

Marta Mota Rivas, Yolanda De Juan Ladrón, Alejandra Boullón Gómez, Pablo Ortega López-Alvarado,

Miguel Pascual Oliver, Sonia Salvador Coscujuela.

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción

En el paradigma actual de la salud mental, contamos con poco apoyo para filiar cuadros de sintomatología somática y psicológica muy heterogénea, con déficit en la introspección y escasa resonancia afectiva. Los pacientes con estas presentaciones psicopatológicas, a menudo, reciben múltiples diagnósticos de diversa índole. Así como su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico se torna muy complejo, y la respuesta en el paciente no es la deseada por los profesionales. Asimismo, en el propio equipo psicoterapéutico se generan dinámicas de burn-out y es frecuente el hospitalismo recurrente, ya sea en recursos propiamente de Salud Mental o en las Urgencias Hospitalarias. Por ello, proponemos la exposición de dos casos clínicos, con el objetivo de analizar una línea en común y proponer una vía de trabajo que aporte funcionalidad al paciente y a los propios profesionales al trabajar con estos casos.

Caso Clínico 1

Mujer de 22 años, estudios de grado medio de Administración de Dirección. Cursa actualmente Grado Superior de Finanzas con dificultades.

Mayor de dos hermanos. Convive con sus padres. AF de depresión y ansiedad maternos. Tiene pareja desde hace dos años. Problemas en la esfera sexual por "sufrir bloqueos". Define los vínculos de manera superflua.

Carga de cuidados importante en torno a su madre.

Derivada por su MAP en 2016 por episodios de naturaleza conversiva. Previamente, se ha descartado evidencia orgánica Neurología y diversos servicios.

Relata crisis conversivas sin desencadenantes relacionados "el cerebro se apagó", "me dio una desconexión del cerebro, se me puso todo negro y como que me desmayaba", que iniciaron hace 3 años.

Hace referencia a que pasó 2013 aislada en domicilio, con ánimo deprimido y clinofilia. "Sólo llorar, sin saber qué hacer".

Aumento ponderal de 20kg en los 3 últimos años. Atracónes nocturnos ocasionales. "Antes me preocupaba mucho por el físico, pero ahora vivo por y para esto".

Alteración de sueño-vigilia, con patrón de sueño retrasado. Afirma dormir 3h diarias desde hace 3 años. "Llegué a coger miedo a dormirme, me daba miedo que me pasaran estas cosas y estar dormida... tenía miedo a quedarme muerta".

Sus quejas actuales se centran en la visión y mareos. "Lo único a lo que le achaco un poco esto, es que siempre haya sido exigente con los estudios, porque mis padres lo han sido".

Discurso centrado en sintomatología y recorrido sanitario. "Vivo en torno a esto".

Escaso apoyo social percibido. "Todo el mundo me dice que soy yo la que tengo que salir de esto", "La que dice de ir a urgencias o va a urgencias sola soy yo, no me gusta pedir ayuda ni molestarles".

Funcionalidad parcialmente conservada, escasa introspección y resonancia afectiva. Belle indifference. Locus de control externo.

Fumadora social. OH ocasional. No otros tóxicos.

ID actual: T. Conversivo

Tto farmacológico: Lorazepam 1mg 1-1-1/ Fluoxetina 20mg 1-0-0.

Caso Clínico 2

Mujer de 20 años, estudios de grado medio de Auxiliar Enfermería. Cursa actualmente Grado Superior de Radioterapia con dificultades.

Hija única. Convive con su madre y tía materna. Padre fallecido teniendo la paciente 6 años de edad, 3 años después fallece tío paterno. Relación ambivalente con la hija de su prima paterna. "Es la alegría de la familia. Yo siempre he sido la pequeña hasta que nació ella". "Quiero que me recuerde como yo recuerdo a mi padre".

Nunca ha tenido pareja. Bloqueo en la esfera sexual.

Derivada a SM InfantoJuvenil en 2013, tras ingresar en el Hospital a raíz de crisis conversiva y ser estudiada por Neurología, Medicina Interna y Cardiología y no hallar patología orgánica.

Se define como muy autoexigente y en su cultura familiar también cobra un importante peso el rendimiento escolar/laboral.

Relata crisis conversivas con pérdida de conocimiento de varias horas, en relación a pensamientos automáticos negativos "No sirvo, no valgo". Las crisis se caracterizan por intensa ansiedad, temblor distal y movimientos orofaciales con marcada actitud regresiva.

Cuando inició la sintomatología, recibe diagnósticos de Fobia Social, T. Conversivo mixto e incluso se valora Síndrome de Asperger por lo abigarrado de sus conductas.

IMC= 15. Episodios de restricción de la ingesta en relación a conflictos interpersonales.

Alteración de sueño-vigilia, insomnio de mantenimiento.

Sus quejas actuales se centran en el miedo a nuevas crisis y al fracaso.

Escaso apoyo social percibido. Aislamiento en domicilio. Síntomas agorafóbicos. Relación fusional con su madre.

Funcionalidad parcialmente conservada, escasa introspección y resonancia afectiva. Oposicionismo y actitud pueril. Locus de control externo.

Niega consumo de OH y tóxicos.

ID actual: T. Conversivo, TOCP, Fobia Social

Tto Farmacológico: Clomipramina 75mg 1-0-1/
Mirtazapina 30mg 0-0-1/ Ketazolam 30mg 1-1-1/
Quetiapina 100mg 1-0-1 + Lorazepam si ansiedad

Conclusiones

Dado el complejo manejo de ambos casos, se torna de vital importancia la necesidad imperiosa del abordaje en equipo y de unos objetivos comunes bien definidos, así como la preferencia de establecer un único terapeuta referente del caso y una línea de trabajo psicoterapéutica en la que poder expresar conflictos, reducir la alexitimia y explorar la posible función del síntoma. En la actualidad, nos encontramos abordando los casos desde una perspectiva sistémica, con el objetivo de generar una comunicación saludable entre los miembros de la familia y fomentar la individuación de los mismos sin que las relaciones se puedan ver resentidas por ello. Asimismo, facilitamos que las pacientes creen una narrativa de sus vivencias en las que poder integrar los hechos con las emociones y pensamientos vividos.