estaban ahí”.

Historia del problema

Vicky refiere que su malestar emocional es persistente desde el inicio de la escolarización, con dificultades para socializar, incluso, con sus pares. También indica una situación de bullying, que se presenta desde quinto de primaria y que ha prevalecido hasta ahora: “ellos me dicen fea y yo creo que tienen razón, aparte de que no soy buena para nada”. Sus padres relatan, a la institución educativa, un maltrato animal ejercido por Vicky contra un gato, cuando esta contaba con 10 años (dicha situación se expone en la carta). Por otra parte, la separación de los padres se da en el 2021, cuando también inicia el bajo rendimiento académico de Vicky; además de la ideación suicida: intento de perforación del abdomen con objeto cortopunzante, sin laceraciones (2 meses antes de la primera consulta), y el miedo permanente a quedarse sola en casa y su distanciamiento con la madre.

Posterior al servicio de psicología en consulta externa, se solicita un acompañamiento por parte de psicología en el servicio médico de urgencias, debido a la actitud agresiva del padre, al entrar en el espacio se le pregunta

directamente a la paciente: “¿cómo mataste el gato?”, suceso que había sido negado en un principio en la consulta psicológica, a lo cual Vicky responde: “lo ahorqué, y también maté a un perro, lo apuñalé en el estómago”. El padre complementa esta revelación diciendo: “ella también le tiró con un cuchillo a un señor con el que yo estaba discutiendo, y una vez me di cuenta de que salió armada de la casa con un cuchillo”. Esto nos permite corroborar la información de la carta del colegio y enriquecer la historia clínica en salud mental.

Hipótesis

A partir de lo descrito anteriormente, se percibe como Vicky, quien ya presentaba comportamientos disruptivos (como el maltrato animal) antes de la separación de sus padres, agrava su conducta al no estar esa red primaria de apoyo que creía propiamente suya y a la cual pertenecía. Estos problemas de socialización la han hecho sentir excluida de su esfera social y han desencadenado impulsos, como agresión a persona y porte de armas cortopunzante.

Actualmente, los factores perturbadores son los que mantienen la conducta de Vicky, debido a que su entorno ha hecho que sus comportamientos permanezcan e incrementen en gravedad, al igual que los conflictos escolares que continúan y provocan en la paciente el malestar emocional que la inducen a pensamientos automáticos enlazados con acciones precipitadas o impulsivas.

Interpretación del caso

De acuerdo con la teoría de James, analizada por Sos (1994), las emociones son una respuesta física a objetos o acontecimientos que producen cambios en el comportamiento, como repuestas a experiencias y estímulos. En Vicky, se parte desde las emocionalidades vividas a lo largo de su infancia y las cuales demuestra mediante la ira.

El sentimiento que aflige a Vicky desencadena eventos internos, como respuesta a eventos concretos, tales como el bullying y la separación de sus padres. Esta interiorización se reflejan posteriormente mediante conductas agresivas entrelazada con pensamientos automáticos, que pueden ser explicados desde lo dicho por Beck (1993), como las interpretaciones acerca de factores detonantes que, en Vicky, se involucran directamente con el desarrollo de las capacidades adaptativas, la maduración afectiva, cognitiva



y autorreferencia, generando sentimientos de minusvalía, debilitando su autoconcepto y su construcción de identidad, teniendo en cuenta que está en el inicio de la etapa de la adolescencia.

De acuerdo con lo anterior, y sin olvidar el motivo de la consulta impulsado por el colegio, el planteamiento de la demanda en el confort familiar, asociado con la impresión diagnóstica de problemas relacionados con la conducta y las emociones, además de que cumple con los criterios diagnósticos como porte de objetos cortopunzante, maltrato animal, maltrato a persona e inicio de conflictos, son los factores perturbadores que siguen siendo, actualmente, los mantenedores de la conducta, para la que se propone un plan de tratamiento con el objetivo general de fomentar en la paciente las habilidades de regulación emocional y concientización de las mismas.

Para poder cumplir con lo anterior, se considera importante identificar las emociones y cómo se manifiestan mediante la conducta, mediante la técnica narrativa, con la que se espera que la paciente exprese sus emociones, reconozcan estas y fortaleciendo su autoestima. Lo anterior puede realizarse con ayuda de *flash cards* que contienen frases para completar, como, por ejemplo: "Me siento ____ ahora mismo" o "Me sentí ____ con X situación, e hice X acción".

Considerando que Vicky es una adolescente a la que se le desvaneció el único grupo en el que se sentía incluida, o sea, su familia, se le plantea la comprensión de la dinámica familiar, de modo que, en un primer momento, comprenda cuáles son los tipos de familia posibles, cómo son las dinámicas familiares y cuál es el rol que cada miembro del grupo familiar desempeña independientemente de si hay separación. En este sentido, se busca trabajar con los padres a través de la psicoeducación emocional para fomentar el refuerzo positivo desde el hogar. Además, se utilizará la técnica de modelado con el objetivo de reducir las conductas desadaptativas aprendidas y observadas en Vicky, como la agresividad derivada de la figura paterna.

Una vez dadas las estrategias a la paciente, respecto a la identificación de emociones, regulación emocional, dinámicas y apoyo familiar, se propone establecer algunas técnicas resolutivas de problemas ante situaciones sociales que le sean desagradables, es decir, promover habilidades sociales con las que pueda negociar situaciones conflictivas y la puedan acercar a sus pares, de tal manera que pueda ampliar su panorama de exclusión, y extraiga de ella, de Vicky, cualidades propias y autocontroladas. Se pretende cerrar el proceso educando a los padres de la paciente con respecto a los signos

y síntomas de riesgo de salud mental, tales como la ideación suicida, los planes estructurados para llevar a cabo sus comportamientos disruptivos, el agravamiento de estos, y la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y a las eventuales recaídas.

Enseñanzas del capítulo 1: Ciclo vital niñez y adolescencia (6 a 17 años)

Cabe resaltar que, dentro de los aprendizajes significativos que se pueden adquirir de la revisión de los casos anteriores, están aquellos referidos al desarrollo y consolidación de las capacidades tanto clínicas como humanas que han sido fundamentales en la formación de los estudiantes de psicología, las cuales les han permitido enfocar los tratamientos psicológicos en la infancia, con un entendimiento profundo de la construcción de la subjetividad desde las etapas tempranas y sus posteriores consecuencias. Este proceso ha resaltado la importancia de reconocer y abordar el malestar interno que puede surgir en la vida adulta.

Estas habilidades y competencias, desde los distintos enfoques de la psicología, al menos los más clásicos, permitieron entender que el proceso terapéutico es gradual y no lineal, paciencia y colaboración, entrega y coherencia, y a su vez responden a un ejercicio de rigurosidad académica, que se considera clave en la formación. Además, se destaca un principio de realidad adquirido, aquel referido a valorar los pequeños avances y a establecer una relación terapéutica con los pacientes, familiares o cuidadores. Este ejercicio permite consolidar los saberes adquiridos a lo largo de la formación académica, y tener en cuenta las teorías sobre el desarrollo infantil y demás perspectivas sobre este ciclo. No obstante, la realización de este proyecto también genera algunos cuestionamientos con respecto a las formas adecuadas, o más eficaces, en los tratamientos propuestos, y con respecto a considerar métodos multidimensionales para el tratamiento terapéutico de malestares similares.



Conclusiones

La salud mental en los niños y adolescentes presenta situaciones que son dignas de analizar, puesto que son temas que, cada vez, se presentan con mayor frecuencia en la población menor edad. Si bien el bienestar emocional, psicológico y social es considerado igual de importante al bienestar físico, este hace parte de los derechos que deben gozar todos los niños y adolescentes de nuestro país. No obstante, según el reporte de la Procuraduría General de la Nación, en agosto de 2023, Colombia actualmente presenta un incremento en las alteraciones de la salud mental en dicha población, siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento los más frecuentes. Por su parte, desde la OMS (2021) se ha indicado que alrededor de 86 millones de adolescentes, entre 15 y 19 años, y 80 millones de adolescentes, entre 10 y 14 años, padecen un trastorno mental diagnosticado.

Lo anterior, expone un panorama actual en el que es evidente la pertinencia de publicar casos clínicos en los que se trata terapéuticamente a estos grupos de niños y adolescentes, puesto que favorecen la comprensión de las dinámicas que estructuran las problemáticas psicológicas que presentan. A este respecto, Alarcón (2009) expone que en América Latina la pobreza, las fragmentaciones familiares, los niños sin vivienda, los incorporados al trabajo, el embarazo adolescente y los matrimonios a temprana edad, junto con la victimización por algún tipo de violencia (doméstica, verbal, psicológica, sexual o física) son factores sociales que determinan la aparición de problemas de salud mental en los niños, lo cual está en concordancia con Vygotsky (1978), cuando afirma que las fuentes y condiciones bajo las cuales se estructura el desarrollo en los niños constituyen sus condiciones psíquicas; es decir, que la asimilación de la experiencia social y la elaboración de acciones, a través del desarrollo cultural que se da por la interiorización, es la que posibilita un devenir con o sin alteraciones mentales.

Teniendo en cuenta las problemáticas mencionadas hasta el momento, en el Congreso de la República de Colombia, se promulgó la Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de salud mental, y se ha venido considerando un marco legal más robustecido, el cual busca garantizar el bienestar emocional, la prevención de trastornos mentales y la atención integral a niños y adolescentes en educación básica y media, esto debido a que se ha encontrado que al menos el 44,7 % de los niños y adolescentes presentan indicios de problemáticas mentales, como ansiedad o depresión.

En este capítulo, se presentaron algunos casos clínicos que subrayan la necesidad de abordar de manera temprana las problemáticas relacionadas con la salud mental en la infancia y la adolescencia. Este enfoque se considera de suma importancia desde el punto de vista clínico, dado que las manifestaciones clínicas no solo tienen repercusiones a nivel personal, sino que también ejercen un impacto negativo a lo largo de la vida adulta de estos pacientes y de la sociedad.

Además, este abordaje facilita la identificación de diversos aspectos que, como ya se mencionó, pueden desempeñar un papel determinante o causal. Entre estos factores se incluyen las dinámicas familiares, situaciones de duelo, déficits afectivos, así como las presiones y el abandono que se manifiesta, tanto en el hogar como en el entorno escolar.



Capítulo 2

Adulthood joven y adulthood
(18 a 59 años)



Caso: V

María Camila Varela Díaz
Karoll Córdoba Salamanca
Lina Marcela Rojas Reina

Resumen

A continuación, se expondrá la información del caso "V", una paciente que acude al servicio de urgencias de una IPS, a causa de violencia intrafamiliar. Durante la evaluación, se observa que la paciente se encuentra ubicada temporo-espacialmente, tiene dificultad para establecer límites, dependencia emocional, alteración en el patrón de sueño y situaciones significativas a lo largo de su vida. El caso se aborda desde un enfoque cognitivo conductual, en relacionado al diagnóstico F60.7, según el CIE 10: Trastorno de la personalidad dependiente, con el cual se busca que la paciente logre reconocer y aumentar la confianza en sí misma, además de poder generar independencia y autonomía.

Identificación del paciente

Paciente femenina de 19 años, residente de la ciudad de Palmira, sin ocupación actualmente, con nivel de escolaridad hasta grado 6°, y madre de dos hijos: una niña de 3 años y un niño de 18 meses. V mantiene una relación de unión libre desde hace dos años y medio. La paciente ingresa a consulta con un diagnóstico de violencia física, dadas las condiciones en las que acude al servicio. Después de la entrevista, y debido a los signos y síntomas descritos en el código de diagnóstico del CIE 10, se logra realizar una impresión diagnóstica de acuerdo con los criterios de un Trastorno de personalidad dependiente, el cual corresponde al código F60.7.

cefalea, además de observar heridas en su rostro y cuerpo, por lo que, dos días después de lo sucedido, acude a consulta, en donde por protocolo se activa la ruta de violencia intrafamiliar y violencia de género, y se inician, así, las respectivas evaluaciones para dar continuidad al procedimiento de rutina.

La paciente presenta llanto fácil durante la consulta y dice que lo hace constantemente luego de cualquier discusión o agresión, pues la pareja la amenaza con abandonarla, refiere, además, que esta situación ya la había vivenciado en ocasiones pasadas, pero se había negado a acudir a los servicios de salud, puesto que, por lo general, eran lesiones “superficiales”. V comenta que, desde que iniciaron la relación, su pareja había manifestado conductas heteroagresivas, pero que ella nunca reportó lo sucedido. También menciona que es un hombre agresivo e impulsivo, y que esta vez sintió temor por la gravedad de las heridas que, por primera vez, comprometen su rostro.

Historia del problema

La paciente en consulta menciona algunos acontecimientos a lo largo de su vida, los cuales han sido significativos en la construcción de la personalidad y el procesamiento cognitivo de la paciente.

Inicialmente la paciente expresa que, durante la niñez, vivió violencia intrafamiliar por parte del progenitor, por lo cual, su relación con este ha sido conflictiva y distante. Refiere, además, que “me comparaba mucho con mi hermana”, hecho que resultó siendo muy significativo durante su infancia, pues dice que por más que se esforzó en hacer las cosas bien, siempre terminaba siendo comparada con la hermana gemela.

Durante su infancia presenció y vivenció maltrato físico, el padre de la paciente constantemente maltrataba a todos los miembros de la familia. V refiere que este maltrato duró hasta los 13 años, edad en la que decidió irse de la casa.

La paciente comenta que a esa misma edad decide no continuar con su proceso académico, y durante este tiempo conoce a su primera pareja sentimental, con quien se va a vivir 2 años, en esta relación se evidencian conductas de riesgos, como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y situaciones delictivas: con dicha pareja la paciente inicia policonsumo problemático y cannabis, como droga de impacto. Esta relación finaliza y, posteriormente, conoce a quien es el padre de la primera hija, con quien



mantiene una relación de poco tiempo (4 meses); sin embargo, en este período, es víctima de abuso psicológico con el que era tratada de manera despectiva y soez, además de continuarse con el consumo de SPA. V manifiesta que esta relación sentimental se termina a causa de un viaje al exterior, el hombre la “abandonó” en estado de gestación.

Actualmente, mantiene una relación, de más de dos años, con su presunto agresor, al que, puntualmente, V lo describe como su “salvador”, pues comenta que él es quien la “saca del mundo de las drogas”. Durante la consulta, la paciente refiere que este sujeto la acoge, la protege y es quien se encarga de todas sus necesidades. Aunque dicha persona también presenta un policonsumo problemático, la mujer dice que este hombre “la sacó de ese lugar oscuro”, y menciona que gracias a él dejó el consumo de lado; sin embargo, a un año de haber iniciado la relación, este sujeto la comienza a maltratar física y psicológicamente. De igual manera, esta pareja la obliga a participar en los negocios ilícitos en los cuales él se encuentra involucrado, situación que le ha traído a la paciente alteración en su ciclo de sueño.

Interpretación del caso

El caso se aborda desde un enfoque cognitivo conductual, con la finalidad de identificar cuáles han sido los elementos que han contribuido al desarrollo de la sintomatología en la paciente. Dicha terapia se basa, en un primer momento, en los esquemas cognitivos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de un desorden en particular, es decir, conocer los procesos cognitivos que median la conducta.

En este sentido, Beck & Freeman (1995) manifiesta que los esquemas son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida, las relaciones con otros y el autoconcepto, que se han formado a lo largo del desarrollo, de este modo, los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos los activan, por ejemplo, situaciones estresantes, nuevas fases, cambios en el desarrollo psicoevolutivo y ciertas condiciones vitales, lo cual propicia en el sujeto ciertos patrones de conducta en los que las experiencias tempranas (infantiles) son unas de las principales características que conforman el contexto de formación de estos esquemas.

De este modo, dentro del caso descrito se logran evidenciar algunos hechos que han incurrido en la formación de los esquemas de la paciente, inicialmente en el contexto familiar, en el que pudo experimentar violencia física,

psicológica y negligencia por parte de sus cuidadores principales, lo que generó una construcción de conductas maladaptativas durante el transcurso de su infancia y, así mismo, en los vínculos y relaciones interpersonales a lo largo de la adolescencia. Situaciones como la deserción escolar, el consumo de SPA y las conductas de riesgo pudieron favorecer a que este tipo de conductas maladaptativas y esquemas distorsionados prevalecieran durante las siguientes etapas psicoevolutivas.

Siguiendo a Freeman *et al.* (1990), la personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta, por lo que, a partir de lo manifestado por la paciente y el contraste teórico, son evidentes los rasgos de la personalidad que, durante el desarrollo de la infancia y adolescencia de V, muestran esos esquemas cognitivos relacionados a conductas que han generado una personalidad dependiente.

