

# Revisión de caso clínico desde una mirada sistémica

## Reunión Clínica

Guillermo Vergara<sup>1</sup>, Daniela Arredondo<sup>2</sup>

### Resumen

Paciente ELENA, 21 años. embarazo 27 semanas, separada, 4 intentos suicidas previos. Fue usuaria del programa de salud mental infantil y adulto Hospital el Pino (HEP). Hospitalizada en H. de día el año 2017.

Año 2013, Alucinaciones auditivas y visuales y desajustes conductuales: Grita, rompe cosas, se pega en la cabeza. Comienza a aislarse y a faltar al colegio y atribuye sus síntomas a consumo de marihuana. Principales focos de terapia son: Disminuir situaciones de crisis y adherencia al tratamiento. Presenta mala adherencia a controles y fármacos de salud mental. Se deriva a Hospital de día.

Rorschach muestra desarrollo anormal de la personalidad con rasgos histriónicos, juicio de realidad conservado y dificultad en capacidad de empatizar.

Salud mental adulto: (Julio, 2015): Heridas autolíticas (cortes y rasguños), Ideas pasivas de muerte.

Intervenciones desde hospital de día: Manejo de crisis, trabajar en vínculo simbiótico con madre; recibe atención por psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo y nutricionista, incluyendo intervenciones en equipo.

Controles en ambulatorio (Nov 2015): Impresiona mayor conciencia de enfermedad. Abandona fármacos al sentirse mejor. Foco orientado a: Autorregulación emocional y entrenamiento cognitivo para manejo de síntomas ansiosos.

**Palabras claves:** desarrollo anormal de la personalidad, adherencia al tratamiento. Heridas autolíticas, discapacidad psíquica, modelo sistémico.

### Clinical case review from a systemic view. Clinical Meeting Summary

ELENA, 21 years old. Pregnancy 27 weeks, separate, 4 previous suicide attempts. She was a member of the children and mental health program Hospital el Pino (HEP). Hospitalized in Day Hospital in year 2017.

1. Psiquiatra tutor
2. Residente de psiquiatría

2013: Auditory and visual hallucinations and behavioral maladjustments: Screams, breaks things, hits herself in the head. She begins to isolate and to miss to the school and attributes her symptoms to consumption of marijuana. Main focuses of therapy are: To reduce crisis situations and adherence to treatment. She has poor adherence to mental health drugs and controls. She is derived to day hospital.

Rorschach shows abnormal personality development with histrionic traits, a reality-preserved judgment, and difficulty in empathizing.

Adult mental health: (July, 2015): Self-injuries (cuts and scratches), Passive death ideas.

Interventions in day hospital: Crisis management, working in symbiotic relationship with mother; receives attention by psychiatrist, occupational therapist, psychologist and nutritionist, including team interventions.

Outpatient Control (Nov 2015): Increased awareness of illness. Abandon drugs because of feeling better. Focus oriented to: Emotional self-regulation and cognitive training for the management of anxious symptoms.

**Key words:** abnormal personality development, adherence to treatment. Autolytic wounds, psychic disability, systemic model.

### Caso Clínico

Paciente ELENA, 21 años. Actualmente cursando embarazo 27+4 sem, separada, enseñanza básica completa, 2 repitencias (8° básico y 1° medio), desempleada, ha trabajado de manera informal en 3 ocasiones, católica no practicante. Pasatiempos: conversar y jugar a las cartas. Vive con mamá y hermano.

