

# Enfoque dinámico en la psicosis

Marina Sánchez Revuelta \*, Junko Matsuura \*\*, Laura Carpio García \*\*\* y Cristina Martín Villarroel \*\*\*\*

\* MIR Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (CHUT)

\*\* MIR Psiquiatría, CHUT

\*\*\* MIR Psiquiatría, CHUT

\*\*\*\* MIR Psiquiatría, CHUT

## INTRODUCCIÓN

Hay veces en las que los síntomas ante los que nos encontramos no se amoldan a un diagnóstico categorial concreto, o por lo contrario, podrían encajar con varios. Se presenta el siguiente caso clínico para invitar a la reflexión.

Se trata de un varón de 36 años que vive con sus padres en un pueblo de Toledo, tiene una hermana de 35 años independizada y como principal antecedente de interés encontramos que su madre está en tratamiento por Trastorno Bipolar tipo II desde hace más de 15 años. Nuestro paciente comienza su recorrido en Salud Mental con 19 años por sintomatología obsesiva y a la que se le suman a lo largo de su seguimiento fases con clínica tanto afectiva como psicótica, que en varias ocasiones requiere ingreso hospitalario y dificulta al paciente su adecuado funcionamiento a nivel formativo, laboral y social. En varias ocasiones pasa por periodos de estabilidad psicopatológica, incluso durante años, con un buen funcionamiento a pesar de mantener algunos síntomas obsesivos que le limitan significativamente a nivel interpersonal, llegando a reducir su círculo social a su familia.

## PSICOBIOGRAFÍA

**RELACIÓN FAMILIAR:** buen apoyo. Con su madre tiene una relación estrecha y de dependencia mutua. Habla de su padre como una persona autoritaria y poco afectiva. “mi padre emigró a Francia con mi abuela y le educó a base de hostias”.

**RELACIONES SOCIALES:** única relación de pareja con 19 años. Círculo social escaso.

**RASGOS PREMÓRBIDOS:** “Sufre mucho, todo lo quiere perfecto”, hipocondríaco, dificultad moderada en el manejo de situaciones de tensión o estrés, sobre todo a nivel interpersonal.

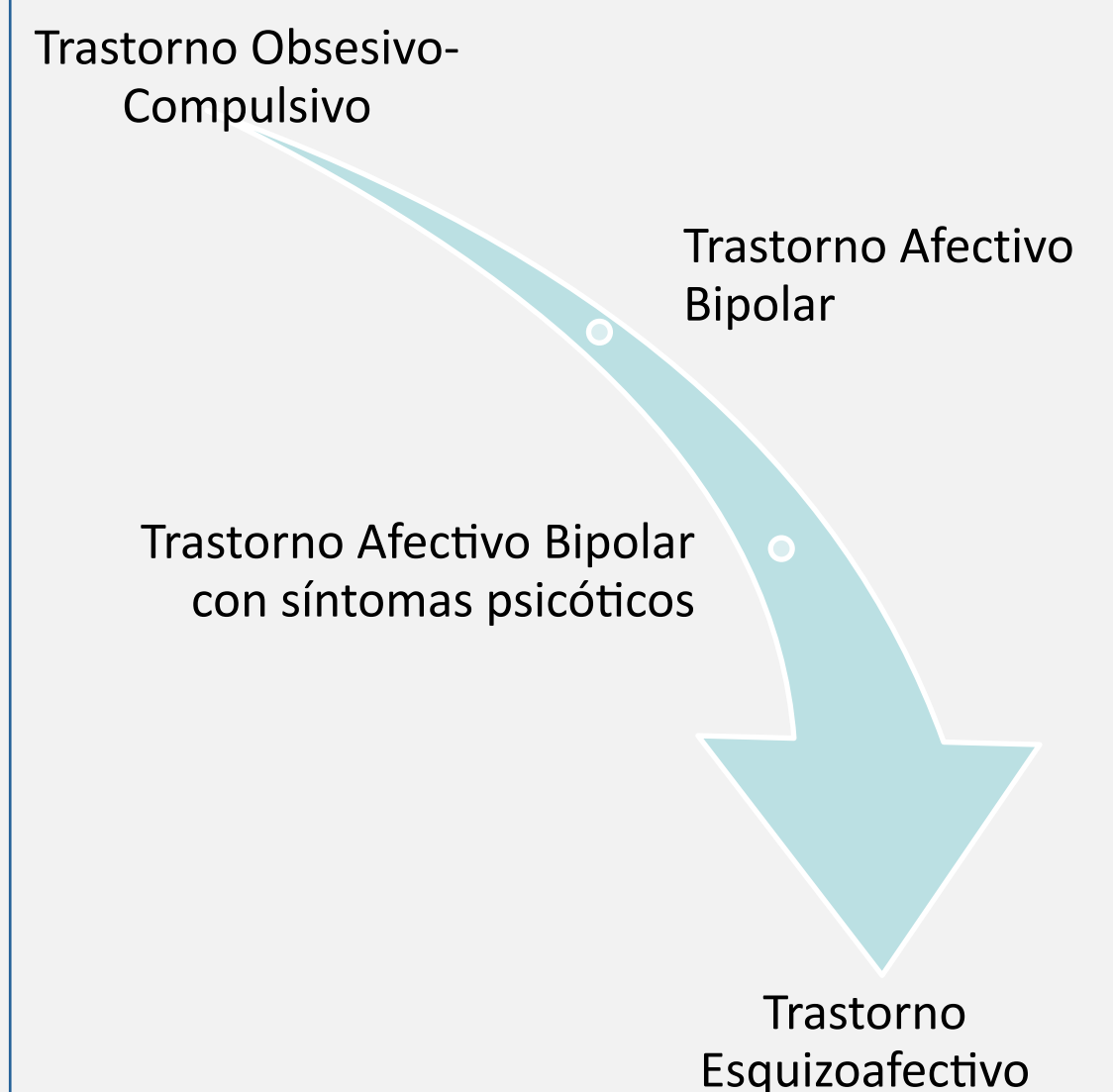
**ESTUDIOS Y TRABAJO:** bachillerato y curso de instalaciones térmicas. Trabajos esporádicos (limpieza, camarero, inmobiliaria, entre otros) con buen rendimiento. Actualmente cobra una pensión no contributiva.