Así pues, Beck & Freeman (1995) mencionan que el principal objetivo de la terapia para sujetos con un trastorno de personalidad dependiente es ayudarlos a que aprendan a ser, gradualmente, más independientes de las personas de su entorno, aumentar tanto la confianza en sí mismos como la sensación de autoeficacia, de manera que se proponga un trabajo psicoterapéutico no solo para ayudarlos, sino, inicialmente, para realizar el reconocimiento y la valía que como sujetos tienen, pues desde su infancia no han logrado conocer e identificar otros elementos de sí mismos.

De la misma forma, lo plantea Wessler (en proceso de publicación) cuando afirma que la estrategia general de trabajo con los sujetos dependientes es animarlos a ser menos pasivos y más activos por sí mismos, y que se centren en complacerse a ellos mismos en vez de hacerlo con los demás. De modo que se realice un plan de tratamiento cuyo objetivo sea el de reestructurar los esquemas cognitivos, además, y el de viabilizar cambios en el patrón de comportamiento, centrándonos en los cambios conductuales, de pensamiento y adquisición de habilidades.

De este modo, el plan que se propone para V, desde el enfoque cognitivo conductual, toma como recurso algunas técnicas útiles para poder avanzar en las sesiones. Esta propuesta fue diseñada para 8 sesiones, mediante un registro diario de pensamientos, la técnica de descubrimiento guiado y, finalmente, la técnica de solución de problemas.



Hipótesis

De acuerdo con la problemática de la paciente, se pueden establecer cuatro hipótesis:

1. Es posible que la paciente lleve un patrón repetitivo de relaciones afectivas con características similares a las que vivió con su vínculo familiar.
2. Es posible que a la paciente se le dificulte hacer un reconocimiento de sí misma, dadas las situaciones que ha vivido desde la infancia en su núcleo primario y durante las relaciones interpersonales.
3. Es probable que la paciente necesite el reconocimiento de otros para hacer el reconocimiento de ella misma, ya que a lo largo de la vida siempre ha sido comparada y menospreciada.
4. Es posible que ella permita este tipo de conductas heteroagresivas, puesto que resulta ser el mismo resultado de lo que ha vivido durante toda la vida, pues quien da maltrato es el mismo sujeto que da protección.

Caso: Y. M.

Más allá de mi accidente

Natalia Gómez López
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Laura Daniela Vásquez

Resumen

Se presenta, a continuación, el caso de Y. M., una paciente de 26 años que ingresó a la clínica después de un accidente de tránsito. Mediante el seguimiento psicológico, se identificó que la paciente experimentaba una profunda afectación en la dimensión noética de su vida, relacionada con la pérdida de sentido a raíz del accidente. Esto desencadenó sentimientos de angustia, irritabilidad, confusión y frustración. Para abordar esta problemática, se implementó un tratamiento basado en la logoterapia, un enfoque humanista. El objetivo principal fue ayudar a la paciente a redescubrir el sentido de su vida tras el accidente, utilizando técnicas como la derreflexión, el diálogo socrático y la modulación de actitudes. Por medio de estas intervenciones, se fomentó el autoconocimiento, el fortalecimiento de los recursos internos y la autotrascendencia. La paciente, al final, pudo desarrollar una actitud que le permitió resignificar su experiencia y encontrar nuevos significados en su proceso de recuperación y adaptación.

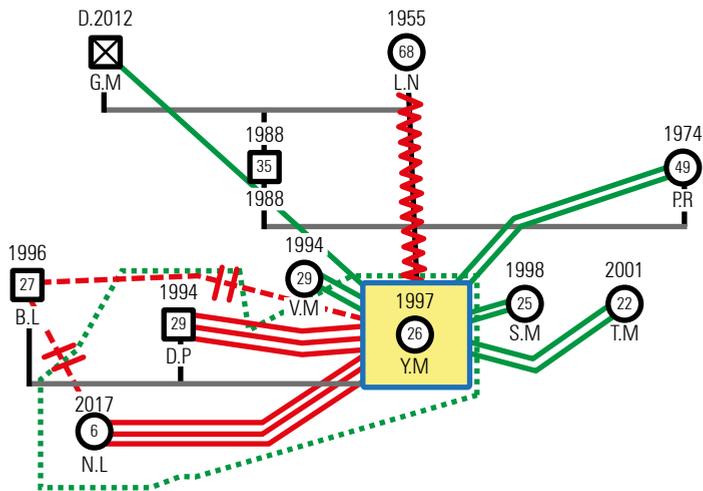
Identificación del paciente

Paciente femenina de 26 años, a quien se le asignó el seudónimo "Y. M.". Era migrante, radicada en la ciudad de Palmira desde hacía 5 años y se desempeñaba como operaria de máquina. Y. M. tiene un nivel de estudio hasta octavo de bachillerato. Tiene una hija de cinco años y no mantiene ningún tipo de contacto con el padre de su hija. Está en unión libre desde hace dos años. Respecto a su información familiar dio a conocer que vive con su pareja e hija, con quienes mantiene una relación estrecha; su madre y dos de sus



hermanas migraron a Brasil y con ambas mantiene una relación cercana. Por otra parte, su padre, abuela paterna y hermana menor migraron a Colombia, con ellos mantiene una relación cercana con su padre, con su abuela una relación conflictiva y con su hermana menor una relación estrecha.

Figura 1. Familiogramade la paciente



Fuente. Elaboración propia.

Análisis del motivo de consulta

La paciente ingresa por accidente de tránsito, donde padece múltiples fracturas en miembros inferiores y superiores; por protocolo de la institución se le hace seguimiento desde psicología, para hacer su valoración. La paciente tiene un fuerte malestar físico por el dolor que sentía, además de ver la frustración por la incapacidad de continuar con sus dinámicas de vida cotidianas.

A partir del discurso de la paciente, se evidencian pensamientos de desesperanza y frustración. Y. M. se percibe a sí misma como una persona independiente y trabajadora, ya que es la responsable de su única hija y, constantemente, está buscando el bienestar para ambas, por tanto, se le dificulta encontrarle un sentido a su nueva condición y al cambio radical que

tuvo su vida. Refiere: “yo no entiendo por qué me tiene que pasar esto a mí (...) ¿Por qué tengo que pasar por este dolor?”. A partir de esto, se establece como demanda reconocer el sentido del malestar, identificado en la dimensión noética, desde el accidente.

La paciente se muestra con actitud y expresión facial preocupada, triste y tono de voz bajo. Está ubicada en tiempo, persona y espacio. Tiene un discurso claro, coherente, estructurado y fluido. En cuanto al ciclo del sueño, refiere ser interrumpido debido al dolor que presenta. Respecto a la alimentación, menciona pérdida de apetito en algunas ocasiones, negó alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y táctiles, no refiere ideas de auto y heteroagresión. Presenta afecto irritable, consecuente a lesiones por accidente y psicomotricidad con alteración por condición médica. No presenta antecedentes psicopatológicos y, por parte de su familia, niega enfermedades y antecedentes de salud mental.

Historia del problema

Al momento de la valoración se evidencia que los signos y síntomas de la paciente se vienen manifestando, aproximadamente, desde hace una semana, tiempo que coincide con el accidente de tránsito que vivenció. El contexto del accidente se basa en que la paciente laboraba como operaria de máquina en la ciudad de Cali y se transportaba en una moto, de regreso a Palmira en la carretera colisiona fuertemente contra un bus y sufre múltiples lesiones en miembros inferiores y superiores.

La paciente llega al país como migrante, hace alrededor de cinco años, y traía consigo a su hija, en ese momento, de un año. Desde entonces se ha desempeñado en diversas labores, como manicurista, peluquera, aseadora y operaria de máquina, esto con el fin de brindarle bienestar y una vida digna a su hija. Refiere: “yo siempre he sido muy independiente, yo he trabajado todo el tiempo para darle lo mejor a mi hija, yo soy una persona muy activa, y tengo la facilidad de aprender rápido en los trabajos, me gusta estar haciendo de todo”. De igual manera, su padre y hermana menor migran a Colombia y viven en el mismo barrio, lo cual le permite estar en contacto permanente y llevar una relación, aparentemente, sólida; mientras que su madre y su hermana mayor migran a Brasil en busca de nuevas oportunidades y mantienen una relación cercana desde la distancia. La paciente mantiene una relación de unión libre con su actual pareja, a quien conoció al poco tiempo de llegar al



país; Y. M. menciona que él ha asumido el rol de padre con su hija y la apoya emocional y económicamente.

A partir del discurso de la paciente, en el que narra aspectos relevantes sobre su vida, se evidencia que durante su niñez y adolescencia su familia tuvo dificultades económicas y decidió empezar a trabajar desde muy joven, pudiendo, así, hacerse responsable de sí misma y contribuir a la economía familiar. La paciente refiere: “desde el momento en que comencé a trabajar, yo me di cuenta de que soy muy fuerte, de que puedo hacer mis cosas y de que soy capaz de salir adelante. Yo era muy extrovertida, pero después de esto que me pasó me da mucha ansiedad no poder serlo”. Con su llegada a Colombia, expresa que se enfrentó a una nueva realidad, a un lugar con muchas oportunidades: “aquí le dan más oportunidades a uno, aquí se puede crecer y yo quiero darle lo mejor a mi familia”. Sin embargo, le atemoriza que esta nueva vida se vea estancada por las incapacidades provocadas por el accidente.

A raíz de dicho suceso, la paciente manifiesta que los pensamientos y sentimientos de angustia y frustración han estado presentes, su estancia en la clínica le ha mostrado su realidad actual, a la cual aún no le encuentra sentido, ya que, de ser una persona independiente y activa, actualmente, se encuentra sin poder moverse, con dolor físico agudo y con un vacío existencial bastante fuerte.

Hipótesis

Se descarta en la paciente Y. M. cualquier tipo de diagnóstico psicopatológico, pues no cumple con ningún criterio; sin embargo, se evidencia un malestar en la dimensión noética que no le permite encontrarle un sentido a su vida y, por tanto, un vacío existencial al no comprender el para qué de la situación que enfrenta. Se evidencia, además, un debilitamiento espiritual en medio de su actual crisis, lo cual le impide una transformación positiva de la experiencia.

Interpretación del caso

A partir de lo recolectado en la entrevista inicial con la paciente, la cual permitió identificar el motivo de la consulta y la demanda, se logran reconocer síntomas que dan lugar a una afectación en la dimensión noética. Siguiendo

a Noblejas (2006), la dimensión noética hace parte del abordaje terapéutico planteado por Viktor Frankl, desde el cual se analiza el presente caso. Por protocolo de la institución, se le adjunta el diagnóstico de "Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales" (Z65.8), y se descarta cualquier tipo de diagnóstico psicopatológico, ya que no cumple con los criterios.

Para empezar, es pertinente resaltar que el caso se analiza a partir del enfoque humanista, específicamente, desde la logoterapia propuesta por Frankl (1991), según la cual la logoterapia, o como algunos autores la conocen "la tercera escuela vienesa de psicoterapia", se centra en el significado de la existencia humana, esto por medio de la búsqueda del sentido. Desde esta perspectiva psicoterapéutica se busca romper el círculo vicioso que producen los mecanismos de retroalimentación que influyen en el desarrollo de la neurosis. La logoterapia tiene como objetivo principal encontrar y realizar el sentido y los valores que la persona descubre en el mundo, puede ser el descubrimiento de nuevos significados y también, resignificar las vivencias y acontecimientos con el fin de generar un cambio cognitivo y actitudinal (Lukas, 1983).

Continuando con lo anterior, Frank (1991) plantea que el ser humano tiene tres dimensiones, la primera de ellas es la dimensión somática o física, que constituye la parte biológica y corporal del hombre; la segunda es la dimensión psíquica que hace referencia a la realidad psicodinámica del ser humano y, por último, la dimensión noética que se sitúa entre lo físico y lo psíquico, y es la principal forma que tiene el ser humano para componer las experiencias de la existencia. Cuando la dimensión noética está afectada, no se habla de enfermedades psicológicas, sino de la pérdida del sentido, del vacío existencial a partir de la incapacidad de reconocer el para qué de la situación que atraviesa (Frankl, 1991).

Por tanto, se logra identificar una afectación en dicha dimensión de Y. M., ya que, a partir de su discurso, se evidencia un malestar que va más allá del dolor físico y la afectación psicológica: el vacío existencial que experimenta al no encontrarle sentido a su vida después del accidente, además de que tiene que enfrentarse a una situación en la cual está incapacitada físicamente y en la que depende por entero de sus cuidadores mientras se completa su recuperación. Es pertinente resaltar que Y. M. es una paciente que desde su juventud ha vivenciado diversas situaciones que forjaron su carácter como una mujer independiente y activa, que constantemente está buscando el bienestar de su familia, tanto así, que decide radicarse en un nuevo contexto



como migrante venezolana y afronta diversos retos, los cuales, para sí misma, se están frustrados debido a su incapacidad física y espiritual de sobreponerse al accidente.

Para tratamiento de Y. M. se tienen en cuenta diversas técnicas planteadas por Frankl (1991), entre las que se encuentran el diálogo socrático, que le permite a la paciente, por medio del discurso, generar cuestionamientos para comprender lo qué le está pasando y cuál es el significado de dicha crisis, de modo que pueda clarificar su estado de confusión y reconectar con su responsabilidad y libertad. De igual manera, por medio de la técnica de modulación de actitudes se espera orientar a la paciente para que enfrente la crisis con un autocuidado especial, teniendo en cuenta la atención integral de sus necesidades, el reconocimiento de sus limitaciones y la aceptación de su fragilidad actual. Asimismo, la fantasía dirigida se utiliza como una herramienta que permitirá que la paciente se oriente y deje de temer y evitar los sentimientos de miedo, culpa, desesperanza y frustración, para que, así, comprenda que estos vienen como mensajeros de las necesidades y del sentido que debe encontrarle a su vida, y, por último, mediante la derreflexión se busca enfocar la atención en sus recursos internos y evitar la hiperreflexión en el dolor físico que siente.

Las técnicas anteriormente nombradas, tendrán como objetivo que la paciente logre identificar el sentido de su propia vida a partir del propio malestar y, de igual forma, que se apropie de herramientas que le ayuden a afrontar las diversas situaciones de su vida, de ahora en adelante, y entienda que esta crisis se da para que fortalezca su voluntad de sentido y la libertad de su voluntad. A partir de dicha comprensión, la paciente Y. M. logrará un autoconocimiento que le va a permitir identificar las características propias, y alcanzar el control y crecimiento interior por medio de su realización en el mundo del sentido y los valores, yendo más allá de sí misma y haciéndose responsable de su situación actual.

Con lo anterior, se lograron desarrollar tres encuentros. En el primero, se utilizó la técnica de la derreflexión, que permitió disminuir la hiperreflexión del dolor físico severo que sentía por sus lesiones; esto, por medio de la respiración consciente y la concentración en el aquí y el ahora. En el segundo encuentro, mediante el diálogo socrático, se le plantearon varias preguntas que le permitieron identificar las emociones que surgían en ella, el reconocimiento de las limitaciones que eran consecuencia del accidente y, también, la identificación de aquellos recursos internos y externos con los cuales contaba para afrontar su condición actual. En el último encuentro, se continúa con el



diálogo socrático, ya que era indispensable que la paciente reconociera las tareas por cumplir y las metas que le iban a permitir sobreponerse a las dificultades, y poder aceptar que su meta principal es recuperarse físicamente, para seguir haciéndose cargo, tanto de su vida como la de su familia, que es un factor motivacional en medio de su recuperación.

La paciente es dada de alta y, por tanto, no se continúa con los encuentros. A pesar de ello, se evidencia que tuvo un buen recibimiento del tratamiento, en el que mostró una actitud colaboradora y participativa, además del cumplimiento de los objetivos que se planteaban en cada sesión. Es importante que la paciente continúe con apoyo terapéutico, puesto que al salir de la clínica se va a enfrentar con una nueva realidad y debe seguir reforzando la búsqueda del sentido propio, para poder lograr una resignificación de dicha experiencia y, por consiguiente, la realización de una existencia plena.



Caso: Sonia

Ni mi hija y yo

Grace Carolina Rengifo Rodas
Tatiana Noguera Morales

Resumen

A continuación, se expondrá la información del caso “Sonia”, una paciente que recibió atención por psicología luego de referir que tenía ideas de auto y heteroagresión. Durante la evaluación mental, la paciente manifestó llanto fácil, afecto triste, desesperación, y alteración en el patrón de sueño y en la alimentación. En la atención se realizó contención emocional, se brindó primeros auxilios psicológicos y se hizo reconocimiento de la paciente dentro de la institución de salud mediante la apertura de historia clínica. Como posible tratamiento, a partir de un solo abordaje con ella, se plantearon tres fases desde el enfoque cognitivo conductual, buscando posibilitar un reconocimiento o sensibilización de la paciente acerca de su diagnóstico y problemática; seguido a ello, se planteó una reestructuración cognitiva, siempre y cuando estuviera de acuerdo la paciente, y finalmente, la generación de herramientas para la resolución de problemas y habilidades sociales. Todo ello pensado en una duración de 8 sesiones, aproximadamente, según la evaluación del avance y el ritmo de la paciente dentro de su proceso.

