

Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Volumen VIII
Número 1
Marzo 2018

“Lo que el agua se llevó” A propósito de un caso

Rebeca Hernández Antón

MIR-IV de Psiquiatría en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

María Diéguez Porres

Psiquiatra en el Programa de interconsulta y Enlace del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Vamos a presentar un paciente de 29 años, que toma contacto con Salud Mental, por primera vez, presentando sintomatología maniaca en primer plano, motivo por el cual fue ingresado en la Unidad de Agudos.

Una vez estabilizado fue derivado al Equipo de Salud Mental; donde nosotros comenzamos su seguimiento; convirtiéndose en un reto terapéutico, cuya importancia se hallaría en el uso de un razonamiento que lograra la unidad clínica, psicopatológica, farmacológica y psicoterapéutica.

Descubrimos que tenía pensamientos obsesivos con compulsiones desde hace años y que durante un periodo de tiempo consumió alcohol abusivamente con repercusiones legales.

A medida que íbamos conociendo más sobre su biografía, veíamos la importancia de las figuras paternas en su desarrollo; aparece una figura materna sobreprotectora y una figura de un padre muy rígida, que generan una dinámica familiar problemática.

Describiremos el caso clínico, su evolución durante las consultas y la formulación del mismo; la cual fue importante para entender al paciente, lo que estaba sucediendo, ayudarlo y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, conflictiva familiar, psicobiografía, consumo perjudicial de alcohol, psicoterapia, formulación

Abstract: we will present a 29-year-old patient, who was in contact with Mental Health, for the first time, presenting manic symptoms; for this reason he was admitted to the Acute Unit. Once he was stabilized, he was referred to the Mental Health Team, where we begin to follow up him; becoming a therapeutic challenge, whose importance would be found in the use of a reasoning that would achieve clinical, psychopathological, pharmacological and psychotherapeutic unity.

We discovered that he has had obsessive thoughts of compulsions since 15 years and that over a period of time he consumed alcohol abusively with legal repercussions. As we learned more about his biography, we saw the importance of the father figures in their development; an overprotective maternal figure and a figure of a very rigid father appeared, which have generated problematic family dynamics.

We will describe the clinical case, its evolution during the consultations and the formulation of the same; All of them have been important to understand the patient, what was happening, help him and improve his quality of life.

Key words: Bipolar disorder, family conflict, psychobiography, harmful alcohol consumption, psychotherapy, formulation.

Introducción

La formulación es un proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto) de problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo. De este proceso deriva el plan de tratamiento y la propuesta de contrato con cuya negociación finaliza la fase de evaluación.

CASO CLÍNICO

Información del paciente:

Motivo de consulta: Varón de 27 años, derivado a consultas del Equipo de Salud Mental para seguimiento y tratamiento; tras un ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve por primer episodio maniaco.

Antecedentes personales y sociolaborales:

- Sin alergias medicamentosas conocidas. Alergias ambientales.
- Distrés respiratorio neonatal. Bajo peso al nacimiento. Pies planos valgus. Desarrollo psicomotor normal.
- Intervenciones quirúrgicas: intervenido de tabique nasal.
- Tóxicos: consumo abusivo de alcohol los fines de semana desde los 17 a los 24 años (llegando a perder el conocimiento en varias ocasiones) y con consecuencias legales (retirada del permiso de conducir durante un año). Niega consumo de otros tóxicos.
- Sociobiográficos y sociolaborales: Hijo único, vive con sus padres en un pequeño medio rural. Estudios secundarios finalizados. Dos módulos de grado superior: FP administrativo y Finanzas. Actualmente desempleado.
- Antecedentes personales psiquiátricos: desde hace aproximadamente 11 años, ha presentado pensamientos obsesivos de limpieza y de simetría acompañado de compulsiones. Seguimiento y tratamiento por su MAP.
- Personalidad previa: E. se describe como una persona poco sociable, tímido, con pocos

amigos (sale con chicos 5 años más pequeños), “para socializarme necesito beber”. Disfruta escuchando música pop y subiendo vídeos a youtube. Pasa la mayor parte del tiempo en casa, solo en su habitación. Considera que es ordenado, miedoso, inseguro, puntual, muy limpio y que de pequeño estaba obsesionado con los estudios. Le gusta la política.

Antecedentes familiares: (Imagen 1)

- Madre: 57 años, sintomatología depresiva que fue tratada por su MAP. Empleada del hogar. Activa en estos momentos.
- Padre: 58 años. Traumatismo ocular laboral hace tres años. Actualmente desempleado desde hace dos años.
- Abuela paterna fallecida en enero de 2015, con clínica depresiva, que no fue tratada. Con quien tenía una relación estrecha. (¿Duelo aplazado?).
- Abuela materna. Fallecida en 2003 con posible trastorno psicótico sin estudiar.
- Una tía paterna con tratamientos psiquiátricos por trastorno distímico (precisó 4 ingresos en la Unidad de Psiquiatría).
- Marcada influencia de la familia de origen de la madre sobre el núcleo familiar.
- Conflictiva familiar significativa a nivel de subnúcleos: pareja, padre-hijo, madre-hijo.

