

# 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](mailto:editorial@upb.edu.co)

[www.upb.edu.co](http://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 3**

Adultos mayores  
(60 años en adelante)



## Caso: S

Isabella Azcárate Rodríguez  
Karoll Córdoba Salamanca  
Lina Marcela Rojas Reina

### Resumen

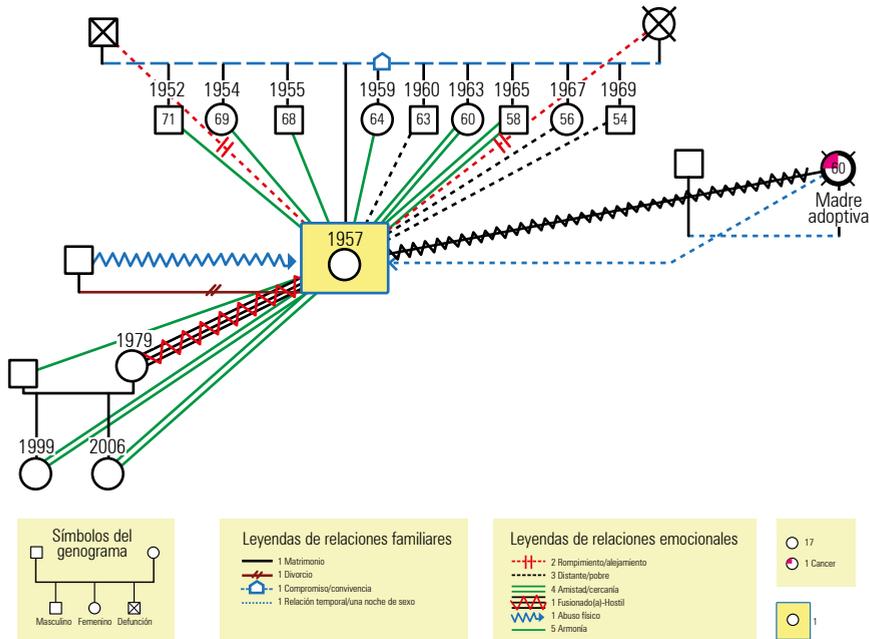
A continuación, se presenta la información del caso “S”, una paciente que acude al servicio de urgencias. Indica que tuvo una crisis de ansiedad, que se ha sentido muy nerviosa y su patrón de sueño está alterado. La paciente manifiesta un discurso verborreico y es colaboradora. Se evidencia en el discurso 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 eufémica, 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.