



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ricardo Robles Martínez, María Burillo Gonzalvo, Pablo Ortega López Alvarado, Javier Prado Abril, Alejandro Belmar Simo, Silvia Bravo Gómez, Ángela Lorente Murcia, Inés Bello Pombo, Marta Mora Rivas.

robles_ricardo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Situaciones de crisis en la familia pueden desencadenar la aparición de enfermedades físicas o psíquicas si la familia no es capaz de adaptarse a las nuevas circunstancias a las que deben enfrentarse a lo largo del ciclo vital.

A continuación, exponemos un caso clínico como ejemplo de trabajo realizado en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, en el que se instaura por un lado un tratamiento farmacológico, y al mismo tiempo se realiza un trabajo psicoterapéutico, con el objetivo de ayudar a la paciente a solventar las dificultades actuales a las que se enfrentaba.

Desde una vertiente sistémica, es importante recordar a Helm Stierlin (terapeuta sistémico familiar) y su concepto de "delegación" para comprender mejor en el marco en el que nos movemos a la hora de realizar una intervención sistémica en este caso:

El elemento nuclear de la delegación es el vínculo de lealtad que une al delegante con el delegado; este vínculo se forma ya en la intimidad de la temprana relación padres-hijo, sobre todo en la relación niño-madre.

La delegación no siempre es patológica, al ser *"a menudo la expresión de un proceso relacional necesario y legítimo: al dejarnos delegar nuestra vida adquiere dirección y sentido, cimentándose una cadena de deberes que trasciende a las generaciones"* (Stierlin et al., 1986, p. 47). Como delegados de nuestros padres tenemos la posibilidad de demostrar nuestra lealtad e integridad y de cumplir encargos.

Puede convertirse en patológica de tres formas:

- Si no puede armonizarse con las capacidades del delegado y lo sobrecargan.
- Cuando los encargos dados por uno o varios delegantes no pueden conciliarse unos con otros, y entran en conflicto.
- Pueden surgir conflictos de lealtad: el delegado está sometido a fuertes sentimientos de culpabilidad, si traiciona a un padre delegante a favor del otro.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Paciente que acude a urgencias en varias ocasiones en los últimos días con conductas parasuicidas. Gran componente ansioso, y ausencia en el control de impulsos. Realiza ingesta de alcohol en domicilio en contexto de discusión familiar y la familia sospecha de la ingesta de medicamentos con fines autolíticos.

Antecedentes personales

La paciente sufre un Traumatismo Cráneo Encefálico en marzo de 2015 de manera autoinfringida (cabezazo contra un sofá) que precisó sutura de herida occipital sin pérdida de conocimiento, en contexto de una discusión entre sus padres en la que intentó mediar.

Sin contactos previos con salud mental, y sin tratamientos psicofarmacológicos previos. Sin rasgos patológicos de personalidad previa. Licenciada en derecho, actualmente estudiante de oposiciones a judicatura. Refiere buena adaptación social- familiar. No consumo de alcohol ni tóxicos, aunque reconoce consumo puntual de alcohol con los amigos. Fumadora de un paquete de tabaco diario.

Vive en domicilio con su madre y su hermana. Padre vive en otro domicilio de forma momentánea debido a una orden de alejamiento que se produce tras una demanda de malos tratos hacia su mujer interpuesta por la tía materna de la paciente. Los padres de la paciente han decidido que cuando termine el periodo de alejamiento vuelva al domicilio a vivir con la familia.

Antecedentes familiares

Madre en tratamiento por depresión. Primera depresión en la adolescencia. Depresión postparto. Varios episodios depresivos posteriormente. En la actualidad presenta depresión mayor en tratamiento por Salud Mental.

No otros antecedentes familiares de interés.

Enfermedad actual

Joven de 24 años de edad, licenciada en derecho, que se encuentra desde hace unos meses preparando la oposición para judicatura. Tiene que abandonar esta preparación debido a la aparición de una clínica de acúfenos que le impiden el estudio, y que le genera gran angustia.