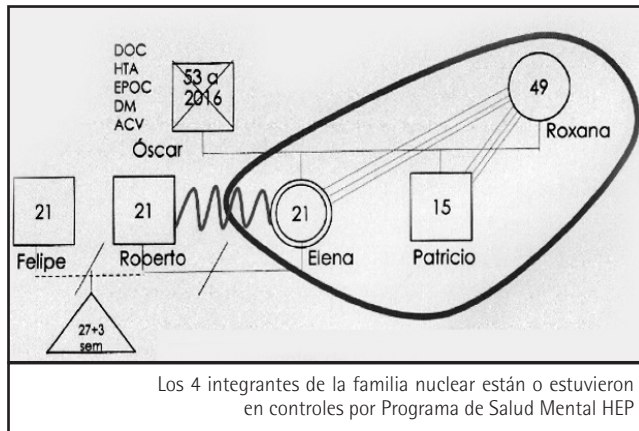
### Antecedentes médicos

**Generales:** Obesidad, Síndrome de ovario poliquístico, Alergia al plátano, Galactorrea con uso de Risperidona.

**Psiquiátricos:** 4 intentos suicidas previos. Fue usuaria del programa de salud mental infantil Hospital el Pino (HEP) (2013-2014) Desde julio del 2015 es usuaria del programa de salud mental adulto (HEP)

Hospitalizada en H. de día del 21/09-10/11/17

## Genograma



El papá: ÓSCAR, Murió a los 53 años (11 meses aprox.), 8° básico, Pensionado (desde julio/2014)

Antes fue auxiliar de servicio en H. Sótero del Río

Antecedentes médicos: Hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica con crisis frecuentes, Diabetes mellitus, Accidente cerebrovascular

Antecedentes psiquiátricos: Dg: Psicosis orgánica Usuario Clozapina.

Numerosas hospitalizaciones en corta estadía.

Inestabilidad anímica, ideación suicida, descontrol de impulsos, alucinaciones visuales y auditivas, insomnio y desregulación conductual.

La mamá: ROXANA, 49 años, Viuda, IV° medio, luego estudió inglés. Auxiliar de aseo Hospital el Pino

Trabajó como guardia de seguridad en hospitales, comerciante ambulante y se preparó para ser carmelita descalza del 93 al 95

Antecedentes médico-quirúrgicos: Hipotiroidismo, Tabaquismo 10 cigarros/día, Histerectomía (2016)

Antecedentes psiquiátricos: ¿Depresión, luego de fallecimiento de hermana? Usuaría salud mental-HEP: 15/10/14 MC: No estoy durmiendo Dg actual: Trastorno bipolar (según SIDRA)

El hermano: PATRICIO, 15 años

Antecedentes perinatales e infancia temprana: RN post-térmi-

no 42 semanas. Convulsiones febriles al mes y medio por cuadro viral. Pielonefritis aguda en controles con nefrólogo

Antecedentes del neurodesarrollo: Caminó al año, Habló a los 3 años

EN ESCUELA: Desde 1° básico se observaron problemas de aprendizaje. Dificultad para integrarse al colegio porque echaba de menos a mamá y no quería estudiar Se encuentra estudiando 7° y 8° básico en un vespertino. Repitió 5° básico 3 veces

Antecedentes laborales: Trabajó lavando autos en negocio de tía

Antecedentes psiquiátricos: En SMI-HEP desde el 2014 (mala adherencia) Psicosis episódica, Obs. Trastornos de ánimo v/s epilepsia.

### Infancia de paciente

Relata una infancia feliz, su papá la sacaba para todos lados y vivía con prima y madrina (Ellen). Recuerda con tristeza 3 hechos: Muerte de madrina, cambio de casa, muerte de amiga de la familia ("Charlotte" de 7 años)

### Infancia del paciente

#### Elena

4 a	5 a	8 a	13 a
2000	2001	2004	2009
Muerte de madrina por SIDA	Primo cercano se va	Cambio de casa	Muere Charlotte

### Ingreso a salud mental infantil (Nov, 2013)

Motivo de consulta: "Crisis de rabia"

"Grito que me voy a matar". "Miedo a morirme". "No puedo respirar". "Me duelen los pulmones"

Síntomas: Angustia, "Le va a dar un infarto", ahogo en el pecho, boca seca.

### Alucinaciones auditivas y visuales

"Que se mate", "Ve a niña que murió"

Desajustes conductuales: Grita, rompe cosas, se pega en la cabeza.

2 semanas de evolución, según refiere Elena

Contexto de paciente al momento del ingreso (2013)

- Termina relación con su primera pareja Bastián (debido a violencia de él) y comienza a ser víctima de bullying por Facebook.
- Expone que se pasea continuamente fuera de la casa.
- Comienza a aislarse y a faltar al colegio.
- Atribuye sus síntomas a consumo de marihuana (1 vez en sept/2013)

### Rorschach (febrero, 2014)

Paciente con 17 años 11 meses de edad.