Psicobiografía- Cita de evaluación:

E. es hijo único. Según refiere la madre fue un hijo deseado, sin problemas en el embarazo, con bajo peso al nacer y distrés respiratorio neonatal. Bebé tranquilo, sin trastornos en la alimentación ni en el ritmo sueño-vigilia. Desarrollo psicomotor y control de esfínteres dentro de la normalidad. E. vivía con sus padres y su abuela materna hasta que él tuvo 15 años (esta abuela falleció en 2003 por causas cardíacas).

Madre cuidadora primaria hasta la incorporación escolar en su pueblo (alrededor de 500 habitantes) a los 3 años (compartían clase los niños de 3 y 4 años). La adaptación al entorno escolar fue buena, relacionándose con otros niños sin dificultad, aceptando las normas de las figuras de autoridad, buscando ser validado. Recuerda que en 5º de Primaria tuvo una etapa en la que lloraba mucho, porque no le gustaban algunas asignaturas. Rendimiento académico

excelente hasta 1º de la ESO (13 años), cuando tuvo que cambiarse de colegio a otro pueblo cercano, fue entonces cuando comenzó con comportamientos desadaptativos consistentes en escrupulosidad referida al contacto con otros compañeros (llevaba film transparente con el que cubría la mesa, encima colocaba los libros para no contaminarlos) y en grandes esfuerzos para sacar buenas notas. Esto se tradujo en menor concentración y dificultades en los estudios y pérdida de amistades de su edad, y en última instancia, produjo mayor atención de su madre y de su abuela paterna. El paciente lo recuerda como bullying y por ello, decidió ir con chicos 4 ó 5 años menor que él, con los que sí se sentía relajado.

En 3º ESO (15 años) y coincidiendo con el fallecimiento de la abuela, los estudios le empezaron a costar más, y los rituales obsesivos aumentaron de amplitud e intensidad, provocando en él un notable aislamiento. Llegó a lavarse las manos 50 veces al día, tenía que ducharse cada vez que salía a la calle, no tocaba los pomos de las puertas. Cuenta otros rituales de simetría, como contar el número de veces que golpea la puerta al cerrarla o cómo bajar las escaleras. Estudios secundarios finalizados. Relata ánimo triste a los 18 años, reactivo a no cumplir el objetivo de sacar Bachillerato. Dos módulos de grado superior: FP administrativo y Finanzas.

Comienza a salir a los 17 años, consumo abusivo de alcohol los fines de semana, llegando a perder el conocimiento en varias ocasiones (considera que beber alcohol le ayuda a relacionarse y a pasarlo bien) y con consecuencias legales. Retirada del permiso de conducir durante un año desde septiembre 2013 hasta septiembre 2014, por accidente de tráfico cuando tenía 21 años, sin fallecidos, estando bajo los efectos del alcohol. Sus padres están convencidos de que todos los problemas mentales que está teniendo son debidos al alcohol. “el alcohol lo ha dejado bobo”.

Cuando E. tiene 25 años los padres deciden consultar a un familiar médico de cabecera. Le receta Paroxetina, pero no se hace seguimiento.

Actualmente desempleado. Sólo ha realizado prácticas de los módulos en diversas empresas y trabajó dos días en el campo, pero tuvo que abandonarlo por sus obsesiones con la limpieza.

La interacción con el padre fue siempre bastante pobre. Lo define como rígido, con poca conversación. Pasaba mucho tiempo fuera de casa, trabajando en el campo. Cree que lo consideraba como un niño débil. “Una de las cosas buenas de haber estado ingresado, es que ahora paso más tiempo con él”.

Define a su madre como muy sobreprotectora, ordenada, cotilla y muy pendiente de la opinión de los demás. “Es muy cercana y cariñosa conmigo”.

No relata ninguna relación de pareja. Se define como heterosexual. Sí le gustó una chica, pero fue rechazado por ésta a los 17 años, y desde entonces no es capaz de acercarse a ninguna. Cuando tenía 23 años también se sintió atraído por otra compañera de clase, pero ni siquiera se atrevió a hablar con ella por miedo al fracaso. Nunca ha mantenido relaciones sexuales.

Fallecimiento de la abuela paterna, con la que tenía una relación estrecha, en enero de 2015. Pasó días durmiendo en el hogar de ella, como una forma de despedida, según cuenta.

El mes de septiembre de 2015 la familia comienza a notarle cambios de conducta, desapareciendo los rituales obsesivos, mostrándose más abierto y más sociable, con nuevos proyectos y pasaba muchas horas chateando y colgando vídeos en youtube. Los días previos al ingreso, apenas dormía y verbaliza sentirse muy feliz, saber las fórmulas para curar el cáncer y las lesiones medulares, que le habían jaqueado el móvil y que iba a ser el youtuber más famoso del mundo.

La estancia en Hospital, la describe como muy provechosa. Se sintió una parte muy importante en el grupo, participa en todas las actividades y era de los más destacados. Refiere que aprendió que la enfermedad mental es una enfermedad más.