Identificación del paciente

Paciente de 46 años, residente en Palmira, con nivel de escolaridad primaria y de ocupación ama de casa. Está casada y es madre de dos hijas de 15 y 25 años. Sonia refirió tener antecedentes médicos, como miopía severa, hipotiroidismo y, como antecedentes familiares, que su hermana fallece por lupus y que su hija menor fue diagnosticada con síndrome de Down. Debido a su estado mental, signos y síntomas se establece que la paciente cumple con los criterios del Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave



Análisis del motivo de consulta

La paciente fue valorada en su residencia, por remisión de medicina general, debido a la detección de posibles conductas de riesgo de auto y heteroagresión.

Al momento de la valoración se observó que la paciente aparentaba su edad cronológica, tenía un pobre cuidado de su entorno y poco aseo personal, era capaz de seguir el hilo de la conversación, no se dispersaba con los estímulos de su alrededor, se encontraba ubicada autopsíquica y alopsíquicamente, pues cuando se le indaga por ella responde, es consciente del espacio y del tiempo, informa sobre las personas que están a su lado y acerca del lugar donde se encuentra. Durante la atención presentó llanto fácil y persistente, afecto triste, desesperación, mirada baja, labilidad emocional, comenta que ha tenido pérdida de apetito: “no me dan ganas de comer”, menciona que lleva más de un mes con alteración del sueño: “no duermo casi, me mantengo despierta en las noches”; además, presenta irritabilidad, decaimiento, pérdida de interés en las actividades de su rutina diaria, pérdida de sentido de vida y aislamiento social. No se presenta fuga de ideas, manifiesta tener pensamientos de muerte e ideas negativitas de su futuro y refirió ideación suicida: “desde hace varios días he tenido deseos de acabar con esto, apuñalándome y apuñalar a mi hija”.

La paciente logra evocar recuerdos, como el día de su última cita y el paso a paso de la atención al llegar a la institución. Presenta discurso coherente claro y fluido, e intervalo pregunta-respuesta conservado. En cuanto a la sensopercepción, no se evidencian alteraciones; y con respecto a su juicio, se observa debilitado o deficiente, ya que no es consciente de su problemática.

Con relación a la demanda de la paciente, se interpretó que la sintomatología demuestra una intencionalidad de parar el dolor y sufrimiento que le ha traído su dinámica familiar, por las situaciones de violencia con su pareja y el cuidado actual de su hija.

Historia del problema

Se hace reconocimiento de la paciente mediante consulta telefónica por parte del médico general, para valoración y explicación del proceso médico. Durante esta llamada, la profesional identifica que la mujer se encuentra en estado de agitación y labilidad emocional y, al indagar sobre esta situación,

ella le expresó sus deseos de quitarse la vida y de atentar contra la vida de su hija, motivo por el cual fue remitida a profesionales del área de psicología, quienes se desplazaron al domicilio de la paciente para realizar atención en crisis.

La paciente refiere 28 años de relación con su pareja, la cual ha sido conflictiva en sus dinámicas familiares, pues se ha establecido una relación de abuso de poder, sumado a que su esposo presenta consumo frecuente y problemático de alcohol, y agrega que, cuando él se encuentra bajo los efectos del alcohol, recibe maltratos de su parte. Sonia comenta que una de las razones por las que no puede realizar otras actividades es porque depende económicamente de su esposo. Con respecto a la relación con sus hijas, la mayor de 25 años no vive con ella y, actualmente, presenta consumo de sustancias psicoactivas, razón por la cual decide independizarse. Con respecto a su hija menor, que fue diagnosticada con síndrome de Down, realiza el rol de cuidadora primaria.

Respecto a su salud, mencionó que, desde hace 5 años, aproximadamente, le diagnosticaron hipotiroidismo, motivo por el cual se encuentra en tratamiento médico. Frente a las situaciones familiares, las conductas desadaptativas se incrementaron desde la pandemia por covid-19, por las condiciones económicas que la irritaba a ella y a su esposo, el cual decide tomar alcohol con más frecuencia y durante estos estados de alicoramamiento comportarse agresivamente contra ella, usando lenguaje ofensivo durante todo el día, y obligándola a tener relaciones sexuales con él y otras personas.

Asimismo, comentó que 7 meses antes de la atención, inició presentando episodios de tristeza continua, sentimiento de culpa por los problemas en su relación y, después de tres meses, tuvo un intento suicida con objeto cortopunzante en el área de sus muñecas. Una semana antes de la consulta tuvo pensamientos de desesperanzay deseos de atentar contra la vida de su hija de 15 años. Refiere: “últimamente me he sentido mal, no duermo bien y tampoco me provoca la comida, me agarra un desespero que me provoca cogerme a puñaladas y [también] a mi hija... y acabar con tanta cosa”.

Hipótesis

Teniendo en cuenta la triada cognitiva expuesta por Beck, como se cita en Figueroa (2002), se plantea que un paciente con depresión frecuentemente presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, el entorno y el futuro. Es así como se evidencia que la paciente no manifiesta



intenciones de llevar a cabo actividades cotidianas, que el entorno en el cual se encuentra le influye en su estado de ánimo decaído y las dificultades en su dinámica familiar, pese a que se han presentado desde hace algún tiempo, le generan desadaptabilidad y sintomatología depresiva.

De esta manera, se pueden entrever dos posibles hipótesis. Una en relación con el componente externo de la paciente y otra con su subjetividad:

Es posible que la paciente haga una repetición de patrones conductuales aprendidos en su infancia, hogar y relacionamiento con su madre, lo cual la lleva a generar apegos inseguros y dependencia emocional. Esto se evidencia en su discurso, en el que hay componentes tradicionales con respecto al cumplimiento del rol como mujer y esposa dentro de su hogar.

Es posible que la paciente no disponga de herramientas en cuanto a recursos emocionales y psicológicos para sus relaciones inter e intrapersonales. De esta manera, se puede inferir que se reconoce como sujeto de sufrimiento, que tiene alteraciones en su percepción de auto concepto o valía como persona y esposa.

De lo anterior se podría inferir que la paciente hace un inadecuado proceso y gestión de pensamientos y emociones con respecto a su situación personal, que también es influenciada por su contexto y sus dinámicas familiares, además de que es posible que no tenga las herramientas emocionales y psicológicas para hacerle frente, lo cual la ha llevado a tener pensamientos de auto y heteroagresión, sentimientos de desesperanza y pérdida en el sentido de vida. De ahí que se proponga sensibilizar a la paciente acerca de las problemáticas de su entorno y se planteen objetivos para que, de manera progresiva, sus conductas y emociones sean más adaptativas.

Interpretación del caso

El caso se aborda fundamentando la intervención en el enfoque cognitivo conductual, desde el cual se infiere que Sonia tienen una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro, lo que hace que, al visualizar un posible seguimiento, el tratamiento sea diseñado para mitigar los errores y creencias distorsionadas que están afectando el adecuado procesamiento de la información.

El trabajo con la paciente se direcciona de acuerdo al avance del proceso que ella misma permita, ya que en los primeros acercamientos se evidenciaron alteraciones en juicio de realidad, es decir, poca o nula conciencia de su estado, emociones, pensamientos y de su entorno. Por lo que el objetivo general del proceso psicoterapéutico es el de proveerle a la paciente las herramientas necesarias para que enfrente de forma adecuada las problemáticas que la afligen y para que tome las decisiones que le permitan solucionarlas adecuadamente. Con ello se buscaría, en prospectiva, una adquisición de habilidades sociales, tal como lo mencionan Daga y León (2017), que se adquieren para establecer relaciones con el entorno social, por lo que trabajar de manera directa con la paciente, posiblemente, facilite y mejore sus relaciones interpersonales, y evite el aislamiento, los sentimientos de angustia y los numerosos problemas de salud.

La propuesta de este proceso psicoterapéutico contempla la realización de la historia clínica, informar a la paciente acerca del tratamiento, las sesiones, la disposición, participación, los objetivos del tratamiento (disminución de la intensidad del sufrimiento), la asignación de tareas específicas, entre sesiones, para desarrollar en casa. Después de esto, se propone educar a la paciente sobre la etiología y el mantenimiento de la depresión y emociones, formulándole preguntas tales como: ¿qué es la depresión y cómo se presenta? Para, así, poder abordar los pensamientos centrales que conllevan a la reacción de ciertas conductas y respuestas emocionales.

Durante el proceso, se espera reconocer e identificar las ideas irracionales y sus creencias, ayudando a verbalizar las mismas para que Sonia haga conciencia de su enfermedad y de su juicio. Asimismo, se busca explicarle a la paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, enseñarle a vigilar y registrar los pensamientos y creencias frente a su percepción de sí misma, del mundo y del futuro. Esto, mediante la indagación en los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas de la paciente, de tal forma que se cuestione sobre: ¿qué fue lo diferente en el trato con su esposo que llevo a presentar mayor labilidad emocional?, ¿qué cree que ha sucedido para que ahora sienta que no puede soportar más esa situación personal de desánimo y carencias en el sentido de vida?, y ¿cómo evidencia el trato de su esposo hacia ella, y cómo es el trato de sí misma?

Posteriormente, se buscará que aquellos pensamientos se hagan visibles en un autorregistro, el cual debería seguir hasta el final del proceso, empezando con el formato A-B-C. Esto con la finalidad de que adquiera conocimiento y control sobre lo que sucede con su patrón de pensamiento. Ahora bien, para



socializar las actividades de manera agradable, se planteará la idea de un cronograma en el que ella las vaya programando gradualmente. Con todo ello, se brindaría psicoeducación acerca de las habilidades sociales y la resolución de problemas, aportando información sobre tipos de comportamiento (asertivo, pasivo y agresivo) el cual podría realizarse por medio de juego de roles. Finalmente, se propone realizar el cierre de caso, programando un seguimiento a los seis meses y al año, después de terminada la intervención, con el objetivo de verificar los avances y resultados obtenidos, y prevenir posibles recaídas; así como también velar por el mantenimiento de los cambios positivos, tales como la reducción de pensamientos distorsionados y la modificación de los mismos, el mayor nivel de confianza en sus capacidades, la aparición de la percepción de control respecto a su problemática y, por tanto, la esperanza de cambio de su situación y su futuro; entre otros.

Caso: Rodolfo

La culpa

María Camila Castillo Mejía
Andrez Maurizio Kaiser Cornwall
Erika Alexandra Marín Ospina

Resumen

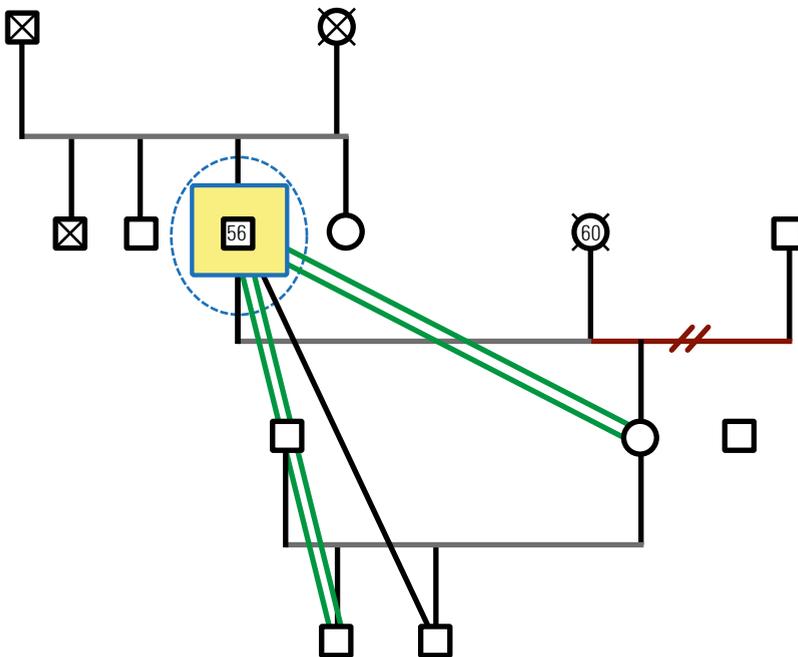
En las siguientes páginas se presenta el caso de Rodolfo, un paciente con impresión diagnóstica de Episodio depresivo leve, sin síntoma psicótico. El paciente hace mención de que el inicio de estas dificultades se presenta debido a la muerte de la esposa, con quien convivió 32 años. Con respecto a este suceso, el paciente refiere síntomas de depresión y sentimientos de culpa. Durante las primeras consultas, Rodolfo menciona culpa debido a la infidelidad cometida durante el matrimonio, por lo tanto, demanda empezar un proceso para resignificar la pérdida y, con ello, los sentimientos de culpa presente. Por esto, desde los postulados de Beck, presentada a inicio de los años 60, sobre la teoría cognitivo conductual, se emplea un plan de intervención que le permita al paciente entrar en un proceso de asimilación de su situación. Dicho proceso pretende ser ejecutado en tres fases, con un total de 10 sesiones presenciales.

Identificación del paciente

Rodolfo es un paciente masculino de 56 años, viudo, mototaxista de ocupación, con nivel académico de bachiller. Actualmente, vive solo, en estrato socioeconómico 2. El paciente refiere su dificultad para tener hijos, sin embargo, menciona a dos hijastros (en la Figura 4 se presenta el genograma, en el cual se identifican las relaciones familiares expuestas por el paciente).



Figura 1. Familiogramade la paciente



Fuente. Elaboración propia.

Con respecto a lo anterior, Rodolfo nació en una familia nuclear conformada por sus padres, de los cuales nacieron 4 hijos, de los que, en orden de nacimiento, Rodolfo es el tercero. Cabe resaltar que el padre y la madre murieron hace 4 y 1 año, respectivamente, con quienes no menciona una relación estrecha debido a que se fue de la casa a los 13 años. De igual manera, el hermano mayor y la esposa fallecieron hace dos años, por lo que el paciente refiere: “es que, realmente, murió mi papá primero, hace 4 años, mi mamá y mi hermano; pero mi esposa es la que me ha dado más duro, ella murió de cáncer, yo estuve con ella siempre, 32 años juntos, la estuve acompañando hasta que falleció”. Además, se identifica que, con su hijastro, Rodolfo no establece comunicación; sin embargo, menciona buena relación con los hermanos, así como relación estrecha con la hijastra y con los hijos de ella, a quienes el paciente llama “nietos”. Dice: “yo con quienes mejor me la llevo siempre es con mis nietos. Ella no es mi hija, pero la críe, y el niño mayor vivió con nosotros, entonces, son mi razón de ser”.

Análisis del motivo de consulta

El paciente ingresa a consulta mediante cita particular, debido a la pérdida de su esposa (hace 1 año y 4 meses), por lo que se evidencian síntomas de depresión, entre ellos, se observa llanto fácil al momento de la consulta, dificultad para conciliar el sueño, alimentación inadecuada, sentimientos de culpa constante (por una infidelidad cometida contra su esposa), también, menciona síntomas identificados recién fallecida su esposa: anhedonia y pensamientos de muerte, los cuales son negados al momento de la consulta; sin embargo, el paciente menciona constantemente que los síntomas descritos son producto de una permanente fuga de ideas. Respecto a la infidelidad, por lo que se infiere, cometida hace un año, Rodolfo fue al psicólogo de la EPS, de donde, por su ciclo de sueño inadecuado, lo remiten al psiquiatra, quien le receta medicamentos para dormir, no obstante, el paciente refiere que no los ingiere.

De esta manera, durante la primera consulta, se realiza el examen mental, se comparten los derechos y deberes, y se indaga el motivo de consulta, con ello se enfatiza en los sentimientos de pérdida con respecto a su familia, sobre todo, con respecto a su esposa. Del mismo modo, se investigan las dinámicas familiares actuales y las redes de apoyo presentes, también se observan sentimientos de frustración y enojo, puesto que estos se encuentran constantemente en el discurso del paciente al momento de referirse a la dificultad para ejecutar los planes que tenían con su esposa y, además, la infidelidad. Asimismo, se enfatiza en la adherencia al tratamiento, la importancia, los beneficios que de él obtendría y los posibles síntomas con respecto a los medicamentos. Por lo que, teniendo en cuenta lo descrito hasta el momento, se considera que la demanda evidenciada con el discurso del paciente se refiere a una necesidad de desaparecer la culpa, de la cual dice el paciente: “es el sentimiento de culpa el que no me deja vivir tranquilo”.

