



DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

Carmen Medrano Arana, Dolores Pineda Tenor, Aránzazu Ramírez Vargas.

carmenmedranoarana@gmail.com

Disociación, Terapia sistémica, constructivismo.

RESUMEN

El modelo sistémico plantea lo que comúnmente denominamos "trastorno" como resultado de dinámicas relacionales disfuncionales en el sistema familiar. Introduce una visión circular compleja, interactiva, en el interior de un sistema que tiene sus propias reglas de transformación y se autorregula a través de fenómenos de retroalimentación para mantener un estado de equilibrio.

Presentamos el caso de un paciente de 40 años con historia de numerosos diagnósticos en salud mental (trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo mayor, Trastorno de conducta, trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cannabis y cocaína, posible demencia frontotemporal) y multitud de tratamientos previos. Acude desde hace 8 meses a un centro privado para tratamiento de la depresión por iniciativa familiar aunque él está de acuerdo.

El objetivo de la terapia ha consistido en reconstruir la identidad y la experiencia personal del paciente desde puntos de vista alternativos, partiendo de una visión sistémica. Los efectos de la intervención se han traducido en una disminución de la sintomatología.

DEMANDANTE

Los padres y la mujer del paciente designado (PD).

DERIVACIÓN Y CIRCUITO

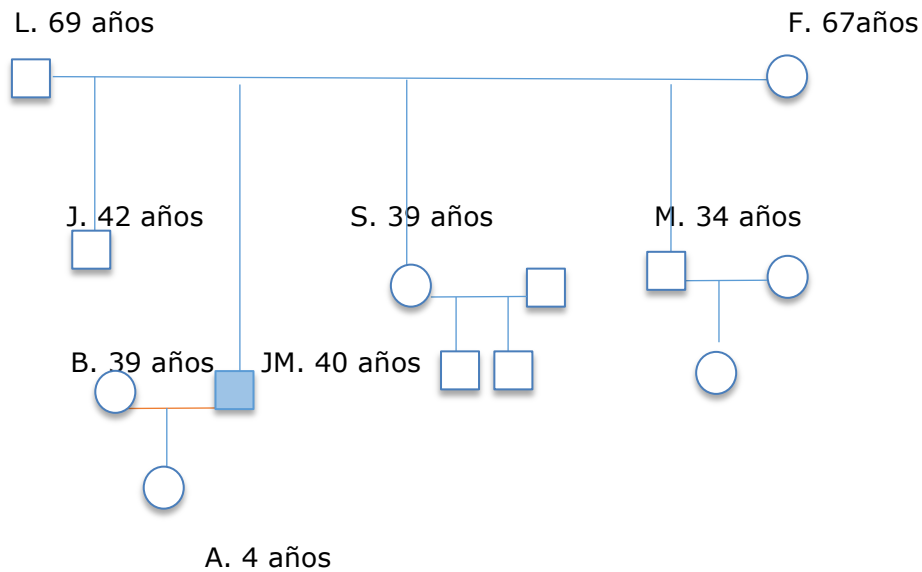
JM. Acude desde marzo de 2017 a un centro privado para tratamiento de la depresión por iniciativa familiar aunque él está de acuerdo. Se encuentra en un formato grupal de "unidad de día" acudiendo todos los días de la semana de 10.00 a 17.00.

TRATAMIENTOS PREVIOS

En seguimiento por psiquiatría dentro del circuito público desde 1995. Acudió a un CAID hace 15 años para el tratamiento de su drogodependencia. Lleva 10 años acudiendo a un psicólogo privado que le ayudaba a mantener organizado su día a día con actividades.

