

MANEJO TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTO-JUVENIL

“El caso Mai”

THERAPEUTICAL MANAGEMENT ON CHILD-JUVENILE ONSET SEVERE MENTAL DISORDER

“May case”

Ángela Gutiérrez Gea

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.
Barcelona, Cataluña, España

Cristina Alonso Vilar

Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación.
Barcelona, Cataluña, España

RESUMEN

Dado que la mayoría de planes y protocolos de atención al trastorno mental grave infanto-juvenil no contemplan la intervención con los trastornos disociativos, se plantea analizar un caso clínico, donde se ha establecido inicialmente un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria sin especificación junto con una personalidad con rasgos anómalos de base (posible rasgos límites), que tras una evaluación más exhaustiva de la clínica presentada, a través de la aplicación de un cuestionario de síntomas clínicos (scl-90), técnicas proyectivas temáticas (fábulas de Düss) y entrevistas semiestructuradas tanto con la paciente como con la familia revelan un posible cuadro de identidad disociativo. A su vez, se analiza de forma longitudinal la evolución del caso, que ha precisado de un proceso de reevaluación con resultados limitados tras las intervenciones iniciales centrada en los síntomas alimentarios siguiendo el modelo transdiagnóstico de Fairbum, resultados que entendemos desde un error en la práctica clínica, con una tendencia por parte de los profesionales de la salud mental a ignorar sintomatología clave de los cuadros disociativos y que una vez contemplados como cuadro nuclear donde intervenir, nos llevan a plantear como propuesta de innovación y mejora, un protocolo de evaluación e intervención para cuadros disociativos en población infanto-juvenil.

Palabras clave: Trastorno mental grave, población infanto-juvenil, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno disociativos, psicoterapia.

ABSTRACT

Most of plans and protocols for childhood onset severe mental disorder lack of therapeutical interventions on dissociative disorders. In this paper, the author addresses the problem throughout a case study. The patient had previously been diagnosed with a non-specified eating disorder in addition to a borderline personality pattern. It was arranged a more comprehensive evaluation process of the clinical data, through the application of the SCL-90, (a self-report psychometric instrument (questionnaire)), the Düss test (a projective test for young children), and semi-structured interviews for both, the patient and the family. The results suggest that there was a diagnosis of a dissociative identity disorder.

Moreover, the case evolution is lengthwise analyzed. The initial interventions, based on Fairbum trans-diagnostical model, focused on the eating-disorder symptoms. The re-evaluation showed limited data, which is considered as a clinical practice mistake, due to mental health professionals' tendency to ignore key symptoms of dissociative disorders. Once it is taken into account as a nuclear area to work in therapy, it leads us to plan an evaluation and intervention protocol for dissociative disorders for childhood as an innovative and improvement proposal.

Key Words: severe mental health disorder, childhood, eating disorder, dissociative disorders, psychotherapy.

Introducción:

Entendemos por Trastorno mental grave infanto-juvenil, (a continuación TMG-IJ) siguiendo a Fernández Liria y Gómez Beneyto (2009) aquella patología con diagnóstico grave, aparición temprana, con pronóstico de gravedad clínica, comorbilidad y factores sociales de riesgo asociados. Estos autores señalan como principales cuadros psicopatológicos considerados TMG-IJ los trastornos psicóticos, afectivos, trastornos del espectro autista, trastornos de conducta grave (contemplando el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno negativista desafiante) y los trastornos de la personalidad.

En un estudio descriptivo sobre TMG-IJ (Ramos, 2015) se incluyen además de los diagnósticos previamente señalados, el trastorno mixto del desarrollo, el Trastorno obsesivo-compulsivo y el trastornos disocial.

Más allá de las categorías diagnósticas, en el TMG-IJ cobra especial relevancia la comorbilidad, la frecuencia de hospitalizaciones, la situación socio-familiar y las áreas educativas y ocupacionales.

Los estudios tanto nacionales como internacionales estiman una prevalencia de trastornos mentales en población infanto-juvenil entre el 10-20%.y entre un 4-6% padecerían un Trastorno Mental Grave IJ (*AEN, 2009; MSPSI, 2011; García Ibáñez, 2004; Mollejo, 2012*).

Tras analizar estas cifras de forma exhaustiva podemos señalar respecto a la prevalencia que la mayoría de estudios nacionales consideran TMG-IJ a los trastornos del neurodesarrollo (en especial el Trastorno de espectro autista y trastornos externalizantes como trastornos de conducta grave, Trastornos hipercinéticos..), como a los trastornos de inicio en la adolescencia (primeros episodios psicóticos, cuadros afectivos de perfil internalizante, somatizaciones, cuadros severos de trastornos de la conducta alimentaria, rasgos de personalidad acusados...)

Se han revisado tanto artículos científicos relacionados con el trastorno mental grave en la población infanto-juvenil, como documentos publicados por la red de salud pública nacional, en relación a la atención infanto-juvenil en diferentes comunidades de España, como el Programa de Atención a la Salud mental de la Infancia y la adolescencia del Servicio Andaluz de Salud de 2010, los Procesos asistenciales integrados para los Trastornos de la conducta alimentaria del Servicio Andaluz de Salud, el Plan de Infancia y adolescencia de la Comunidad de Madrid (2017-2021), el Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 o el Programa ambulatorio de atención específica al Trastorno mental grave infanto-Juvenil de Vizcaya 2011, donde se concluyen las siguientes premisas relevantes para la atención al TMG-IJ:

- Importancia de la detección precoz a través de la evaluación y análisis de factores de riesgo biopsicosociales

- La necesidad de abordaje interdisciplinar, en concreto, desde educación, sanidad y servicios sociales para el TMG-IJ para una evaluación e intervención integral e individualizada.
- Necesidad de que la red pública sanitaria se organice y de prioridad a la prevención primaria y secundaria a través de la creación de recursos específicos para atender a la población infanto-juvenil, dotándolo de recursos económicos y personal cualificado.
- Necesidad de abordaje psicoterapéutico intensivo y prolongado en el tiempo, (al menos de dos años de duración), donde se incluya tanto al menor como a la familia, estableciendo una coordinación reglada e incorporación del ámbito escolar en el plan de intervención como lugar de desarrollo de competencias intelectuales, emocionales y sociales.
- Creación de programas específicos para la prevención del suicidio.

La mayoría de documentación consultada pone el acento en la detección precoz y por tanto en las intervenciones preventivas como factor clave para garantizar una buena evolución. Así en relación a los factores de riesgo en la infancia (Artigue y Tizón, 2013, pg. 339) establecen: *“como los factores de riesgo psicosociales en salud mental tienen una asociación entre la acumulación de factores estresantes en la infancia y el incremento del riesgo de aparición de un trastorno mental en la vida adulta.”*, y *“las estrategias de prevención en salud mental podrían mejorar si se utiliza el concepto de factor de riesgo, ya que favorece la exploración biográfica sistematizada de las características y los acontecimientos vitales de una persona, especialmente las circunstancias que alteran las primeras relaciones vitales y que propician interacciones emocionales patológicas. Desde el ámbito escolar y sanitario, se pueden iniciar estrategias preventivas, específicas e inespecíficas, para los trastornos mentales más frecuentes”*.

Debemos señalar que al igual que para el Trastorno Mental Grave en adultos existe un claro consenso sobre como detectar, actuar y abordar dicha patología (tanto a nivel de psicoterapia como a nivel farmacológico), el TMG-IJ encuentra importantes áreas que deben ser estudiadas de forma más exhaustiva, como son las categorías diagnósticas que se contemplan a la hora de valorar un caso como un TMG-IJ, donde se incluyen tanto los trastornos del neurodesarrollo como los trastornos mentales, no se incluyen los cuadros secundarios a traumas graves como pueden ser los cuadros somatomorfos y disociativos. Estos cuadros clínicos suelen llegar a salud mental derivados por otras especialidades médicas y en muchas ocasiones han de ser considerados TMG por la evolución lenta que presentan y los factores de riesgo tempranos como pueden ser situaciones adversas y de estrés que someten al niño a una mayor vulnerabilidad para enfrentar los retos futuros a los que ha de enfrentarse.

Por otra parte el tipo de psicoterapia a realizar, que en muchas ocasiones está sujeta a la visión teórica que tiene el terapeuta respecto al caso en cuestión, contrasta con lo defendido por la Organización Mundial de la Salud (citado por Padilla Torres, Albadalejo Gutiérrez y Palanca Maresca, 2021), donde queda reflejado que *“Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas, de carácter no farmacológico, evitando la hospitalización y la medicalización”*

En el momento actual no existe a nivel nacional un plan de actuación homogéneo, evidenciándose las deficiencias actuales en la atención al TMG-IJ en nuestro país.

Por contra encontramos multitud de proyectos, planes piloto en colaboración con atención primaria y centros educativos, que remarcan la necesidad de un plan de actuación integrado y estructurado para una buena evolución en los casos de TMG-IJ.

Relacionando los diagnósticos que se contemplan dentro del TMG-IJ con el caso clínico que nos ocupa, nos gustaría realizar una revisión más exhaustiva respecto a los Trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) y en especial de los Trastornos disociativos en la infancia-adolescencia por la sintomatología evidenciada en el caso y que consideramos de gran relevancia durante el presente trabajo.

De cara al estudio de los Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad, encontramos información relevante siguiendo a Barajas y Jauregui-Lobera (2017), quienes intentan establecer los rasgos de personalidad de las adolescentes en función del cuadro de Trastorno de la conducta alimentaria que padecen, así encuentran que: los perfiles de personalidad difieren significativamente entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en concreto en las variables de personalidad: sumiso, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, opositor, autopunitivo y tendencia límite.