Desarrollo anormal de la personalidad con rasgos histriónicos, actualmente en crisis y con rasgos depresivos.

Juicio de realidad conservado con indicadores potenciales de pérdida de éste por conflictos emergentes (tiñe lectura de la realidad con los afectos).

Dificultad en capacidad de empatizar.

Indicadores no concluyentes, aunque considerables de organicidad: Pensamiento concreto enlentecido, perseveración de ideas, amnesia de conceptos.

#### *intervenciones desde programa de salud mental infantil:*

- Principales focos de terapia son: Disminuir situaciones de crisis. Adherencia al tratamiento.
- Se trabaja en torno a diagnósticos de Trastorno de pánico, Obs. trastorno afectivo bipolar y trastorno de personalidad. Se registra tratamiento con litio, sertralina y clonazepam.
- Evaluación por trabajador social.
- Inicia sesiones con psicóloga: contener en crisis y fortalecer adherencia.
- También se realiza psicodiagnóstico.

Elena lo reporta como positivo

Presenta mala adherencia a controles y fármacos de salud mental. Se deriva a Hospital de día, pero no cumple con condiciones al momento del ingreso. "Paciente sin indicaciones de hospitalización diurna actual"

Hermano ingresa a SMI y se indica terapia familiar, pero sólo acude mamá.

#### *ingreso a salud mental adulto: (Julio, 2015)*

MC: "Crisis", "Evito dormir porque me da miedo que me dé una crisis en la noche, me pueda morir y nadie me vea"

Signos y síntomas: Heridas autolíticas (cortes y rasguños), "Es que me desespero y no sé que hacer".

Conductas heteroagresivas: "Me cuentan porque yo no me acuerdo de lo que hago", "Agarraba a mi marido o a mi mamá, le tiraba el pelo, les pegaba puñetazos"

Ideas pasivas de muerte

#### *EXAMEN MENTAL. 31/07/2015*

Contextura endomorfa. Escaso arreglo personal (sin maquillaje). Cooperadora

Conducta adecuada, Contacto adecuado. Tendencia a labilidad emocional.

1/09/2015

No cooperadora. Inadecuada. Interrumpe, grita, llora. Muestra video en donde está llorando. Contacto adecuado, "Lábil emocional"

#### *Derivación a hospital de día (21/09/2015)*

Debido a mala de respuesta de tratamiento ambulatorio, pese a multiplicidad de intervenciones, y probable beneficio de tratamiento clínico integral intensivo; se decide derivar a Hospital de día.

Ingresó el día, diagnosticándose:

- Trastorno ansioso con ataques de pánico
- Trastorno de personalidad límite con rasgos histriónicos
- Obesidad
- Disfunción familiar (vínculo simbiótico con madre)

#### *Intervenciones desde hospital de día*

Focos de terapia:

- Manejo de crisis
- Trabajar en vínculo simbiótico con madre
- Adherencia al tratamiento
- Recibe atención por psiquiatra, terapeuta ocupacional, psicólogo y nutricionista; incluyendo intervenciones en equipo.

Se incorpora a talleres:

- De habilidades sociales
- Grupal de autoestima para pacientes con tr. de personalidad

- De Vida saludable
- Psicoeducación
- De piscina
- De activación

Luego de 50 días de hospitalización (21/09/2015 al 10/11/2015) se considera alta por disminución importante de síntomas ansiosos.

"Puedo hasta superar las crisis de pánico"

"Mi meta de aquí para adelante será siempre salir adelante"

Presenta mala adherencia a esquema farmacológico, refiere RAM a medicamentos, finalmente se de alta con: Litio (300 mg) 0-0-2 v.o., Citalopram (20 mg) 1 1/2-0-0 v.o., Clonazepam (2mg) 1/2- 1/2 -1 v.o., Carbamazepina (200 mg) 0-0-1 vo

#### Controles en ambulatorio (Nov 2015)

Impresiona con mayor conciencia de enfermedad: "Aprendí que lo mío es una enfermedad, que tengo que vivir con ello y que probablemente me van a dar crisis, aunque ahora me dan más alejadas, las acepto y casi siempre las puedo controlar" A pesar de esto, vuelve a disminuir por su cuenta dosis de medicamentos y aumenta sintomatología ansiosa.