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

GENOGRAMA FALIMIAR



ANTECEDENTES PERSONALES

Historia de posible Trastorno Afectivo Bipolar. Ha tenido dos episodios depresivos graves (sensación de extrañeza, apatía, aislamiento, ideas referenciales) anteriores al 2013 y periodos de oscilaciones de ánimo rápidas entre lo depresivo leve (falta de interés, bloqueo mental) y la hipertimia (pensamiento acelerado, desinhibido, pueril y bromista) y ha presentado trastornos de conducta (actos impulsivos que implican transgresiones, desafíos, provocaciones) que pueden implicar graves riesgos para él y los que le rodean (accidentes de tráfico y laborales, juicios). Ha estado en seguimiento por neurología y psiquiatría desde 1995, no encontrando hasta ahora ningún hallazgo que pueda explicar las conductas anteriormente descritas (se sospechó de una posible demencia frontotemporal por consumo de sustancias pero este diagnóstico se ha descartado).

Consumidor de tóxicos (heroína, hachís, pastillas) desde los 17 años. Se mantiene abstinente desde hace 16 años. Actualmente fuma tabaco. Su capacidad funcional está afectada y aunque ha trabajado muchos años de operario de fábrica y taxista, actualmente tiene concedida la incapacidad laboral total.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Familia paterna

La familia paterna del PD procede de un pueblo de Soria. El padre se marchó muy joven a trabajar. Es el cuarto de seis hermanos de los cuales el menor padeció problemas depresivos y

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

numerosos ingresos y se suicidó en 1979, estando su mujer embarazada de su segunda hija. "era muy listo". La familia paterna culpa a la mujer por no querer volver al pueblo.

El padre del PD está jubilado. Ha trabajado de taxista durante los últimos años de su carrera profesional. De soltero tuvo problemas de depresión graves y estuvo ingresado en un psiquiátrico. Está en tratamiento con Litio. Su relación con el PD es distante y periférica. Convive con su mujer y el hermano mayor J. en el domicilio familiar.

Familia materna

La familia materna procede de Ávila. La madre, F, es la menor de cuatro hermanos. Vino a Madrid con 15 años y empezó a trabajar en casas particulares. El abuelo paterno murió en un accidente laboral cuando ella tenía tres años y no se acuerda de él. La abuela materna estaba enferma desde hacía muchos años, en tratamiento con neurolépticos e incapacitada (nadie en la familia sabía lo que le pasaba, no se podía hablar del tema). La tía mayor se hizo cargo del resto de los hermanos, "era madre de nosotros y madre de mi madre". La madre está muy implicada en el tratamiento y demanda en varias ocasiones consulta acompañada por el hijo mayor. Explica que el padre no ve el problema que tiene su hijo y lo mal que está desde que vive con B.

El padre conoce a F. en Madrid y tras unos años de relación se casan, en 1975, estando ella embarazada de J. Dos años después nace JM. Cuando el paciente tenía 15 años, el padre sufre otra depresión severa y le tratan con Litio. Lo relaciona con la presión laboral que sufría cuando trabajaba de cocinero. Se encerraba en la habitación y le estorbaban los niños. La madre trató que no estuvieran en casa cuando el padre estaba enfermo: "Traté que no estuvieran en casa, salvo J, el mayor que se encargaba de todo, y los mandé con mi hermana unos meses". El paciente no recuerda nada de esa época. El padre se queja de que en la familia de la madre todos son demasiado independientes. La madre se queja de que en la familia del padre están todos "pegados".

Llama la atención un comentario que hace el padre en una sesión. Afirma que tiene "grabado en la cabeza" cuando llegaba del trabajo y los niños tenían la puerta cerrada. "Yo no lo veía normal, en mi casa eso no pasaba, sé que he sido el clásico padre del trabajo a la cama y de la cama al trabajo pero cuando llegaba a casa quería ver las puertas abiertas".

Fratría

J.: Consumidor de tóxicos (cocaína y alcohol) desde los 17 años. El PD se inició en el consumo con él. Ha mantenido amplios periodos de abstinencia, sufriendo la última recaída hace 2 años, que requirió ingreso en el centro privado en el que se encuentra actualmente el PD. Tiene un carácter explosivo, llegando a desafiar físicamente al padre en múltiples ocasiones. Mantiene una relación muy estrecha con su madre. Su relación con el paciente es muy íntima y paternalista.

