

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 3

Adultos mayores
(60 años en adelante)

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.

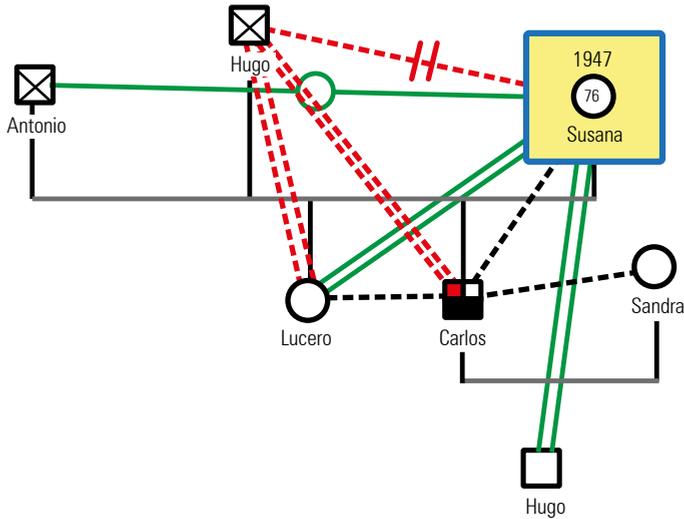
Identificación de la paciente

"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, bebida 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 aliciente 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.