Previamente, no existen antecedentes personales de interés. Esta sintomatología le aparece 3 semanas después de sufrir un traumatismo craneoencefálico, que la paciente dice haber sufrido en domicilio, de forma autoprovocada, como única forma de intentar acabar con una discusión entre los padres, y que estos no respondían a las súplicas de la paciente para que parasen de discutir. Acude a urgencias por dicho motivo, siendo preciso la sutura de herida en zona occipital. Se le realiza una resonancia magnética nuclear cerebral que es normal, debido a quejas de cefaleas, visión doble y parestesias bucales.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tras esto, la paciente acude a urgencias en varias ocasiones en los sucesivos meses, refiriendo frecuentes dolores de cabeza, con gran ansiedad, hasta la aparición de dichos acúfenos, habiéndose repetido pruebas ya realizadas con igual resultado dentro de la normalidad.

La paciente acude a varios especialistas de otorrinolaringología tanto regionales como de otras comunidades, aquejando gran intensidad de acúfenos que le impiden el estudio y el descanso nocturno, siendo siempre las pruebas dentro de la normalidad, y sin respuesta a los tratamientos ensayados por los distintos especialistas. No se observa alteraciones estructurales en el oído, ni cerebrales. Alguno de estos especialistas le recomiendan acudir a Salud Mental para valoración, debido a que la ansiedad puede aumentar la sensación de acúfenos.

La paciente visita a varios psiquiatras del ámbito privado, pero nunca llega a tomar la medicación que se le pauta, excepto diferentes hipnóticos para ayudarla a dormir.

Tras todo esto, la paciente realiza tentativa de suicidio, tras crisis de ansiedad, con la ingesta de varios comprimidos de lorazepam mezclados con alcohol, en contexto de nueva discusión en domicilio. Acude a urgencias donde permanece unas horas en observación, y se realiza ingreso en Unidad Hospitalaria de Psiquiatría de Corta Estancia, debido a la ausencia de crítica del gesto realizado y el riesgo de repetición del acto debido a la gran ansiedad existente. Permanece ingresada durante 4 días, donde se niega a salir de la habitación, presentando mala vivencia de la hospitalización y demandando alta voluntaria, la que es preciso dar en este momento.

Tres días después del primer ingreso hospitalario, vuelve a acudir a urgencias de psiquiatría por gestos parasuicidas en el domicilio, llegando la familia a afirmar ingesta voluntaria de medicación a dosis elevadas, lo cual la paciente niega, aunque reconoce ingesta de alcohol. Actitud demostrativa, refiere intensa angustia secundaria a los acúfenos que dice padecer. Ante la situación de desbordamiento de la familia, y las frecuentes alteraciones de comportamiento de la paciente y la presencia de gestos autolíticos y actos parasuicidas, se decide nuevo ingreso en psiquiatría, siendo preciso la petición de ingreso involuntario que desde el juzgado se autoriza, tras la pertinente valoración del caso.

En cuanto a la exploración de las dinámicas familiares, se observa una familia de alta expresividad emocional.

Existe una relación de conflictividad entre la pareja conyugal de padres, que se mantiene desde la formación de la pareja. La paciente refiere que siempre han existido problemas y discusiones entre ellos, pero que en los últimos meses, estas discusiones y conflictividad ha ido en aumento. La paciente y su hermana siempre se han situado en medio de la pareja de padres, siendo éstas las que intercedían para apaciguar la situación. Con la salida de la hermana mayor del domicilio hace más de un año, es la paciente quien queda en medio de estas situaciones, viéndose cada vez más incapacitada para controlar las frecuentes discusiones que se producen entre la pareja, llegando incluso a provocarse una caída con golpe en zona occipital del cráneo. En esta situación, es la tía materna de la paciente quien intercede poniendo una denuncia de malos tratos hacia el

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

marido, lo que acarrea finalmente en una orden de alejamiento, e inicio de los trámites de separación en la pareja.

Es en esta situación que el estado de la paciente va empeorando poco a poco como consecuencia del traumatismo craneo encefálico, comenzando con una clínica de cefaleas, empeorando con el paso de los días a parestesias bucales, y finalmente a la clínica de acúfenos que cada vez son más intensos. En este periodo va acudiendo frecuentemente a urgencias hospitalarias por imposibilidad para manejarse y llevar el ritmo de vida que llevaba hasta este momento, debido a la intensidad de los síntomas que refiere padecer.