Pero parece que ahora se siente más cómodo relacionándose con otras personas con diagnóstico psiquiátrico que con personas sin él (se siente como si él fuera inferior por el mero hecho de tener un diagnóstico). Trabajó habilidades sociales y técnicas de expresión corporal y de relajación; le orientaron para la búsqueda de trabajo; y le insistieron en la importancia de los hábitos de vida saludables y de la toma de tratamiento.

Exploración psicopatológica en ESM:

Consciente, orientado, colaborador, abordable. Aspecto cuidado. Buen contacto. Adecuado conductualmente. Sin inquietud psicomotriz. Cuando se sienta pone las manos sobre su regazo, evitando tocar cualquier objeto. Discurso fluido, coherente y estructurado, centrado en la descripción de su sintomatología y las repercusiones de la misma en su funcionamiento basal; de tono y ritmo normales. Ánimo bajo reactivo sin alteraciones mayores. Sentimientos de minusvalía. Ansiedad ideica moderada y somática leve. Pensamiento mágico. Ideas obsesivas egodistónicas de contaminación ante las cuales ofrece cierta resistencia, pero dado el nivel de angustia que le provocan, se ven acompañadas de compulsiones en forma de rituales de limpieza; ocupándole gran parte del día. No auto- ni herteroagresividad. No ideas de muerte ni autolíticas. Ritmos biológicos conservados. Aislamiento social. Cumplimiento terapéutico. Capacidad de juicio conservada.

Pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: hemograma normal en sus tres series. Perfiles renal, hepático, cardiaco e iones dentro de los límites normales. T4 libre y TSH normales. Litemia: 0,83 mEq/L.
- TAC cerebral: Megacisterna magna. Probable hallazgo incidental. Resto normal.

Juicio clínico: Trastorno Bipolar Tipo I; Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Plan:

Tratamiento psicofarmacológico:

- Litio 400 mg (1-0-1+1/2)
- Retirar Quetiapina 25 mg
- Introducir Setralina 100 (1/2-0-0) y en 7 días aumentar a (1-0-0).

Citas semanales con el paciente y con sus padres.

Analítica con litemia mensual.

SIGUIENTES CITAS:

Siempre viene acompañado por los padres, aunque entra solo a la consulta.

Se objetiva una mejoría anímica, lleva una vida más activa y se muestra ilusionado por quedar con amigos, aunque le cuesta relacionarse.

Expresa numerosos miedos referentes a que le pregunten por lo ocurrido. Sin consumo de alcohol desde el ingreso, que ha mantenido un año y medio después.

El paciente habla de una leve disminución en intensidad y frecuencia de sus ideas obsesivas, fobias y rituales; aunque siguen ocupándole gran parte del día.

Refiere que ceden cuando está en grupo, cuando bebía alcohol (cuando llegaba a casa, después de salir de fiesta, también se duchaba, independientemente de la hora de llegar y de su estado), cuando estuvo haciendo prácticas de electricista y durante el episodio maniaco. Y empeoran cuando se encuentra más deprimido y en época de exámenes.

Cuando se le pregunta qué espera de la consulta; responde: "lavarme menos veces las manos". Rápidamente añade: "aunque sé que depende de mí". A pesar de contar cierta mejoría, parece que no quiere que desaparezcan del todo "estoy a gusto como estoy; me he acostumbrado a vivir con ellas".

Cree que esta obsesión por la limpieza le viene de su madre. "Siempre estaba limpiando el polvo en casa. Me miraba la ropa antes de salir y me decía que evitara mancharme".

Verbaliza con ilusión que mejoraría si encontrara trabajo, pero no busca más allá que a 30 km a la redonda y sólo algo relacionado con sus estudios.

Cuando los padres pasan a la consulta (escultura familiar), la madre se sienta al lado de E. y el padre al lado de la madre. El padre permanece callado durante casi toda la entrevista, afirma con la cabeza mientras da información la madre, y sólo habla para decir comentarios lapidarios, desacreditando a E. Su madre le trata de forma muy infantil. Sus padres se muestran ambivalentes ante la posibilidad de que su hijo encuentre trabajo y se vaya del domicilio. "Como va a irse él solo, a ver si le va a pasar algo. Va a perderse". "Para ese trabajo E. no vale, iba a angustiarse más y empeoraría; ojalá no se lo den". En varias ocasiones, echan la culpa de todo lo que le ha ocurrido a su hijo al consumo abusivo de alcohol "Era un buen chico, luego le dio por beber y le habrá afectado al cerebro" y menosprecian el esfuerzo de su hijo. (Imagen 2)

Se cita a la madre:

Refiere que cuando era niño no tenía buena relación con su abuela materna, con quién vivía. “Se tenían envidia uno al otro. E. llegó a tirar del pelo a la abuela en varias ocasiones. Los dos buscaban que yo los atendiera”. Lo define como un niño muy miedoso. Cuenta que no le gustaba salir de su espacio. Habla del verano en el que el paciente tenía 17 años, cuenta que se juntaba con otros chicos del pueblo para beber todas las noches (recalca todas las noches) y que él organizaba los juegos. Refiere que estaba obsesionado con este tipo de juegos y los buscaba en Internet y copiaba datos en un cuaderno a diario, haciendo estadísticas de lo ocurrido. “Llegaba todos los días borracho. Nosotros le insistimos en buscar ayuda en una asociación del tipo Alcohólicos Anónimos, pero se negó”. Esto generaba muchas discusiones entre los padres por la forma de crianza del hijo. Cuando tenía 20 recuerda que se escapó de casa y estuvo dos días vagando por los caminos tras una discusión con el padre. Durante meses las relaciones en casa fueron muy frías y estuvo meses sin salir centrándose en sacar los módulos.

