

Exposición del caso

G. es un varón de 29 años que desde diciembre de 2019 se encuentra ingresado en un dispositivo de Rehabilitación psiquiátrica del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Hasta el momento presente y desde el 2017 ha precisado de tres ingresos en la UHB, con clínica psicótica de corte paranoide y nula conciencia de enfermedad. Estados catatoniformes, abandono personal, desnutrición e intentos autolíticos son los motivos que han propiciado dichos ingresos. En el último ingreso recibe 15 sesiones de TEC. G. tiene una mala relación con su familia, a quienes acusa de querer hacerle daño, por lo que se niega a comunicarse con ellos.

Datos sociobiográficos

G. es el mayor de dos hermanos. Sus padres, quienes tienen una diferencia de edad de 15 años, se separaron cuando él tenía 7 años. Poco tiempo después su madre comienza una relación con su pareja actual, con quien tiene un hijo 10 años menor que el paciente. Con el nacimiento de su hermano menor, G. comienza a presentar alteraciones de conducta que continuarán durante la adolescencia, mostrando actitudes oposicionistas y hostiles en el ámbito académico y en ocasiones violentas en el ámbito familiar. Brillante en los estudios, acabó una licenciatura y decidió viajar por varios países con el objetivo de montar una empresa relacionada con sus intereses de electrónica. Durante sus viajes comienza a padecer síntomas psiquiátricos y en una ocasión es necesario que un familiar acuda a un hospital de otro país para traerle de vuelta. Se le conocen dos parejas, la más significativa una que conoció en el extranjero y quien tras tres años decide romper la relación por el estado “extraño”, suspicaz y querulante de G.

- **Antecedentes personales:** Tto psicológico con 14 años por alteraciones conductuales.
- **Antecedentes familiares:** Padre con abuso de alcohol. Tía materna con diagnóstico de TLP. Hermano pequeño con diagnóstico de TDAH.

Abordaje del caso

Durante su estancia en el dispositivo de Rehabilitación, G. presenta nula conciencia de enfermedad, aunque muestra actitud respetuosa y parcialmente colaboradora en las actividades. Centra la demanda en la necesidad de retirar la medicación para “comprobar que no tiene ningún trastorno mental y poder salir sin un diagnóstico psiquiátrico”. Se ha intentado, en dos ocasiones, disminuir la medicación, observando un empeoramiento; no obstante el paciente lo atribuye a un efecto de acumulación farmacológica por lo que “habría que retirarla completamente”. En las entrevistas mantiene una actitud poco colaboradora en la que se niega a hablar de su vida privada y de los problemas sufridos hasta la fecha, limitando profundamente el abordaje psicoterapéutico. G. impresiona de problemas de alexitimia, negando estados emocionales desagradables o problemas relevantes de presentar dificultades que pudieran desestabilizarle. Actualmente, unido a las actividades propias del dispositivo, se mantiene un encuadre psicoterapéutico de entrevista bisemanal.

Discusión y teoría

La falta de conciencia de enfermedad es un problema frecuente en los trastornos psicóticos. Se manifiesta a través de la dificultad para atribuir los síntomas a la enfermedad, en la incapacidad para apreciar las consecuencias que esto conlleva a nivel psicosocial y en la incapacidad de reconocer la eficacia del tratamiento sobre la enfermedad. Entre los modelos que explican el fenómeno se considera especialmente relevante el Modelo de defensa psicológica, procedente de la escuela psicodinámica y consistente en un mecanismo de negación ante los sentimientos de ansiedad o depresión que supone reconocer la enfermedad. En este sentido son varios los autores que han apuntado una relación directa entre un buen nivel de insight y un aumento de riesgo de suicidio en personas con experiencias de psicosis, hipótesis que ha sido corroborada en estudios de metanálisis (Mintz, 2003). En el caso de G., actualmente el trabajo psicoterapéutico se constituye a través del vínculo, con el objetivo de desarrollar una base segura (Bowlby, 1988) basada en la transferencia. Dadas las circunstancias, se establece como piedra angular el desarrollo de una relación con el usuario a través del cual trabajar significados, desarrollar nuevos modos de gestionar las emociones y respetar la naturaleza idiográfica de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¿Qué es la locura? (2013). Leader, D.
Principios de una psicoterapia de la psicosis (2020). Álvarez, J.M.
Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego (1989). Bowlby, J.
Insight in early psychosis: a 1-year follow-up (2003). Mintz A. et al.