

Victor Cabré Segarra  
José A. Castillo Garayoa  
Cristina Nofuentes García

# Casos clínicos

## Evaluación, diagnóstico e intervención en salud mental

Herder

*Diseño de la cubierta:* Dani Sanchis

© 2017, *Fundació Vidal i Barraquer*

© 2017, *Herder Editorial, S. L., Barcelona*

1.<sup>a</sup> edición, 2.<sup>a</sup> impresión, 2024

ISBN: 978-84-254-4036-6

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com)).

*Imprenta:* Prodigitalk

*Depósito legal:* B-19.635-2017

*Printed in Spain - Impreso en España*

**Herder**

[www.herdereditorial.com](http://www.herdereditorial.com)

# Índice

|                    |    |
|--------------------|----|
| Introducción ..... | 11 |
|--------------------|----|

## PARTE I

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Entrevista psicodinámica                                                     |    |
| <i>Victor Cabré Segarra</i> .....                                               | 17 |
| 1.1. La entrevista: técnica, proceso y relación .....                           | 18 |
| 1.2. Contenidos emocionales de los participantes<br>en la entrevista .....      | 22 |
| 1.3. Transferencia y contratransferencia .....                                  | 24 |
| 1.4. Encuadre y contención .....                                                | 25 |
| 1.5. <i>Insight, acting out</i> y elaboración .....                             | 26 |
| 1.6. Escenas temidas en la entrevista .....                                     | 27 |
| 1.7. Espacios de reflexión: sesión clínica<br>y supervisión .....               | 29 |
| 2. Formulación clínica                                                          |    |
| <i>José A. Castillo Garayoa</i> .....                                           | 33 |
| 2.1. El proceso de evaluación psicológica clínica .....                         | 33 |
| 2.2. La formulación clínica: definición<br>y procedimiento de elaboración ..... | 36 |
| 2.3. Psicoterapia: criterios de indicación .....                                | 41 |
| 2.3.1. Malestar subjetivo .....                                                 | 44 |
| 2.3.2. Gravedad del problema .....                                              | 44 |
| 2.3.3. Ingreso .....                                                            | 45 |
| 2.3.4. Apoyo social .....                                                       | 45 |
| 2.3.5. Estilo de afrontamiento .....                                            | 46 |

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| 2.3.6. Estadio de cambio .....               | 46 |
| 2.3.7. Alianza terapéutica .....             | 46 |
| 2.3.8. Modelo explicativo del paciente ..... | 47 |
| 2.3.9. Estructura .....                      | 47 |
| 2.3.10. <i>Insight</i> .....                 | 48 |
| 2.3.11. Apego .....                          | 48 |
| 2.3.12. Mentalización .....                  | 49 |

## PARTE II

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Caso 1. Fátima: estrés postraumático y apego .....                                                | 53  |
| Caso 2. Primera entrevista en un caso de regresión<br>histérica .....                             | 67  |
| Caso 3. Autolesiones, castigo, autorregulación .....                                              | 71  |
| Caso 4. Una mujer maltratada con dificultades<br>de mentalización: proceso psicoterapéutico ..... | 81  |
| Caso 5. Trastorno de pareja: evaluación<br>y diagnóstico<br><i>Carles Pérez Testor</i> .....      | 89  |
| Caso 6. El poder de la fantasía inconsciente:<br>una viñeta clínica .....                         | 101 |
| Caso 7. Abordaje psicosocial de una joven madre .....                                             | 103 |
| Caso 8. Duelos sucesivos: intervención breve<br>y focal .....                                     | 107 |
| Caso 9. Mauro y lo imprevisible: evaluación<br>en la pubertad<br><i>Rosa Royo Esqués</i> .....    | 111 |
| Caso 10. Delirio paranoide por hipotiroidismo .....                                               | 123 |
| Caso 11. La desconfianza no deja espacio para la pena ..                                          | 127 |
| Caso 12. Michelle: una adolescente de 13 años<br><i>Laia Ferrer Tirado</i> .....                  | 131 |
| Caso 13. Tratamiento psicológico <i>on line</i> .....                                             | 145 |
| Caso 14. Trastorno de la alimentación: una identidad<br>por construir .....                       | 149 |
| Caso 15. Conductas antisociales de un joven incapaz<br>de mentalizar emociones .....              | 153 |