Sólo ha salido una vez de su domicilio (viajó con los compañeros de clase a Canarias) y presentó gran angustia de separación.

Desde el ingreso la familia se ha mostrado más unida. Toda la familia colabora en la medida de lo posible en que E. mejore. Lo definen como más cariñoso, más atento, más preocupado por aprender las labores de casa.

Al preguntarle por las expectativas que ambos padres tenían del hijo, responde que los dos querían que estudiase una carrera. “Teníamos una cuenta en la que íbamos metiendo dinero para pagarle la Universidad a E.; y luego nada”. Parece que la madre tenía más ilusión porque el paciente fuera licenciado y que el padre quería que tuviese un trabajo estable. “Mi marido dice muchas veces que hemos trabajado toda la vida para que él tuviera una buena vida y ni estudia ni trabaja”.

La relación con su marido la describe como muy buena. “Él es de pocas palabras y yo hablo mucho; así que congeniamos”. Refiere que fue muy bueno con ella porque su madre vivió con ellos hasta que falleció y él lo aceptó. “Yo le di a elegir: o aceptas vivir con mi madre o nos separamos. Entiende que a mi madre la conozco

de toda la vida y a ti no, tú puedes irte en cualquier momento”.

Se cita al padre:

Refiere estar preocupado por su hijo desde hace mucho tiempo y que se esperaba todo lo que ha ocurrido. “Todo en esta vida tiene consecuencias; y él ha bebido mucho”. Cuenta haber estado poco tiempo en casa cuando E. era pequeño, debido a su trabajo. “Su madre fue la que se dedicó a su crianza”. Dice que siempre le recordaba al paciente que podían hacerse las cosas mejor y que tenía que llegar lejos. “Nosotros hemos trabajado mucho para que nuestro hijo estudiara”. Se le pregunta por los castigos que ponían a E. De la relación entre ambos progenitores cuenta que se conocían desde niños en el pueblo y que empezaron en las fiestas del pueblo. Refiere que su mujer siempre ha hecho las labores de casa y ha trabajado en ayuda a domicilio en casas del pueblo y él ha sido el que llevaba el dinero a casa. Parece que ante intentos de que la mujer consiguiera más independencia, como por ejemplo sacar el carnet de conducir, él se ha opuesto.

Sí que ve mejoría progresiva en el paciente y desde el ingreso pasan más tiempo juntos, salen a pasear y tienen una relación más cálida. Verbaliza mucho miedo a que el paciente deje la medicación en las fiestas del pueblo y vuelva a precisar un ingreso.

A continuación expondremos un resumen de la formulación

1. La queja **explícita** era seguimiento y control de tratamiento del Trastorno Bipolar. Por otro lado, empeoramiento de los rituales de limpieza, que mantiene desde la infancia.

2. Análisis de la demanda.

El paciente acude, derivado por otro Psiquiatra (desde Hospital de Día y anteriormente desde la Unidad de Agudos) para seguimiento y tratamiento de Trastorno Bipolar y TOC. En este caso, el sujeto de la demanda sería el médico que hizo la derivación y el objeto de la demanda sería el paciente.

Por otro lado, el paciente es quién considera necesario un seguimiento y quiere que se le ayude con sus rituales de limpieza, los cuáles durante la última temporada lo han incapacitado en mayor medida. Él sería,

entonces, el sujeto y el objeto de la demanda, ya que él solicita seguir siendo atendido.

Otra opción podría ser que el objeto de la demanda fuera el paciente con matices, ya manifiesta sentimientos de culpa por la preocupación de los padres por su situación.

¿Quién pide ayuda para quién?

Paciente ← → Paciente

Paciente con matices (malestar padres) ← → Paciente

Médico ← → Paciente

3. Listado/serie de problemas, fenómenos (Horowitz) (Bibliografía 1)

- Sobreprotección materna + figura rígida del padre.
- **Inseguridad y sentimientos de incapacidad.**
- Incapacidad de afrontar sus problemas.
- **Sentimiento de inutilidad** (inferioridad, minusvalía)
- Baja autoestima. Ideas negativistas. Sentimientos de incomprensión y culpa.
- Miedo a ser rechazado y criticado. Búsqueda de aceptación constante.
- Dificultad para tomar decisiones. Miedo a equivocarse.
- **Distorsiones cognitivas:** pensamiento dicotómico, sobregeneralización.
- Dificultad de manejo de su autonomía, no es capaz de buscar un trabajo, sigue viviendo con sus padres (pocos recursos). → **Dependencia** de terceras personas.
- Dificultad para establecer relaciones de confianza □ círculo social poco eficaz.
- **Déficits interpersonales.**
- **Conflictiva familiar** con los padres y entre ambos progenitores; primero por el cuidado de la abuela; y después por el cuidado del paciente.
- Dificultad para comunicar sus problemas a su entorno y para expresar emociones.
- No **asertividad**.
- Elevada autoexigencia.