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

S.: Sin antecedentes psiquiátricos de interés. Está casada y tiene dos hijos, uno de ellos en estudio por posible Trastorno Generalizado del Desarrollo. Describe como si al PD le faltase algo desde siempre (lo describe como cierta resonancia afectiva) y le encuentra similitudes en carácter con su hijo.

M.: Sin antecedentes psiquiátricos de interés. Casado con una hija recién nacida. Buena relación con el PD. Especialmente unido a S.

Pareja

B. tiene 39 años. Es la mayor de cuatro hermanos. Hija de un padre militar y profesor de autoescuela y una madre ama de casa. Trabaja como arquitecta y tiene un estudio junto con otros compañeros de profesión desde hace años. Padece obesidad y problemas cardiovasculares. No ha consultado nunca con salud mental. El PD se desestabiliza gravemente cuando pasa tiempo con la familia de B, dice que todos son muy simpáticos pero demasiado inteligentes, muy listos. Ella se muestra involucrada con el tratamiento de JM aunque parece no entender la gravedad de lo que le sucede.

HISTORIA DE JM (OBTENIDA EN UNA SESIÓN CON EL PACIENTE Y SUS PADRES)

Sus padres le definen como "un niño muy bonito y muy bueno y obediente que se empezó a estropear a los 9 años" al juntarse con otro niño que era conflictivo. La madre reconoce que es del hijo que más se ha preocupado y le sobreprotegía desde que era pequeño, por ser tan influenciado. Se relacionaba muy bien con iguales, "de sobra". Recuerdan que siempre se pegaba a su hermano J, el mayor, considerándole su modelo a seguir.

Nunca destacó en los estudios, repitió quinto de primaria. En esta época le visitó el psicólogo del colegio pero "no le sacó ningún problema". El padre explica que siempre ha sido el más dispuesto y entregado de todos los hermanos "pero ahora que tiene la niña ya no, aunque claro lo entiendo..." JM nunca fue agresivo de pequeño, no se enfadaba y no discutía pero cuando iba con su grupo de amigos tiraba piedras a los autobuses o vaciaba extintores. Recuerda sin embargo, que su hermano mayor J, siempre desafiaba al padre e incluso físicamente. Se acabó sacando los estudios en un curso nocturno. Después entró a trabajar a un taller de lavado de coches y comenzó a fumar THC, "todo el mundo allí lo hacía". Empezó a molestarse por todo y estar apático. Los padres no sabían que JM consumía y se enteraron cuando fueron al médico y se lo confesó a la doctora, que decidió derivarle a salud mental (1995) porque observó síntomas psiquiátricos. Le pautó Antabus y Litio. Al retirar la medicación un año después, recayó.

Durante esta época (entre 1996 y los años 2000) trabajó con su padre en el taxi y decidió comprarse uno. Les daba un porcentaje a los padres. Presentó síntomas de alteraciones del estado de ánimo que fluctuaban por temporadas.

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

En el 2000, y durante 9 años, trabajó en una fábrica de electrodomésticos junto a su hermano mayor, en una cadena de montaje de manera intermitente debido a las necesidades de la empresa. Sus compañeros le consideraban un excelente trabajador. Lo alternaba con el taxi. Se describe como poco sociable durante esta época.

En 2009, al hacerle fijo por fin (lo que conllevaba la responsabilidad de enseñar a los nuevos empleados), comienza con cefaleas intensas y sufre lo que el describe como "vacíos y mareos" en los que, según refiere, no es consciente de lo que hace. Estos, cada vez son más frecuentes hasta que el médico de riesgos laborales le da la baja. En esta época (2010) sufre un accidente de tráfico por estar abstraído. Vuelve a la fábrica y a las dos semanas de estar trabajando sufre otro episodio (quemó papeles encima del colchón de la casa familiar y se "hace consciente" cuando percibe el humo, momento en el que llama a sus padres). En estos momentos, que la madre ha presenciado en casa, avisa de que se siente mareado. "Si le das tranquilidad no pasa nada pero si se le ve alterado empieza a no saber lo que hace, no le llega el riego". Cuando se le pregunta directamente por estos sucesos, cuesta mucho obtener un relato claro de lo ocurrido. Parece que percibe una especie de desafío, no puede dejar de hacerlas y luego no es consciente de lo que hace.