Acude a una sesión del taller de acogida: "es la usuaria más disruptiva, no mide mucho las consecuencias de las cosas que

dice a las demás". "Tiene problemas con el respeto de los límites y pareciera que tiende a sentirse por sobre sus compañeras"

1. Abandona fármacos al sentirse mejor.
2. Muere papá (30/08/2016).
3. Se trata de reinstalar tratamiento farmacológico en 2 ocasiones sin resultado.
4. En febrero de 2017 acude a control con test de embarazo (+), se suspende medicación previa y se inicia tratamiento con clonazepam y, posteriormente, sertralina.
5. Se piensa en nueva hospitalización en H. de día por exacerbación de sintomatología, aumento de complejidad terapéutica.
6. Una vez aceptado embarazo, disminuye la sintomatología y se deriva a psicoterapia individual.

#### Intervenciones desde ambulatorio

Foco orientado a:

- Autorregulación emocional
- Entrenamiento cognitivo para manejo de síntomas ansiosos
- Adherencia al tratamiento

Intervenciones por médico residente y psicólogo (psicoterapia individual). Presentación de caso en reunión clínica. Asiste 1 vez a taller de acogida.

Tratamiento farmacológico actual: Sertralina (100 mg) 1-0-0 v.o., Clonazepam (0,5 mg) 0-0-1 v.o.

## Resumen

4 a	5 a	8 a	13 a	16 a	17 a	18 a	19 a	20 a	21 s	
2000	2001	2004	2009	2012	2013	2014	2015	2017		
Muerte de madrina por SIDA	Primo cercano se va	Cambio de casa	Muere Charlotte.  Inicia primera relación de pareja			Violencia por ex pololo.  Fumó THC	Matrimonio  Vive con suegros Separaciones	Ingreso a SM adultos  Hospitalización en HDD		Inicia nueva relación de pareja  Embarazo  Ruptura nueva relación  Muerte mejor amigo de hermano
				Patricio sufre tetraplejía conversiva	Ingreso a SMI (HEP)	Patricio ingresa a SMI_HEP	Ingresos a SM-HEP	Mamá ingresa a HEP	HT mamá	
			Papá se pone agresivo 2010 Dx DOC	Hospitalizaciones en UCE			Papá postrado	Papá muere 30/08		Mamá con ideación suicida

## Discusión

### Objetivos

Presentar caso de difícil manejo y múltiples intervenciones, haciendo hincapié en el trabajo en equipo y sus efectos a nivel personal (de la paciente) y en su sistema cercano de relación. (Armengol, Vilma; 2007)

Revisar desde una óptica sistémica en orden a comprender de manera más integral su cuadro clínico y su evolución. (García E., 2016) (Guillem Feixas, 2016)

En el primer caso la discapacidad psíquica se entiende como un conjunto de elementos biológicos, sociales y culturales que conforman interrelaciones en donde todas se ven afectadas si una de ellas cambia. Las personas en situación de discapacidad como acontecimiento del mundo de la vida. (Vanegas José, 2007)

*Discapacidad psíquica:* Funciones del temperamento y la personalidad

Incluye: funciones de extroversión, introversión, amabilidad, responsabilidad, estabilidad psíquica y emocional y disposición a vivir nuevas experiencias; optimismo; búsqueda de experiencias nuevas; confiar en uno mismo; ser digno de confianza

Funciones mentales generales relacionadas con la *disposición natural del individuo para reaccionar de una determinada manera ante situaciones*, incluyendo el conjunto de características mentales que diferencian a ese individuo de otras personas. (Organización Mundial de la Salud (CIF, 2001)

Pero para la biología el sistema más importante es el organismo vivo y los sistemas corporales en interacción. De esta forma una reflexión sobre la discapacidad implica asumirla como un sistema que involucra otros sistemas concretos y abiertos. Una sociedad en donde las políticas públicas para las personas en situación de discapacidad no son claras.