Los perfiles de personalidad más frecuentes en la Anorexia nerviosa fueron el conformismo (33,33%), el egocéntrico (22,72%) y los rasgos histriónicos (18,18%). Por otra parte, para la Bulimia nerviosa los perfiles de personalidad más frecuentes fueron la rebeldía (18,42%), los rasgos sumisos (18,42%) y los rasgos de personalidad límite (15,78%).

En las conclusiones del estudio se señala que existen diferencias relevantes entre los perfiles de personalidad asociados a ambos cuadros durante la adolescencia, por lo que sería importante adaptar las intervenciones terapéuticas para esta población específica.

En base a la revisión bibliográfica realizada y basándonos en el artículo de López y Treasure (2011), la efectividad de los tratamientos tanto para Anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa es, hasta el momento, poco satisfactoria. Una de las particularidades de los TCA que probablemente está a la base de estos pobres resultados es que, a diferencia de otros trastornos de salud mental, la motivación para recuperarse es muy baja y el trastorno es en sí mismo altamente valorado.

La motivación del paciente durante el proceso de terapia es el principal motor para el cambio, por lo que estos autores plantean como tratamiento inicial a los cuadros de TCA la aplicación de la entrevista motivacional. En estadios posteriores proponen la terapia cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa y el modelo de tratamiento de Schmidt y Treasure para la anorexia nerviosa.

Las posibles causas de los TCA incluyen una variedad de factores que sugieren la interacción entre aspectos socioculturales que fomentan la insatisfacción con la imagen corporal, variables familiares y, sobre todo, factores de riesgo individuales como: antecedentes de obesidad (García, Raich, Sánchez, Rusiñol y Sánchez, 2009), afecto negativo, rasgos de personalidad que contemplan la necesidad de control (Polivy y Herman, 2002) o seguir dietas (Fairburn, 1995).

Desde una visión transdiagnóstica de los TCA (Fairbaum 2008) se establecen 4 dimensiones mantenedoras de los cuadros de TCA, perfeccionismo, baja autoestima, la intolerancia a las oscilaciones anímicas y las dificultades interpersonales, contemplados tanto para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa como para los cuadros alimentarios no especificados por no cumplir algunos de los criterios diagnósticos para realizar un diagnóstico formal.

Celis y Roca (2011), señalan como en uno de los trabajos publicados por Fairburn (2008) desde la perspectiva transdiagnóstica es posible implantar una misma teoría y tratamiento para el conjunto de los trastornos alimentarios. Según este autor, en la práctica clínica los tres diagnósticos recogidos en el DSM-IV-TR se distribuyen de forma que la gran mayoría de estas

pacientes cumplen los criterios para el diagnóstico de TCA no especificado (50-60%), seguido de las diagnosticadas como BN (30%) y, en menor medida, de aquellas con AN (10-15%).

El modelo transdiagnóstico de Fairburn (2008), incluido entre los tratamientos eficaces en la actualidad con un nivel de evidencia (1+) y recomendación (B), divide el tratamiento en cuatro etapas con diferentes objetivos terapéuticos y permite la implantación del modelo de una forma focalizada (centrado en los síntomas nucleares de TCA) o extendida, en la etapa III de intervención, donde podemos trabajar sobre la psicopatología comórbida al cuadro de TCA (disregulación del ánimo, trastornos de ansiedad, autolesiones) a través de anexos específicos para cada dificultad detectada. Partiendo del modelo focalizado se establecen 20 sesiones que se distribuyen en 4 etapas durante 5 meses o 40 sesiones si partimos del modelo extendido para TCA.

Otros tratamientos eficaces aunque con menor evidencia y recomendación clínica para población adulta con TCA son el "Maudsley model of anorexia nerviosa treatment for adults" (Mantra) y la terapia de seguimiento clínico y de apoyo (SSCM).

En relación al segundo cuadro clínico que nos interesa, los Trastornos disociativos, debemos señalar siguiendo la obra de González (2013), diferentes aspectos a tener en cuenta que explicarían el infradiagnóstico de los trastornos disociativos por parte de los profesionales de la salud mental:

- La palabra disociación se emplea desde la literatura como síntoma, mecanismo psíquico y trastorno mental de forma indiferenciada.
- Las clasificaciones internacionales se basan en la descripción clínica de síntomas y no en el mecanismo etiopatogénico.
- A nivel clínico y compartiendo mecanismos etiopatogénicos podríamos entender la existencia de un "continuum postraumático" que contemplaría las categorías de: Trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, Trastornos conversivos, Trastornos disociativos y trastornos somatomorfos, que la dualidad mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental ha llevado a separar en las categorías diagnósticas actuales, entendiendo que el malestar se expresa o a través del cuerpo o a través de la psique, con las limitaciones que esta concepción establece en la práctica clínica.
- Algunos autores consideran la disociación como un fenómeno normal, estableciendo un continuum que va desde la disociación cotidiana y adaptativa hasta el extremo patológico.

A nivel histórico es importante señalar que fue Pierre Janet (1859-1947) el primer autor en describir el concepto de disociación, que influirá posteriormente en Freud y Jung. Entiende la disociación como una defensa ante la ansiedad de experiencias traumáticas. Posteriormente Freud desarrolla la teoría de la neurosis en la cual un trauma interno en la forma de deseos infantiles y fantasías juega un papel dominante en la estructura mental, creando el concepto de represión como modo en que los pacientes neuróticos apartan activamente el material conflictivo fuera de la conciencia, volviendo en forma de síntomas o sueños, entendiendo bajo este paradigma la disociación como una "disociación horizontal".

Esta herencia psicoanalítica es la visión que muchos profesionales a día de hoy presentan cuando se encuentran pacientes con clínica disociativa, donde acaban concluyendo, que los episodios traumáticos que desencadenarían cuadros disociativos, son realmente episodios

fantaseados y no reales de dichas experiencias, existiendo traumas infantiles no resueltos que motivan esta producción psíquica.

González (2013) escribe: "La disociación estructural es la teoría más elaborada y comprensiva sobre los cuadros postraumáticos, (Van der Hart, et al., 2003, 2006) dentro de lo que entendemos como disociación vertical, fragmentación de los estados mentales tras un fenómeno postraumático. Para estos autores la traumatización implica en esencia un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad del sujeto" (pg 33). Estos sistemas, también denominados sistemas de acción, son básicamente de dos tipos, orientados a la supervivencia (vinculación, cuidado de los hijos, alimentación) y los defensivos (lucha, huida, sumisión).

En la disociación se produce una escisión entre ambos sistemas. Una o más de las partes disociadas de la personalidad del sujeto evitan los recuerdos traumáticos y desempeñan las funciones de la vida diaria, mientras que una o más partes de ella siguen fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas, siendo esta visión la contemplada en el caso objeto de estudio.

Se diferenciarían dos partes en la estructura psíquica, una parte del "yo" fijada al trauma tanto a la defensa de éste como a la reexperimentación, que sería "la parte emocional de la personalidad" y una "personalidad aparentemente normal", que intenta hacer la vida cotidiana evitando los contenidos traumáticos.

Siguiendo este planteamiento de disociación estructural se diferenciarían 3 niveles: la disociación primaria, donde la persona puede estar aparentemente bien, pero no permite que emerja nada conectado con la experiencia traumática pudiendo observarse en el Trastorno por estrés postraumático, agudo y algunos cuadros de amnesia. En la disociación secundaria, la parte emocional podría a su vez subdividirse en diferentes partes emocionales, observándose en cuadros de irritabilidad o inestabilidad emocional, donde estas partes emocionales conviven con la parte aparentemente normal unificada que hace frente al día a día. En la disociación terciaria, no solo se divide en partes la parte emocional, sino que también la parte de la personalidad aparentemente normal adquiere diferentes modos de funcionamiento, que difícilmente se pueden integrar entre sí, observable en los trastornos de identidad disociativa.

Las últimas teorizaciones no solo contemplan el trauma como un factor predisponente a desarrollar cuadros disociativos, sino que enfatizan a su vez el tipo de apego que la persona desarrolla con sus principales figuras de apego, así, el trauma no se convierte en un factor suficiente para desarrollar un cuadro disociativo. Siguiendo a Barach (1991, pg 94. Citado en González, 2013) señala que, aparte del abuso y el maltrato, "el fallo de los progenitores en responder a las necesidades del niño influye profundamente en el desarrollo de la psicopatología disociativa".

De esta forma se podría concluir que aquellas personas que desarrollan un vínculo inseguro con sus figuras de apego, tienen mayor disposición a desarrollar sintomatología disociativa, en especial en el apego inseguro-ambivalente. Así, el bebé mostraría poco consuelo ante la presencia de la figura de apego principal, sus conductas serían raras, desorganizadas, aparentemente inexplicables y con patrones aparentemente incompatibles en presencia del cuidador, con conductas hacia éste de acercamiento-huida. No hay una actitud en el niño bien organizada y coherente con un fin claro, que nos recordaría los inicios de una posible fragmentación del self (partes aparentemente sanas y partes emocionales primarias que entran en conflicto).

Este patrón incoherente, variable y poco predecible de relación llevaría al bebé-niño a desarrollar, de una forma inconsciente pero defensiva múltiples modelos del yo para poder funcionar y adaptarse a sus figuras de apego.