Tras dejar la fábrica vuelve al taxi una temporada. Sufre lo que podría ser una fuga disociativa (aparece en Francia con el taxi). En 2011, es detenido por tocar a una chica en un autobús. Los neurólogos valoran demencia frontotemporal y no encuentran hallazgo de nada. En 2012 baja a las vías de metro y se pone a caminar por ellas sin prestar atención a los estímulos externos.

JM. conoce a B a través de un chat de internet en 2012. Pasan unas semanas chateando hasta que deciden quedar en persona. Tras quedar unas cuatro veces, JM decide irse a vivir con ella a casa de esta, "fue todo demasiado rápido, a quemarropa, pero así me iba de casa". Tras varios meses de convivencia, en 2013 JM tiene problemas con la gata de B. "Sentí que la gata me desafiaba y le pegué una patada". Tras este incidente, ella le echa de casa y él se vuelve a vivir con sus padres durante unos meses. B sufre un trombo en el pulmón al poco tiempo y el paciente va a verla al hospital. Un día, B. se presentan en casa de los padres del PD con unos patucos anunciándole que va a ser padre y que ella tendrá el bebé aunque él decida no acompañarla en el camino. JM decide volver con ella en ese mismo momento.

A. nace en 2014. Desde entonces, conviven juntos en el domicilio de B. La relación con el PD es mala ya que este se siente desbordado en su rol paterno e incapaz de manejar la conducta de su hija. Vivencia a A. como si fuese una "B. en pequeñito y me domina".

En agosto de este año pasó un mes de vacaciones sin acudir al centro. Al volver, presentaba sintomatología depresiva moderada, enlentecimiento y perplejidad. Lo relaciona con los días que pasó con la familia de B en la playa. En consulta se muestra muy inseguro, niega todo lo

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

que dice y se pega siempre a los otros compañeros. Siente que no se ha esforzado lo suficiente en llevar su vida por donde debería y que es un vago. Se siente inútil y sin personalidad.

Ha sufrido múltiples episodios como los anteriormente descritos y microfugas de manera intermitente hasta la actualidad. A su vez, se aprecian pensamientos que encajan con el concepto de Fobias de Impulsión. En 2016 su situación se acentúa y comienza a tener sintomatología depresiva. Decide, guiado por sus padres y su pareja, acudir a este centro privado porque no quiere ir ni al neurólogo ni a la psiquiatra.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Dada la complejidad de la presentación sintomatológica del paciente (sintomatología psicótica, disociativa, episodios depresivos graves y somatizaciones), se ha considerado indispensable explorar la existencia de eventos adversos o traumáticos en la infancia, ya que esta información no estaba reflejada en ninguno de los informes que se aportaron. El PD es capaz de verbalizar en ausencia de repercusión e implicación afectiva varios episodios de abuso sexual entre los 7 y los 14 años, recibidos por parte de un familiar y un profesor. Resalta que nunca le habían preguntado por ello y que su familia desconoce esta información.

Teniendo en cuenta que el paciente presenta un funcionamiento deteriorado y bastante crónico, consideramos que la presencia de esta importante base traumática debe abordarse con el objetivo prioritario de lograr una estabilización a través de la psicoeducación y la alianza terapéutica, sin iniciar un trabajo más profundo con los recuerdos traumáticos.

El PD presenta una llamativa dificultad para expresar la ira, desde siempre la ha considerado monstruosa. En el contexto de la psicoterapia ha sido necesario trabajar esta dificultad. Para el paciente cobra sentido la relación entre su dificultad para expresar esta emoción y los intensos pensamientos de hacer daño a los otros que le generan gran angustia y en ocasiones percibe como externos a él mismo.