La relación es directa; las personas, en general, necesitan de estos sistemas ambientales y además los mismos sistemas contextuales inciden en el bienestar de las personas con discapacidad. Bajo este panorama, la relación es bidireccional, ya que no solo la discapacidad como sistema se relaciona con factores ambientales, sino que estos a su vez inciden en la discapacidad.

Según lo anterior, el modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento indivi-

dual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud. (Vanegas José, 2007)

Esta perspectiva permite reconocer en una misma persona no únicamente una discapacidad que limita algunas de sus actividades, sino también sus propias capacidades y cualidades, lo cual es importante ya que permite que las personas no sean caracterizadas o estigmatizadas sobre la base de sus deficiencias, limitaciones o restricciones. (Barrero Claudia, 2008)

Las personas con discapacidad son uno de esos colectivos que las dinámicas contemporáneas condenan a la inexistencia social. El modelo médico asume que la discapacidad es la consecuencia necesaria, inevitable y objetiva, "natural", de la deficiencia; y, frente a él, el modelo social asume que la discapacidad es algo completamente desconectado, en cuanto experiencia colectiva, de la deficiencia. (Ferreira Miguel. (2011)

Finalmente, debe afirmarse que las funciones que la familia proporciona tanto a los individuos de la familia como a la sociedad como totalidad cambian debido a la naturaleza de suyo en desarrollo de la familia. (Arnold, M y Osorio, F. 1998)

Todos los sistemas se desarrollan a través de la diferenciación y especialización de sus partes, y ciertamente esto vale para el sistema familiar que socializa a los nuevos miembros de la sociedad a través del proceso por el cual un recién nacido gradualmente se mueve desde la total dependencia hacia la autonomía e interdependencia.

De aquí que las funciones de la familia no deban ser consideradas como estáticas, sino que debe comprenderse que son dinámicas y en desarrollo. (Preister Steven.1981) (Cibanal, L. (2006).

La principal crítica dirigida hacia el olvido del sujeto psicológico surge de la terapia familiar; con más precisión resalta el papel activo del sujeto, pues lo considera activo en tres dimensiones: como procesador activo de la información, como estímulo con impacto en el resto del sistema y como sujeto capaz de desarrollar una comunicación autorreferente, es decir, capaz de entablar un diálogo interior.

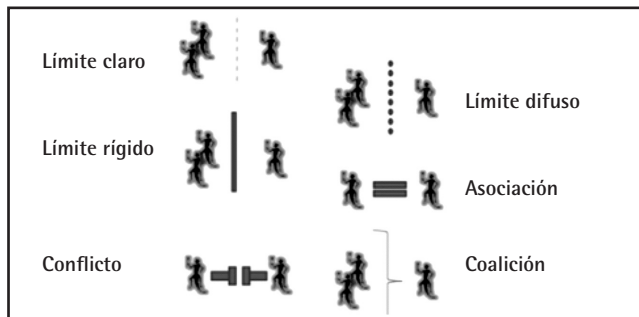
En la misma línea de defensa del individuo, está el fenómeno de la resiliencia como un proceso de desarrollo, que supone una resistencia individual a los entornos adversos y devastadores (Espinal, I., (2006).

Tiende a la defensa de su estabilidad ante los cambios de condiciones e influencias internas y externas. A pesar de esto, se transforma con el correr del tiempo adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando.

Los límites son la región que separa un sistema de otro o un componente o subsistema de otro. Según cómo son los límites es si un sistema es abierto o cerrado.

La familia se considera un sistema abierto.

- Delimitan quienes participan y de qué manera.
- Define fronteras entre los subsistemas
- Deben ser claros para que la familia funcione.



**Retroalimentación:** Procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas. Mediante los mecanismos de retroalimentación, los sistemas regulan sus comportamientos de acuerdo con sus efectos reales.

En los sistemas complejos están combinados ambos tipos de corrientes (circularidad, homeostasis).