Adentrándonos en el campo de los síntomas disociativos en la infancia-adolescencia, podríamos establecer diferentes áreas de funcionamiento que suelen verse dañadas, y que además, se aprecian alteradas en el caso objeto de estudio: apego, afectación biológica, regulación de las emociones y autocontrol, disociación, cognición, lenguaje y autoconcepto.

Siguiendo a Fernández y Nuñez (2017) diferencian dos tipos de disociación apreciadas en población adolescente, como sería la disociación “mente-mente” o psicológica (despersonalización, desrealización, amnesia disociativa, fuga disociativa, estupor disociativo, trastornos de trance y posesión, Síndrome de Ganser y Trastorno de personalidad múltiple) y “mente-cuerpo” o somatoforme (Trastornos de la motilidad, convulsiones disociativas, anestesia y pérdidas sensoriales disociativas) que estarían relacionados con los Trastornos disociativos y de conversión de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10. Estos autores resaltan la mayor prevalencia de cuadros disociativos en la población infanto-juvenil con un mayor componente de síntomas físicos, pérdida de interés y conductas regresivas.

En relación a los tratamientos psicológicos eficaces para los cuadros disociativos y somatomorfos no encontramos protocolos de intervención bien definidos y validados a nivel empírico. Es interesante señalar que los cuadros disociativos y somatomorfos en relación a los tratamientos existentes son entendidos como un proceso postraumático, abordándose aspectos comunes desde las diferentes orientaciones teóricas. Desde todas las perspectivas se contemplan como objetivos de trabajo la necesidad de estabilizar a nivel clínico a la persona (regulando los niveles de ansiedad y síntomas afectivos) y la integración de aspectos disociados de la personalidad. En estadios posteriores de la terapia, una vez integrado y elaborado el contenido traumático, se iniciaría el proceso de capacitar a la persona con estrategias de afrontamiento para el futuro, reconectando con su presente y futuro próximo.

En la bibliografía consultada encontramos intervenciones concretas para estos cuadros desde técnicas de corte psicodinámico (como el psicodrama) o las terapias más neurocognitivas y del procesamiento de la información como el EMDR, con exposición al recuerdo traumático y el reprocesamiento de estas vivencias dolorosas.

Dado que la mayoría de planes y protocolos de atención al trastorno mental grave infanto-juvenil no contemplan la intervención con los trastornos disociativos, se plantea analizar un caso clínico, donde se ha establecido inicialmente un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria sin especificación junto con una personalidad con rasgos anómalos de base (posible rasgos límites), que tras una evaluación más exhaustiva de la clínica presentada, a través de la aplicación de un cuestionario de síntomas clínicos (scl-90), técnicas proyectivas temáticas (fábulas de Düss) y entrevistas semiestructuradas tanto con la paciente como con la familia revelan un posible cuadro de identidad disociativo. A su vez, se analiza de forma longitudinal la evolución del caso, que ha precisado de un proceso de reevaluación con resultados limitados tras las intervenciones iniciales realizadas centrada en los síntomas alimentarios siguiendo el modelo transdiagnóstico de Fairburn, resultados que entendemos desde un error en la práctica clínica, con una tendencia por parte de los profesionales de la salud mental a ignorar sintomatología clave de los cuadros disociativos y que una vez contemplados como cuadro nuclear donde intervenir, nos llevan a plantear como propuesta de innovación y mejora, un protocolo de evaluación e intervención para cuadros disociativos en población infanto-juvenil.

2- Método y Estructura del protocolo de trabajo:

- *Participantes:*

Descripción del caso. Revisión sobre la evaluación y evolución clínica en una menor con diagnóstico de TMG-IJ.

Paciente mujer de 15 años, Los padres refieren aislamiento social marcado, dependencia al móvil, ánimo muy inestable con periodos de abatimiento, cansancio con otros de euforia marcada. Pérdida de peso significativa desde hace 2 años y medio, conductas autolesivas a modo de ingesta medicamentosa voluntaria, respecto a la cual refiere un doble fin (no acudir al instituto y no ganar peso), cortes leves en brazos, piernas y tobillos como forma de regulación emocional.

Atendida en cuatro sesiones en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia, donde acepta acudir pero no realiza demanda de ayuda, finalmente es derivada a la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil en Junio de 2021 con diagnóstico probable de rasgos de personalidad anómalos (inestables) y Trastorno de conducta alimentaria no especificado.

Inicialmente planteamos seguimiento semanal con psicología clínica y derivamos a Enfermera especialista en salud mental para vigilar estado orgánico y que inicie intervención en hábitos de vida saludables.

-Evaluación a través de entrevista clínica (información obtenida por la paciente y los padres):

Área Personal: Nos informa que siempre ha sido una niña obediente. Refiere que aunque se enfada, no lo manifiesta “por no hacer daño a los demás...”

Describe una importante incomodidad social desde pequeña, también en grupos grandes familiares.

No describe recuerdos ni positivos ni negativos con sus padres, es incapaz de realizar un discurso coherente centrado en vivencias personales significativas pasadas.

Refiere pérdida progresiva de peso desde hace dos años aproximadamente, tras empezar a llevar corsé a diario debido a escoliosis lumbar, comenta que se le cerró el estómago, no tenía apetito como antes, se ve actualmente bien de peso, con un índice de masa corporal de 16.

Está contenta con su físico, no quiere ganar más peso y su alimentación es caótica y desorganizada, ingiriendo alimentos no saludables (patatas fritas, comida rápida), saltándose comidas en especial el desayuno y la merienda, realizando de forma correcta el almuerzo, y una cena pobre con poca variedad y cantidad.

Respecto a la orientación sexual se define como bigénero.

Es buena estudiante desde siempre aunque ha bajado su rendimiento desde 3º de la ESO, los profesores le decían que era madura para su edad ya a los 9 años, ella toma la decisión de dejar de jugar para complacer esta imagen que proyecta, sus padres refuerzan esta visión de “chica madura”.

A nivel de malestar interno refiere tener “varias personalidades”, que asemeja a personajes manga, a su vez relata síntomas de despersonalización desde hace varios años.

La paciente hace referencia al menos a 4 experiencias traumáticas de contenido sexual, en el ámbito familiar (primo de la misma edad y un primo mayor que ella) y dos en el ámbito social (amigos de sexo masculino).

Área social: la paciente nos comenta experiencias de rechazo social desde primaria (7 años), con tendencia a la introversión, a no relacionarse con iguales de forma espontánea, narra en sesión individual antecedentes de rechazo escolar, sin precisar más detalles de estos acontecimientos que vive como traumáticos, refiriendo estar siempre sola “me quedé sin amigos, me dieron de lado...”

Comenta tener una amiga íntima desde siempre, persona a la que idolatra y a la vez envidia, mantiene relaciones sociales con ésta porque su madre insiste en ello, ella nunca se muestra proactiva a nivel social.

Desde hace un año tiene una relación a distancia con un chico transexual que reside en el norte de España, con importante nivel de co-dependencia emocional.

Narra relaciones de amistad pero siempre sexualizadas Desde los 10 años a la actualidad, con sensación de ser dañada, traicionada por los demás.

En estas relaciones existe un mayor número de preferencias por relaciones con chicas, donde se siente más segura ante la proximidad física que con los chicos, describiendo estas últimas relaciones como de amistad íntima, sin componente romántico o sexual.

Área familiar: Familia estructurada, ambos padres vivos, activos laboralmente, Sanos. 47 años ambos.

Fue hija única con dos abortos posteriores, vividos como importante estrés para la madre y para la paciente, con deseos de tener más hermanos.

Refieren los padres durante las entrevistas realizadas importante dependencia física de la paciente hacia ellos cuando era pequeña, a la hora de dormir, ver la televisión, precisando el contacto continuo, pero no recuerdan que contara sus vivencias, miedos... Describen que se comunicaba a través de cartas dirigida a ellos.

Los padres la describen como dócil, sensible y complaciente. En la actualidad sin embargo, atribuyen su actitud “ a que pasa de todo..... parece que no van con ella las cosas...”

En los padres se aprecia durante las entrevista importante hostilidad hacia la hija, con tendencia a la confrontación y a la descalificación, señalan que quieren que vuelva a ser la de antes, refieren cambios en su forma de ser y en su físico a partir de los 10 años, coincidiendo con la menarquía.

A nivel de comunicación se aprecia una incapacidad de los padres para hablar del mundo simbólico y emocional, estando sus demandas centradas en que la paciente acuda a clase, finalice los estudios y gane peso. En ambos padres se observan limitaciones a la hora de contener emocionalmente a su hija.

Área Académica y de Ocio: Buen rendimiento escolar, con dudas importantes sobre como proseguir sus estudios tras finalizar 4º de ESO. Comenta que suele ayudar a sus compañeros, dejando apuntes y deberes pero solo si los percibe inferior a ella, si cree que están en igualdad de condiciones no se presta a la ayuda. Reconoce que para ella no hay conducta altruista, siempre “me llevo algo”, afirma sentimientos de utilidad y valía ayudando a los demás.

No ha practicado deportes de forma continua, le cuesta hacer los ejercicios de rehabilitación que le recomiendan desde traumatología tras retirar el corsé. Le gusta tocar el piano, tiene uno en casa pero no va a clases formales por situación económica.

-Evaluación Estandarizada:

Aplicación de Inventario de 90 síntomas de Derogatis SCL-90: valoración de 9 dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar.

