



CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

WHEN WRONG IS "ALL RIGHT": A CASE REPORT

Araceli García López de Arenosa¹, Lola Berbiela Bustamante², Rocío Villameriel Carrión³

1. Residente de Psicología Clínica, H. U. Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares).
2. Residente de Psicología Clínica, H. Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).
3. Residente de Psicología Clínica, H. U. de Móstoles (Madrid).

araceli.garcialopez@gmail.com

Ideación delirante. Adherencia. Psicoterapia.

Delusion. Adherence. Psychotherapy.

RESUMEN

Se trata de una mujer de 24 años, natural de Rumania y residente en España desde los 14 años. Con un rendimiento académico excelente, a los 18 años inicia una doble titulación y comienza a trabajar en hostelería, con marcado estrés y aislamiento progresivo de su entorno.

En junio de 2013 comienza a elaborar recuerdos biográficos delirantes con tinte depresivo (maltrato del padre hacia la madre), lo que motiva su primer ingreso en UHB. Al alta abandona el tratamiento farmacológico y el seguimiento en Salud Mental, por lo que un mes después reingresa tras verbalizar ideación de perjuicio y realizarse cortes en cuello con finalidad autolítica. Durante el ingreso, minimiza lo sucedido contextualizándolo en una "depresión leve". Tampoco se objetivan alteraciones sensorio-perceptivas, impresionando de contención emocional. De nuevo la paciente abandona tratamiento y seguimiento, siendo reingresada en Marzo de 2014 por presentar ideación delirante de ruina y en ocasiones autorreferencial y de perjuicio, con importante repercusión emocional y conductual. De nuevo minimiza lo sucedido y no expresa nada acerca de la clínica que motivó el ingreso. Tras el alta es derivada a Psicología, iniciando así tratamiento psicoterapéutico, que mantiene hasta la actualidad.

En el presente trabajo se exponen las dificultades de manejo, tanto en el plano social (transculturalidad), familiar (estigma de la enfermedad mental), por los rasgos de la paciente (tendencia racionalizadora y minimizadora, con patrón evitativo de emociones) y por la clínica que presenta (ideación delirante que no se objetiva durante el ingreso, escasa adherencia y conciencia de enfermedad).

ABSTRACT

This is a woman aged 24, born in Romania and living in Spain since 14 years old. With an excellent academic performance at age 18 began a dual degree and started working in hospitality, highly distressed and progressive isolation.

In June 2013 started producing biographical delusional memories with depressive dye (father abuse toward the mother) what motivates her first hospitalization at UHB. At discharge leaving drug treatment and monitoring in Mental Health, so a month later readmitted after verbalizing ideation neck injury and cuts made with suicidal purpose. During hospitalization, minimizes contextualizing what happened in a "mild depression." Neither sensory perception alterations, impressing objectify emotional containment. Again the patient leaves treatment and monitoring, being readmitted in March 2014 to present ruin delusional and occasionally self-referential and injury, with significant emotional and behavioral impact. Again minimizes what happened and says nothing about the clinic leading to admission. After discharge is derived Psychology, initiating psychotherapy, which continues to this day.

CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

In this paper the difficulties of management are discussed, both in the social sphere (transcultural), family (stigma of mental illness), by the features of the patient (rationalizing tendency, very understated, with avoidant pattern of emotions) and the clinical presenting (not delusional objective during hospitalization, poor adherence and awareness of disease).

CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

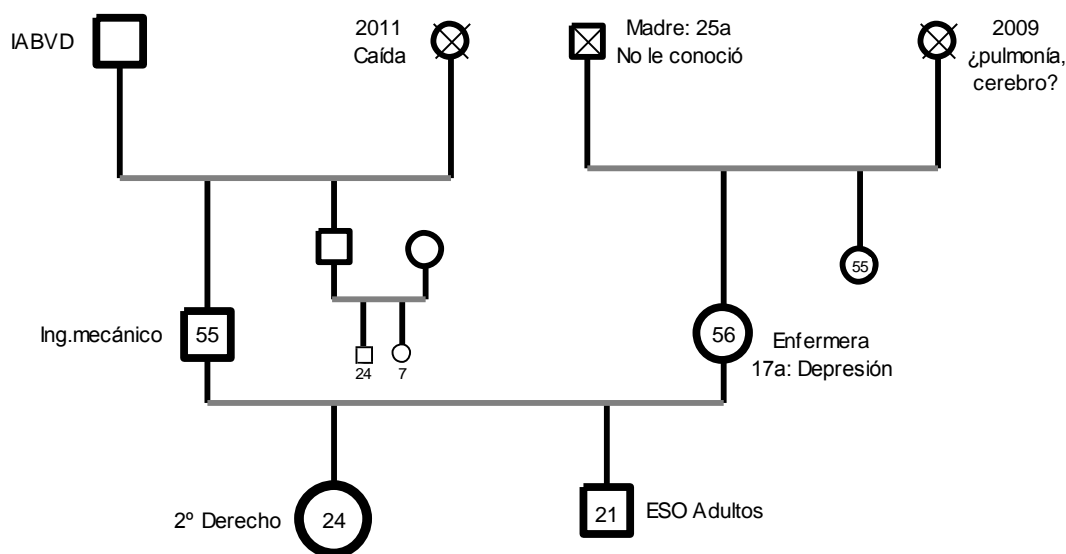
1. BREVE PRESENTACIÓN DEL CASO

AF: Su madre tuvo un ingreso en Psiquiatría a los 17 años por cuadro de "depresión", realizando únicamente seguimiento posterior durante 6 meses. No recuerda la medicación que tomó entonces.

Niegan otros antecedentes familiares.

AP: No antecedentes personales de interés.

Genograma



BG: Natural de Rumania. Refiere que fue un parto de riesgo, "mi madre siempre me ha dicho que estuvo muy cansada cuando porque lloraba mucho". La paciente refiere no tener recuerdos de la infancia (sitúa su primer recuerdo a los 7 años). De pequeña se recuerda como "guerrera pero educada, soldado, estricta con las normas y gordita". Cuenta que durante este tiempo era una niña bien relacionada con sus iguales y con rendimiento escolar excelente.

La paciente `permanece en su país de origen (Rumanía) hasta los 14 años. cursaba entonces 2º de la ESO, según comenta, con un excelente rendimiento y con amplio grupo de iguales, identificándose como la "líder" de su grupo de amigas, "éramos los más guays, todas con alto rendimiento". Atribuye esta característica personal a la educación recibida en su núcleo familiar, "mis padres le dan mucha importancia a los estudios".

Cuando la paciente tiene 13 años su padre se traslada a España en búsqueda de trabajo. Un año más tarde (a los 14 años) se traslada la unidad familiar a España (la madre junto a la paciente y el hermano de ésta). La paciente refiere dificultades de adaptación social en el colegio, sin referir dificultades académicas "tarde pocos meses en adaptarse al ritmo de la clase y al idioma".

CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

A los 17 años, estando en España cursando 1º de Bachillerato es cambiada de colegio junto al resto de compañeros (por obras en el colegio anterior), sin presentar dificultades de adaptación. La paciente recuerda con agrado esta época (aunque expresa no mantener ninguna amistad de las logradas en el Instituto). Refiere que fue a partir de 2º de Bachillerato cuando comenzó a presentar sentimientos de inferioridad con respecto a los demás e insidioso aislamiento progresivo.

A los 18 años inicia una doble licenciatura, cursando 14 asignaturas en un mismo curso académico. Al mismo tiempo, comienza a trabajar como camarera los fines de semana, lo que supone un elevado nivel de estrés y agotamiento. La paciente recuerda esta época "con mucho agobio, estando nerviosa, durmiendo poco...", así como cada vez más aislada de su red social, relacionándolo con las exigencias por el trabajo y la universidad. Dos años más tarde, en 2011, decide abandonar el trabajo por sobrecarga y la doble titulación. Por entonces comienza una relación a distancia con un chico de su país de origen (Rumanía). En 2012 se matricula de una única licenciatura y decide independizarse a un piso compartido con compañeras de la Universidad.

2. EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CASO

El año 2013 supone un año de muchos cambios y acontecimientos estresantes para la paciente. Por una parte, rompe la relación con su pareja de forma conflictiva (y al estar a distancia, sin posibilidad de resolver los conflictos presencialmente, únicamente a través de redes sociales). Coincide con la época de exámenes en la universidad (siendo éste el primer curso de la carrera que había iniciado, tras el anterior abandono de la doble licenciatura por sobrecarga), momento en el que disminuye sus horas de sueño y aumenta el consumo de tabaco y café.

Es a partir de este momento cuando la paciente comienza a presentar sensaciones de ser vigilada por su pareja (que permanece en Rumania) y elaboración de recuerdos biográficos delirantes (maltrato del padre hacia la madre, abusos sexuales...) con tinte afectivo de predominio depresivo. En este contexto, la paciente acude a una comisaría de policía para demandar a su familia por dichos abusos, quienes ante la desorganización de la paciente deciden trasladarla a Urgencias del Hospital.

Dada la clínica presentada por la paciente se decide llevar a cabo un ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve, en Junio de 2013, de únicamente una semana de duración. Durante el ingreso, la paciente se muestra suspicaz y desconfiada, con un discurso coherente, circunstancial y arborescente. Impresiona de presentar ideación delirante de perjuicio que es difícil de explorar por negación de la paciente. Se decide alta con tratamiento farmacológico (Zyprexa 10mg/d) y con cita para seguimiento en el Centro de Salud Mental.

Una semana más tarde la paciente acude a la cita de evaluación en el Centro de Salud Mental, no acudiendo a la siguiente cita de revisión. En este momento la paciente abandona el tratamiento farmacológico según refiere por efectos secundarios (aumento de peso).

CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

Durante el mes de Julio la paciente retoma el contacto online con su expareja, siendo meses de inestabilidad emocional en los que definitivamente rompen la relación. Los días previos al segundo ingreso la paciente se encuentra desorganizada, demandando ayuda a sus padres con actitud de burla, irritabilidad y agresividad verbal. Días posteriores se presenta en el Aeropuerto de Barajas, sin saber cómo ha llegado hasta allí, siendo custodiada por la policía por sospecha de alteración mental. Van sus padres a recogerla y la llevan al domicilio. Éstos refieren que, en un momento en el que dejan sola a la paciente en su habitación, ésta se realiza cortes en cuello y muñecas con finalidad autolítica. Sus padres la trasladan al Hospital, siendo ingresada de nuevo de forma involuntaria en la Unidad de Hospitalización Breve. En esta ocasión, el ingreso dura 16 días.

Durante el ingreso la paciente impresiona de contención emocional y de ocultar información. Presenta ánimo triste y discurso referencial hacia los padres, reclamando mayor independencia y autonomía, minimizando lo sucedido en los días previos, y refiriendo no recordar lo sucedido con respecto a las autolesiones. Impresiona de haber presentado ideación delirante autorreferencial y de perjuicio, con posibles fenómenos de influencia del pensamiento en relación a su expareja, con escasa estructuración.

Dada la escasa adherencia al tratamiento farmacológico por vía oral se decide, junto a la paciente, inicio de tratamiento intramuscular (Xeplion mensual). El día previo al ingreso se concede un permiso de salida a la paciente, quien acude al Centro de Salud Mental para aplicarse el inyectable. Previo al alta la paciente refiere encontrarse "maravillosamente", minimizando lo sucedido y contextualizándolo en una "depresión leve". Alta hospitalaria al día siguiente.