|                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Caso 16. Estresores psicosociales en la infancia<br>y la adolescencia: impacto en la salud mental .. | 157 |
| Caso 17. No hay problema ninguno .....                                                               | 163 |
| Caso 18. Proceso de exploración para comprender<br>un poco más el TOC .....                          | 171 |
| Caso 19. Duelo pendiente de elaborar .....                                                           | 175 |
| Caso 20. Esperanza tras el maltrato: una primera<br>entrevista .....                                 | 193 |
| Referencias bibliográficas .....                                                                     | 199 |
| Índice analítico .....                                                                               | 205 |

# Introducción

Las publicaciones de carácter clínico han alcanzado un notable grado de sistematización y los estudios cada vez incluyen mayores muestras de pacientes, por lo que la presentación de tan solo un puñado de casos, como en este libro, podría parecer que carece de especial interés. Por el contrario, nuestra convicción es que son materiales por completo complementarios e interdependientes. Aquí nos interesa centrar la atención del clínico en la comunicación del paciente y es por eso por lo que a menudo reproducimos lo que el paciente refiere al profesional, tanto mediante el habla como con los registros no verbales: qué ha sido expresado con palabras y cómo, qué ha sido expresado con actitudes o conductas y qué es lo que se ha callado. Nos ha parecido especialmente relevante poner el acento en el estilo individual de cada paciente, atendiendo a los patrones de comunicación, de relación y de apego, tan importantes a la hora de construir el entramado relacional con su entorno y tan imprescindibles para comprender a fondo sus dificultades o trastornos.

Queremos que este libro se constituya en una obra asequible y rigurosa para estudiantes y profesionales de distintas disciplinas relacionadas con la salud mental. De ahí que hayamos optado por presentar el material clínico de forma muy abierta, proponiendo reflexiones e interrogantes más que respuestas, y nos ha interesado, especialmente, dejar solo planteadas algunas cuestiones para que el lector y el estudioso, individualmente o en grupo, las pueda retomar y discutir. Hemos querido asumir el riesgo que supone dejar incompletas tanto la información clínica como los comentarios asociados a cada caso, por dos razones: una del ámbito profesional, las sesiones clínicas,

y otra del ámbito universitario, la metodología de estudio de casos.

Por un lado, es evidente que una de las actividades más enriquecedoras para el profesional de la salud mental son las sesiones clínicas. En ellas se exponen casos de interés por razones diversas, ya sea en relación con el diagnóstico o con la indicación terapéutica, el éxito o el fracaso de una determinada intervención o simplemente por su originalidad o rareza. El encargado de presentar el material recibe el beneficio inmediato que supone sistematizar al exponerlo y sentirse contenido en el acto mismo de compartirlo con otros compañeros o colegas. Poco después podrá incrementar su comprensión del caso mediante las distintas miradas y experiencias de los demás participantes, generando un verdadero proceso transformador en su función de clínico. Al mismo tiempo es una actividad que enriquece al asistente que escucha, que opina, que pregunta y que cuestiona, convirtiéndose así en un verdadero espacio de aprendizaje significativo a partir de las respectivas experiencias y formaciones.

Por otra parte, la enseñanza de contenidos clínicos, tanto en los medios universitarios como en las unidades docentes institucionales, también está siendo interpelada por las nuevas corrientes metodológicas. Frente a la tradicional fórmula de exponer, de forma completa y cerrada, un concepto teórico, un recurso técnico o una categoría psicopatológica para luego ejemplificarla mediante un material clínico, se propone una metodología en cierta forma inversa, en la que a partir de la discusión de un caso real se perfilan los contenidos tanto teóricos como técnicos correspondientes.