Tabla 1: Resultados 1ª Evaluación SCL-90

SCL-90	
<p>Somatización</p> <p>Se describen pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdo o indeseado, generan intensa angustia y son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias características de los trastornos de personalidad obsesiva</p>	<p>Percentil 95</p>
<p>Obsesividad</p> <p>Se describen pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdo o indeseado, generan intensa angustia y son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias características de los trastornos de personalidad obsesiva</p>	<p>Percentil 80</p>
<p>Sensibilidad Interpersonal</p> <p>Recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensible a las opiniones y actitudes ajenas, y en general, incomodidad o inhibición en las relaciones interpersonales.</p>	<p>Percentil 95</p>
<p>Depresión</p> <p>Signos y síntomas clínicos propios de los trastornos afectivos, se incluyen vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia, falta de energía y otras manifestaciones cognitivas y somáticas de los estados depresivos</p>	<p>Percentil 85</p>
<p>Ansiedad</p> <p>Referencia a síntomas clásicos de ansiedad generalizada como de crisis de angustia.</p>	<p>Percentil 99</p>

Hostilidad Aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.	Percentil 90
Ansiedad fóbica Los ítems valoran las distintas variantes de las fobias simples, agorafobia y fobia social.	Percentil 70
Paranoidismo Los ítems recogen síntomas como suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.	Percentil 55

Psicoticismo: Los ítems recogen síntomas desde la esquizotipia leve hasta la psicosis franca. A su vez esta dimensión contempla los sentimientos de alienación social en población general.	Percentil 90
PST Amplitud y diversidad psicopatológica	Percentil 90
GSI Intensidad del sufrimiento	Percentil 90
PSDI sufrimiento global	Percentil 90

Aplicación Fábulas de Düss: técnica proyectiva temática a través de la cual la persona construye una narrativa sobre un material dado, se puede aplicar desde los 3 años de edad. A través de las respuestas de las personas se hipotetizan los conflictos inconscientes que originan la conducta anormal.

La Persona se identificará con el protagonista pero todos los personajes representan un aspecto de la personalidad.

Tabla 2: Respuestas a las Fábulas de Düss

Fábulas de Düss	
Láminas y respuesta prototipo	Respuesta de la paciente
Pajaro: Evalúa la vinculación del niño con alguno de los padres y grado de independencia, proceso	"se quedaría en el sitio, no sabe volar aún, se quedaría esperando a que

de separación e individuación.	bajen a por él..." (respuesta neurótica)
Aniversario de matrimonio: Evalúa Envidia, reacción del niño ante relaciones afectivo-sexuales	"Se siente incómodo con tantos adultos" (respuesta normal)
Entierro: Evalúa Agresividad, deseo de muerte, hetero/autoagresión	" Alguien desconocido porque esa gente pregunta quien es le interesa el morbo de quien a muerto". Respuesta normal
Cordero: Evalúa relaciones entre hermanos, rechazo parental, perdida de amor materno, rivalidad	fraterna. Respuesta: "comería hierba fresca porque el otro lo necesita más que él" Respuesta normal
Miedo: Evalúa Angustia, miedos reales	"quedarse solo con gente mayor que él.." respuesta: Podría considerarse normal, desde los rasgos introvertidos de la paciente.
Elefante: Evalúa complejo de castración, reacciones ante experiencias falicas.	ha cambiado el tamaño o la trompa es lo que más se nota...los padres se lo han cambiado, si fuera el hermano menor habría otro más y se lo quedaría él..." Respuesta: neurótica
Objeto fabricado: Evalúa carácter obsesivo/posesivo, conformidad social, ambivalencia	Dárselo porque es la madre quien se lo pide, no tiene sentido que se lo niegue.
Paseo: Evalúa Complejo de edipo actitud frente a la figura parental del mismo sexo	Otro tío que se ha hecho pasar por su padre y quiere secuestrarla" Respuesta neurótica.
De la noticia: Evalúa deseos o temores del sujeto, prohibiciones, restricciones deberes y eventos de la vida diaria.	"que está preñá", Posible respuesta normal
Del mal sueño: se espera contenido relacionado con las anteriores.	"Ha tenido pesadillas con algo o alguien...la oscuridad, cosas que dan miedo a esa edad...respuesta:normal

Análisis cualitativo de la prueba:

Indicativos de apego inseguro-Incapacidad para poner límites físicos, emocionales y cognitivos hacia los demás.

Miedo a las relaciones personales con adultos o a los aspectos adultos de las relaciones interpersonales

Mapeo o mapa de las personalidades (Boom 1997): Se realizó con la paciente su sistema de identidades que suele conseguir, una visión «desde fuera» que otorga cierta perspectiva al paciente.

Así, en el caso que nos ocupa, la paciente dibujó las personalidades más próximas en la forma de ser en un lado del folio, y en otro lado del folio, las personalidades más contrapuestas. Cambió el tamaño de cada personalidad en función a la frecuencia “con la que aparecían en su cuerpo” (días, meses) y en función de las emociones que le generaban. El objetivo de la técnica: dar coherencia y narrativa de cada parte en actitud de colaboración, en equipo, donde se prime la integración de las partes o identidad fragmentada.

Sin embargo, desde el marco en el que expongo mi estudio de caso esta técnica la implanté a modo exploratorio ante mis dudas de encontrarme ante una persona con síntomas disociativos. Así nos describió la siguiente configuración:

<u>Partes dominantes:</u> definidas como: seria, más lógica que emocional, independiente, controladora, fuerte.	<u>Personalidades:</u> Rio, Charlie (Charlot), Lucía
<u>Partes sumisas:</u> Las define como tranquila, dependiente de otros, no toma iniciativa.	<u>Personalidades:</u> Sky, tamara/Tamai, Trece
<u>Partes Neutras :</u> Definidas como "ni uno ni otro..."	<u>Personalidades:</u> Kuromi y Kaede.
Parte física (como continente de las partes) 15 años, "la del cuerpo...., "no se siente cuando está..." El cuerpo sin mi está bien..." "tuvo una pelea y no quiere estar..." " es como que algo te controla..." como si no estuviera de verdad...como si no estuviera en su sitio..." "el tiempo pasa lento..."	Mai <i>consideramos clave la vivencia del propio cuerpo en relación al otro cuadro diagnóstico que presenta de TCA, y que bajo mi percepción enlaza con la doble disociación que presenta: mente-mente y "mente-cuerpo".</i>

-Evolución clínica tras el proceso de evaluación psicológica:

Dado el poco avance evidenciado durante el proceso terapéutico inicial, se decide abandonar la intervención cognitivo conductual para TCA desde la perspectiva transdiagnóstica (Fairbum 2008), donde únicamente pudimos establecer el encuadre básico de la etapa I, centrada en iniciar un compromiso real de la paciente en la terapia, estando las sesiones centradas en motivar a la paciente, realizar la evaluación psicopatológica e intentar establecer los mecanismos mantenedores del cuadro.

En esta fase, la paciente debía comprometerse a realizar autorregistros alimentarios de cada comida del día y pequeñas tareas para casa que nunca cumplía. Tampoco parecía que las sesiones psicoeducativas donde relacionamos la alimentación, con sus emociones tuvieran gran impacto, sin comprometerse a establecer patrones sanos alimentarios y comer en familia.

Ante esta situación y sin dejar de vigilar su estado orgánico desde las consultas de enfermería de salud mental, se redirigió la intervención hacia una perspectiva menos directiva, más humanista, siguiendo a Rogers y su Teoría Centrada en la persona (1959), donde señala como aspectos relevantes la congruencia del terapeuta, la valoración positiva e incondicional del

cliente y la empatía como mecanismos para que una persona consiga sanar y reducir su malestar emocional.

Siguiendo estas premisas se consiguió que la paciente se abriera al espacio terapéutico que hasta ahora, impresionaba como un espacio poco seguro para ella.

Así, empecé a comunicarle mi visión de lo que me iba contando, le agradecía siempre que acudiera a sesión puntual y cuando realizaba comentarios o expresiones que yo no lograba entender o quería profundizar se los señalaba, incluso a veces le planteaba abiertamente que no sabía si lo que le decía le molestaba y que si era así, le solicitaba que me lo comunicara, que mi finalidad era ayudarla. De esta forma considero que la condición de congruencia del terapeuta iba quedando cubierta.

En paralelo durante el proceso de terapia se apreció que la paciente estaba acostumbrada a sentir que los demás no la entendían, que lo que ella decía o contaba era extraño o raro, parecía que ella misma provocaba el rechazo de su persona, que a la vez le era de utilidad para encerrarse más en si misma. En terapia se resaltó esta visión de si misma, como persona a la que no se le comprende, a la que no se le puede ayudar, para empezar a validar ciertas experiencias, emociones y actos como humanos, dirigidos a un fin, pero que entraban en conflicto a medio plazo y la hacían sufrir. Se le valoraban sus experiencias de forma incondicional y positiva, pero ciertas conductas mas sanas que llevaba a cabo se resaltaron y connotaron positivamente frente a otras.

Poco a poco la paciente comenzó a confiar en el proceso terapéutico, a sentirse más cómoda haciendo partícipe a un tercero en su mundo interno, a que se conocieran sus vivencias sin enjuiciarlas, y desde la empatía sentida, empezó a aprender a escucharse algo más a sí misma, sin negarse a reconocer ciertas emociones o distorsionarlas.

En las sesiones siguientes se evidenció como la paciente había mejorado el contacto dentro de la relación terapéutica, se mostraba más cómoda, abordable, hablando de forma espontánea de situaciones que le habían sucedido, siendo más capaz de buscar aproximaciones a otra forma de solucionar conflictos interpersonales, siendo capaz de reírse de sus actuaciones y/o pensamientos.