En Agosto la paciente se marcha a Rumanía de vacaciones, durante dos semanas. En el período que estuvo allí acudió a Urgencias del Hospital de Rumanía por cefaleas y por sufrir dos episodios eméticos durante las dos semanas posteriores a la aplicación de Xeplion. Al regresar de Rumania en Agosto de 2013 la paciente no acude a la cita de revisión en el Centro de Salud Mental refiriendo la madre de la paciente que "el Xeplion es una medicación para esquizofrénicos" y que continuará tratamiento en circuito privado. En este contexto la paciente refiere que "lo que me pasó quedó atrás, no estoy loca, sólo fue un episodio malo".

Tras esto la paciente abandona el seguimiento durante 7 meses, hasta que en Marzo de 2014 es ingresada de nuevo en la Unidad de Hospitalización Breve. La madre comenta que, durante las semanas previas al ingreso, la paciente presentaba de nuevo ánimo bajo, con tendencia al aislamiento, soliloquios e ideas de muerte. Comenta durante la exploración previa al ingreso, "este mundo es muy triste, no tiene colores, la gente me mira y están tristes...me quieren matar...me quieren hacer daño...". Impresiona de actitud alucinatoria, sin poder confirmarlo, así como de estar contenida emocionalmente. Presenta ideación delirante en primer plano de ruina y culpa y en ocasiones verbaliza ideación delirante de referencia y perjuicio, con importante repercusión emocional y conductual, "el mundo ya no está bien, está triste, oscuro, sin color, todos están mal y me quieren hacer daño".

Durante las entrevistas familiares la madre destaca la preocupación por los exámenes, y contextualiza las ideas del "fin del mundo" en el contexto de una depresión, con marcado temor y estigmatización, "mi hija no está loca, está triste... no tomará medicación de esquizofrénicos".

CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

Igualmente expresa sentimientos de culpa "yo he tenido muchos problemas y no he mirado qué ocurría con mis hijos", ante lo que propone "ingreso en un psiquiátrico de 2-3 años de duración, que mientras no se cure yo no puedo hacerme cargo". Durante el ingreso, la paciente expresa escasa conciencia de enfermedad y solicita reiteradamente el alta hospitalaria. Tras 21 días de ingreso la paciente sale de alta, con tratamiento farmacológico de Abilify 15mg/d y citas de seguimiento en el Centro de Salud Mental.

Actualmente la paciente acude de forma regular al Centro de Salud Mental, acudiendo mensualmente a Psiquiatría para el manejo farmacológico y a Psicología para el abordaje psicoterapéutico de los acontecimientos vitales estresantes.

3. DIFICULTADES DE MANEJO

El presente caso supuso grandes dificultades de manejo tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Aunque es compleja la interacción de factores que contribuyeron a esta dificultad, se intenta desglosar de la siguiente manera (teniendo en cuenta que, de cualquier forma, es artificial la separación pues están todos interrelacionados):

- **A nivel social:** Transculturalidad. La paciente es natural de Rumania, lo que consideramos que ha tenido implicaciones en el abordaje clínico y psicoterapéutico del caso.
- **A nivel Familiar:** Estigma de la enfermedad mental. Tanto la paciente como sus familiares, especialmente la madre, rechazan tanto el diagnóstico como la toma de medicación. En reiteradas ocasiones la paciente hace referencia al prospecto del fármaco pautado (Aripipazol) y como se niega a tomar "medicación para esquizofrénicos" con actitud defensiva.
- **A nivel de personalidad:** La paciente presenta un patrón evitativo de emociones, tendiendo a la racionalización y la minimización.
- **A nivel clínico:** la clínica que motivaron los ingresos (supuesta ideación de perjuicio, ideación autolítica...) no se objetiva durante el ingreso en la unidad.
- **A nivel de tratamiento:** La paciente presenta escasa conciencia de enfermedad y por consiguiente escasa adherencia al tratamiento farmacológico.

CUANDO MAL ES "TODO BIEN": A PROPÓSITO DE UN CASO