## EVOLUCIÓN PSICOPATOLÓGICA

1. **Cuadro ansioso-depresivo secundario a pensamientos intrusivos egodistónicos** tras el comienzo de sus relaciones sexuales.
2. Primer ingreso con **clínica maniforme predominante asociada a síntomas psicóticos con ideas delirantes megalomaniacas y de contenido místico-religioso** unidas a voces que le comunican “su misión”. Hace referencia a que su padre discute mucho con su madre y por esto él tiene que mediar y “equilibrar”. “Está pasando algo muy grave contra la humanidad, Dios nos dio un paraíso pero el hombre lo ha estropeado con su avaricia” “yo puedo equilibrar la balanza, solo hay que mirar hacia abajo y ser humilde”.
3. Gesto autolítico en contexto de **síntomas psicóticos con ideas e interpretaciones delirantes y alucinaciones auditivas y visuales relacionadas con el demonio y sensación de posesión**. “Me venía el demonio, escuche latín, notaba como una fuerza que me atraía y vi el semblante de una virgen”, “me di 5 puñaladas porque si tengo el mal dentro pues me lo quito”.
4. **Episodio de bloqueo, inhibición y perplejidad** (“he hecho algo terrible, me quiero morir”) que evoluciona hacia una **clínica psicótica franca** con ideas e interpretaciones delirantes de contenido místico-religioso y perjuicio, y falsos reconocimientos.
5. **Episodio de enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, con un discurso incoherente y embotamiento afectivo** que evoluciona hacia **insomnio, inquietud psicomotriz, ideas, interpretaciones y recuerdos delirantes de perjuicio hacia su padre**, “mi madre está muerta”.

- En cada episodio de descompensación la clínica psicótica o afectiva va remitiendo, aflorando en estos momentos síntomas obsesivos en forma de pensamientos intrusivos egodistónicos de diferentes contenidos, entre ellos, sexual y de heteroagresión.
- Ha presentado una conciencia parcial de sus fenómenos patológicos a lo largo de su evolución, realizando crítica de la sintomatología psicótica de manera retrospectiva. Habla de las recaídas como “estar conectado” “cuando me vienen todas las ideas religiosas y las interpretaciones de la realidad”.
- Nuestro paciente realizó seguimiento en psiquiatría y psicología con buena adherencia y cumplimiento terapéutico a pesar de dos ingresos en los que las descompensaciones psicopatológicas pudieron ser motivadas por conflictividad intrafamiliar e interdependencias patógenas, junto con la toma irregular de los psicofármacos.

## EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA



## CONCLUSIÓN

Las categorías diagnósticas pueden ser clínicamente útiles, pero vemos que se superponen en aspectos como factores genéticos, factores de riesgo y su presentación clínica, evolución o pronóstico. Por este motivo, cada vez más veces los pacientes nos enseñan que la psicosis es una configuración psíquica líquida que escapa a los intentos de categorización estanca.

Un enfoque dinámico facilita que se le de más importancia a los síntomas, pudiendo ir más allá de ellos y permitiéndonos trabajar respetando su subjetividad. Así no solo se puede conocer mejor al paciente, sino entenderle mejor.

## REFERENCIAS

1. V Lermenda, et al. Trastorno esquizoafectivo ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2013; 51 (1): 46-60.
2. J.E. Muñoz-Negro et al. A dimensional comparison between delusional disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophrenia Research. 2015; 169: 248-254.
3. G van Rooijen et al. A symptom network structure of the psychosis spectrum. Schizophrenia Research. 2017; 189: 75-83.
4. S Guloksuz J. van Os. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. Psychological Medicine. 2018; 48: 229-244.