Se empezó a reconocer a si misma sentimientos de envidia, celos, enfado y rasgos de grandeza y superioridad, y aunque le costaba integrar o generalizar estas emociones se consideró un avance en el proceso de terapia.

Estos avances en la esfera interpersonal y emocional, contrastan con el desinterés en cuidarse, en cuidar su físico, no realizó grandes cambios en la alimentación, ni en su tipo de ocio, pero si traía a consulta autorregistros de lo que había comido durante la semana, acto que interpretamos como un aumento en la motivación y en la autodirección personal.

Los padres durante los meses pasados apreciaron cierta mejoría en la relación con ellos aunque esperaban mayores avances.

- *Instrumentos:* Reevaluación del estado actual de la paciente y consentimiento informado.

Tras 8 meses de tratamiento intensivo y tras los primeros cambios en el foco de actuación se reevalúa el estado actual de la paciente a través de estos dos cuestionarios.

Cuestionario de 90 síntomas revisado de Derogatis: Adaptación Española de J.L. González Rivera, C de las Cuevas, M. Rodríguez Abuín y F. Rodríguez Pulido.

El ámbito de aplicación es de los 13 años en adelante, con una duración en la pasación de 12-15 minutos.

La finalidad es la valoración de 9 dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar.

El análisis y recogida de datos respecto al Cuestionario de 90 síntomas se realizó de forma informatizada a través de una hoja de cálculo excell desde donde ya hemos diferenciado las dimensiones que se evalúan señalando un nivel de intensidad para cada síntoma evaluado que oscila de 0-4 (0 ausencia del síntoma a 4 donde el síntoma está presente de forma extrema).

Finalmente se obtuvo una puntuación total en cada dimensión que es comparada en un baremo de población con edad y sexo determinado, arrojando una puntuación T y un percencil que nos permite comparar la puntuación de la paciente con su baremo de referencia. En nuestro caso hacemos referencia en los resultados al percentil.

Respecto a las variables que evalúan el nivel de malestar emocional (nivel de amplitud sintomática, intensidad y sufrimiento) ante el hecho de estar las tres variables tan elevadas, se recomienda tomar los resultados con prudencia. Baremo de referencia: Población mujer/Psiquiátrica.

Escala de satisfacción con el tratamiento recibido CRES-4: Adaptación Española de Feixas, G; Pucurull O. y Roca. C.

Consta de 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta respecto al estado emocional antes del tratamiento y justo antes de responder al cuestionario a través de una escala tipo likert.

A través de estas cuatro preguntas se extraen 3 componentes: percepción del cambio respecto al estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas.

Satisfacción: ítem 1 con Escala Likert que puntúa de 0-5, se multiplica el resultado por la constante de 20 para obtener puntuaciones de 0-100, a mayor puntuación mayor grado de satisfacción.

Solución del problema: ítem 2 con Escala Likert que puntúa de 0-5, se multiplica el resultado por la constante de 20 para obtener puntuaciones de 0-100, a mayor puntuación mayor grado de capacitación en la solución de problemas.

Percepción del Cambio emocional: ítem 3 y 4. Se resta la puntuación del estado emocional pre-tratamiento al estado emocional post-tratamiento. Se corrige la posibilidad de una respuesta negativa añadiendo 4 puntos a la resta, para obtener una puntuación entre 0-8. El resultado se multiplica por 12,5 para obtener una puntuación de 0-100, a mayor puntuación final, mayor mejoría en el estado emocional post tratamiento. Puntuaciones por debajo de 50 indican empeoramiento post-tratamiento.

Puntuación total Cres-4: Formula: $(20 \times \text{satisfacción}) + (20 \times \text{solución de problemas}) + [12,5 \times (4 + \text{Estado emocional actual} - \text{Estado emocional pre-tratamiento})]$, con una escala de 0-300, cuanto mayor es la puntuación total, mayor eficacia referida por el paciente.

- *Procedimiento:*

La forma de aplicación fue el mismo contexto de evaluación que en sesiones previas, aplicándose los cuestionarios en una consulta habitual de Psicología clínica presencial

(consultas externas) , se realizó la pasación tanto del cuestionario como la escala, informando a la paciente de la finalidad de dicho proceso de reevaluación y solicitando que fuera lo más sincera posible, ya que nuestro objetivo a través de la pasación de las pruebas es conocerla más para poderle seguir ayudando.

En esta sesión, se estableció que no hubiera ninguna fuente distractora externa como pueden ser estudiantes universitarios o especialistas internos residentes, para conseguir minimizar los sesgos a la hora de responder a cuestionarios y minimizar en lo posible la sensación de ser evaluada estando únicamente el terapeuta referente en sesión.

El consentimiento informado se realizó a través de contacto telefónico con la familia y la propia paciente de forma oral, consintiendo sobre el uso anónimo de sus datos a fecha 8 de abril de 2022.

Se amplió dicho consentimiento a formato escrito, enviándolo por correo electrónico corporativo a la familia y recibiendo cumplimentado a fecha 13 de abril de 2022. Dicho documento, será custodiado a través de una carpeta de documentos a la cual solo se accede con clave profesional, asociada a la historia de salud digital de la paciente.

Resultados:

Tras la evaluación realizada encontramos a nivel psicopatológico que la paciente se muestra consciente, orientada en espacio, tiempo y persona. Impresiona escasamente motivada en relación a los autocuidados básicos, en especial a los hábitos alimentarios y de sueño. Refiere escaso apetito, niega restricción alimentaria por miedo a engordar, aunque si reconoce no querer ganar más peso, Índice de Masa Corporal de 16 (peso bajo-infrapeso). No presenta conductas purgativas, ni exceso de ejercicio, niega atracones. Animo inestable, con periodos frecuentes de cansancio. Refiere ansiedad social desde pequeña, que motiva aislamiento extremo en casa en periodo de pandemia, con relaciones sociales escasas y a través del móvil. Dificultad para establecer límites interpersonales con tendencia a la negación de si misma (incluso de su propio cuerpo), dificultad para gestionar emociones tanto agradables como desagradables, en concreto dificultad para expresar la ira, refiere de forma permanente sentimientos de culpa por los que ha de mostrarse complaciente con los demás. En su día a día se observa un perfil de relación pasivo-agresivo. Conductas autolesivas para aliviar la emoción de ira, “miro los cortes y así recuerdo que me enfadé...”. Crisis de ansiedad en contexto escolar con vómitos durante los estudios de primaria que se reactivan en los últimos años al llegar al centro escolar. Describe conductas de despersonalización frecuentes, con amnesia retrógrada ante hechos traumáticos, respecto a los cuales aporta poco detalle y escasa resonancia afectiva. Refiere diferentes personalidades que la dominan: “ellas eligen cuando estar en mí...en mi cuerpo...”, Describe como dos polos extremos de sumisión y autoridad. Inteligencia normal, escasas relaciones sociales, relaciones familiares donde se aprecia un apego inseguro (probable apego desorganizado).

Juicio Clínico CIE-10: F 44.82 Trastorno disociativo en la infancia y adolescencia en estudio, F48.1 Trastorno de despersonalización, F50.1 Anorexia Nerviosa atípica (por no cumplir criterio de trastorno endocrino generalizado)

Tras la evaluación y diagnóstico realizado se instauró tratamiento antidepresivo por parte de psiquiatría, fue derivada a endocrino para estudio orgánico y las sesión pasan a ser conjuntas (Psicología/Enfermería de Salud mental) para integrar aspectos psicológicos (emocionales) con el físico (cuerpo), con frecuencia quincenal.

Las técnicas conductuales y la actitud directiva cuyo fin era motivar a la paciente en el proceso de terapia, se abandonan, entendiendo la actitud aparente de indiferencia/desmotivación desde la sintomatología disociativa, por lo que centramos el trabajo en las emociones y en el aumento de conciencia sobre sus actos, sentimientos y pensamientos, con una visión más humanista centrada en el paciente y empezando a contemplar el cuadro disociativos como síntoma nuclear.

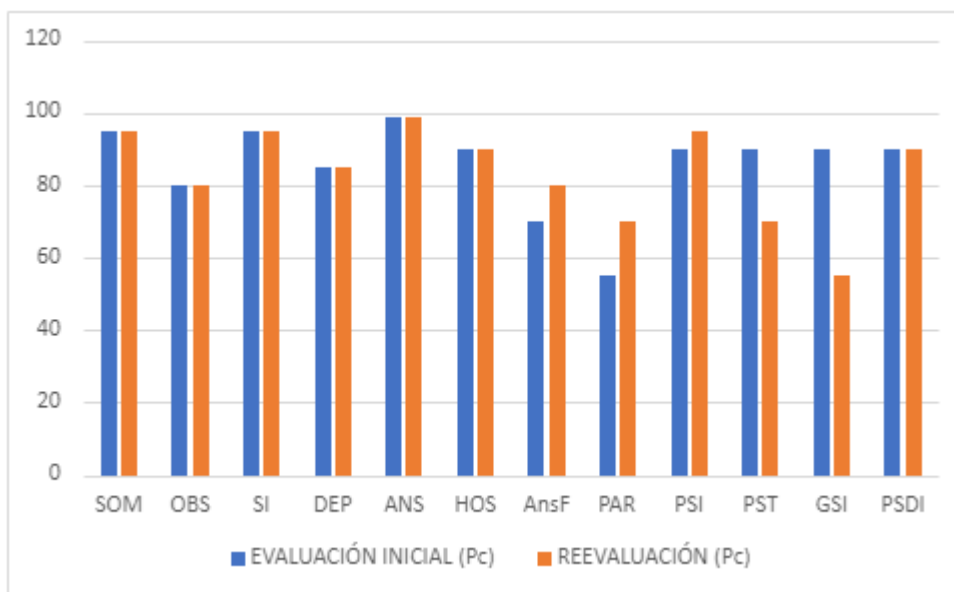
Para conocer si el cambio en la intervención terapéutica está obteniendo resultados positivos, más allá de lo referido por los padres y por la mejoría que se aprecia en el contacto interpersonal con la paciente se decide reevaluar su estado actual a través de las siguientes pruebas donde especificamos los resultados obtenidos:

Resultados del Inventario de 90 síntomas de Derogatis SCL-90:

Tabla 3 Resultados Reevaluación SCL-90

SCL-90	
Somatización	Percentil 80
Obsesividad	Percentil 97
Sensibilidad Interpersonal	Percentil 95
Depresión	Percentil 85
Ansiedad	Percentil 90
Hostilidad	Percentil 90
Ansiedad fóbica	Percentil 80
Psicoticismo	Percentil 95
PST Amplitud y diversidad psicopatológica	Percentil 90
GSI Intensidad del sufrimiento	Percentil 85
PSDI sufrimiento global	Percentil 85

Gráfica 4- Comparativa Evaluación inicial y reevaluación SCL-90



Se observa como desde la evaluación inicial a la reevaluación realizada 8 meses después la mejoría autorreferida a nivel de sintomatología presente no es significativa.

Resultados de la Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido Cres-4:

Tabla 5- Resultados Cres-4

Cres-4	
Satisfacción	3puntos 3x20=60 sobre 100
Solución de problemas	4 puntos 20x4=80 sobre 100
Percepción del cambio emocional post-pre	3 puntos – 2 puntos=1 ; 1+4= 5; 5x12,5= 62,5
Total global	60+80+62,5= 202,5

Podemos apreciar como tanto a nivel de satisfacción y capacitación para solucionar problemas la paciente realiza una valoración positiva (60/100 y 80/100 respectivamente), a su vez percibe una mejoría post-tratamiento (puntuación de 62,5 precisando una puntuación mayor a 50 para poderse concluir que la valoración post-tratamiento es positiva) con una percepción de eficacia global del tratamiento significativa (202,5/300).

Discusión y Conclusiones

Los resultados obtenidos tras la pasación de técnicas de autoinforme (cuestionarios y escalas) son algo llamativas, ya que por un lado a nivel de sintomatología presente tras 8 meses de seguimiento es prácticamente la misma que en la primera fase de evaluación con el cuestionario SCL-90 (comparativa gráfica 4), es decir, a excepción de la escala de somatización y ansiedad que ha mejorado, el resto de sintomatología permanece igual, como la dimensión de síntomas depresivos, hostilidad y sensibilidad interpersonal, o a aumentado

ligeramente, como los síntomas obsesivos, la ansiedad fóbica, y los síntomas de corte paranoide y psicóticos.

Es importante señalar como las escalas que miden la intensidad del sufrimiento han mejorado de forma leve, aunque persiste al mismo nivel de amplitud y variedad sintomatológica de la paciente en el momento actual.

Las hipótesis explicativas pueden ir desde que no exista una mejoría clínica y por tanto los resultados se muestran estables, a una dificultad en la toma de conciencia de la paciente de su estado emocional que queda plasmado en el cuestionario de síntomas y que relacionamos con la clínica disociativa, con fallas en la autoconciencia personal, y automonitoreo de los propios estados mentales y emocionales o a una tendencia de la propia paciente a exagerar y aumentar las vivencias internas asociada a rasgos demostrativos de la personalidad con la finalidad de mostrarse frágil y ser ayudada y atendida.

Estos resultados contrastan con la mejoría referida por la propia paciente en el cuestionario CRES-4 donde podemos observar (tabla 5) un reconocimiento de satisfacción en el proceso de terapia, con una mejora percibida de la capacidad para solucionar problemas personales y percepción de cambio terapéutico, arrojando una puntuación relativamente alta en satisfacción global con la intervención realizada hasta el momento.

Una posible explicación a estos resultados contradictorios viene de entender la curación en terapia como un proceso lento y paulatino por el que se transita a través de fases. Así si vemos el caso de forma longitudinal, durante las primeras sesiones de evaluación y la implantación de las primeras fases del modelo Transdiagnóstico para los TCA de Fairburn (2008), donde valoramos que la evolución del caso no es positiva en relación al modelo de base, iniciamos una línea de trabajo desde una perspectiva menos directiva y más humanista basándonos en Rogers (1961), quien establece siete etapas de cambio terapéutico que hacen que una persona crezca y sane de forma permanente. Consideramos que en el caso presentado, la paciente ha estado varios meses en la etapa primera, con una importante falta de disposición para cambiar, mostrándose rígida en sus aportaciones y reacia al cambio, acudiendo únicamente a sesión por complacer a sus padres y mostrar una madurez aparente, pero ocultando sus dificultades y miedos. Poco a poco, la paciente ha ido alcanzando la etapa segunda, donde si apreciamos que era capaz de hablar de hechos externos pero con limitaciones para hablar del mundo emocional propio y del presente. En la etapa tercera encontramos que el cliente se siente más libre en su narrativa, en su forma de expresarse, pero sigue hablando más del impacto de sus actos y emociones en terceros que de si mismo, negando responsabilidades personales.

Podríamos por tanto afirmar que en el momento actual nuestra paciente, desde esta visión denominada cliente, podría estar entre la etapa 3-4 respecto al cambio terapéutico, donde ha conseguido hablar en mayor profundidad de sentimientos, con apoyo y guía del terapeuta, pero siempre centrados en el pasado o futuro. Las etapas siguientes durante el proceso de cambio terapéutico serían la etapa cinco, seis y siete, donde la persona pasa a un cambio y crecimiento personal con sentimiento de responsabilidad personal. Para Rogers la etapa sexta, corresponde a la finalización de la psicoterapia, donde evidenciamos un proceso de autorrealización personal que en la etapa séptima se plasma fuera de la relación terapéutica.

Desde nuestro punto de vista, consideramos un bloqueo en el avance de los estadios hacia el cambio, por lo que ante la realidad de una mejoría tan leve y parcial decidimos diseñar un programa individualizado de tratamiento como propuesta de innovación ante un perfil de pacientes TMG-IJ, con un diagnóstico de Trastorno disociativo como cuadro clínico nuclear, manteniendo en paralelo las intervenciones básicas iniciadas para el trastorno de la conducta alimentaria, por parte de enfermería.

Así, estructuramos una guía básica de intervención basándonos en Steinberg (2001) y González y Mosquera (2012), adaptada a nuestro caso en cuestión.

Consideramos prioritario la necesidad de realizar una evaluación estandarizada de los síntomas disociativos ante la evidencia de síntomas de despersonalización y confusión en la identidad. La entrevista semiestructurada debería contemplar la historia de apego y la existencia de traumas, completando esta fase con entrevistas estructuradas como la SCID-D-R (Structured Clinical Interview for the Dissociative Disorders).

Los siguientes ejes de trabajo serían en primer lugar la capacidad del terapeuta para aportar consuelo y entendimiento al paciente y posteriormente que sea el propio paciente quien genera su autoconsuelo, que abarcaría desde la posibilidad de buscar ayuda y confiar en los demás a aceptarse a si mismo.

El siguiente paso sería promover la comunicación de experiencias negativas, identificando y reconociendo síntomas a través de un diálogo interno, y que la persona coopere consigo misma desde la aceptación de sus partes infantiles y vulnerables junto con sus partes más adultas.

El último paso en el proceso terapéutico vendría de la mano de la conexión o integración de partes emocionales e intelectuales como un “equipo unido” que coopera para el bienestar de todos en su conjunto.

Este modelo de trabajo, también podemos encontrarlo descrito con diferentes términos desde un plano mas neuropsicológico, pero finalmente encontramos los mismos componentes terapéuticos esenciales: Evaluación del lenguaje disociativo, potenciación de las funciones mentales de orden superior (objetivo que se trabaja en diferentes programas como el EMDR para el reprocesamiento del trauma, la terapia dialéctica conductual de Linehan o las intervenciones tipo entrenamiento en conciencia plena mindfulness), que buscan centrar a la persona en sus sensaciones presentes, aceptarlas y no huir de dichas experiencias dolorosas para iniciar un trabajo de integración.

Otro objetivo clave de trabajo con personas con trastornos disociativos es la introducción de patrones de autocuidado sanos, que contempla la capacidad de mirarse a uno mismo “con los mejores ojos posibles”, no juzgar, reconocer y validar las propias experiencias, o protegernos a través de límites interpersonales.

Es necesario conseguir la estabilización del paciente y que sienta la terapia como un lugar seguro antes de iniciar el proceso de integración o del reprocesamiento del trauma, por tanto se entiende esta propuesta de intervención como un trabajo terapéutico largo y estructurado por fases, que deben ser competencias y capacidades adquiridas por la persona para conseguir transitar a la siguiente etapa.