- Posible **duelo no resuelto.**
- Trastorno bipolar.
- Consumo abusivo de alcohol con consecuencias legales.
- **Estigma** de la enfermedad mental y autoestigma.
- Tristeza, angustia, ansiedad. tríada cognitiva de la ansiedad: sí mismo vulnerable, mundo amenazante, futuro impredecible; y de la depresión: una visión negativa de uno mismo en presente, pasado y futuro.

4. ¿Cómo, cuándo y con quién se ponen de manifiesto?

Precipitantes. Él se ve como un niño débil, raro y responsable, por cómo le hace sentir el padre; y por ello, busca la protección materna, y ahí radica la competición entre la abuela y él por la atención materna. Su madre le transmitió el miedo a no ser aceptada por la gente y el dar importancia a lo que dijeran en el pueblo (mito familiar). Debido a esta sensación de vulnerabilidad al sentirse rechazado o atacado aparece la ansiedad, la obsesión por la limpieza (inculcada al parecer por la madre) y los rituales.

Todo empeora cuando tiene que ir al colegio en otro pueblo, tiene que separarse de los padres. Empieza a centrarse en los estudios, con ideas irracionales de que tiene que sacarlo muy bien, si no es así, será un fracasado (pensamiento dicotómico). Los resultados académicos no son tan buenos como esperaba y las obsesiones y rituales aumentan. Ese verano sus pensamientos se centran en los juegos de beber alcohol, en el que parece que él es el coordinador y tiene la situación bajo su control. Al ver que ese tipo de vida no conseguía satisfacerlo empieza a encontrarse peor anímicamente y se centra en estudiar un módulo. Tras terminarlo y ver que no había trabajo, vuelven a multiplicarse los rituales. Todo empeora con el fallecimiento de la abuela, cuando entra en una gran fase depresiva, y tras las fiestas del pueblo existe el primer episodio maniaco, a partir del cual entra en la red de Salud Mental.

Evitación: miedo a situaciones nuevas y lejanía del hogar, exponerse, enfrentarse a problemas y tomar decisiones, **trabajos** (a pesar de su buen

rendimiento académico), relaciones, expresión de emociones, situaciones nuevas.

Cualquier cambio: sin seguridad, aumento vulnerabilidad, se ve incapaz, más aislamiento.

5. Cuál es la secuencia de emociones, ideas, comportamientos y relaciones que implica? Estados mentales, defensa, modelos de relación.

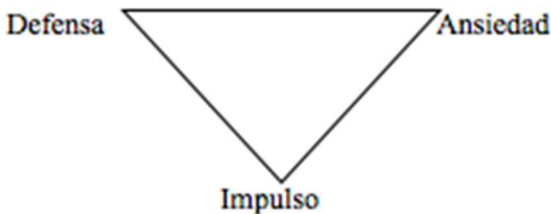
Tema nuclear del conflicto relacional (Luborsky-CCRT). Pauta circular autolimitada y autoperpetuante (Bibliografía 2)

- Deseo: deseo de valoración y aceptación.
- Respuestas de los otros: temor a ser juzgado, criticado y rechazado.
- Respuesta del yo:
 - Conductual: Comportamientos poco adaptativos, rituales de limpieza, obsesiones y compulsiones, consumo de alcohol de forma abusiva, preocupación por cumplir las expectativas de los padres, búsqueda de valoración y aprobación por parte de los demás.

- Emocional: Ansiedad, culpabilidad, sentimiento de minusvalía e inseguridad, sentimientos de tristeza y fracaso. Euforia y sentimientos de grandeza durante el episodio maniaco.

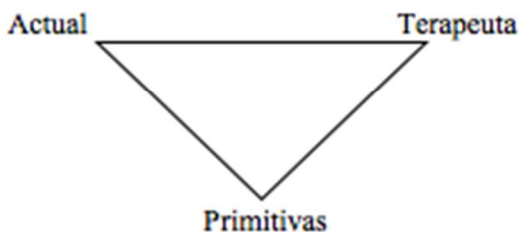
Nota: Según el modelo sistémico, debido al fallecimiento de la abuela materna, podrían haber empeorado los rituales, adquiriendo atención materna completa, la cual siempre había ejercido un rol de cuidadora, como intento de salvaguardar la homeostasis familiar. Tras el fallecimiento de la otra abuela (paterna) parece que existe un empeoramiento anímico, con posterior sintomatología megalomaniaca. Así mismo, cada vez que recibe un castigo o existe un menosprecio hacia él, busca la atención materna con un empeoramiento de los rituales o conductas poco adaptativas. Podríamos pensar que siempre que existe un cambio en la dinámica familiar, el paciente no ha desarrollado las habilidades para la resolución de conflictos y para la adaptación a situaciones nuevas.