El estudio sistemático de las principales clasificaciones diagnósticas y de los manuales de técnicas de intervención puede favorecer un modelo de aprendizaje que tienda a la receptividad por parte del estudiante, con el consiguiente riesgo de que su pasividad conlleve la adquisición superficial de los conocimientos, sin una participación activa en la construcción de ese proceso. No se trata, por supuesto, de que el ejemplo, la viñeta o el caso sustituyan el estudio profundo de la nosología psicopatológica o de las bases teóricas que sustentan un determinado tipo

de intervención, pero sí supone, en cierta medida, una nueva propuesta de construcción conjunta, de complementariedad en la mirada y en la comprensión del material y, en definitiva, de la persona a la que queremos ayudar.

Ambas razones nos han empujado a seleccionar los casos por su significación para nuestra experiencia clínica, y también por las posibilidades de un desarrollo posterior. Aunque no pretenden abarcar el amplio espectro de trastornos psicopatológicos o de tratamientos, estamos convencidos de que trabajar sobre ellos, individualmente o en grupo, más allá de donde nosotros lo hemos hecho, supone un aprendizaje que trasciende en gran medida al caso concreto que ha servido como punto de apoyo.

La forma en la que hemos construido y presentado el material clínico hace de este, como decíamos, un trabajo incompleto a la espera de que los lectores lo conviertan en objeto de estudio y reflexión, ofreciendo posibilidades que, desde nuestra perspectiva, son de gran utilidad clínico-práctica. Presentamos un total de 20 casos o situaciones clínicas de naturaleza distinta y referidas a personas en momentos vitales diferentes. Si bien nuestra experiencia clínica se fundamenta sobre todo en la asistencia a jóvenes y adultos, por lo que la casi totalidad de los casos presentados se sitúan en esa etapa del desarrollo, nos ha parecido interesante incorporar los casos de dos adolescentes y el de una pareja, presentados por compañeros expertos y que aparecen debidamente consignados en sus capítulos correspondientes. Unos centran la atención en el proceso de evaluación y diagnóstico, otros en el desarrollo de la intervención terapéutica; aunque nos parece que, en el ámbito clínico, el diagnóstico y la evaluación se encuentran siempre al servicio de la terapia y nuestra experiencia nos muestra que cuanta mayor atención se preste a este momento inicial, no solo al servicio de la descripción y clasificación de los individuos, mayor será su utilidad de cara a establecer una indicación terapéutica y la planificación de estrategias de tratamiento.

Todos los casos presentados proceden de la práctica clínica real y en todos ellos hemos procedido de la misma forma: uno de nosotros ha propuesto un material que ha sido discutido y repensado por los otros dos hasta llegar a una nueva reelaboración.

Se han modificado, por supuesto, aquellos datos que pudieran mostrar la identidad real de los pacientes y se han suprimido todos aquellos que no aportan información relevante para los objetivos por los que han sido seleccionados. Algunos de ellos se eligieron por ser ejemplos relativamente claros de aspectos clínicos que hemos considerado importantes, otros, por presentar profundas controversias y ambigüedades que son tan frecuentes en la realidad cotidiana del trabajo clínico.

Los autores de este libro trabajamos, fundamentalmente, con una perspectiva psicodinámica y relacional del psiquismo humano, que queda reflejada en la forma de presentar, comprender y comentar los diferentes casos seleccionados. Lejos de suponer una limitación, la forma en que ha sido tratado y presentado aquí el material clínico permite que el lector cuestione, discuta y sobre todo complemente las opiniones que lo acompañan. Estamos convencidos de los beneficios que representa el hecho de que un mismo caso sea comprendido desde diferentes miradas teóricas y técnicas, sin que ello suponga la disminución de la profundidad y del rigor de esa comprensión. Al mismo tiempo, somos conscientes de que el volumen de conocimientos en el ámbito de la salud mental se ha incrementado de manera notable en las últimas décadas y que la necesidad de especialización demanda con fuerza el trabajo en equipo, preferentemente interdisciplinar. Solo desde el reconocimiento de una visión rigurosa pero incompleta es posible acercarse a la construcción conjunta que integre distintos saberes de un mismo fenómeno humano. Esta ha sido siempre nuestra actitud con los estudiantes en la universidad y con los pacientes en la clínica, y lo es también ahora con los potenciales lectores de este libro.