Uno de los aspectos más significativos del enfoque sistémico es la noción de que las conductas de los individuos adquieren un significado o cumplen una función dentro de su sistema, que suele ser su familia actual o su familia de origen (Papp, 1994). Dentro de la dinámica relacional familiar del PD, se observa un fallo en el proceso de individuación (no ha logrado haberse diferenciado de las reglas de su sistema de origen) lo cual le dificulta la constitución funcional en pareja. B. mantiene una triangulación con A. que el paciente vive como amenazante. El PD se encuentra en una encrucijada entre la autonomización y la dependencia: La dependencia le desintegra, la autonomía le desborda y no es capaz de autoafirmarse en ningún aspecto. Él mismo perpetúa un rol de incapacitado y de no poder asumir responsabilidades. Busca la diferenciación forzosa a través de la emancipación con la pareja, pero de manera impulsiva y sin consciencia, para al final acabar manteniendo el mismo rol de dependencia.

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

Basándonos en la hipótesis del estancamiento en el proceso de autonomización, que le hace desempeñar el rol de incapacitado, se ha decidido convocar a toda la familia en la primera sesión individual, con el permiso del paciente y estando él siempre presente (anteriormente se solía citar o ponerse en contacto con los familiares o la pareja sin consultar con el PD). Debido a las limitaciones e imprevistos del centro, no se ha podido continuar trabajando con toda la familia, por lo que se les desconvoca en la primera cita indicando que si volvemos a necesitarles, les llamaremos. El resto del tiempo se ha trabajado en terapia con el paciente y con el paciente y la pareja.

El aparentemente insignificante cambio de consultar al paciente a la hora de ponernos en contacto con su familia, o favorecer a que siempre esté presente en las sesiones ha abierto un cambio en su dinámica relacional, empezando a cuestionarse la funcionalidad de su rol y el sentido que cobra en su contexto.

El paciente sentía gran angustia y rechazo con respecto al desempeño de su rol paterno. Desde nuestra percepción del caso, este rechazo era fruto de una complementariedad rígida en la pareja y una falta de habilidades y recursos, por lo que, a nivel individual, se ha trabajado junto al PD para dar sentido a su paternidad, ayudándole a desarrollar estrategias para funcionar y sentirse capacitado. El proceso ha sido muy lento, respetando siempre el ritmo de tolerancia del paciente, y observando los cambios relacionales que se producían en el sistema familiar.

En este caso, las frecuentes crisis del paciente y sus correspondientes consultas con los dispositivos de salud mental, han servido como mecanismo homeostático para alimentar y perpetuar el sistema (desde el principio en la familia de origen y repitiéndose después con la pareja). Se ha intentado aprovechar estas crisis para lograr una apertura de vías, analizando detenidamente cuales perpetuaban la morfostasis y cuales conducían a un cambio tipo 2 y por ende, a un nuevo equilibrio que incorporase nuevas formas de relación entre la pareja.

EVOLUCIÓN

A pesar de la lenta evolución del caso y la cronicidad del PD, se ha observado a lo largo de las sesiones una mejoría significativa en el paciente. Actualmente se siente capaz de desarrollar una actitud más reflexiva y mentalizadora (que requerirá de un trabajo intensivo a largo plazo), lo que le ha permitido empezar a ejercer su rol de padre con menos angustia y aumentar su sentimiento de autoeficacia. El trabajo con la pareja en su conjunto ha facilitado la asunción de este rol y el cambio progresivo en su dinámica relacional, sin percepción de amenaza o miedo ante el cambio. El desconvocar a la familia de origen (que se encontraba involucrada y ocupando espacios que no les correspondían) ha servido para ordenar mentalmente al paciente y colocarse en el lugar de adulto, marido y padre.

DISOCIACIÓN EN UN PACIENTE CRÓNICO: TRATAMIENTO BASADO EN UN ABORDAJE SISTÉMICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Ball JS & Links PS (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
2. Gonzalez, A. (2010). *Trastornos Disociativos*. Madrid: Ediciones Pleyades.
3. Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
4. Moskowitz, A., Schäfer, I., & Dorahy, M.J. (2008). *Psychosis, Trauma and Dissociation: Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. Wiley-Blackwell.
5. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
6. Van der Kolk, B.A.; Kadish, W. Amnesia, dissociation and the return of the repressed. En: Van der Kolk, B.A., ed. *Psychological trauma*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 1987.
7. Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.