Exploración física

Refiere fuerte sensación de vértigo y la presencia de frecuentes acúfenos de alta intensidad, habiéndose descartado por diferentes especialistas de otorrinolaringología la existencia de lesión estructural que justifique dicha sintomatología, y orientando el origen de estos a un componente ansioso de la paciente.

Consciente, orientado. Lenguaje y memoria normales. Exploración de pares craneales dentro de la normalidad. Comprende órdenes, repite frases y denomina objetos adecuadamente. Memoria inmediata, a corto y largo plazo, inalterada, al igual que su capacidad de abstracción. Reconoce objetos y realiza actividades previamente aprendidas. Resto de exploración neurológica normal. Tórax y abdomen normales.

Exploración funciones psíquicas

Consciente y orientada auto y alopsíquicamente. Parcialmente colaboradora. Aspecto descuidado, para lo habitual en la paciente, y confirmado por la familia que la acompaña. No alteraciones de la memoria. No alteraciones en el curso ni forma del pensamiento. Discurso centrado en sus preocupaciones, en torno a problemas somáticos. Tensión facial. Sentimientos de ansiedad, generados por la sintomatología de acúfenos. Incontinencia afectiva. Hipotimia afectiva, con disforia e irritabilidad. Inquietud psicomotriz. Insomnio de conciliación, debido a su sintomatología, que refiere le impide dormir. No alteraciones de la conducta alimentaria. No presenta clínica de patología afectiva. No presenta ideación de contenido delirante, ni alteraciones de la sensopercepción. En el momento de la exploración, no presenta ideas de muerte ni ideación autolítica estructurada, aunque se aprecia riesgo de conductas parasuicidas en contextos de gran ansiedad derivados de sus problemas somáticos, acompañados por una dificultad para control de impulsos. Conciencia de enfermedad inapropiada. Juicio de realidad conservado, aunque en ciertos momentos mermados.

La personalidad premórbida la definen, tanto la paciente como los familiares que la acompañan (hermana y tía materna), como una persona extrovertida, perfeccionista en sus estudios, aunque no tanto en el orden. Buena integración en red social de amistades y familia.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Analítica al llegar a urgencias

FÁRMACOS Y TÓXICOS	-	-		
Srm-Etanol c.masa	↑	144.0	mg/dL	< 10.1

Resto de la analítica con resultados dentro de la normalidad.

TAC DE CRÁNEO SIN CONTRASTE I.V.:

Sin evidencia de lesiones hemorrágicas intra ni extraaxiales. No se han detectado alteraciones densotométricas parenquimatosas de significación. No efectos de masa ni desviación de estructuras de la línea media. Sistema ventricular de morfología y tamaño normal. Patrón de surcos acordes a la edad del paciente. No se han detectado líneas de fracturas. Senos paranasales incluidos y celdas mastoideas sin evidencia de ocupación.

Conclusión: sin signos de patología intracraneal aguda.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES: TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS DATOS ANTERIORES PLANTEAR LOS POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

F45.0 Trastorno de somatización

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad generalizada con síntomas somáticos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno de ansiedad generalizada con síntomas somáticos.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

A lo largo del ingreso se diferencian dos etapas en cuanto al tratamiento instaurado, a lo largo de los 20 días de ingreso que precisó la paciente.

La primera de ellas consiste en la introducción de un tratamiento farmacológico orientado a la disminución de los síntomas expresados por la paciente, que le generan gran componente ansioso y angustia vital. Para ello, se comienza introduciendo tratamiento antidepresivo con clomipramina hasta alcanzar una dosis de 150 mg diarios repartidos en dos dosis de 75 mg en el desayuno y en la cena. A su vez se introduce sulpirida hasta alcanza una dosis de 150 mg al día, con la intención que disminuya la sensación de vértigos que la paciente refiere sentir de forma ocasional. Posteriormente se reduce a 100 mg diarios cuando comienza a mejorar la sintomatología de la paciente. Se introduce a su vez tratamiento con trazodona 50 mg al

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

acostarse para intentar corregir su problemática de insomnio, siendo esta efectiva. A los pocos días, se introduce tratamiento con aripiprazol 15 mg en desayuno, ya que la paciente en un principio no mejora la sintomatología ansiosa y persiste la intensidad en los acúfenos referidos, notando mejoría de estos a los pocos días, aunque persistentes.