Triángulo de Malan:



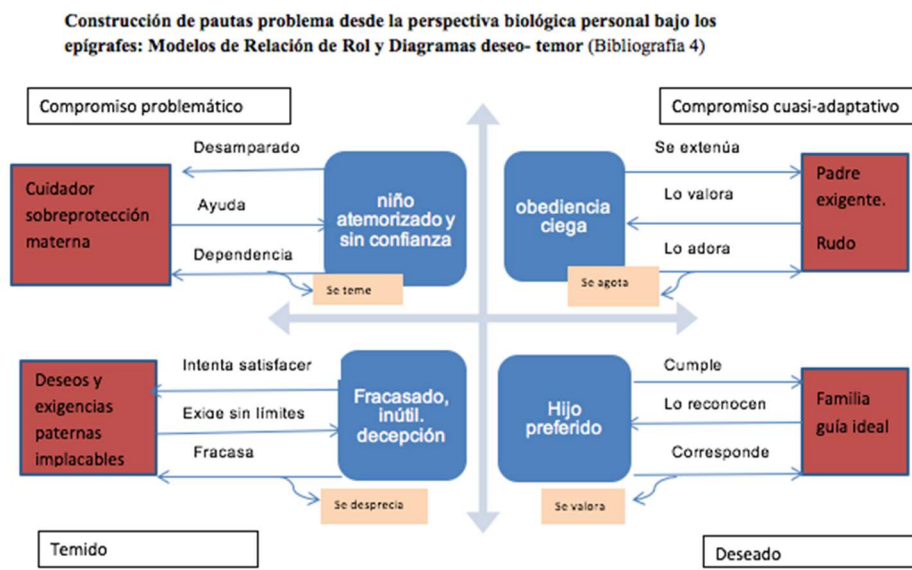
Triángulo de conflicto:

- Ansiedad: inseguridad, miedo al rechazo, baja autoestima, pretender tener todo bajo control, conseguir las expectativas que los padres han puesto en él.
- Defensa: rituales y consumo de alcohol.
- Impulso: necesidad de protección materna.



Triángulo de las personas:

- Relaciones primitivas: sobreprotección materna, falta de reconocimiento del padre, peleas con la abuela materna y aislamiento por parte de los compañeros.
- Relaciones actuales: sin relaciones de confianza y sin pareja. Fallecimiento de la abuela paterna.
- Relación terapéutica: desea ayuda.



6. ¿Por qué se perpetúan?

Refuerzos, ganancias. Según Freud, hay tres tipos de ganancia (Bibliografía 4):

- ganancia neurótica: obsesiones de sacar buenas notas, de contaminación y de simetría y rituales de limpieza (estas conductas le proporcionan una sensación de control, sensación que no está presente en ninguna otra faceta de su vida). Con los años, van incrementándose estas conductas y esto le permitiría no pensar ni preocuparse por los verdaderos problemas y dificultades que tiene en la vida, centrándose sólo en los síntomas. Sería una forma de buscar gratificación, satisfacción o alivio a través del síntoma.
- ganancia secundaria: la condición de enfermo y los múltiples rituales que realizan le impiden independizarse (se acomoda en esta dinámica familiar y social).
- ganancia consciente: no lo verbaliza

Déficits o dificultades: haber vivido en un medio superprotegido y que no le ha exigido aprender las habilidades básicas ni para vivir autónomamente.

Estresores mantenidos: el trastorno de uno de los miembros de la familia (la abuela materna posible psicosis, la madre con episodios depresivos, los rituales de E., el episodio maniaco de E.) permite mantener el equilibrio o las reglas de la familia como sistema. La madre siempre se ha preocupado por un familiar con enfermedad mental y mientras la familia se

vuelca en el control de un miembro, no debe enfrentarse a otras necesidades y conflictos.

7. ¿Cómo se originó históricamente? Cadena de acontecimientos

Se veía como un niño raro « desconfianza en sí mismo » miedo al rechazo y a la crítica (siempre busca que lo validen) « no pide ayuda » aumenta el nivel de autoexigencia « excesiva preocupación por los estudios » aislamiento social « búsqueda de protección materna » compete con su abuela por el cuidado materno « obsesiones de limpieza » aumenta vulnerabilidad » empeoramiento de los rituales » no alcanza sus objetivos en el estudio » consumo abusivo de alcohol » problemas legales estando ebrio » culpa » empeoramiento de sus rituales (búsqueda de control que le obligaba a permanecer más horas en su domicilio) « más disputas en casa » mayor aislamiento « fallece su abuela » episodio maniaco « seguimiento en Psiquiatría.

8. ¿Qué puede facilitar el cambio? Recursos, fortalezas, oportunidades.

- Buena capacidad instrumental, aunque escasa autonomía emocional.
- Es un paciente internalizador y con baja reactancia.
- Acepta las figuras de autoridad y las normas del comportamiento, lo que pudiera ser útil para la adherencia terapéutica.
- Apoyo en sus progenitores (aunque también la dinámica familiar sea parte del problema).

- Iniciativa de hacer un seguimiento en consultas externas.
- Tiene buena capacidad de reflexión lógica.
- Casi un año sin consumir alcohol.
- Buen cumplimiento del tratamiento.