Este TFM se ha centrado en realizar una revisión longitudinal de las intervenciones psicológica realizada con una menor con TMG-IJ, evaluando el estado actual de la menor, y proponiendo una intervención específica en relación a los síntomas disociativos a partir de los resultados encontrados en las diferentes fases del proceso evaluación clínica. Queda constancia que en los casos de TMG-IJ, si nos centramos exclusivamente en la sintomatología y no en la etiopatogenia no obtendremos los resultados esperados, haciendo que la labor terapéutica no llegue a buen fin, afectando tanto al paciente como al terapeuta. Las directrices futuras en el caso que nos ocupan vendrían desde el cambio en la práctica clínica con los conocimientos en psicoterapia para las personas que sufren trastornos disociativos y no en la sintomatología explicitada en primer plano, que han guiado hasta la fecha nuestra intervención, basándonos

en un modelo de base cognitivo-conductual desde una perspectiva transdiagóstica.(Fairburn 2008).

En general se acepta en la práctica clínica existente la dificultad para detectar en el contexto clínico la presencia de trastornos disociativos. Esto se debe principalmente a lo complejo del síndrome, a la poca conciencia del mismo en la práctica clínica, y a la falta de una evaluación sistemática (Steinberg et al.1991). Algunos de los diagnósticos erróneos que suelen recibir estos pacientes son: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, histeria, epilepsia, y gran variedad de otros trastornos psiquiátricos (Coons, 1984; Kluff, 1991; Rosenbaum, 1980 citado por Icarán y Colom 1996).

Así, se han encontrado síntomas disociativos en numerosos trastornos psicopatológicos como estrés post traumático (Blank, 1985; Bliss, 1983; Gelinás1984; Putnam, 1985) trastornos de la alimentación (Pettinati et al., 1985) o trastornos de ansiedad (Frankel y Orne, 1976, citado por Icarán y Colom 1996).

Por tanto, a modo de conclusión, entendemos que en los casos de TMG-IJ, donde nos encontramos ante un cuadro clínico complejo, las guías de práctica clínica o los tratamientos psicológicos eficaces protocolizados, deben ser personalizados a cada caso, adaptando a las necesidades y características del paciente la intervención, o incluso como ha sucedido en nuestro caso, puede ser necesario un cambio de orientación terapéutica y un giro a los síntomas objeto de atención clínica para conseguir una mejoría real y duradera.

Por tanto, la aportación más relevante a nivel clínico-práctico vendría de la mano de alentar a los terapeutas a plantearse los casos de difícil manejo como los TMG-IJ como retos, y a evaluar “con otros ojos” la clínica que se nos presenta en consulta, en concreto a identificar el lenguaje disociativo.

Esta aportación, recoge las necesidades evidenciadas por González y Mosquera (2012) de capacitar a los propios profesionales en la evaluación de .los síntomas disociativos, donde deben estar atentos a los relatos con información inconsistente o contradictoria, ante el hecho de hablar de aspectos irrelevantes o cambiar de tema cuando se le pregunta por temas significativos, la falta de contacto emocional, o las dificultades en el reconocimiento de emociones, sensaciones o sentimientos propios, junto con una fachada de aparente normalidad pero con expresiones de alejamiento del cuerpo o expresiones del tipo “no soy yo”.

Entendemos que las limitaciones metodológicas y la imposibilidad de generalizar estos resultados a otros casos clínicos de edad semejante y diagnósticos similares es evidente, no obstante, entendemos que este trabajo puede ayudar a muchos profesionales a reflexionar sobre su práctica diaria, en concreto ante casos que no mejoran, donde debemos como profesionales reevaluar desde los inicios y de forma longitudinal cada caso, sin depositar la responsabilidad de mejoría únicamente en el paciente y su familia.

Sirva este trabajo para que se profundice en el estudio de los trastornos disociativos en población adulta en especial ante aquellos cuadros graves como el Trastorno de identidad disociativo o la amnesia disociativa y la comorbilidad con otras psicopatologías, tales como el abuso de drogas, cuadros afectivos, o las alteraciones fisiológicas como alteraciones en el sueño y la alimentación. Especial relevancia podría tener el estudio de síntomas disociativos en población infanto-juvenil en relación al apego y al trauma en estadios tempranos.

Reflexión sobre el Desarrollo Competencial

- CG1 – Reconocer y comparar distintos enfoques y técnicas de intervención, así como sus correspondientes modelos teóricos de referencia.

Desde la propia experiencia clínica es frecuente que se pongan en práctica diferentes modelos teóricos, y se apliquen técnicas integradoras o técnicas de intervención concretas que describen o se delimitan de forma clara dentro de una corriente teórica determinada.

En el caso clínico analizado, podemos apreciar como las técnicas de evaluación realizadas son muy variadas, intercalando así diferentes recursos con el fin de evaluar de forma exhaustiva a la persona que solicita ayuda.

No siempre es necesario desplegar una gran cantidad de recursos de evaluación psicológica, pero considero que en el caso planteado, de difícil manejo y dada las características de la paciente (tendencia a responder con monosílabos, a no mostrar su mundo interno, a presentar importantes limitaciones para hacer referencia a emociones propias y ajenas, y a la dificultad para elaborar una narrativa personal de sus vivencias, pensamientos, actos y emociones), está justificado, al menos, intentar evaluar de la forma más completa posible el caso, manteniendo la coherencia y la perspectiva de lo que estamos evaluando y sin cansar a la persona evaluando a través de pruebas largas y complejas.

Como evidencia, aportamos las diapositivas correspondientes a la sesión clínica realizada del caso donde podemos observar las diferentes técnicas de evaluación psicológica realizadas:

Genograma completo correspondiente a la perspectiva sistémica: Evaluación del sistema familiar, realizado sobre 3 generaciones, donde se plasman los límites generacionales, las fronteras y si existen juegos relacionales.

La paciente comentó todo aquello que consideraba relevante de su familia, junto con anécdotas concretas y poniendo un nombre a su familia.

Evidencia: Diapositiva número 12 de la presentación del caso clínico.

Fábulas de Dúss correspondiente a la perspectiva psicodinámica: Dado que la paciente mantenía un discurso muy vago, carente de detalles y poco rico en contenido emocional, decidimos que quizás una técnica proyectiva temática nos ayudara a entender su mundo interno, su personalidad de base, junto con sus conflictos y anclajes incoscientes que limitan su día a día, siendo una prueba que arroja resultados globales, es decir no psicométricos, el sujeto organiza su respuesta en función de su mundo interno o historia personal, por tanto las respuestas dadas no son casualidad, sino que de forma integrada nos acerca a sus motivaciones, ideas, percepciones, actitudes, siendo todo tipo de respuesta válida y significativa para el evaluador que ha de entenderlas en su globalidad.

Evidencia: Diapositiva número 23 de la presentación del caso clínico, resultados cualitativos.

- CE10 – Identificar las propias necesidades personales y profesionales, y también las del contexto social de intervención, con el objetivo de actualizarse y desarrollarse profesionalmente de manera permanente en los campos relacionados con la intervención psicológica infanto-juvenil.

Considero esta competencia fundamental para poder seguir avanzando y creciendo en la práctica clínica. En mi caso gracias al TFM he avanzado mucho a nivel formativo desde el mes de febrero de 2022 a la actualidad, donde partía de ser consciente de no estar enfocando bien el caso y sentirme perdida, a en la actualidad, tener una dirección clara respecto a como proseguir con la intervención desde enfocar el caso como un cuadro de Trastorno de conducta alimentaria en primer plano sino como una persona que sufre de un cuadro disociativo, conociendo a su vez que es frecuente infradiagnosticar los cuadros disociativos y realizar diagnósticos de Trastorno de inestabilidad emocional, Trastornos de la conducta alimentaria, cuadros afectivos...

Aunque al revisar la literatura es frecuente encontrar que los terapeutas tenemos este punto ciego a la hora de evaluar los cuadros disociativos, bien por poseer una orientación de corte psicodinámico (donde ciertas experiencias traumáticas se contemplan como fantasías infantiles inconscientes) o simplemente por no tener el foco en los síntomas disociativos, me gustaría analizar a través de un dibujo de la propia paciente como entendí que realmente no estaba teniendo en cuenta todo lo que ella me contaba en sesión, no estaba concediéndole el crédito suficiente a su discurso, estando centrada más en sus déficits y en relacionarlo con un diagnóstico que explicara sus limitaciones en sus áreas vitales.

Así, en el dibujo podemos observar como la paciente realiza un dibujo de un “círculo” que representa “un cuerpo vacío”, donde entran y salen diferentes personalidades, señaladas con flechas, sin que ella tenga control sobre la aparición o presencia de éstas.

Evidencia: Diapositiva número 30 de la presentación del caso clínico, este dibujo sin entender el cuadro disociativo, no tendría la importancia suficiente para trabajar sobre él, siendo un material muy relevante a nivel clínico tanto por validar las experiencias internas de la paciente como de cara al diagnóstico final.

- CG3 – Incorporar la reflexión y actuar de acuerdo con la responsabilidad social y ética profesional en el análisis, el diseño y el seguimiento de cada proceso de intervención.