La segunda etapa de tratamiento basa en una intervención terapéutica sistémica de forma individualizada, ya que se observa una correlación entre la aparición de la sintomatología y su empeoramiento, con el aumento en la problemática de la familia, en situación de crisis, y la paciente expresa de forma abierta su preocupación por el divorcio de sus padres.

Evolución

En los primeros días de ingreso, se observa una mala adaptación de la paciente a las dinámicas de la planta y a su relación con los demás pacientes, saliendo de su habitación en contadas ocasiones, y demandando el alta en varias ocasiones. Ante la ausencia de crítica de sus actos autolíticos se realiza la petición de ingreso involuntario, que es aceptada por parte del juzgado tras valoración de la paciente.

Con la introducción del tratamiento completo anteriormente comentado, la paciente a la semana comienza a encontrarse menos ansiosa, consigue mantener un sueño reparador, sin interferencias de los acúfenos, que se siguen manteniendo pero con menor intensidad, lo que permite un abordaje distinto con la paciente, siendo posible una mejor exploración de la dinámicas familiares y la propuesta de una intervención terapéutica individual sistémica, la cual acepta.

Proceso Terapéutico

Dinámicas familiares

La relación entre la pareja de padre es conflictiva y distante, y como tal se expresa en el genograma de más abajo. El padre mantiene una relación de distanciamiento con su hija mayor, y una relación de armonía con la paciente identificada.

La madre mantiene una relación fusional con la hija mayor y una buena relación con la hija menor. Existe buena relación entre las hermanas.

Aunque no la incluyo en el genograma, hay que tener presente la influencia que ejerce en esta familia la tía materna de la paciente, que es como una figura de autoridad a la que se le pide consejo, e intenta solucionar los problemas en la familia.

Padre periférico.

Se aprecia triangulación (donde cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro; Linares, 1997) entre los padres y las hijas, situando a éstas como hijas parentalizadas, utilizadas para la resolución de los problemas entre la pareja conyugal.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

En un principio, eran ambas hijas las que se encargaban de mantener la armonía entre los padres. Hablamos de un padre periférico y autoritario, y una madre propensa a frecuentes depresiones que hacen que no se pueda hacer cargo de sus quehaceres. Las discusiones eran frecuentes, existiendo una alianza entre la hija mayor y la madre en contra del padre. Con la independencia de la hija mayor, en la paciente quien queda "a cargo" o "delegada" al cuidado y mantenimiento de la armonía en la familia, viéndose incapaz de frenar las continuas discusiones que se producen en domicilio.

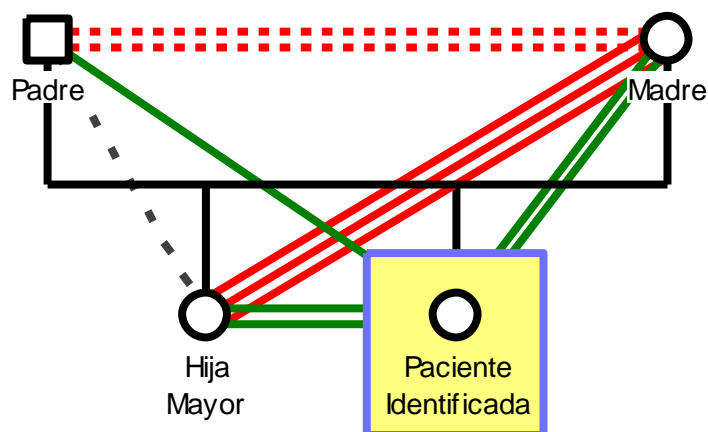
Objetivos

Estas circunstancias son nuestras hipótesis para la realización de un trabajo psicoterapéutico sistémico individualizado, en la que nos marcamos como objetivos:

- Exploración de las dinámicas familiares que los mantiene detenidos en el tiempo, según el relato de la paciente.
- Realización de fase social con el objetivo de establecer una buena relación terapéutica.
- Reestructuración de la familia, recolocando a la paciente identificada en el subsistema fraternal.
- Intentar que la pareja de padres sean capaces de llegar a acuerdos. Para ello se plantea trabajar en algún momento de la terapia con la pareja.
- Establecer límites claros y flexibles en el interior y exterior del sistema. Diferenciación de subsistemas y clarificación de roles.