# PARTE I

# 1. Entrevista psicodinámica

Victor Cabré Segarra

La entrevista es el instrumento principal de los que dispone el clínico en su trabajo. El objetivo de este capítulo es ofrecer algunas reflexiones que permitan entender lo que llamamos entrevista psicodinámicamente orientada, y facilitar así la comprensión del material clínico que presentamos en los capítulos posteriores. Lo que confiere ese valor tan esencial a la entrevista es el hecho de que dos (o más) personas se encuentran para poner en contacto algo de la vida de cada uno. Un contacto que no solo es explicado verbalmente, narrado, sino expuesto y dramatizado a muy diversos niveles, algunos de los cuales pueden no ser ni directa ni fácilmente observables a simple vista. Se trata, por lo tanto, de una verdadera experiencia humana, que es vivida por ambos protagonistas desde una necesaria asimetría según la cual uno de ellos espera ser ayudado por el otro, quien, a su vez, está en disposición de brindar esa ayuda.

Por supuesto, los objetivos de la entrevista, en la práctica clínica, pueden ser muy diversos y en función de ello se articularán diferentes elementos técnicos, como el uso del espacio, del tiempo, de las preguntas y de los silencios. Bleger (1971) utiliza el término «entrevista psicológica» para acentuar el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico psicológico, una evaluación de la personalidad del entrevistado que incluya tanto sus aspectos enfermos o trastornados como los sanos. Otros autores, como Sullivan (1959) prefieren el término de «entrevista psiquiátrica», apuntando directamente al diagnóstico, y otros, como Etchegoyen (1986), «entrevista psicoanalítica», más enfocada a evaluar los indicadores que permitan establecer, o no, un tratamiento de orientación psicoanalítica. En la base conceptual de todos estos

autores está la idea de la entrevista como forma primordial de evaluación previa a cualquier posible intervención terapéutica, y en este sentido queremos destacar el trabajo realizado por profesionales que han inspirado directamente el enfoque desarrollado en este capítulo: Coderch (1987), Torras (1991), Mitjavila (1994), Aguilar (1998) y Pérez Sánchez (2006).

En cualquier caso, si la experiencia de la entrevista es vivida desde una actitud de escucha abierta, de genuino interés por el otro ser humano sentado enfrente, los distintos objetivos se alternarán y se podrán articular hasta conseguir una cierta figura del otro, de lo que le puede estar pasando al entrevistado. Conviene no tener prisas. Aún si se dispone de un tiempo limitado, que a veces es realmente escaso, podremos escuchar mejor y comprender más si nuestro estado interior es pausado, si nuestro ritmo interno es lento, lo que no equivale, evidentemente, ni a pasividad ni a largos silencios. Tal vez lo que subyace tras este planteamiento es la idea de que, mediante la entrevista, debemos recoger información sobre lo que supone un sufrimiento para el paciente (y quizá también para los que lo rodean), sobre su vida y los principales acontecimientos vitales, sobre sus relaciones y sobre su personalidad, pero también con la certeza de que, con todo, lo que llegaremos a conocer será siempre una muy pequeña porción de lo que en realidad es la vida de otra persona. Entonces, frente a la idea de que cuanto más información tengamos será mejor, se podría plantear que es preferible una comprensión precisa, rigurosa y significativa de lo que somos capaces de registrar y comprender, a pesar de su necesaria parcialidad.

## 1.1. La entrevista: técnica, proceso y relación

Desde el punto de vista técnico, la entrevista supone la utilización consciente e intencionada de conocimientos teóricos y metodológicos por parte del profesional, que le confieren unas características particulares. Así, solemos hablar de entrevistas más directivas o más libres, cerradas o abiertas, en las que se utilizan de formas diferentes elementos como la interpretación, el consejo o

el silencio. Al mismo tiempo, a otro nivel, diferenciamos entre lo que entendemos como primera entrevista o el primer contacto con el paciente, entrevista biográfica o de anamnesis, entrevista de devolución, entrevista de seguimiento, así como otras modalidades de entrevista, o sesiones, que tienen lugar en el curso de un tratamiento.