Historia del problema

Rodolfo es un paciente de 56 años, que menciona su incapacidad para tener hijos, sin embargo, la esposa con la cual vivió 32 años, tenía 2 hijos: un hombre, que no vivía con ellos, y una mujer, con quien el paciente se hizo muy cercano y a la que considera como su propia hija, ya que vivió con ellos por mucho tiempo. Por otra parte, hace 1 año y 4 meses que la esposa del paciente falleció, debido a un cáncer de mama, y en este proceso el paciente refiere que acompaña y atiende a su esposa todo el tiempo, dice: “nosotros



vivíamos muy bien, tranquilos, ella era muy buena mujer”; pero el paciente menciona que cuando su esposa vivía, por un tiempo, le fue infiel con otras mujeres, aclara: “nada importantes para mí”.

Por lo anterior, el paciente refiere sentirse “muy mal”, por lo que, en principio, refiere ideación suicida con plan estructurado, debido a la falta de la esposa, no obstante, menciona que la principal razón es el sentimiento de culpa, y en consulta expone: “la culpa no me deja vivir. Me carcome”, por esta razón, decide pedir cita para psicología en la EPS, de allí es remitido a psiquiatría, en donde le recetan medicamentos para dormir, pero el paciente no los consume, ya que cree que estos le pueden causar síntomas adversos, como doparlo. Aunque menciona que nunca los ha ingerido sigue en las consultas psicológicas, pero debido a procesos de espera por la EPS, decide asistir a servicios psicológicos diferente al mencionado.

Cuando llega a consulta al Centro de Atención Psicológica, se le realiza un examen del estado mental y se observa que el paciente viste acorde a la edad, se encuentra orientado en lugar, tiempo y persona, su atención es normotípica, atiende y responde adecuadamente a las indicaciones y preguntas que se le realizan, y niega experimentar alucinaciones. Respecto a la memoria se encuentra conservada; su lenguaje es coherente y fluido, y en la afectividad se le observa un estado de ánimo triste, con presencia de llanto fácil. Asimismo, en aspectos a considerar, el paciente presenta un ciclo de sueño intermitente, poco reparador y alimentación inadecuada.

Durante la consulta, el paciente refiere de manera constante: “ella era todo para mí”, y “me arrepiento por lo que hice... [ella] era muy buena mujer”, con lo cual expone los sentimientos de culpa que lo aquejan. Además, menciona una acción que realiza desde que murió su esposa: “para mí es un don mantener la tumba impecable”, por lo que estableció, como rutina diaria, visitar la tumba de su esposa, para limpiarla y, allí, pedirle perdón. De igual modo, en la sesión de consulta menciona las redes de apoyo, en este caso, sus hermanos, pero principalmente la hijastra y sus nietos, con quienes tiene una relación muy estrecha; sin embargo, refiere una dificultad con su hijastra debido a temas de herencia, problemas económicos, por lo anterior, el paciente manifiesta: “traición, porque ella debería fijarse en los sentimientos y no en el dinero”. También, se evidencia en el paciente la frustración respecto a los planes que tenía, puesto que la casa por la que se encuentra en pleito con su hijastra fue su propia construcción, en la cual esperaba vivir hasta los “70 u 80 años” con su esposa.

Hipótesis

Se logra identificar en el discurso del paciente una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro. Desde la teoría de la tríada cognitiva, expuesta por Beck a principios de los años 60, el paciente que padece depresión aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, se siente desvalorizado, resalta aspectos negativos y no percibe nada bueno de sí, y con esto remarca, también, los aspectos negativos de su entorno y las personas que lo rodean. Además, es pesimista, cree que en el futuro su vida no cambiará y que ya no tiene un sentido alguno; y esta idea, usualmente, se encuentra relacionada con el riesgo de suicidio.

La hipótesis planteada en este caso es referente a la demanda evidenciada en el discurso del paciente, puesto que llega por una pérdida importante en su vida, como fue su esposa con quien vivió 32 años, lo cual se concibe como un evento inesperado; sin embargo, en su discurso lo que refiere, principalmente, es el sentimiento de culpa. De esta manera, su vida y los comportamientos ahora realizados son desencadenados a partir del sentimiento de culpa presente en el paciente, por lo que, es desde el suceso de serle infiel y, además, no recibir el perdón por parte de su esposa, lo que hace que su vida gire en torno a este suceso, y se desencadenen las ideas suicidas, que se presentan con el fin de aliviar tal sentimiento. Asimismo, la anhedonia, el llanto fácil, la alteración en el sueño, la disminución del apetito, el sentimiento constante de poca valía y culpa, se manifiestan en el paciente por la fuga de ideas respecto al suceso realizado con la esposa.

Todo lo anterior, permite ubicar la impresión diagnóstica en F32.1: Episodio depresivo leve, sin síntoma psicótico. Se observa que el paciente no cuenta con estrategias que le posibiliten la resolución de ciertas dificultades, lo que genera ideas desadaptativas, que se consideran riesgosas. Por ello, se pretende brindarle las herramientas necesarias para su reestructuración cognitiva y que, de este modo, la fuga de ideas desadaptativas que usualmente le causan malestar al paciente, puedan ser reemplazadas por unas ideas funcionales para el diario vivir.

Interpretación del caso

El enfoque terapéutico cognitivo conductual desde el que se abordó esta intervención, según Puerta Polo & Padilla Díaz (2011), es un modelo de tratamiento, basado en intervenir al paciente con el fin de que modifique sus pensamientos, emociones y comportamientos, puesto que los procesos del



pensamiento pueden influir en la manera en que los sujetos construyen e interpretan sus experiencias. De ahí que el terapeuta guíe al paciente a definir unos objetivos y le eduque para aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir o a hacer más adaptativo al malestar. Es por esto que dentro de los objetivos principales de esta terapia está la importancia del cambio sintomático.

De esta manera, se expone el modelo cognitivo de la depresión de Beck (1979), quien refiere tres componentes relacionados con la triada cognitiva, esquemas negativos y las distorsiones cognitivas, los cuales se plantean con el fin de disminuir el pensamiento disfuncional en la persona. En el caso de Rodolfo (Episodio depresivo leve, sin síntoma psicótico) se profundizó en la triada cognitiva, ya que, permite identificar los patrones de ideas y actitudes negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, que se evidencia en el paciente cuando menciona, como idea negativa de sí mismo, la poca valía que percibe de sí desde la pérdida de su esposa. Asimismo, en el segundo componente de la triada, respecto a la visión negativa del mundo, el consultante percibe que el mundo le hace demandas exageradas y que no logrará obtener ciertos resultados, como en el caso de su hijastra, de quien Rodolfo siente que le hace grandes demandas para la condición en la que se encuentra. Por último, el tercer componente, la visión negativa hacia el futuro, se identifica cuando el paciente manifiesta frustración y desesperanza, pues considera que los planes que tenía para el futuro ya no son válidos debido a la pérdida de la esposa.

Otro aspecto relevante a mencionar es la reestructuración cognitiva (RC) que se usa con el paciente debido a las ideas desadaptativas que tenía respecto a la culpa y la sintomatología que se estaba desarrollando en él. Según Clark (1989), citado en Bados, (2010) la RC permite que se identifiquen y cuestionen los pensamientos desadaptativos, con el objetivo de que sean sustituidos por otros más adaptativos y, así, se reduzca o elimine la perturbación emocional y conductual, por lo que, para obtener efectividad con esta técnica, el terapeuta debe formular una serie de preguntas y diseñar ciertos elementos para que los pacientes evalúen y cuestionen sus pensamientos negativos, de modo que sean conscientes de la validez o de la utilidad de estos.

Teniendo en cuenta lo ya mencionado, se elaboró el plan de tratamiento para Rodolfo en tres fases. Para la primera fase, se realizó el examen mental, la historia clínica, la información correspondiente al tratamiento, las sesiones, los objetivos y la aplicación del inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991), que permitió hallar la distorsión en los pensamientos automáticos en el paciente, en quien se evidenciaron tres 3 tipos de distorsión:

1) los *debería*, cuya distorsión está basada en ser rígidos consigo mismos y con los demás, pero al no cumplirse, se genera la frustración y el enojo. 2) La culpabilidad, con la cual la persona usualmente culpa a otros de su sufrimiento o se culpa a sí mismo de los problemas ajenos. Y 3) la falacia de cambio, a la cual se apega la persona, esperando que los demás cambien por intermediación suya. Estas distorsiones se observaron, de manera constante, en el discurso del paciente.

En la segunda fase, se realizó psicoeducación, en la que se posibilitó la devolución de la información al consultante, es decir, se explicó al paciente sobre las características del episodio depresivo leve y, asimismo, se le orientó sobre lo que se concebía, en el modelo cognitivo conductual, como *pérdidas*, lo cual le permitió ser consciente de las pérdidas y las ganancias constantes en todas las experiencias vividas.

Por último, en la tercera fase, se posibilitó la intervención que constó de tres momentos: 1) se presentó el autorregistro, en el cual se le explicó al paciente sobre la relación que tienen los pensamientos, emociones y conductas, con el objetivo de que el paciente reconociera cuáles son sus pensamientos desadaptativos y lograra establecer unos más adaptativos. En esta etapa surgieron temáticas como “nunca me va a perdonar”, “soy muy mal hombre” y “debí haber sido buen esposo”, que fueron identificadas y planteadas mediante un pensamiento alternativo, principalmente, reemplazando los *debería* por preferencias. 2) Después se llevó a cabo la técnica narrativa, para trabajar sobre la pérdida presente con respecto a su esposa. Mediante una carta el paciente plasmó lo que deseaba decirle a su esposa, lo cual le ayudó a poder comprender y resignificar su pérdida y a entender la funcionalidad de esta experiencia en su presente, esto, teniendo en cuenta que, tanto en la fase 2 como, ahora, en la 3), se le informó y se le permitió reconocer los pros y los contras de haber perdido a su esposa. En esta última fase, también se realizó una concientización sobre la adherencia al tratamiento y los diferentes estilos de vida saludable, con el fin de mejorar y preservar el propio bienestar. Posteriormente, se realizó una agenda de actividades (lista de chequeo) con el objetivo de que pudiera tener un orden y una rutina en su cotidianidad.

Conclusiones

La transición de la adolescencia a la edad adulta y el ser en adulto hoy en día, se han convertido en acontecimientos que suelen ser percibido como muy problemáticos en algunos casos, pero no tanto en otros. En una sociedad que



se caracteriza, a nivel cultural y socioeconómico, incluso, demográficamente, por sus rápidos cambios y por la necesidad de adaptación de los individuos, el horizonte del éxito, el alcanzar una estabilidad en las diferentes etapas de la vida, es una situación que se ha retrasado y desdibujado poco a poco.

La capacidad de independizarse del hogar familiar en la actualidad es difícil, entre otros factores, por los elevados costos económicos que esto supone y por la madurez que se requiere para afrontar los retos, las tareas y demás responsabilidades que antes asumían otros que estaban a cargo de su cuidado. En respaldo de lo anterior, autores como Sandoval-Obando, Serra y García (2020) refieren que, para muchos jóvenes, el proceso de encontrar un trabajo que les permita una total independencia es una tarea más difícil, si se considera, además, que incluso una formación académica más prolongada no es garantía de conseguir un empleo con las mejores condiciones que satisfagan todas sus necesidades. En el caso de Colombia y otros países suramericanos, estas tendencias se dan de forma marcada al tener en cuenta las dinámicas culturales, políticas, laborales y socioeconómicas particulares de la región.

Ahora bien, en este capítulo se exploraron diferentes situaciones, problemáticas y malestares a los que se ven expuestos algunos jóvenes adultos y adultos del municipio de Palmira y sus alrededores, y diferentes propuestas de intervención, acordes a las necesidades detectadas por los practicantes de psicología.

En términos generales, se podría pensar que el contexto posmoderno ofrece la posibilidad de un crecimiento personal continuo mucho más estable que en épocas anteriores, si se consideran las posibilidades de interacción, comunicación y vinculación relacional "disponibles" hoy en día. Sin embargo, al parecer, esto sólo es posible siempre y cuando se disponga de los recursos psicológicos adecuados y de unas condiciones contextuales favorecedoras. Esto último, de acuerdo con lo visto en el presente capítulo, sigue jugando un papel no sólo relevante, sino, en algunas ocasiones, determinante en la salud mental y en la calidad de vida de las personas. Otro asunto importante que genera gran preocupación es, según los casos expuestos, que se evidencia en los pacientes una elevada dificultad para identificar los recursos personales y contextuales que contribuyen a la solución efectiva de sus malestares y que facilitan su crecimiento personal.

Habiendo llegado a este punto, es válido cuestionarse ¿qué es ser adulto? Cada sociedad proporcionará, por obvias razones, una respuesta diferente y con un grado diferente de argumentación. En culturas tradicionales como la

maya, pemón, mapuches, aborígenes de Oceanía, entre otros, por ejemplo, la transición a la edad adulta estaba marcada por una serie de ritos de iniciación y marcadores de roles, como el matrimonio. Sin embargo, investigadores más actuales en este campo de la psicología del ciclo vital, como Artet (1998) y Coté (2014) sostienen que, a medida que la sociedad se vuelve más compleja, el camino hacia la edad adulta, como lo hemos visto en este capítulo con los diferentes casos, se vuelve menos claro, más individualizado y menos definido por los marcadores de roles tradicionales, no obstante, sigue aún vigente, como propósito, en el imaginario social.

Enseñanzas del capítulo 2: Adulthood joven y adultez (18 a 59 años)

Es importante mencionar que la práctica clínica ha sido fundamental para que los estudiantes observen el impacto significativo que sus intervenciones tienen en la experiencia de vida de las personas que los consulta, el tener la posibilidad de acceder a una población bastante diversa en edad les ha facilitado explorar más de cerca la salud mental, desde el inicio y durante el ciclo de la adultez, lo cual ha permitido a los practicantes, desarrollar habilidades clínicas para el trabajo con población en un rango de edad amplio.

Este trabajo con adultos les permitió, a los futuros profesionales de la psicología, adquirir competencias esenciales, como la capacidad de análisis del discurso del paciente, que facilita la identificación de afectaciones más allá del motivo de consulta inicial. Uno de los mayores aprendizajes, de acuerdo con los casos presentados en este capítulo, ha sido la importancia de mantener la objetividad, fundamentando las valoraciones en evidencia clínica, para evitar errores que podrían resultar siendo inconvenientes al emitir el diagnóstico y al planificar el tratamiento terapéutico. La práctica clínica, las reflexiones alrededor del caso y la escritura de estos, fue indispensable para reconocer y corregir falencias, lo cual ha promovido un crecimiento integral alrededor de este ejercicio clínico. Además de que ha ayudado a comprender que el proceso psicoterapéutico está vinculado a las demandas y necesidades específicas de cada paciente, algunas de las cuales los pacientes pudieron identificar por sí mismos.



Finalmente, la discusión sobre la complejidad de abordar a los pacientes según su edad, desarrollo cognitivo y madurez emocional, así como la identificación de eventos desencadenantes, factores mantenedores y estrategias propias, ha proporcionado una mayor claridad en el trabajo con esta población. Esto resalta la importancia de una aproximación metodológica adecuada y ajustada a cada caso particular, de tal modo que se garanticen intervenciones más efectivas y significativas.

