



EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Aguado Revilla

Sergio Álvarez Silva

Paloma Gotor Reula

David Vaquero Puyuelo

Salvador Bello Franco.

Beita_aguado@yahoo.es

Psicosis, Delirio

RESUMEN

Un discurso o una idea no son delirantes únicamente porque sean raras o absurdas sino porque se han vuelto necesarios desde el punto de vista subjetivo. El delirio es la consecuencia del contacto con la pulsión y la ruptura de la identidad, o de la dificultad de comprensión de la realidad que se produce en el individuo cuando se desencadena la psicosis. Cuando esto ocurre, todo aparece extraño y necesitado de un nuevo significado, que es el que vendría a proporcionar el delirio. Presentamos el caso de un paciente de 52 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide que acude a urgencias por reagudización de la clínica delirante que presenta desde hace años, en forma de delirio místico de posesión demoniaca, que conlleva la aparición de ideación autolesiva grave motivo por el cual el paciente es ingresado en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría. A partir de este caso se revisarán las distintas funciones que puede cumplir el delirio en los pacientes con psicosis.

EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Un discurso o una idea no son delirantes únicamente porque sean raras o absurdas sino porque se han vuelto necesarios desde el punto de vista subjetivo. El delirio es la consecuencia del contacto con la pulsión y la ruptura de la identidad, o de la dificultad de comprensión de la realidad que se produce en el individuo cuando se desencadena la psicosis. Cuando esto ocurre todo aparece extraño y necesitado de un nuevo significado, que es el que vendría a proporcionar el delirio. Presentamos el caso de un paciente de 52 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide que acude a urgencias por reagudización de la clínica delirante que presenta desde hace años, en forma de delirio místico de posesión demoniaca, que conlleva la aparición de ideación autolesiva grave motivo por el cual el paciente es ingresado en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría. A partir de este caso se revisarán las distintas funciones que puede cumplir el delirio en los pacientes con psicosis

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Servicio de Psiquiatría procedente de Servicio de Urgencias donde ha acudido acompañando de sus familiares (padre y hermano) por ideación autolesiva grave (ha construido un artilugio para cortarse las cuerdas vocales) en contexto de reagudización de la clínica delirante que presenta de forma crónica y la presencia de alucinaciones y fenómenos de pasividad ("el demonio habla a través de mí, y desde hace unas semanas no me deja en paz")

Se trata de un paciente conocido en nuestro servicio desde hace 10 años por 6 ingresos previos. En el tercero de dichos ingresos, recibió 8 sesiones de TEC ante posibilidad de depresión psicótica. Al parecer 5 años antes estuvo ingresado en otro hospital de la ciudad y al alta le pautaron lonseren que produjo clínica extrapiramidal. También consta que estuvo ingresado en Hospital de Día de nuestro hospital durante casi dos meses hace 10 años. Previamente refieren que llegó a recibir tratamiento psiquiátrico cuando fue a trabajar a Santander con su padre. Él describe que entró en estado depresivo y que creía que los demás le criticaban. En su psicobiografía cabe destacar un adecuado desarrollo psicomotor y un carácter difícil en infancia y adolescencia (en esta etapa hubo consumo de sustancias psicoactivas y también conductas disociales). En tratamiento ambulatorio en nuestras Consultas desde hace 15 años, habiendo estado en tratamiento con quetiapina, olanzapina, clozapina, amisulpiride y ocasionalmente asociado a escitalopram. Posteriormente se mantuvo estable con tratamiento con risperidona depot, hasta hace unos 7 años, cuando se sustituye el tratamiento inyectable por 1 ampolla de flufenazina depot cada 28 días.

EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Hace unos 7 años se realizó un ingreso en la Unidad de Media Estancia (el paciente no recuerda duración exacta) y posteriormente se intentó vinculación con Centro de Día, sin llegar a conseguirse. A pesar de los tratamientos no ha habido remisión clínica aunque sí cierto apaciguamiento a lo largo del tiempo. La valoración diagnóstica realizada es de psicosis paranoide (a veces diagnosticado de Esquizofrenia paranoide, otras de desarrollo delirante).

En tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso con una ampolla de flufenazina depot cada 28 días, quetiapina prolong 200mg (0-0-1), flurazepam 15 mg (0-0-1), levomepromazina 25mg (0-0-1) Y zolpidem 10 mg (0-0-1).

A nivel familiar se recogen antecedentes psiquiátricos en rama paterna (una tía que ha precisado tratamiento constante y en ocasiones ingreso ante posible clínica depresiva) y Enfermedad de Alzheimer avanzada en la madre, siendo en la actualidad dependiente para las ABVD.

Desde el punto de vista médico se recogen antecedentes de HDA por toma de salicilatos, y tabaquismo.