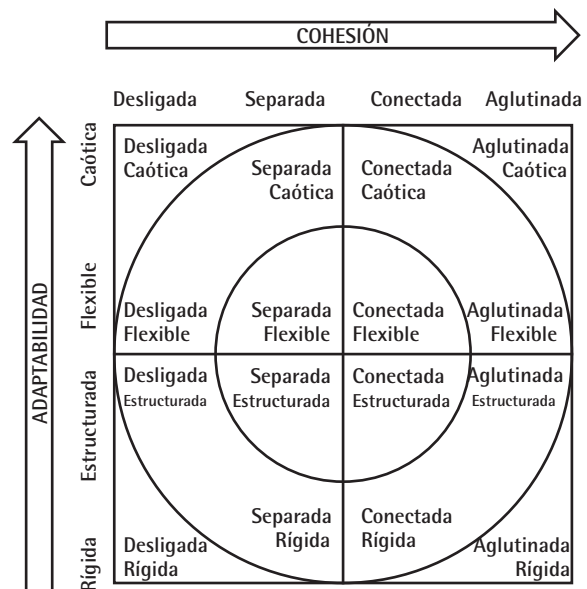
**Retroalimentación positiva y negativa:**

Retroalimentación negativa: Asociada a procesos de autorregulación y homeostáticos. Corrige la desviación de una meta. Por ejemplo: Cuando papá se enferma Elena renuncia a su trabajo para poder cuidarlo (Asen K. Eia, 1997)

**Homeostasis:** Este concepto está especialmente referido a los organismos vivos en tanto sistemas adaptables

**Retroalimentación positiva:** Se asocia a fenómenos de crecimiento y diferenciación. Desviación de las metas originales

**Límites y Flexibilidad**



Por ejemplo: Trabajo de fomentar autonomía de Elena respecto de madre por parte de equipo de salud mental. (Morejón, A. R., (1994)

**Circularidad:** El modelo de sistemas es interrelacionar. "Ningún hecho o comportamiento aislado ocasiona otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos aislados."

Estos hechos y comportamientos forman con el tiempo patrones persistentes y recurrentes que operan para equilibrar a la familia y permitirle pasar de una etapa evolutiva a la siguiente. Al hacer algo distinto se rompe la pauta circular.

**Reflexionemos como equipo**

¿Cuál es la problemática principal de la familia?

¿Cómo hemos enfocado nuestro trabajo hasta ahora?

¿Cómo podemos evitar la institucionalización de esta paciente y a su familia?



## Bibliografía

1. Arnold, M y Osorio, F. 1998. Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Cinta moebio 3: 40-49. [www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm](http://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm)
2. Armengol, Vilma; Führman Ingeburg "La familia, un sistema alejado del equilibrio", 2007
3. Asen K. Eia Et Tomson Peter. "Intervención familiar: Guía práctica para los profesionales de la salud." Ed. Paidós. Barcelona: 1997.
4. Barrero Claudia, Ojeda Alejandro, Osorio Rodrigo. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Revisión de sus aplicaciones en la Rehabilitación. *Plast Et Rest Neurol* 2008;7 (1): 25-31
5. Cibanal, L. (2006). Introducción a la sistémica y terapia familiar. Ali-cante: Editorial club universitario.
6. Espinal, I., Gimeno, A., Et González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34.
7. Ferreira Miguel. ¿Discapacidad, globalidad y educación: ¿una nueva "política del cuerpo"? *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, No 6 (2011)
8. García E., Felipe; Seberri, Marcelo R.; "Manual de terapia sistémica breve", editorial Mediterráneo, 2016.
9. Guillem Feixas i Viaplana et al; "El modelo sistémico en la intervención familiar"; Universitat de Barcelona, 2016
10. Morejón, A. R., Et BEYEBACH, M. (1994). *Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas*. M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.
11. Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001). Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
12. Preister Steven. La teoría de sistema como marco de referencia para el estudio de la familia. Teorico-metodologico. *Revista de trabajo social*. 1981 Págs. 5-17 En: <https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/6267/000380040.pdf?sequence=1>
13. Vanegas José, Gil Lida. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, enero - diciembre 2007, págs. 51 - 61.

## Misión

# Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

*“La salud mental es tarea de todos”*