9. ¿Cuál es la actitud hacia el cambio?

MOTIVADO.

En las primeras consultas se encontraba en fase pre-contemplativa (fases del proceso de cambio de Prochaska y Diclemente), ya que no veía el problema real, sino que quería cambiar algo de él que no funciona bien sin llegar a plantearse cuál es el problema ni lo que tiene que cambiar. Aunque cree que es él el que tiene que cambiar, busca que le validen. El paciente es consciente de que tiene problemas y por lo tanto, reconoce que necesita ayuda para resolverlos. Hasta ahora parece que él y toda la familia han intentado ocultarlo, pero la situación les ha sobrepasado y requirió ingreso por un episodio maniaco; por lo que, a priori parecía que se esforzaría por realizar el cambio.

Según avanza la terapia pasa la fase contemplativa, llegando a la de acción.

10. Objetivos y factores terapéuticos.

- Reformulación de la demanda: habilidades de entrevista (ayuda a desculpabilizar) → Intentando centrar el problema en el reconocimiento y expresión de emociones → F. evaluación e inicial.
- Adherencia terapéutica: habilidades de entrevista y clima favorecedor.
- Señalar la tristeza (psicoeducación).
- Promover la comunicación e interacción social con sus amigos y familiares → Entrenamiento en habilidades para la comunicación → T.Conductual → F. iniciales.
- Fomentar las relaciones interpersonales: a través de técnicas de terapia interpersonales, que le ayudan a mejorar su socialización y evitar el aislamiento.
- Obsesiones de limpieza: realizar una tarea activa y alternativa para intentar que estos pensamientos pasen de largo y no se vea en la necesidad de realizar las compulsiones. Se puede complementar con terapia farmacológica con fármacos que disminuyan la obsesión (antidepresivos serotoninérgicos) (para mejorar y potenciar el trabajo) y con una terapia psicodinámica para intentar modificar estos comportamientos disruptivos → Psicofarmacología psicodinámica → F. inicial-intermedia.
- Ansiedad: fármacos ansiolíticos y terapia de relajación para intentar disminuir la ansiedad y no realizar los rituales → Técnicas de relajación → F. inicial-intermedia.
- Asertividad: a través de técnicas utilizadas en la terapia cognitiva.
- Trabajo de resiliencia.
- Disminuir sentimientos de inferioridad, de inseguridad y de intolerancia a los conflictos y aumentar su autoestima: a través de las técnicas de ABCDE de la terapia cognitiva de Ellis, realizando registros o bien valorando las creencias irracionales que suelen estar en la base del problema para luego discutir las y que pueda dar lugar a un cambio en su narrativa .
- Actuar sobre el pensamiento obsesivo mediante una intervención orientada al insight.
- Ayudarle en el reconocimiento de emociones → Exploración conjunta de momentos biográficos emotivos → Terapia interpersonal → F.intermedia. Dado que la descripción del problema se basa en su historia biográfica, podríamos utilizar técnicas basadas en las pautas construidas desde la historia biográfica. Podría elegirse el TNCR (Tema Nuclear del Conflicto Relacional) de Luborsky a partir de episodios relacionales, para que se diera cuenta de cómo su forma de actuar se ha repetido a lo largo de su vida y le ha generado problemas. Además se podrían evaluar cuáles son las defensas más utilizadas.
- Somatización de síntomas: trabajaría a través del cuerpo sabiendo donde canaliza las emociones y donde las siente, a través de técnicas de Mindfulness. También trabajaría a través de la metáfora.

- Mostrar sus síntomas como manifestaciones de emociones negadas → Exploración de emociones actuales y búsqueda de paralelismo → Psicoterapia dinámica breve → F.intermedia-final. Podría trabajarse también con la técnica de arriba-abajo (de la conciencia a la emoción).
- Potenciar y reforzar su capacidad de autocontrol.
- Promover comunicación con la familia: terapia interpersonal.
- Terapia sistémica: modificar una dinámica familiar que actúa como perpetuante mediante una intervención familiar y promover el significado de los vínculos familiares (Bibliografía 5) → F. Intermedia. Hemos observado unas fronteras demasiado rígidas entre padre e hijo (y anteriormente entre abuela materna y nieto) que impiden el intercambio y podrían haber generado un sistema desligado y desconexión emocional y fronteras demasiado permeables entre madre e hijo que dificultarían la diferenciación y la autonomía y generarían aglutinamiento o enmarañamiento. Habría también una jerarquía inadecuada, con un subsistema parental débil y una coalición intergeneracional madre-hijo.
- Reestructuración cognitiva → T. Cognitiva → F. final.
- -Trabajo de duelo: según Worden el paciente pudiera no haber terminado de resolver el duelo de su abuela paterna, aunque no lo verbaliza explícitamente. Por lo que se podría trabajar la tarea de experimentar las emociones vinculadas a la pérdida. Parece que en este caso, la muerte de su abuela no la esperaba y no le diera tiempo a despedirse como él quería. Según las aptitudes y cualidades del paciente trabajaría una despedida en forma de carta, con la silla vacía u otra técnica de la terapia Gestalt en la que el familiar trae un objeto vinculado del fallecido y se identifica con él. Por otro lado, la comunicación familia no parece muy eficaz y quizás, como señala Bowen, se podría realizar la tarea de reconocimiento compartido de la realidad de la muerte y experiencia compartida de la pérdida.