Capítulo 3

Adultos mayores
(60 años en adelante)



Caso: S

Isabella Azcárate Rodríguez
Karoll Córdoba Salamanca
Lina Marcela Rojas Reina

Resumen

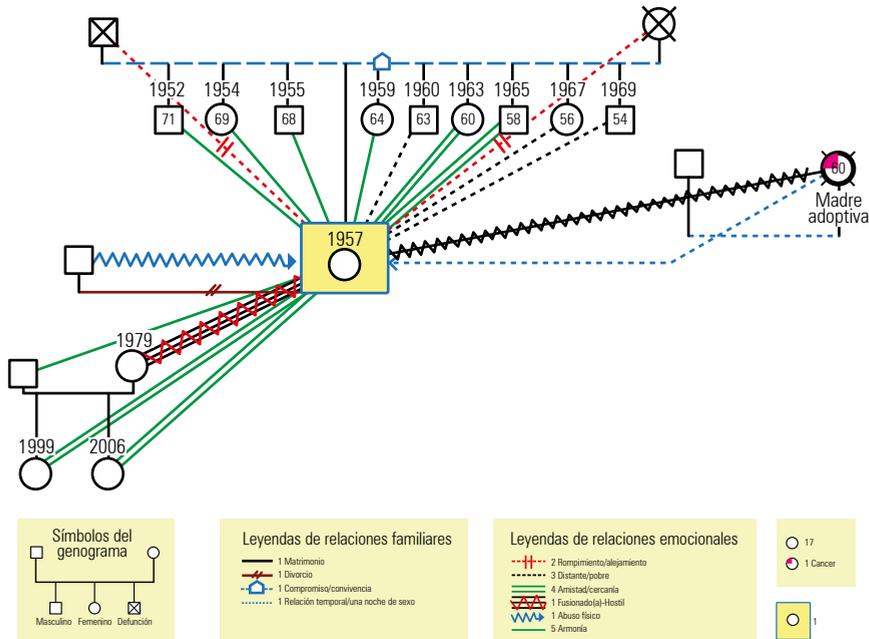
A continuación, se presenta la información del caso “S”, una paciente que acude al servicio de urgencias. Indica que tuvo una crisis de ansiedad, que se ha sentido muy nerviosa y su patrón de sueño está alterado. La paciente manifiesta un discurso verborreico y es colaboradora. Se evidencia en el discurso de la paciente una constante preocupación o miedo por la muerte de sus familiares y de sí misma, se muestra con poca adherencia al tratamiento. En la historia de vida de la paciente, se identifican factores de riesgo que condicionan el desarrollo de síntomas ansiosos, historial de violencia intrafamiliar y abandono. El caso fue abordado desde un enfoque cognitivo conductual con una presunción diagnóstica de F41.1: Trastorno de ansiedad generalizada. Por ello, el tratamiento busca enseñar a la paciente cómo ser consciente de sus valoraciones inmediatas de amenaza y cómo reestructurar los procesos cognitivos secundarios, teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento farmacológico, al tiempo que se implementan técnicas, como el autorregistro y la narrativa. Esto durante 10 sesiones, en las cuales se evalúa el avance y el ritmo de la paciente en su proceso.

Identificación del paciente

Paciente femenina de 66 años, residente de la ciudad de Palmira. Es separada desde los 25 años. Tiene una hija y dos nietas de 17 y 24 años, su nivel de escolaridad es de primaria, aunque después de un tiempo realizó una técnica en secretariado y mecanografía (pensionada). Debido a su estado mental y sus síntomas, se estableció que la paciente cumple con los criterios para un Trastorno Mixto y a los criterios diagnósticos de Trastorno de ansiedad generalizada F41.1, de acuerdo con la CIE 10.

Con relación a su famiogramma se obtiene la siguiente información:

Figura 1. Famiogramma de la paciente



Fuente. Elaboración propia.

Con los padres biológicos (actualmente fallecidos) tuvo un acercamiento a la edad de 15 años, de la cual menciona que fue una relación distante en la que se presentaban situaciones de violencia intrafamiliar. Su madre adoptiva falleció a los 80 años de cáncer, S refiere tener 9 hermanos (5 hombres y 4 mujeres), y con la mayoría de ellos mantiene una relación cercana. La paciente tiene una hija de su primer y único matrimonio, y refiere que a los 25 años se divorció de su pareja, el padre de su hija. Actualmente, el estado civil de la paciente es soltera y vive sola, pero todos los días comparte con su hija y nietas. S tiene 2 nietas, y menciona que con su hija y las nietas conserva una relación estrecha.



Análisis del motivo de consulta

La paciente asiste al servicio de urgencias el 20 de febrero del 2023, y refiere que presentó una “crisis de ansiedad”, pero que quiere volver a sentirse bien: “quiero sentirme bien, ahora que lo tengo todo, quiero disfrutarlo”. En el momento de la consulta, S se encontraba acompañada de la hija y su vestimenta era acorde a su edad. La paciente es capaz de evocar información de la historia personal y familiar, y mantiene su memoria y atención conservadas. Se encuentra ubicada autopsíquica y alopsíquicamente.

Refiere la recurrencia de síntomas como: sensación de desespero, palpitaciones, tensión muscular, temblores, náuseas, inquietud, verborrea, sensación de opresión y dolor en el pecho y en la cabeza, dificultad para respirar, sensación de angustia, sensación de evacuación frecuentemente, incomodidad de los oídos, dolor de espalda, hormigueo en manos y brazo izquierdo. Presenta un discurso fluido y coherente, en el momento de la consulta la paciente se observaba eufórica, sin embargo, dice que se ha sentido aburrida y en ocasiones irritable por la desestabilización en su estado de ánimo con las crisis de ansiedad, niega alucinaciones, no se evidencian ideas delirantes, niega ideas de muerte en el momento de la consulta.

Comenta que la primera crisis de ansiedad fue hace 5 años, por una deuda. Después, en el tiempo de la pandemia de covid-19 presentó otra crisis de ansiedad, por lo que, estuvo en tratamiento psicológico y psiquiátrico, diagnosticada con Trastorno mixto de ansiedad y depresión F41.2, y tratada desde hace 2 años con psicofármacos (trazodona, sertralina y venlafaxina), los cuales suspende desde noviembre del 2022, refiriendo que, en ese momento, ya se sentía bien. Sin embargo, asocia la reaparición de síntomas debido a dicha suspensión. La última crisis de ansiedad fue el 19 de febrero del 2023, razón por la que llegó al servicio.

Además de lo anterior, el patrón de sueño de la paciente estaba alterado, pues era intermitente. Su ingesta de alimentos era estable. Presentaba sentimientos de miedo constantes con relación a la muerte de sus familiares y de sí misma. La acompañante reporta conductas de sobreprotección, y manifiesta que la paciente consulta en internet diversos síntomas y se autodiagnostica.

Con relación a la demanda de la paciente, la interpretación de la sintomatología y el historial de situaciones estresantes a lo largo de su historia de vida se observa que existe una necesidad de conservar la percepción de control

que tiene hoy en día. Ahora bien, la paciente ha vivido múltiples situaciones de riesgo, por esta razón no había podido evidenciar algún tipo de control sobre su vida. Dicha percepción de control la ha logrado a medida que se ha desarrollado como persona y ha adquirido autonomía, por esto, actualmente, se plantea que presenta una percepción de control e identifica intereses vitales que ha ido construyendo y cuidando, por lo que la sintomatología de la ansiedad aparece cuando alguno de estos factores es afectado y ese malestar no le permite disfrutar plenamente lo que, en su sentir, ha construido y ha sido significativo.

Historia del problema

Durante la consulta, se recopilan aspectos importantes de su historia de vida, los cuales amplían la información acerca del posible inicio del problema como: la paciente refiere que, al momento de su nacimiento, fue dada en adopción a una vecina a quien se la denomina como "mamá Julia". La madre biológica de la paciente no contaba con el apoyo del padre, pues este se encontraba privado de la libertad.

S manifiesta que su madre adoptiva empleaba, como práctica de crianza, el castigo físico y verbal. En un momento la madre adoptiva sufre una parálisis que le impedía trabajar, a tal punto que se encontraban en condición de pobreza, por lo que S menciona que "mamá Julia" la obligó a robar, para poder subsistir. Menciona, además, que, a los 12 años, la madre adoptiva inicia una relación sentimental, en la que la pareja de esta le realizaba propuestas sexualizadas a S, y que también la dejaba encerrada. La paciente asegura que, como nunca accedió a los deseos de ese señor y oponerse a él, la ingresaron a una correccional de menores.

A los 14 años sale de la correccional y empieza a vivir en Cali con una tía (sobrina de la madre adoptiva), tiempo en el cual se sintió tranquila, pues recibía un buen trato. Sin embargo, a los 15 años, reaparece su madre adoptiva para llevársela a vivir con su familia de consanguinidad. Después de esto, la madre adoptiva muere por diagnóstico de cáncer y S se vincula con su familia biológica, que vive en condiciones de pobreza, y con la que vivió episodios de violencia intrafamiliar. En ese proceso de reacomodo en su "nueva" familia, se le cambió su identidad: recibió otro nombre y otros apellidos de sus padres.



S se independizó y se casó a los 20 años, matrimonio del que tuvo una hija. En dicho matrimonio, la paciente refiere que fue víctima de violencia intrafamiliar por parte de su esposo, razón por la cual decide divorciarse a sus 25 años. Después de terminar sus estudios en mecanografía, menciona que al exesposo le dan diagnóstico de poliomielitis, y S decide ayudarlo un tiempo con los cuidados. El observar dicho deterioro por la enfermedad, le generaba malestar y miedo.

En este sentido, la paciente menciona que le tiene miedo a la muerte y a las deudas, por lo que se asocia la primera crisis de ansiedad con una deuda generada por un viaje. Por otro lado, el miedo a la muerte lo relaciona por las situaciones violentas o de riesgo que ha experimentado y con las delicadas condiciones de salud de algunos de sus familiares.

Interpretación del caso

El caso de S se abordó desde un enfoque cognitivo conductual, dado que este se basa en reconocer los esquemas cognitivos del paciente, para identificar elementos o ideas que contribuyan al desarrollo o aumento de algún malestar o trastorno en particular, lo cual permite conocer los aspectos cognitivos que van a determinar la conducta de un sujeto. Y debe tenerse en cuenta que los esquemas cognitivos del sujeto son predispuestos por el aprendizaje y las experiencias. En dichos esquemas existen unos referentes sobre las amenazas que se activan en ciertas situaciones y ponen en marcha distorsiones cognitivas o percepciones erróneas de las situaciones; son pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento y activación emocional.

Así, desde el modelo cognitivo planteado por Beck & Clark (2013), se considera la ansiedad como una reacción que surge a partir de una evaluación errónea y exagerada de una situación en la cual el sujeto sobreestima, exageradamente, la probabilidad de que ocurra el daño o la gravedad que percibe y, también, minimiza la capacidad de afrontamiento o seguridad del sujeto.

Asimismo, desde el modelo cognitivo de la ansiedad se plantea que existe un sistema defensivo automático de respuesta, asociado a la activación ante una amenaza, lo que genera respuestas conductuales y cognitivas de forma automática, y una búsqueda de seguridad de forma inmediata. Este sistema permite ver la primera valoración de la amenaza y la ansiedad aparece en el momento en que se crea una segunda valoración de la posible amenaza, en

la cual se determina cuando el sujeto no logra percibir ninguna señal de seguridad. Seguidamente, para comprender la creación de dichas evaluaciones exageradas, se deben tener en cuenta los intereses vitales del paciente y sus creencias nucleares (Beck & Clark, 2013).

En el caso de S, en la paciente se evidencia una interpretación desadaptativa de las situaciones (al realizar valoraciones exageradas de situaciones), lo cual le genera un malestar, porque para ella implica un riesgo en sus intereses vitales, como su estabilidad económica, su condición de salud y el bienestar o salud de su hija y de sus nietas (Polo & Díaz, 2011). En S se identificaron distorsiones cognitivas, como las inferencias arbitrarias o visión catastrófica, por ejemplo, cuando menciona que, al salir sus nietas o su hija, siente miedo y tiene pensamientos automáticos sobre escenarios amenazantes, y por ello, según su propio criterio, recurre a conductas sobreprotectoras.

Además, en S se observa una distorsión cognitiva de maximización, puesto que la paciente incrementa las probabilidades de riesgo o de daño anticipadamente y sin ningún tipo de evidencias, situación que también la lleva a una distorsión de minimización en la cual la paciente se percibe incapaz de controlar o de afrontar dichas situaciones (cuidado de hija y nietas).

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo anterior, se propone un tratamiento de 10 sesiones (aprox.), cuyo objetivo es el de enseñarle a la paciente cómo puede ser consciente de sus valoraciones inmediatas de amenaza y corregir los procesos cognitivos secundarios que sean desadaptativos. Además de un tratamiento psicofarmacológico que genere una primera estabilidad y sostenga su estado de ánimo. De igual manera, se implementará la técnica de las tres columnas de Beck y la técnica narrativa, para que la paciente reconozca las falsas valoraciones y aumente la tolerancia del riesgo, entendiendo que su malestar se origina por las interpretaciones exageradas y erróneas que realiza de las situaciones (Beck, 1979; White & Epston, 1990).

Hipótesis

Es probable que la paciente tenga sentimientos de ansiedad y miedo a la muerte porque ha estado expuesta a las malas condiciones de salud de algunos de sus familiares, con la creencia de que los medicamentos son para las personas enfermas y por ende mueren.



Junto con lo anterior, es posible que la aparición de dichos síntomas de ansiedad se puede relacionar con la poca adherencia al tratamiento de psicofármacos, por lo que no se logra concretar, en consulta, otro detonante o un detonante de carácter psicosocial.

Es posible que dichos síntomas de ansiedad se exacerbaban y aumentaban cuando la paciente piensa y cree que puede perder el control que ha adquirido sobre su vida, ya que S es una paciente que vivenció múltiples factores de riesgo, los cuales propiciaron que otras personas interfirieran en sus decisiones y desarrollo de vida, y esto le ha generado dificultades para identificar aspectos protectores y habilidades de afrontamiento de su actual problema.

Caso: A

Cuando mi hijo vivía

Angie Vanessa Galindo Caicedo
Fabián Ricardo Pardo Pérez

Resumen

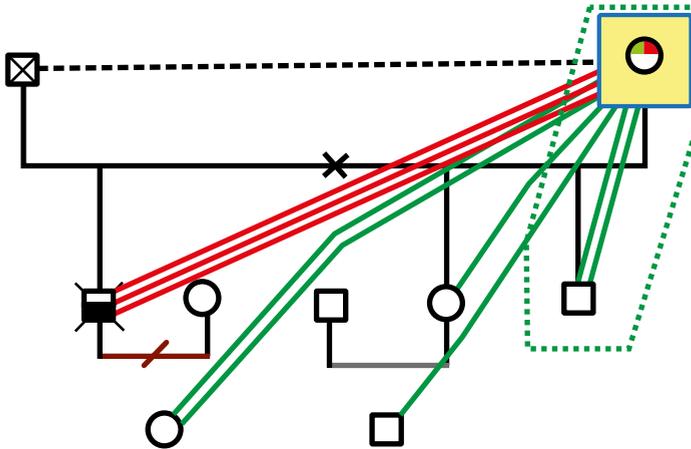
La muerte de un hijo es una pérdida que genera un proceso de duelo; es una experiencia individual influenciada por factores que pueden desencadenar diversas manifestaciones psíquicas, emocionales y conductuales. El presente texto expone un caso clínico relacionado con un proceso traumático generado a partir de la muerte de un hijo que, después de la ausencia del padre, había asumido el rol de protector y dador de sustento económico a su familia. La exposición de este caso consta de seis partes: 1) datos identificatorios de la paciente, 2) motivo de consulta inducido por la institución en la que se realizó la práctica (atención integral a pacientes con enfermedades crónicas), 3) especificación de la demanda (relacionada con la necesidad de comprensión de las sensaciones que surgen al recordar a su hijo fallecido), 4) interpretación con enfoque psicoanalítico, 5) hipótesis de trabajo y 6) plan de tratamiento.

Identificación del paciente

Paciente femenina de 68 años, con seudónimo "A", que ingresa a consulta por control y seguimiento del programa de enfermedades crónicas no transmisibles, así como también por baja adherencia a su tratamiento farmacológico. A es un ama de casa, viuda, que manifiesta tener 2 hijos, y refiere vivir en un ambiente familiar sin dificultades. Su comunicación es adecuada con ellos, especialmente, con el hijo menor con quien vive. Se identifica, en su conformación familiar actual, una red de apoyo positiva.



Figura 1. Familiograma de la paciente



Fuente. Elaboración propia.

Análisis del motivo de consulta

El motivo de consulta, en el presente caso, fue inducido como parte del tratamiento médico integral; seguimiento por hipertensión arterial, obesidad grado I y dislipidemia. Sin embargo, dentro de la consulta se brinda el espacio para que la paciente hable acerca de aquello que la ocupa, con lo cual se evidencia que, tras la muerte de uno de sus hijos, hay un desencadenamiento de síntomas, como afecto depresivo, presencia de sentimientos ambivalentes y la existencia de un pensamiento mágico no delirante ni psicótico relacionado con una invención ficcionada que le permite sostenerse por medio de la fe, además de otras acciones, como visitar los lugares que frecuentaba el hijo fallecido y el mantenimiento de la habitación como si se tratara de una especie de altar. Lo anterior, sumado a la enunciación de la paciente, permite identificar, como demanda, la comprensión de una sensación de “tormento” producida al recordar a su hijo fallecido.

Historia del problema

A vivió la experiencia de tener varias pérdidas: a su hijo, en marzo del 2019, por un infarto fulminante, y a su “esposo” (en realidad su exesposo), unos meses después, en mayo del mismo año, como consecuencia de una enfermedad de base. La paciente indica que desde la muerte de su hijo su vida cambió y, en ocasiones, se siente “triste y melancólica” por su partida. A se separó de su esposo cuando sus hijos estaban pequeños, ella expresa: “él me dejó por otras mujeres y mi hijo mayor me ayudó a sacar a los otros dos hijos adelante, vendiendo frutas. Yo perdoné a mi esposo mucho tiempo después, cuando vi que ninguna de las mujeres por las que me había dejado lo volteaban a ver por estar enfermo y cerca de la muerte”. Por otro lado, manifiesta que su hijo fue consumidor de sustancias psicoactivas (marihuana), consumo que empezó debido a conflictos con su pareja, pues esta no le permitía ver a su hija. El hecho desencadenó inconvenientes y conflictos familiares con sus demás hijos, quienes reprobaban la conducta de su hermano, fue internado en una institución, donde murió.