Sesiones

En la primera sesión se confirman las hipótesis creadas en cuantos a las relaciones y dinámicas en la familia. Se logra realizar fase social con la paciente, dejando fuera de la terapia el síntoma por el que está ingresada y trabajar en base a la familia de forma individualizada. Se realiza genograma estructural y relacional de la familia, en el que solo ponemos a continuación la familia nuclear.



INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Posteriormente, mantenemos una entrevista con los padres (por separado, pues existe una orden de alejamiento), estos afirman que han decidido dejar de lado sus diferencias y luchar juntos por la mejoría de su hija. Ya no se van a divorciar, y cuando acabe el periodo de orden de alejamiento volverán a vivir juntos. Puede apreciarse la función del síntoma de la paciente, y cómo funciona el que tenga que enfermar una hija, para que nada cambie en la familia. En la siguiente entrevista quien comenta: "parece que tenga que enfermar para que no discutan y puedan hablar... pero yo no quiero entregar mi vida para que ellos sigan juntos".

Se van manteniendo sesiones durante el ingreso, donde se intenta promover la individuación de la paciente.

Paralelamente, y aunque en las sesiones no se aborda el tema de sus acúfenos, se aprecia gran mejoría en la paciente, disminuyendo dosis de tratamiento. Los acúfenos son menos audibles, incluso en cierto momento se propone el alta hospitalaria, pidiendo permanecer la paciente unos días más ingresada debido a la mejoría que refiere.

Al cabo de 20 días de ingreso, se pacta alta hospitalaria. A su vez, y debido a que posteriormente la familia puede moverse para que nada cambie, ya que pueden necesitar de ella para seguir juntos, se pactan 3 sesiones de seguimiento, donde la paciente vendrá de nuevo para continuar con las sesiones. En estas sesiones se puede apreciar la constante mejoría de la paciente, con la disminución progresiva de tratamiento farmacológico.

La paciente ha conseguido reanudar sus estudios de judicatura. Refiere que de vez en cuando sus padres discuten (ha acabado orden de alejamiento), pero ya no es necesario su intervención para que solucionen sus diferencias.

Tratamiento farmacológico actual: aripiprazol 5 mg 1-0-0, clomipramina 75 mg 0-0-1.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: BREVE EXPLICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL TEMA TRATADO EN EL CASO

Enrique Echeburúa (2010) concluye en su artículo de efectividad de las terapias psicológicas que *"es sugerente la investigación reciente sobre el efecto potenciador de los tratamientos combinados (terapia cognitivo-conductual + psicofármacos) en diferentes cuadros clínicos (Echeburúa et al., 1998; Labrador et al., 2000). Los fármacos pueden actuar sobre la reducción de síntomas; los tratamientos psicológicos, sobre el aumento de competencias. Se trata, en último término, de aprovechar, por un lado, la potencialidad terapéutica de los psicofármacos a corto plazo para conseguir cambios de conducta rápidos, motivar al paciente al tratamiento y ponerle en disposición conductual y cognitiva de asumir las tareas propuestas por la terapia psicológica; por otro, de hacer desaparecer paulatinamente los fármacos y de integrar el tratamiento psicológico. De este modo, el paciente puede atribuir los logros terapéuticos a sí mismo y evitar así la dependencia psicológica de los fármacos y del terapeuta. Quedan aún, sin*

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL SISTÉMICA EN PLANTA DE AGUDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

embargo, por determinar los cuadros clínicos tributarios de estos tratamientos combinados y los parámetros significativos implicados en la interacción (dosis, duración, desvanecimiento gradual, etcétera) (Nathan y Gorman, 1998)."

BIBLIOGRAFÍA. VER COMO PRESENTARLA EN EL SIGUIENTE ENLACE, [PULSA AQUÍ](#)

1. Echeburúa E, de Corral P, Salaberría K. Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2010; Vol. 15, N. ° 2, pp. 85-99.
2. Linares, J. L. (1996). Identidad y narrativa. Paidós T.F. Barcelona. 1997.
3. OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
4. Stierlin, H., Rücker-Emden, I., Wtzel, N. & Wirsching, M. (1986). Terapia de la Familia: la primera entrevista. Barcelona: Editorial Gedisa.