La primera entrevista conviene que sea tan poco directiva como el tiempo y el encuadre lo permitan, lo que no significa que se inhiban las intervenciones adecuadas por parte del profesional. El saludo inicial puede ser la mínima expresión según la costumbre social correspondiente, seguida de un pequeño silencio para permitir que sea el mismo entrevistado quien empiece a hablar. El profesional puede introducir alguna expresión abierta que invite a la explicación de cuál es el motivo de la consulta, el problema actual, su duración y si hay desencadenantes, y quién le ha aconsejado o indicado realizar la consulta. Por parte del entrevistador, los silencios deben ser breves pero convenientes, para no pretender calmar la ansiedad de estos primeros momentos evitándolos, y los del entrevistado conviene respetarlos, aunque es preferible intervenir si se prolongan excesivamente o si observamos que no se corresponden con un momento de reflexión o recuerdo. En todo momento, las intervenciones del profesional deberán ser prudentes y de escasa profundidad interpretativa, observando la correspondiente respuesta del paciente.

Durante el primer contacto se deberá estar muy atento a lo que dice el entrevistado, a cómo lo dice y a lo que calla, al orden en el que explica las cosas y si se ha producido una evolución a lo largo de la entrevista en el sentido de aumentar su confianza. Se valorará su actitud colaboradora o controlada y defensiva, así como las principales esperanzas, quejas y temores. Junto con todo lo referente al motivo de consulta y los síntomas, convendrá realizar una primera aproximación a sus estilos de relación con las personas más representativas en su vida: familiares directos, amistades, pareja e hijos y compañeros de trabajo. En el momento de finalizar este primer contacto conviene evitar brusquedades, anticipándolo con un breve retorno de los aspectos más destacables e informando de lo que seguirá, tanto si se trata de una nueva

entrevista para completar la exploración como de una derivación a otro especialista.

Si se lleva a cabo una entrevista específicamente biográfica, conviene que el profesional tenga en mente la relación completa de aspectos a explorar para que los pueda introducir en el transcurso de la conversación, de forma natural y sin transmitir la impresión de que está más pendiente de las preguntas que debe realizar que de lo que responde el paciente. Será necesaria información referente a los antecedentes personales y familiares, con el correspondiente genograma para representar gráficamente la composición familiar y sus datos más relevantes. Siempre es oportuno realizar un recorrido, a veces más detallado y otras más superficial, a lo largo de la vida del paciente, desde su nacimiento hasta el momento actual, poniendo atención en momentos vitales como la infancia, la escolaridad, la adolescencia, el trabajo, las amistades, las parejas y los hijos, la sexualidad, la salud y las principales aficiones. Conviene terminar esta entrevista con una pregunta abierta que invite al entrevistado a hablar de cualquier otra cosa que no se le ha preguntado, de algo que quiera añadir.

En el transcurso de las entrevistas iniciales o en otra posterior específica, conviene realizar una devolución de los aspectos más relevantes de lo que hemos comprendido sobre lo que nos ha explicado, con el objetivo de que el paciente pueda valorar adecuadamente la propuesta de intervención. Se trata de explicarle, de forma comprensible, las conclusiones de la formulación clínica que hemos planteado (véase capítulo 2), pero también es conveniente hacer referencia a las distintas entrevistas realizadas; asimismo, se incorporarán los instrumentos psicodiagnósticos (tests y cuestionarios) que ocasionalmente se hayan administrado. La información debe ser amplia, clara y directa, dejando espacios disponibles para observar la respuesta del paciente y poder así adaptarnos a su capacidad de hacerse cargo de lo que se le muestra de sí mismo. Forma parte de este momento determinar si conviene tener nuevas entrevistas con el paciente o en conjunto con otros familiares.

Cuando nos referimos a un período inicial o de exploración, la entrevista nos permite evaluar, y sobre todo comprender, al-