Interpretación del caso

Se encuentra que la madre ubicaba a su hijo en una posición de objeto, situado, simbólicamente, como el falo materno, y el hijo también respondía a esta denominación al identificarse con el deseo de la madre con su pretensión de colmar el vacío (o la falta estructural) que quedó al descubierto en la paciente tras el abandono de su esposo. Según Lacan, citado en Soler (2008), “el hijo puede ser un posible objeto a; causa de deseo para una mujer. El hijo fálico puede a veces, taponar y hacer callar la exigencia femenina” (p. 41). De modo que, la experiencia subjetiva de la paciente al vivenciar la muerte de su hijo como un hecho que se presenta desde el registro de lo Real (inesperadamente al ser causada por un infarto fulminante), la pone de frente con su propia falta y, nuevamente, frente a la castración. Según Rostagnotto, citado en Aquino (2016), “La respuesta que cada sujeto da a la castración, es particular, única e inconsciente, fundante de la subjetividad” (p.51), en otras palabras, al considerar el falo como una parte esencial de la propia imagen, la amenaza de perderlo o de sentirlo perdido pone en peligro la imagen del yo y, como consecuencia, se pone en juego el surgimiento de elementos psíquicos que pueden imposibilitar o retrasar la elaboración o la subjetivación del proceso de duelo. Lacan, citado en Elmiger, (2010), afirma que:



el sujeto ante la muerte es embestido por lo traumático, se desarticula la trama significativa que significa y da sentido, lo cual deja al sujeto desvalido para enfrentar el choque traumático, lo que a su vez puede dar lugar a angustias, *acting out* o pasajes al acto que dan cuenta del impedimento de subjetivar tal pérdida. (p. 19)

Por lo anterior, se entiende que la paciente “reanima” la imagen del hijo. En su discurso menciona: “él vivía pendiente de mí, yo visito el lugar donde él tenía su puesto de frutas, yo le mantengo su cuarto limpio”. Dichas acciones le sirven de soporte, para resistirse a la evidencia de la desaparición o muerte de su hijo, esto como irrupciones de un amor que no desaparece y por el cual el duelo no logra concluirse. En consecuencia, el recuerdo del ser querido continúa generando dolor y “tormento”.

Hipótesis del problema

La existencia del lazo que une, de manera “tormentosa”, a la paciente con el recuerdo de su hijo fallecido, se relaciona con la existencia de un vínculo afectivo ambivalente con sus otros hijos vivos y con ella misma. Lo anterior se relaciona con tres aspectos evidenciados en la consulta:

1. La reclusión del hijo en una institución por petición de él mismo, para bienestar de la madre. La paciente manifiesta en dos ocasiones: “él me pidió que lo metiera a una fundación, para que yo no sufriera tanto”. Según Lacan, citado en Navarro (1971):

“el interés no gira alrededor de los mensajes o significantes, sino sobre la forma como estos circulan dentro de un conjunto en el cual cada persona responde con una señal simbólica, y toma un lugar con relación a la señal que se ha enunciado”. (p. 175)

En este caso, la decisión de institucionalización, lugar donde falleció el hijo, tal como fue enunciada, tuvo más relación con la paciente misma y con los conflictos con sus otros hijos que con una decisión propia del hijo fallecido.

2. El rechazo del hijo, por parte de sus otros hijos, debido al consumo de SPA. La paciente en su relato expresa: “los hermanos lo rechazaban, yo creo que sienten remordimiento, a mí me dolían los desprecios que le hacían. Yo guardo resentimiento con mis otros hijos, porque ellos,

en vez de ayudarlo, lo estaban metiendo más al vicio. Yo no conté con ellos, ellos no lo querían, eso me dolía, porque él los ayudó a criar... son desagradecidos. Pero aun así yo los quiero. Yo tengo que saber, por ejemplo, cuál es el rumbo que va a tener mi hijo menor. Yo le pido mucho a Dios, para yo ver a mi hijo con un hogar que lo haga feliz". Todo lo anterior permite evidenciar la existencia de un conflicto vinculado con el hecho de que, para los otros hijos, aquel hijo mayor (fallecido) no fue tomado como un objeto que simbolizara al padre y, con ello, el respeto y obediencia que esta figura representa.

3. Existencia de una sensación de tormento y sentimientos de culpabilidad latentes. La paciente, al recordar a su hijo, indica: "yo sé que yo lo atormento, yo siempre lo tengo presente, yo sé que él ya se fue. Hay días que trato de no atormentarlo y no atormentarme, yo sé que recordarlo es atormentarme". Tal sensación se relaciona con una creencia religiosa (a nivel manifiesto) y con su rol de madre, al ser el objeto causa de su deseo, y viceversa (a nivel latente). Al respecto, Lacan citado en Pelegrí (2011), indica que "solo se está en duelo por alguien de quien podemos decir: 'yo era su falta', es decir, solo es posible hacer duelo por aquel cuya falta fuimos y cuyo deseo causamos" (p. 5).

Por otra parte, la paciente afirma: "yo como mamá me maneje bien. Él vivía muy contento y agradecido de mí, a mí no me quedan remordimientos de que me manejé mal con él; pero en el momento en que le dio el infarto, él estaba allá y yo no estaba [con él]", lo que, finalmente, también evidencia en su discurso un sentimiento de culpabilidad latente, al haber sido por el "bienestar" de ella que su hijo fue institucionalizado y, así, morir lejos de su lado, no haber evitado el uso de drogas y, a su vez, no haber evitado los conflictos con sus hermanos. Acerca de esto, Roitman *et al.* (2002) mencionan que una manifestación del sentimiento de culpa ante la pérdida es:

la sensación de haber fallado, de haber desamparado o haber fracasado como padres. En este sentido, haber sobrevivido a un hijo es percibido, a veces, como falta de amor parental; dejar de penar, es sentido como falta de lealtad, traición o abandono al hijo muerto. (p. 2)

Es así como el conflicto de ambivalencia da paso a una conformación patológica en la que se ha prolongado el dolor y el sufrimiento de la paciente, como una forma de castigo o autorreproche que no permite que el duelo logre concluirse, y que toda la energía sea acaparada por el dolor al persistir los recuerdos y, con ellos, las esperanzas y el estilo de vida mediante el cual la



libido se hallaba ligada al objeto. Según Freud (1917), en el duelo patológico, la sombra del objeto recae sobre el Yo, lo que produce una identificación con el objeto perdido que empobrece la estructura con una falta de sentido, por la que se cree, incluso, que una parte de sí se marcha con la persona fallecida. Con relación a lo anterior, la paciente indica: "cuando mi hijo vivía yo estaba contenta y feliz, ahora algo cambió; sin embargo, antes lloraba mucho, antes no podía mencionar el tema, porque me quería morir, ahora puedo hablar de esto". Aquí se observa que la paciente inviste los recuerdos con el objeto perdido de manera melancólica, y sobre ello afirma Nasio (1996) que el duelo patológico es el amor coagulado alrededor de una imagen, en el que la sobrecarga afectiva se cristaliza en la representación psíquica del amado perdido.

Por todo lo dicho, desde el enfoque psicoanalítico es importante, como plan de tratamiento en este caso, el abordaje de lo Real del trauma, en procura de que lo que se pierde pueda ser traducible en formas discursivas que permitan subjetivar el suceso y resignificar la pérdida y los sentimientos implicados en ella; todo lo cual busca una aceptación del carácter definitivo de la ausencia mediante la desinvertidura de la representación del ser amado, hasta que este deje de ser fuente de dolor y tormento.

Caso: Susana

Sé que puedo vivir sin ti, pero sencillamente no quiero

María Camila Ortega Cardona
Fabián Ricardo Pardo Pérez
Andrez Maurizio Kaiser

Resumen

A continuación, se presenta una viñeta clínica con el caso de una paciente a quien se denominó "Susana". Mediante la identificación del motivo de consulta ("sé que necesito la atención, estoy muy mal por la pérdida de mi esposo") se logra la elaboración de la demanda por parte de la paciente, que en un principio correspondía a una cita de control y seguimiento, en atención al programa de crónicos en una IPS de la ciudad de Palmira. Luego, se formulan algunas hipótesis que permitan orientar la interpretación del caso desde una postura psicoanalítica; en estas convergen elementos claves para el análisis, como lo son la angustia del paciente y la identificación de su estructura clínica. Para responder a los principios del psicoanálisis, se efectúa la instalación del dispositivo analítico y se cuestiona el saber del paciente, con el propósito de reconocer aquellos significantes que le generan la angustia. Finalmente, se indica cómo se posiciona el analista frente a la teoría y a las particularidades del caso.

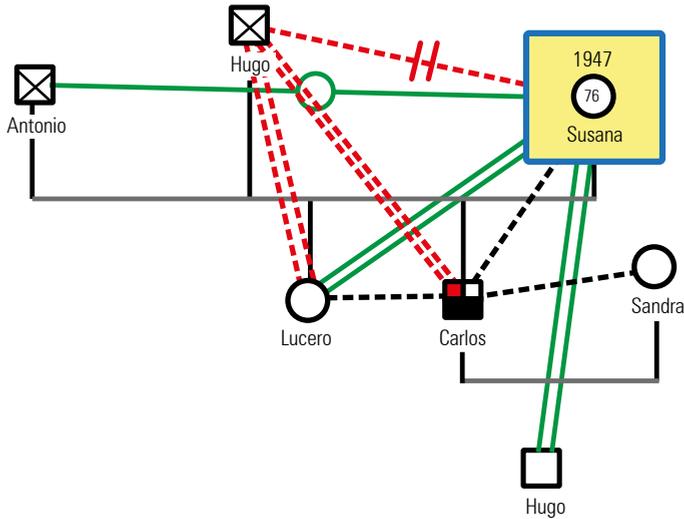
Identificación de la paciente

"Susana" es una paciente de 75 años, que pertenece a un programa de pacientes crónicos en el que es atendida por diabetes, enfermedad renal, hipertensión y otros diagnósticos. Susana es pensionada, dedica la mayor parte del tiempo a ser ama de casa. Anteriormente se desempeñaba como funcionaria pública, empleo en el cual conoció a su



difunto esposo. Al momento de la consulta, la paciente vive sola, cuenta con apoyo por parte de sus familiares, amigos y vecinos, quienes “tratan de estar pendientes sobre la toma de [sus] medicamentos”.

Figura 1. Familiograma de la paciente



Fuente: Elaboración propia.

Susana tiene dos hijos con los que mantiene una relación distante, puesto que residen en el exterior; sin embargo, ellos son quienes están pendientes de ella y la apoyan en sus necesidades básicas. Como antecedente, cabe mencionar que su hijo menor presentó una trombosis isquémica, por lo que la paciente tuvo que viajar a otro país para “cuidar y apoyar” la recuperación de su hijo. Dada esta situación, Susana convivió alrededor de un mes con su hijo y la familia de él, por lo que, en este tiempo, se enteró de que su hijo y su nieto eran consumidores de SPA. Como red de apoyo central, Susana nombra a su esposo, quien al momento de la consulta inicial cumplía el primer mes de fallecimiento a causa de un paro cardíaco fulminante, situación que generó en ella alteraciones respecto a su condición actual en salud, tanto que la paciente se volvió no adherente al tratamiento farmacológico, como reacción frente al duelo.

Análisis del motivo de consulta

Inicialmente, el motivo de consulta fue institucionalizado a través de la atención integral de un programa para pacientes crónicos, en una IPS de la ciudad de Palmira. Sin embargo, durante la consulta la paciente refiere que “no sabía de la consulta; pero yo sé que la necesito. Estoy muy mal, mi esposo falleció hace un mes”. Al abordar la situación, se identifica que la paciente presenta un posible duelo abierto, el cual ha desencadenado síntomas en ella, como aumento de la hemoglobina glicosilada, descompensación en la presión arterial, inapetencia, llanto fácil, pensamientos de minusvalía, prospección inestable, labilidad afectiva, desinterés por actividades que anteriormente disfrutaba y no adherencia al tratamiento farmacológico para sus enfermedades crónicas.

Una vez instalada, la intención de ser escuchada dentro del dispositivo posibilita que la paciente, mediante la enunciación, logre reconectarse con su vida anímica y pueda dar lugar a eso que, por efectos de la escucha, emerge sin control, sin advertencia y que la nombra, ya no por la necesidad sino por el deseo que la impulsa a saber más de su sufrimiento. De esta manera, se espera que del lado de quien oficia como terapeuta también pueda responder con la ética que orienta el bien decir y no se ocupa de la anulación del otro por el discurso totalizante, propio de la institucionalidad.

En lo dicho por Susana, es posible identificar una demanda de tratamiento terapéutico: la paciente significa la pérdida de su esposo como una falta para ella, en el lugar del Otro, es decir, ella interpreta el fallecimiento del esposo como un fallecimiento de sí misma sobre la posición que ella ocupaba cuando el Otro (su esposo) la nombraba y la reconocía como un sujeto deseado/deseable para el Otro. Por lo cual, se hace necesario la instauración clínica del tiempo lógico, con la que se comprenda el tiempo de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir (Lacan, 1988).

Historia del problema

Si bien es importante abordar el inicio de la sintomatología disfuncional en Susana, primero es necesario identificar cuál es problema que la paciente enuncia durante la consulta. Ella menciona que su “fuerte apego” al esposo, se debe a que ella “siempre” tuvo relaciones disfuncionales con sus parejas anteriores.



Una de esas es “Hugo”, quien la abandonó estando embarazada de su primera hija, para consolidar una relación con otra mujer. Susana, entonces, optó por “superar el dolor” mediante el consumo excesivo de bebidas embriagantes: “cada que tenía la oportunidad consumía licor, todo era baile, bebetea y cigarrillo”. Según comenta, la paciente inicia la superación de esta ruptura amorosa cuando reconoce que “él no me hizo daño, la boba fui yo que tanto lloré por él”. Es posible afirmar, entonces, que la paciente decide desplazar ese dolor, ese conflicto, por acciones lesivas contra sí misma, que luego le generan sentimientos de angustia, sin que “él lo mereciera”.

Desde su infancia, la relación de Susana con su madre fue cercana. La paciente describe a la madre como una persona “tranquila, servicial, protectora y muy fuerte”. Sin embargo, por otra parte, se identifican algunos aspectos disfuncionales en la relación con su padre, y en el tipo de relación de la madre con el padre, ya que ambos discutían excesivamente porque “él tomaba mucho, y nos daba muy mala vida”, según comenta Susana. En este sentido, la paciente describe a su padre como “un terrible hombre, incapaz de sentir amor”.

Con el paso de los años, la madre fallece de cáncer, y a la edad de 22 años, la paciente decide casarse con el hombre que le habían escogido para ella (a quien se mencionó anteriormente con el nombre de “Hugo”). A este hombre lo define como el “examor de su vida”, describe que ella era muy feliz con él a pesar de las situaciones de abuso, abandono y, en ocasiones, incluso, hasta violencia psicológica. En este punto, ya es posible identificar que la paciente goza con su angustia, goza al sentirse como un objeto deseable para el Otro, por lo cual, opta por no atravesar por la palabra aquello que le genera malestar.

En su relato, la paciente menciona a “Antonio” como “su gran amor”. Lo describe como una persona “responsable, protector y cariñoso”. En un momento de la enunciación, se evidencia que la paciente se ve en la necesidad de sentirse mal ante su pérdida, porque su esposo “fue muy bueno con ella”. Susana menciona que Antonio es merecedor de su amor, y que él la sustrajo de su realidad, porque le “enseñó algo que desconocía”, a saber, la posibilidad de sentirse amada, valorada y reconocida ante Otro que la nombra.

En el transcurso de la historia, Susana expresa que conoció a Antonio siendo funcionaria pública. Vivieron juntos alrededor de 13 años, con una dinámica familiar funcional. La relación era cercana, niega dificultades de convivencia. Antonio sufría de la presión y Susana era quien se encargaba de los cuidados de ambos. Llegaron a reconocer la importancia del autocuidado sobre

la salud física, por lo que seguían recomendaciones nutricionales al cocinar, se tomaban los medicamentos según las indicaciones médicas y realizaban caminatas diarias. Sin embargo, en octubre le notificaron a Susana que su hijo "Carlos" presentó una trombosis isquémica, lo cual desencadenó en una parálisis motriz parcial y en afasias. A raíz de esto, Susana empezó a decaer en el tratamiento, a dejar de asistir a los controles, a no tomarse los medicamentos y a descuidar su rutina saludable; por lo que ambos se convirtieron en pacientes no adherentes.