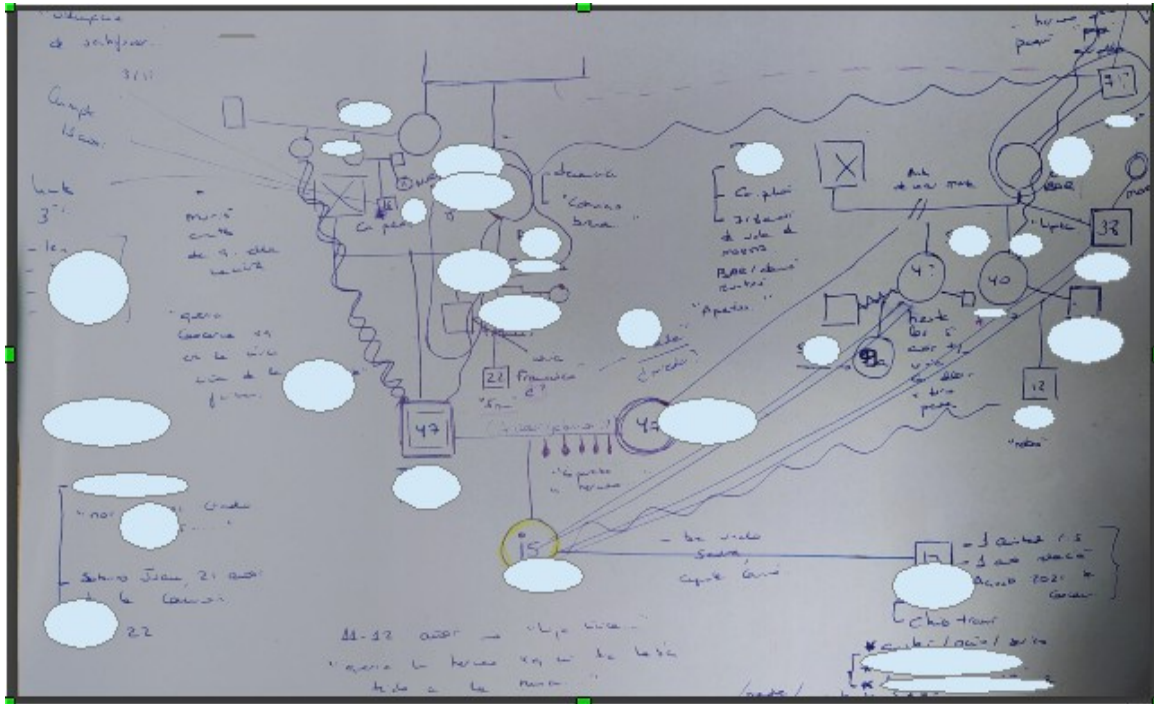
El caso clínico analizado en el TFM lo había expuesto como sesión clínica en mi puesto de trabajo, con el fin de reflexionar sobre las intervenciones realizadas y obtener por parte de mis compañeros un feedback de lo realizado en sesión y conocer su visión del caso. En concreto me interesaba conocer la visión respecto al plan de intervención a realizar, entre ellos si consideraban que era un caso para derivar a la Unidad de Trastorno de la conducta Alimentaria en paralelo con la intervención realizada en USMIJ y conocer para ellos cual era a su criterio el síntoma diana sobre el que realizar la intervención terapéutica.

En el contexto profesional donde trabajo dentro del servicio público, las sesiones clínicas, las sesiones docentes y los espacios de tutorización y supervisión de casos son las formas de incorporar la reflexión en nuestro día a día respecto al manejo de casos clínicos complejos.

Evidencia: Portada de la Sesión clínica realizada en el puesto de trabajo.

ANEXO SOBRE EVIDENCIAS APORTADAS QUE VALIDAN EL DESARROLLO COMPETENCIAL:

Evidencia CG1 Genograma perspectiva sistémica realizado con la paciente.



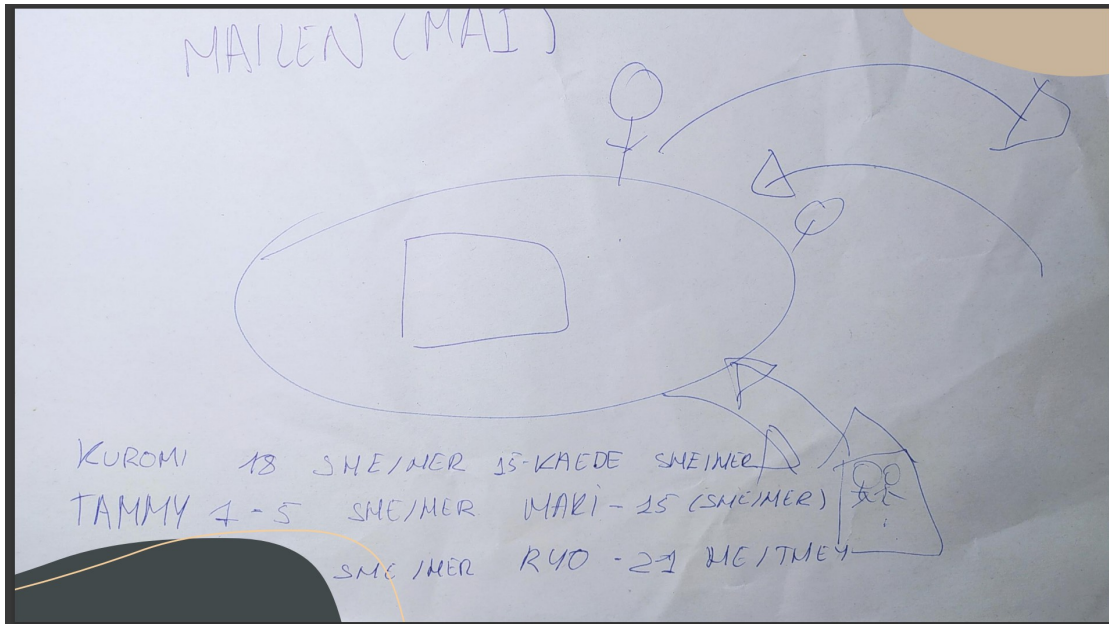
Evidencia CG1 Resultados cualitativos de la Técnica proyectiva temática aplicada.

RESULTADOS CUALITATIVOS

- 10-Del mal sueño: se espera contenido relacionado con las anteriores
Respuesta: Ha tenido pesadillas on algo o alguien...la oscuridad, cosas que dan miedo a esa edad...
respuesta: normal

AFECCIÓN: APEGO INSEGURO-NO LIMITES CON IGUALES/OBEDECER- AGRESIVIDAD LATENTE- MIEDO A LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON ADULTOS/ASPECTOS ADULTOS, COMPLEJO DE CASTRACIÓN-SEXUALIDAD, CONFORMIDAD SOCIAL, ACTITUD FRENTE A LA FIGURA PARENTAL DEL OTRO SEXO ALTERADA-PELIGROSA, RIVALIDAD CON HERMANOS/IGUALES).

Evidencia CE10 Que representa la necesidad de actualizarse y desarrollarse a nivel clínico. Dibujo que representa la fragmentación de la identidad de la paciente, acompañado de una narrativa coherente frente a la pérdida de control de su cuerpo, autorrevelaciones que suelen pasar inadvertidas ante la escasa formación a la hora de detectar cuadros disociativos.



Evidencia CG3- Portada de la sesión clínica realizada para el servicio de Salud Mental.



Referencias bibliográficas

- Barajas Iglesias, B., Jauregui Lobera, I., y Laporta Herrero, I. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: perfiles de personalidad asociados a la anorexia y bulimia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 1178–1184.
- Cardeña, E., y Weiner, Lupita A. (2004). La evaluación de la disociación. *Revista de Psicotrauma*, 1(4).
- Celis, A., y Roca, E. (2011). terapia cognitivo conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicología*, 8(1), 21–33.
- Consejería de Políticas sociales y familia de la Comunidad de Madrid (2017). Plan de Infancia y adolescencia de la comunidad de Madrid (2017-2021).
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2018), Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020.
- Feist, J., Feist, G. J., & Tomi-Ann, R. (2013). *Teorías de la Personalidad (octava edición)*. McGrawHill.
- Feixas, G., Pucurrull, O., y Roca, C. (n.d.). Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido CRES-4 La versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(86).
- Fernández Abreu, A., Nuñez Sande, C., y Pinal Fernández, B. (2017). La disociación en niños y adolescentes: La variabilidad en la expresión clínica a propósito de un caso. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1.
- González Vázquez, A. (2013). *Trastornos disociativos: diagnóstico y tratamiento* (Pleyadés S.A.).
- González, A., y Mosquera, D. (2012). *EMDR y Disociación: el abordaje progresivo* (Pleyadés S.A.).
- Icarán, E., y Colom, R. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología*, 69–84.
- Jimenez Alés, R., Pons Tubío, A., y Barrera Becerra, C. (2010). Proceso asistencial integrado para el trastorno de espectro autista. Consejería de Salud.
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97.
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 1–16.
- Luque Budía, A., Aguilar Iñigo, M. del C., y Barrera Becerra, C. (2018). Proceso asistencial integrado para el trastorno de la conducta alimentaria. Consejería de Salud.
- OMS: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. (2000). Editorial Médica panamericana.

- Padilla Torres, D., Albadalejo Gutierrez, E. F., y Palanca Maresca, I. (2021). Psicoterapias intensivas prolongadas ambulatorias para niños y adolescentes con trastorno mental grave. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(e12), 1–16.
- Pérez Álvarez, (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Vol. III*. Pirámide.
- Ramos Ríos, R. (2015). Trastorno mental Grave en la Unidad de Salud mental infanto-juvenil. Un estudio descriptivo. *Bibliopsiquis*.
- Solana, B., Jorquera, C., y Panero, C. (2017). Desarrollo del programa de atención específica a los trastornos mentales graves en la red de salud mental de Vizcaya. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 63, 91–100.
- Steinberg, M., y Schnall, M. (2001). *¿Quién soy realmente? la disociación, un trastorno tan frecuente como la ansiedad y la depresión* (vergara ed.).
- Tizón, J., y Artigue, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves en en adulto. *Elsevier Doyma*, 46 (7), 336–356.