

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.



Capítulo 2

Adulthood young and adulthood
(18 to 59 years)



Caso: Rodolfo

La culpa

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

Resumen

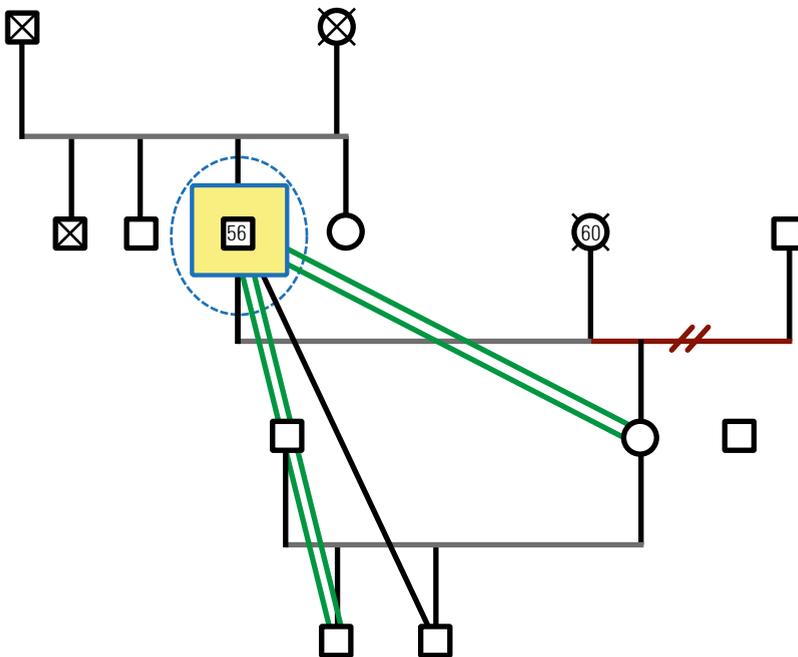
En las siguientes páginas se presenta el caso de Rodolfo, un paciente con impresión diagnóstica de Episodio depresivo leve, sin síntoma psicótico. El paciente hace mención de que el inicio de estas dificultades se presenta debido a la muerte de la esposa, con quien convivió 32 años. Con respecto a este 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.