Por este motivo, Susana viaja, a finales de noviembre, al país en el que residen sus hijos y permanece allí alrededor de un mes, para cuidar la recuperación de su hijo. Al regresar, encuentra que Antonio está descompensado en su salud, dadas las enfermedades crónicas que presentaba, por lo que Susana empieza a tener "sentimientos de culpabilidad". A mediados de enero, Antonio sufre un paro cardíaco fulminante, que lo deja sin vida y a ella "totalmente destruida", según comenta.

Interpretación del caso

El psicoanálisis es una práctica de la palabra y, por lo tanto, hablar de una clínica psicoanalítica implica hablar de la cadena de significantes que se van construyendo en la relación con el Otro. Es poner en expresión aquello que tanto cuesta atravesar por la palabra, mientras el deseo es reprimido por los mecanismos de defensa que avasallan al Yo (Lacan, 1988). De ahí que surja la instauración del dispositivo analítico como aquello que permite que, en este caso, Susana elabore la historicidad de su vida, identifique lo que la angustia, sin huir, sino haciéndole frente por medio de la posición subjetiva en la que ella se ubica.

Por consiguiente, el objetivo del dispositivo analítico es crear un espacio donde el síntoma pueda manifestarse plenamente, facilitado por la posición que adopta el terapeuta. Este enfoque del analista, centrado en la demanda del analizante, favorece significativamente la aparición de la subjetividad y la transferencia. De este modo, la clínica psicoanalítica se diferencia de las otras psicoterapias por su énfasis en el acto analítico en sí mismo, en el que refiere las "pautas" fundamentales que deben tenerse en cuenta al realizar cualquier análisis clínico, los cuales deben responder a las necesidades particulares de los pacientes, y garantizando las condiciones específicas que sean requeridas por cada uno de ellos en función del terapeuta. Por ello, es importante preguntarse: ¿Cómo se posiciona el terapeuta frente al paciente?



En este caso particular, se observa cómo la transferencia permite que Susana nombre su angustia, a la vez que nombra aquello que trasciende esa angustia hasta el paso de la urgencia; urgencia con la que se hace un llamado al Otro que refuerza, prohíbe e interpreta la angustia, por lo que es posible identificar el *acting out* como la caída de un Otro primordial, en la que ya no hay Otro que sostenga. Por lo tanto, la urgencia concluye cuando Susana elabora su demanda.

Por lo anterior, se identifica en la paciente una necesidad de posicionarse frente al Otro como objeto de su deseo. En este sentido, su angustia no es una angustia exteriorizada, sino que es una angustia proveniente de su interior; una angustia neurótica que le afecta en su forma de relacionamiento con los demás. Desde esta perspectiva, es posible establecer que Susana tiende a formar relaciones de “apego muy fuerte” a causa de la relación de objeto en la que se posicionó frente a la salida del Edipo. En otras palabras, ella trata de ubicarse como objeto de deseo frente a la pulsión fálica del que ocupa las veces del padre, en este caso, llámese pareja y, cuando no hay quien ocupe este lugar, cuando no hay Otro que la nombre, ella no tiene con quién identificarse; y es ahí cuando se manifiesta el malestar interior: un sin-nombre, un sin-ti, un sin lugar para mí.

En consecuencia, la paciente desarrolla el ideal de la pulsión mortífera, en la cual ella no asume su rol, pues no tiene con quién identificarse, y entra en un proceso de angustia-urgencia que se acentúa, sobre todo, cuando fallece el esposo, quien era el que la nombraba.

Hipótesis

El caso exige la instauración de un dispositivo analítico que se adecue a las necesidades de Susana. Así, se observa que su caso es el de una mujer neurótica que es investida por el deseo del Otro y que goza con el síntoma. Susana demanda ser el deseo para el Otro, porque esto es lo que le da valor a su existencia. En este sentido, es posible hipotetizar que, en la paciente, el duelo se manifiesta por medio de una pulsión mortífera con la que ella se identifica.

Pero ¿qué significa todo esto? Freud (1989) afirma que “el equilibrio humano se compone de dos atracciones, una hacia la muerte, otra hacia la vida” (p. 45). En este sentido, la pulsión de muerte es aquella constante que empuja al sujeto a sentir placer, inconscientemente, por medio de la destrucción;

por lo que esta pulsión apunta a la desintegración de los vínculos y la lucha inalcanzablemente por la existencia de un Otro que la nombre y, cuando la nombra, Susana, en este caso, encuentra allí los significantes que la identifican como una persona funcional.

En esta medida, ella necesita una devolución libidinal, un monto afectivo de alguien que se ocupe de ella, porque ella ya se ha ocupado de todos: ha sido la hija que obedece la norma, el sujeto que sostiene el hogar, la madre protectora, la casta esposa. Por eso, ella se encuentra en busca de ese Otro que la complete, que le quite la falta, que le devuelva el amor con el que la nombraba su esposo. De ahí que, cuando Susana no logra identificarse con Otro que la sostenga, inicia el llamado, el *acting out* por el que expresa su urgencia, que emerge por el deterioro que genera el no cuidado de su salud.

Conclusiones

En este capítulo se han presentado tres casos prácticos y reales que ilustran de manera vívida las diversas facetas del ciclo vital en la vejez. Cada caso, único en sus circunstancias y desafíos, nos ofrece una ventana al mundo de las personas mayores, y revela no solo las dificultades y obstáculos que ellos enfrentan, sino también las estrategias resilientes y adaptativas que emplean para superar esta etapa de sus vidas. Desde la historia del caso S, que destaca la lucha contra la violencia intrafamiliar, el miedo a la muerte y la crisis de ansiedad, hasta el relato del caso Susana, que refleja la importancia de los aspectos emocionales que ha somatizado con las dolencias físicas, estos casos arrojan luz sobre las realidades multifacéticas de envejecer. Al examinar estas narrativas, no solo se gana una comprensión más profunda de los aspectos físicos, emocionales y sociales de la vejez, sino que, además, se descubren valiosas lecciones sobre la resiliencia, la dignidad y la calidad de vida en los años dorados.

En Colombia se ha formulado la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, que pretende proteger y asistir a las personas mayores, promoviendo su integración activa y comunitaria y basándose en principios de solidaridad, igualdad, diversidad y dignidad. Esta política pública menciona algunos aspectos claves relacionados con esta población: transición demográfica y epidemiológica, e incluye un aspecto importante: el aumento de la proporción de personas mayores, al igual que las desigualdades y vulnerabilidades que enfrentan, lo cual permite identificar personas adultas en condición de pobreza, exclusión y falta de oportunidades laborales y académicas. Otro aspecto



relevante es la feminización del envejecimiento, un asunto que no es ajeno al estudio de los casos presentados en este capítulo, pues dicho fenómeno indica que las mujeres viven más tiempo que los hombres, sin embargo, no en las mejores condiciones, lo cual evidencia una desigualdad que prevalece a lo largo de sus vidas.

Por su parte, Blanco (2011) coincide en que, en el curso de la vida, se dan eventos históricos, económicos, demográficos, sociales y culturales, que se encargan de configurar y reconfigurar la vida individual. Lo que se pone de manifiesto en los casos de S, A y Susana que han sido atravesadas por eventos significativos a lo largo de su vida, hasta llegar al ciclo vital de la vejez o tercera edad.

Finalmente, Dulcey & Uribe (2002) hacen referencia a aspectos relevantes de la edad: cambios permanentes, multidimensionalidad e importancia del contexto y la historia. También describen el envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva entre individuos y especies, con un aumento de heterogeneidad a lo largo del ciclo vital. Además, dicho proceso es entendido como simultáneo y permanente, que integra ganancias y pérdidas, y múltiples influencias.

Los casos presentados en este capítulo permiten identificar asuntos relevantes en el escenario clínico acompañado desde la psicología y las diferentes nociones teóricas que se presentan: distorsiones cognitivas, lo Real en el trauma a partir de las pérdidas y el posicionamiento del Otro versus el propio, el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo cual puede llegar a funcionar como una forma de posicionarse psicológicamente frente a las realidades de cada paciente o dificultad para adherirse a un tratamiento farmacológico y psicológico. Es decir, en esta revisión de casos se identifican varios asuntos relacionados con la tercera edad, la importancia de poder ocupar el lugar de terapeuta y de escuchar al paciente, para permitir, de esta manera, un alivio a los padecimientos emocionales de los pacientes.

Enseñanzas capítulo 3: **adultos mayores (60 años en adelante)**

Para finalizar con este capítulo, es importante señalar que los casos presentados subrayan la importancia de evaluar y analizar varios factores que influyen en el bienestar de los consultantes, incluyendo las necesidades individuales,



el contexto vital, las influencias tempranas (la familia, los amigos que se fueron o se están yendo) y los elementos que los pacientes consideran relevantes en esta etapa de la vida. Estos casos también son útiles para identificar el impacto, a largo plazo, de factores de riesgo como la violencia, el abandono, la pobreza y los abusos, pues los análisis han permitido una comprensión profunda del sufrimiento de aquellos que consultaron. Esto, a su vez, facilitó un mayor entendimiento de conductas y comportamientos, puesto que los individuos construyen su realidad basada en sus experiencias y conocimientos, lo que puede llevarlos a repeticiones o cambios radicales en el transcurso de la vida.

El espacio de práctica clínica y el análisis de casos de adultos mayores permitió confrontaciones asertivas que demuestran el nivel de responsabilidad y respeto necesario al intervenir en la salud, y, por ende, en la vida de una persona. Estos casos también permiten la formulación de preguntas sobre cómo se posiciona el psicólogo con respecto al malestar del paciente. Frente a esto, es importante recalcar que es común que los estudiantes en práctica, al asumir el rol de terapeutas, olviden el conocimiento del paciente y se ubiquen en una posición de supuesto saber. Por lo tanto, es crucial que estos caminos del quehacer clínico se recorran con prudencia, sin olvidar nunca los principios deontológicos de la psicología: beneficencia, autonomía y justicia.



Conclusiones generales de este libro

La salud mental, ese delicado hilo invisible que entreteje la compleja trama de nuestra existencia, se manifiesta y evoluciona de manera singular a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Desde los primeros destellos de la infancia hasta la sabiduría de la vejez, la mente se convierte en un paisaje en constante cambio y es modelada por experiencias intrincadas, desafíos profundos y momentos de gracia que se intercalan entre las estaciones de la vida. Cada etapa del desarrollo humano, desde el momento en que llegamos a este mundo hasta que nos despedimos de él, presenta sus propios desafíos y oportunidades para la salud mental.

En los primeros compases de la infancia, cuando la inocencia florece como la más valiosa de las monedas, los cimientos de la salud mental se establecen en la ternura de las conexiones y la seguridad de los lazos familiares. Cada risa resonante y cada lágrima compartida se transforman en eslabones imprescindibles de la cadena de la formación emocional. Aquí, la psicología nos revela la importancia crucial del vínculo afectivo. Las interacciones tempranas con cuidadores establecen los cimientos de nuestra capacidad para confiar en el mundo que nos rodea. Por ejemplo, la teoría del apego arroja luz sobre cómo las relaciones de la infancia moldean nuestra capacidad para formar conexiones significativas en el futuro.

Uno de los elementos que se puede comprender con la lectura de este libro es la presencia de comportamientos disruptivos y problemáticas emocionales que desembocan en ansiedad y depresión en los niños y adolescentes. Sin embargo, otro elemento que atraviesa estos malestares en

la infancia se encuentra en las estructuras familiares. Por medio de los casos presentados, se pueden evidenciar las diversas problemáticas singulares que pueden desarrollarse en cada uno de estos entornos, los cuales son fundamentales para el desarrollo, la crianza y el fortalecimiento de la identidad de los niños, niñas y adolescentes. Estas situaciones quedan expuestas en cada uno de los casos, en los que el antecedente a la aparición de las dificultades comportamentales y emocionales son las disfunciones familiares y los estragos que estas provocan, sin olvidar los agravantes sociales, de violencia, educacionales o económicos que las familias atraviesan.

Lo anterior puede ser tomado como un punto de referencia para lo que se espera alcanzar con la Ley 1616 de 2013, "por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". De acuerdo con la lectura de los casos aquí presentados y bajo el amparo de dicha norma, se debe buscar fortalecer el trabajo a nivel familiar como punto inicial de prevención de estos problemas. La importancia del rol del abordaje psicoterapéutico a temprana edad se destaca como un apoyo ante lo que, por desarrollo y evolución, puede ser inevitable: disfunciones familiares, conflictos, violencias, rupturas familiares, dificultades para asumir roles paternos y la constitución de un hogar bajo parámetros sanos y responsables. En estos contextos, los psicólogos en formación y profesionales fungen como sostén ante estos desafíos y logran tener una función reparadora. Evidencia de esto es la decisión de cada uno de los terapeutas que atendieron los casos, de ocupar una posición de escucha y apoyo que posibilitara al paciente poner en palabras su malestar o sufrimiento, para encontrar en su discurso una postura que le permita recomponer lo que no está funcionando bien.

En todo caso, el primer capítulo nos permitió reconocer algunas coordenadas para la comprensión del contexto actual de los espacios de atención psicológica para niños, niñas y adolescentes, en donde la discusión no se centró en definir cuál era el enfoque más efectivo, sino en la convicción y el deseo del psicólogo por atender, encontrarse con el otro y ser un soporte desinteresado para la subjetividad del paciente.

De la misma manera, y a medida que se avanza hacia la adultez temprana, la vida despliega su complejidad como un tapiz de posibilidades y responsabilidades entrelazadas. La presión del rendimiento, la búsqueda incesante de identidad y las interacciones sociales intensifican el diálogo interno, y esto lleva consigo el peso de desafíos emocionales. Aquí, la terapia psicoterapéutica surge como un faro en la tormenta, ya que posibilita un espacio seguro donde



desentrañar pensamientos y emociones, se convierte en la piedra angular para construir puentes hacia el autoconocimiento y los recursos necesarios para navegar las aguas turbulentas de estas etapas.

En el segundo capítulo, pues, se evidenció la multicausalidad y las distintas formas en que los adultos jóvenes llegan al espacio terapéutico, cada uno con su propio sufrimiento y enfrentando el desafío que esta etapa les plantea y la angustia de estar a la altura de su madurez. Sin embargo, hay un elemento interesante en la lectura de los casos: la familia, ahora, en una etapa diferente. No se trata necesariamente de la familia nuclear, como se veía en el primer capítulo, sino de la familia que se forma por decisión concienzuda, apresurada o incluso por error.

Las consecuencias de estas formaciones familiares se evidencian no solo en la estructura aprendida de familia funcional o disfuncional, sino también en lo que se podría entender como tradiciones y herencias, incluidas las formas de comunicación y los roles establecidos. En este contexto, la violencia familiar aparece como un síntoma que enmascara una trama antecedente, un accidente que traumatiza el curso y los desarraigos culturales y familiares. Esto genera caos en la percepción del sujeto mismo y en lo que se espera lograr, influenciado por las exigencias imperantes de la sociedad y el acelerado discurso capitalista. Además, los problemas de pareja, como la culpa ante la infidelidad y la imposibilidad de confesión antes de la muerte, dividen la posición del sujeto sobre lo que espera, por lo que necesita y desea lograr, en esta etapa caracterizada por el crecimiento, el éxito y la estabilidad, conceptos que cada uno entiende y vive de manera singular, basados en sus propias referencias y realidades.

Ante las dificultades que atraviesa la familia y la posición que cada miembro adopta frente a estos desafíos, se encuentra un sujeto incómodo, sufriente, que no encuentra alternativas por sí solo, porque sus recursos ya han sido superados por sus problemas. Sin embargo, ya sea por la decisión de pedir ayuda o por la suerte de contar con acompañamiento dentro de una institución, encuentran en el terapeuta una luz, un descanso, un bálsamo para enfrentar su sufrimiento. Esto es lo que nos enseñan cada uno de los casos, desde las formas en que se hipotetiza y se logra construir el caso, para darle nuevamente un lugar a la queja del otro.

El terapeuta sirve de soporte e, incluso, de depósito de todo lo que angustia a sus pacientes, permitiéndose ser flexible para estar en sintonía con lo que su paciente desea decir y espera lograr. No es desconocido que en esta etapa

hay una transición entre la emancipación de la adolescencia y la adultez plena, y que se busca responsabilizarse de sí mismo, lo cual conlleva frustraciones. Más aún cuando, como en los casos planteados, hay elementos externos que incrementan la sensibilidad al estrés.