- Trabajar las transiciones de rol (Bibliografía 6) □ Terapia Interpersonal (aceptación de la pérdida del antiguo rol; ver el nuevo rol como más positivo; desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles).

11. ¿Qué dificultades prevemos?

- Paciente: Problemas de vínculo. Ganancias. Relaciones de dependencia. El paciente al tener alta exigencia y baja autoestima, puede sentir que la terapia no está bajo su control y podría ser motivo de abandono.
- Entorno: La relación entre ambos progenitores no es la deseada y es un entorno difícilmente modificable, aunque si mejora su autonomía pudiera mejorar las relaciones familiares.
- Terapeuta: a) El paciente parece generar más relaciones de dependencia que de afecto, por lo que pudiera ser que con el terapeuta adquiriera una relación de dependencia. Además podría tener resistencia a la terapia debido a la falta de confianza en el terapeuta por su dificultad para confiar en la gente (fenómenos transferenciales). b) Por otro lado, si el terapeuta tolerase mal a personas muy exigentes y complacientes en su estilos de relación; o en otro caso, que el terapeuta se sintiera muy identificado con el paciente (reacciones contratransferenciales).

12. ¿Qué contrato proponemos? Contrato.

Se le devolverá una hipótesis razonada y se le justificará el tratamiento que hemos pensado para él, marcando un tiempo entre consulta y consulta y una estimación pronóstica de número de sesiones y objetivos a conseguir. Aunque la terapia será FLEXIBLE. Podríamos plantear una psicoterapia breve e intensa con 1 visita semanal o cada 15 días (ya el paciente tiene que desplazarse desde lejos), inicialmente individuales de una hora de duración aproximadamente, y posteriormente con la familia. Evitando retrasos o cancelaciones en las citas. Siendo posible a demanda del paciente y ante petición del paciente por empeoramiento de su sintomatología ya sea del Trastorno Bipolar, obsesivo-compulsivo o de ansiedad una cita extra. Pudiendo acabar antes la terapia si tanto el paciente como el terapeuta lo creen conveniente para el bienestar del paciente y ante una mejoría que le permita realizar una vida de

forma normalizada, aunque no sea con una curación completa, y tenga que seguir viniendo a consultas de forma más espaciada para el control y tratamiento del Trastorno Bipolar.

Inicialmente podríamos tratar la ansiedad y la tristeza y el manejo de situaciones que le generen crisis (psicofarmacología y terapia cognitivo-conductual), para que el paciente note mejoría. Lo cual, favorecería la adherencia al terapeuta y la confianza.

Posteriormente, tratar el problema de fondo, mediante terapia interpersonal, familiar y psicoanalítica.

CONCLUSIONES:

- La formulación es un proceso, que comienza con una evaluación específica y que tenemos que considerar múltiples factores: interpersonales, biológicos, sociales e interculturales.
- En un principio, nos planteamos una serie de hipótesis con las que intentamos dar forma a la queja del paciente, mediante una serie de problemas; así conjuntamente planteamos unas estrategias para lograr unos objetivos, que supondrían una mejoría.

- Una explicación de cómo nuestro paciente llega a desarrollar determinados pensamientos y conductas fue un trauma en el apego y una dinámica familiar que actúa como perpetuante. Nos planteamos hacer una intervención familiar y promover el significado de los vínculos familiares.
- Hemos observado unas fronteras demasiado rígidas entre padre e hijo (y anteriormente entre abuela materna y nieto) que impiden el intercambio y podrían haber generado un sistema desligado y desconexión emocional y fronteras demasiado permeables entre madre e hijo que dificultarían la diferenciación y la autonomía y generarían aglutinamiento o enmarañamiento. Habría también una jerarquía inadecuada, con un subsistema parental débil y una coalición intergeneracional madre-hijo. Podrían existir áreas de desarrollo afectadas por el trauma del apego, según Ainsworth niño ambivalente (apego tipo C).
- Es muy útil hacer formulaciones de casos en los que nos cuesta progresar o en los que vemos ciertas dificultades, pues se te pueden ocurrir nuevas explicaciones o hipótesis de lo que le ocurre al paciente.

Referencias Bibliográficas

Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega. "La práctica de la Psicoterapia". La construcción de narrativas terapéuticas. 2ª edición. Editorial Desclée de Brouwer, 2001.

Hoffman L. Fundamentos de la terapia familiar. Fondo de Cultura Económica. 1987.

Bayón C, Fernández Liria A, Morón G. Desarrollo del self desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico. En: Desviat M, Moreno A (Eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN, 2012: 150-161.

Hentschel, U. Therapeutic alliance: the best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15: 9-23.2005

Linares J.L. Terapia familiar ultramoderna. Barcelona. Herder.2015

María Francisca Diéguez Porres, Francisco González Aguado, Alberto Fernández Liria. Terapia interpersonal. Editorial Síntesis. Madrid; 2012.