Desde los aspectos terapéuticos es crucial acompañar la toma de decisiones que encaminen al sujeto hacia su independencia. Aunque esto genere frustración, se deben posibilitar acciones que permitan trabajar en habilidades de afrontamiento y construcción de redes de apoyo para lidiar de mejor manera con los pensamientos negativos, derrotistas y, aparentemente, insuperables. Comprender esta etapa permite al terapeuta, tanto experimentado como principiante, encajar de forma efectiva en la lectura de la realidad, que es singular para cada paciente.

En concordancia con lo anterior, el último capítulo de este libro nos permitió realizar en una lectura en retrospectiva de la vida, de acuerdo con el avance de los años y los cambios que traen las etapas previas. Las personas mayores encuentran un nuevo desafío en la fragilidad del cuerpo y las despedidas inevitables. En este tramo de la existencia, es propio resaltar la importancia de la psicoterapia, pues se convierte en una aliada invaluable para poder comprender lo que ocurre en esta etapa: a compañía en la reflexión sobre el viaje vivido, ayuda a afrontar el duelo con compasión y cultiva la aceptación de lo inevitable. Es en este período en el que la terapia, como un puente sólido, conecta tierras diversas y proporciona un camino hacia la comprensión profunda, la curación holística y el florecimiento humano.

El panorama que nos brinda la lectura de estos casos del tercer capítulo nos permite recoger elementos a manera de pregunta. Si bien ya se ha mencionado en los capítulos anteriores la importancia de la familia en su función formadora en actitudes emocionales, respeto, normas y asertividad, también se han abordado las consecuencias o efectos que surgen en la elección de la propia construcción familiar, como se presenta en el capítulo dos. En este tercer capítulo, se nos ofrece una perspectiva amplia pero intrigante, ya que nos confronta con la velocidad a la que evoluciona el mundo, y con los logros que se espera haber obtenido, pese a las derrotas y frustraciones que se pudieron atravesar. Estas experiencias ponen a prueba la capacidad de resiliencia y de resignificación de cada momento, así como la disminución de estar a la altura de esta velocidad global y social, debido a los impedimentos propios de la vejez y sus efectos sobre el cuerpo.



En los casos que analizan la vejez, se puede observar lo Real en esta etapa final: la angustia y la muerte de los seres queridos, lo cual, una vez más, deja como consecuencia la superación de los recursos y las posibilidades de afrontamiento de cada individuo. A partir de este no saber es que el terapeuta, en el mejor de los casos, puede brindar un apoyo desde diferentes perspectivas, enfoques y teorías. Aunque ya no sea posible recomponer o reestructurar lo que se ha hecho de la vida, el terapeuta puede, con su escucha y el vínculo que construya, otorgar dignidad a las palabras del paciente, elevar y dar valor a su experiencia con el fin de trascender los hechos propios y ajenos, y velar para que el paciente logre posicionarse de una manera distinta con sus propios recursos, pero con tal responsabilidad subjetiva que propicie una calidad de vida y dignidad cuando llegue la hora de despedirse del mundo terrenal y de sus seres queridos.

Finalmente, al llegar a la adultez tardía, la psicología nos llama a integrar nuestras experiencias en un todo coherente. La teoría de la integridad frente a la desesperación recuerda que la aceptación de nuestra vida en su totalidad es esencial para encontrar un sentido de cierre y satisfacción. Este planteamiento no solo es un testimonio de las diferentes etapas de la vida, sino también un recordatorio de la importancia del acompañamiento psicoterapéutico en cada una de ellas. En cada palabra compartida en el silencio de la consulta, se teje un hilo invisible que sostiene la esencia misma de lo que significa ser humano. Este proceso terapéutico, lejos de ser un simple medio para abordar crisis momentáneas, se convierte en un catalizador para la construcción de una subjetividad duradera y un bienestar que abarca todas las dimensiones del sujeto. Para esto, es necesario tener temple, atrevimiento y, sobre todo, como lo muestran cada uno de los terapeutas en estos casos y enseñanzas, una capacidad de asombro y una decisión por aprender de las experiencias que cada paciente nos presentan, y así enriquecer la labor como terapeuta, la cual solo cuenta en el uno por uno.

Por último, los elementos expuestos en cada uno de los capítulos dejan ver el empeño, valentía y la capacidad de exponerse de cada terapeuta, con el fin de buscar un alivio o resignificar un malestar en cada uno de sus pacientes. Esto evidencia la labor visceral que implica sostener el cuerpo del otro, el dolor o el sufrimiento, pues es ver algo más allá de lo que el paciente no ve, posibilitándole, mediante la palabra y la escucha, una nueva perspectiva sobre su historia. De ahí que, independientemente del enfoque o teoría clínica con la que se argumentan o abordan los casos, sin dejar de ser esto un elemento muy significativo y de gran importancia, termina siendo el complemento de la práctica que cada terapeuta deja ver en sus casos.



Esta mirada integradora a la salud mental a lo largo del ciclo vital nos permite comprender la complejidad y la multifaceticidad de este tema crucial. Desde la formación de los nacimientos emocionales en la infancia hasta la búsqueda de integridad y aceptación en la vejez, cada etapa del desarrollo humano ofrece oportunidades únicas para el crecimiento y el bienestar emocional. La psicología y la psicoterapia, como herramientas esenciales en este viaje, nos ayudan a superar los desafíos y aprovechar las oportunidades que cada etapa de la vida presenta.

Al final, la integración de estas perspectivas en el abordaje de la salud mental es esencial para promover una sociedad más saludable y resiliente en todas las etapas de la vida. La labor de los terapeutas, con su capacidad de asombro y su decisión de aprender con las experiencias de sus pacientes, se convierte en un catalizador para la construcción de una subjetividad duradera y un bienestar integral que fortalezca el tejido social y humano a lo largo de todo el ciclo vital.



Referencias

- Alarcón, R. (2009) Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras. *Salus*; 13, 25-38. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939011005.pdf>
- Aquino, A. (2016). *La posición subjetiva como herramienta diagnóstica en psicoanálisis lacaniano*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Córdoba]. https://www.academia.edu/28910918/La_posici%C3%B3n_subjetiva_como_herramienta_diagn%C3%B3stica_del psicoan%C3%A1lisis_lacaniano
- Asturizaga, E., & Unzueta, C. (2008). El estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 6 (1), 1-21. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545469001.pdf>
- Bados, A. Garcia, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. [Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona]. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, A. (1993). Cognitive therapy: Past, Present and Future. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 61(2), 194-198. <https://psycnet.apa.org/record/1993-34412-001>
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf
- Beck, A. & Freeman., A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Ediciones Paidós.
- Beck. A & Shaw. B (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*, 9.ª, ed. Desclée de Brouwe.
- Benito, E., (2009). Las Psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1 (1), 1-9. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127084005.pdf>

- Bianchi, D. & Kublikowski, I. (2018). *Eficacia de la clínica gestáltica en el tratamiento del trauma infantil: estudio de caso*. Repositorio ISPA. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6185>
- Blanco, M., (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>
- Bustamante, M. (1978) El desarrollo psicológico del niño según la psicología soviética. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 10 (3), 411– 422.
- Charles, E. (2012). *Fundamentos de la terapia de juego*, 2.ª ed. Editorial Manual Moderno.
- Congreso de la República. (2023). *El 44 % de los menores en Colombia tienen algún problema de salud mental*. <https://www.camara.gov.co/el-44-de-los-menores-en-colombia-tienen-algun-problema-de-salud-mental>
- Coté, J. E. (2014). The dangerous myth of emerging Adulthood: An evidence-based critique of a flawed developmental theory. *Applied Developmental Science*, 18(4), 177-188. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10888691.2014.954451>
- Daga E.M. & León K.E. (2018). *Depresión, clima familiar, apoyo y habilidades sociales en adolescentes de una institución educativa de Huancayo 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de los Andes]. Repositorio institucional UPLA. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/414>.
- Diez, A. (2016). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf>
- Dulcey, E., & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>.
- Elmiger, M. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 10, 13-33. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(Supl. 1), 46-62. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500004
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Herder.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. Plenum.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajos sobre metapsicología y otras obras* (pp. 235-255). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. *Obras completas*. Tomo XVIII. *Argentina: Amorrortu*.
- García, G. (1998). Infancia: niños/niñas. En *Psicoanálisis con niños* (pp. 9-21). Centro pequeño Hans. Atuel.
- González, C. (2020). *El amor, aún: Una lectura del seminario 20 de Lacan y sus fuentes antiguas*. Grama Ediciones.



- Gonzales, E. A. (2013). *Atención clínica psicoanalítica a mujeres ante pérdidas de hijos, procesos psíquicos desencadenados durante el pasaje hospitalario* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí].
https://www.uv.mx/dp/files/2022/03/Tesis_GonzalezOEA.pdf.
- Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (1997). *A Life-Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I* (pp. 99-105). Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955). El Seminario sobre la carta robada. En *Obras Escogidas I* (pp. 23-69). RBA Ediciones.
- Lacan, J. (1949). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada Un nuevo sofisma. En *Escritos I* (pp. 193-208). Editorial Siglo XXI.
- López, A., Rondón, J., Cellerino, C., Alfano, S. (2010) Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005) Ciencias Psicológicas; IV (1), pp. 97-124 Universidad Católica del Uruguay.
- Lukas, E. (1983). *Tu vida tiene sentido. Logoterapia y salud mental*. Editorial SM.
- Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
<https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019656004.pdf>
- Ministerio de la Salud y Protección Social. (2017). ABECÉ Enfoque Curso de Vida.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031*. Resolución número 1035 de 2022. https://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto 681 de 2002. Por medio de la cual se adiciona el Capítulo 7 al Título 2 de la parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 – 2031.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186407>
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
- Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Editorial Gedilsa, S.A.
- Navarro, P. (1971). Lacan: lenguaje e inconsciente. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3(2), 167-181. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80503203.pdf>
- Noblejas de la Flor, M. A. (2006). Abordaje terapéutico desde la perspectiva de la logoterapia. *Miscelánea Comillas*, 64(125), 673-684.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/6630/10813>
- Pelegrí, M. (2001). El duelo, más allá del dolor. *Desde el Jardín de Freud*, (11), 133–148.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228>
- Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

- Procuraduría General de la Nación. (2023). Aumentan los riesgos mentales en menores de edad y jóvenes del país: depresión, ansiedad y suicidio. Boletín 1104. <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/aumentan-riesgos-mentales-menores-edad-jovenes-pais-depresion-ansiedad-suicidio-Procuraduria-prende-alarma.aspx#:~:text=%E2%80%8B%2D%20En%20el%202023%2C%20en,adolescentes%20y%201%20en%20infancia>
- Roitman, A., Armus, M., & Swarc, N. (2002). El duelo por la muerte de un hijo. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 12. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000216>
- Salamá, H. (2002). *Manual del test de psicodiagnóstico gestalt de Salama*. El Camino Rojo Ediciones, S.A. <https://cdn.website-editor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/MANUAL%2520DEL%2520TEST%2520DE%2520PSICODIAGNDSTICD%2520GESTAL%2520DE%2520SALAMA-79.pdf>
- Sandoval-Obando, E., Serra Desfilis, E., & García, Ó. (2020). *Nuevas Miradas en Psicología del Ciclo Vital*. RIL Editores - Universidad Autónoma de Chile. <https://doi.org/10.32457/ISBN9789568454951982020-ED1>
- Secretaría Distrital de Salud. (2007). *Definición del "Ciclo Vital" dentro de la estrategia promocional Lineamientos PAB*. <https://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20salud%20materna%20mayo%20de%202007.pdf>
- Schaefer, C. (2012) Fundamentos de terapia de juego. México, 2da edición. Editorial Manual Moderno. Cap. 17
- Soler, C. (2004). La madre. En C. Soler (Ed.), *Lo que Lacan decía de las mujeres* (pp. 123-148). Editorial Paidós SAICF.
- Sos, M. & Mayor, L. (1994). La obra de William James y su teoría de las emociones en las ciencias sociales. *Revista de historia de la psicología*, 15(4), 381-391. <https://journals.copmadrid.org/historia/art/09fb05dd477d4ae6479985ca56c5a12d>
- Trigueros, A. & Sanz, E. (2001). Un caso de neurosis de abandono. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 31/32, 199-207. <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/sanz-caso-neurosis-abandono.pdf>
- Unicef Colombia. (2023.) Salud mental para todos los niños. <https://www.unicef.org/colombia/historias/salud-mental-para-todos-los-ninos-y-ninas>
- Wessler, R. (en proceso de publicación). El tratamiento de algunos trastornos de la personalidad por medio terapia de valoración cognitiva. En V. E. Caballo (Dir.), *Descripción evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad* (pp. 441-462). Editores: Madrid: Síntesis. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=567556>
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. En: *Papeles de población*, 19. Universidad Autónoma de México.



Sobre los autores

María Isabel Oliveros Corrales

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: maria.oliveros@upb.edu.co

Jean Carlo Quigua Pineda

Psicólogo, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: jean.quigua@upb.edu.co

Valentina Rodríguez Rojas

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: valentina.rodriguezro@upb.edu.co

Lizeth Fernanda Solarte Narváez

Estudiante de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: lizeth.solarte@upb.edu.co

María Camila Varela Díaz

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: maria.varelav@upb.edu.co

Natalia Gómez López

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: natalia.gomezl@upb.edu.co

Grace Carolina Rengifo Rodas

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: grace.rengifo@upb.edu.co

María Camila Castillo Mejía

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.
Correo: maria.castillo@upb.edu.co

Isabella Azcárate Rodríguez

Estudiante de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: isabella.azcarate@upb.edu.co

Angie Vanessa Galindo Caicedo

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: angie.galindo@upb.edu.co

María Camila Ortega Cardona

Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: mariacamilao.cardona@upb.edu.co

Miguel Ángel Sarria

Psicólogo y asesor institucional en prácticas clínicas, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: miguel.sarria@upb.edu.co

Katherine Mondragón

Psicóloga y asesora institucional en prácticas clínicas, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: Katherine.mondragonruiz@gmail.com

Lina Marcela Rojas Reina

Psicóloga y asesora institucional en prácticas clínicas, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: reyna121@gmail.com

Laura Daniela Vásquez, Psicóloga y asesora institucional en prácticas clínicas, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: lauradanielava@gmail.com

Erika Alexandra Marín Ospina

Psicóloga y asesora institucional en prácticas clínicas, Universidad Pontificia Bolivariana.

Correo: erika.marin@upb.edu.co

Karoll Córdoba Salamanca

Docente Universidad Pontificia Bolivariana, Mg. en Salud y seguridad en el trabajo, Universidad Libre Cali. Autora y compiladora del libro Perspectivas clínicas psicológicas de caso, 1.a ed., 2022.

Correo: karoll.cordoba@upb.edu.co



Fabian Ricardo Pardo Pérez

Docente Universidad Pontificia Bolivariana, Mg. en Psicología clínica con orientación psicoanalítica, Universidad de San Buenaventura, Cali. Autor y compilador del libro *Perspectivas clínicas psicológicas de caso*, 1.a ed., 2022. Correo: fabian.pardop@upb.edu.co

Andrez Maurizio KaiserCornwall

Docente Universidad Pontificia Bolivariana, Esp. en Psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes, Universidad Católica de Pereira. Correo: andrez.kaiser@upb.edu.co

Tatiana Noguera Morales

Docente Universidad Pontificia Bolivariana, Mg. en Salud pública Pontificia Universidad Javeriana Cali. Autora y compiladora del libro *Perspectivas clínicas psicológicas de caso*, 1.a ed., 2022. Correo: tatiana.noguera@upb.edu.co

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana</p>	<p>SU OPINIÓN</p>	
<p>Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerte un excelente producto. La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos. Para darnos su opinión, comuníquese a través de la línea (57)(4) 354 4565 o vía correo electrónico a editorial@upb.edu.co Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre, correo electrónico y número telefónico.</p>		



El abordaje psicológico de las etapas del ciclo vital destaca los desafíos que se presentan en la niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez, y se enfoca en intervenir tempranamente en los desafíos psíquicos. La juventud y adultez temprana enfrentan transitoriedades ligadas a las decisiones cruciales de la vida. La adultez tardía presenta, por su parte, malestares somáticos, cierres familiares y jubilación. De ahí que, para abordar cada uno de estos desafíos, la metodología de este libro se base en el estudio de casos, que pretende ser una guía para estudiantes, docentes y profesionales de la psicología que estén interesados en las etapas del ciclo vital. Este proceso de construcción de conocimiento contribuyó al desarrollo del razonamiento clínico, mediante la reflexión teórica y la supervisión de los casos. En conclusión, se hace necesario comprender la complejidad de cada etapa del ciclo vital, y la psicología y psicoterapia son herramientas fundamentales para abordar estos desafíos, que se presentan como oportunidades de crecimiento en el desarrollo personal, y por extensión, en el desarrollo humano.