A nivel psicobiográfico, el paciente es el mayor de una fratria de 3 hermanos, en la actualidad el mediano vive y trabaja en África, y el pequeño en otra comunidad autónoma. El paciente convive con sus padres octogenarios, siendo el cuidador principal de su madre enferma de Alzheimer. En la infancia se describe como un niño introvertido y con dificultades para relacionarse, aunque describe las relaciones familiares y con los hermanos como armónicas. En la adolescencia describe consumo sintomático de alcohol, THC y puntualmente psicoestimulantes, así como ocasionalmente conductas disociales. Recuerda perfectamente el comienzo de la enfermedad y describe una vivencia apofánica "estaba escuchando con mis amigos una canción de *heavy metal* (que llega a recordar y cantar durante la entrevista) y sentí como el demonio se me metía dentro" esa misma noche, fallecen dos de sus amigos en un accidente de tráfico, lo que toma como confirmación del delirio. A partir de ahí, se desarrolla un sistema delirante como explicación del desencadenamiento psicótico, dice estar poseído por el demonio, y a veces "escuchar cómo le dice cosas, como le critica" y otras como intenta "hablar a través de mí". Este hecho le supuso una ruptura biográfica y un cambio en la escala de valores "dejé de consumir y la vida que llevaba, me puse a trabajar con mi padre" por aquel entonces se mudaron a otra provincia debido a la actividad laboral del padre. Posteriormente relata que pasó a vivir unos meses en un monasterio, "donde encontré apoyo... me han hecho exorcismos varias veces... pero ni eso ha servido" "desde entonces me he refugiado en la religión". Posteriormente los padres regresaron a su ciudad de origen, y el paciente se mudó con ellos, viviendo desde entonces en el domicilio familiar.

EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

La familia describe varios intentos de integración al mundo laboral, sin haberse llegado a conseguir, motivo por el cual, el paciente está incapacitado laboralmente en la actualidad. Además describe un cambio en su funcionamiento tras el desencadenamiento psicótico, apareciendo una marcada inseguridad, tendencia a la rumiación y culpabilización por su funcionamiento en el pasado.

El paciente relata que la clínica psicótica no ha llegado a desaparecer en ningún momento, pero que sí que presenta modulaciones en su intensidad, describiéndolas el paciente como "voz más amenazante o descalificadora" "el demonio habla a través de mí y me hace decir cosas a los demás... insultos o cosas negativas" en este contexto, en algunos momentos en la evolución de la enfermedad ha llegado a autolesionarse haciéndose cortes en la lengua. Además, los momentos de mayor actividad productiva condicionan mayor aislamiento social.

El episodio actual se circunscribe al mes previo al ingreso, cuando, en un principio sin desencadenante aparente, se reagudiza la clínica delirante y alucinatoria que presenta el paciente en la manera descrita, condicionando que el paciente abandone sus responsabilidades familiares con respecto al cuidado de la madre. La familia describe la madre presenta múltiples alteraciones de conducta debido al avance de la Enfermedad de Alzheimer que presenta y que son frecuentes las discusiones en la pareja por este motivo. En este contexto, el paciente es el único que consigue "manejar a su madre, y hacer que esté tranquila". La familia describe, además que el paciente ha aumentado su nivel de aislamiento ("está casi todo el día en el garaje fumando, ya no sale ni para las comidas") y un aumento significativo del nivel de angustia, que ha condicionado la aparición de ideación autolesiva, habiendo verbalizado el paciente que "está construyendo un dispositivo para cortarse las cuerdas vocales" motivo por el cual, la familia contacta con su psiquiatra de referencia, quien, ante la descompensación psicopatológica indica ingreso.

En la exploración psicopatológica al ingreso, el paciente se encontraba consciente, alerta, y adecuadamente orientado auto y alopsíquicamente. Elevada presión de sufrimiento durante la entrevista que condiciona ligera inquietud psicomotriz, a pesar de lo cual se muestra abordable y colabora en la medida de sus posibilidades. El contacto visual es esquivo y la reactividad emocional se encuentra ligeramente disminuida. Habla en tono bajo y ritmo ligeramente enlentecido elaborando un discurso coherente y organizado, aunque parco en palabras y ligeramente pobre en contenido, centrado en situación vital actual. Malestar emocional con predominio de angustia y sentimientos de culpabilidad en contexto de reagudización de vivencias delirantes, en el cual no parecen existir signos de endogenicidad. Hiporexia e insomnio mixto que han empeorado en los últimos días

EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Ideación autolesiva en contexto de vivencias delirantes con miedo al paso al acto y que pide ayuda para contener. Impresiona de rasgos vulnerables de la personalidad cluster C. Ideación delirante místico religiosa en forma de fenómenos de posesión encronizada que se ha exacerbado en los últimos días y que asocia alucinaciones auditivas que en los días previos al ingreso se tornaron imperativas, así como fenómenos de pasividad. El juicio de realidad se encuentra mermado.

En la exploración física y las pruebas complementarias realizadas durante el ingreso (analítica sanguínea con bioquímica, hemograma, estudio de coagulación, rastreo de tóxicos en orina, niveles de vitamina B12 ácido fólico y hormonas tiroideas y serologías de VHB, VHC, VIH y Lúes no se encontraron alteraciones.

La adaptación a la dinámica de la unidad fue adecuada desde el primer momento, respetando desde el principio las normas de la misma, aunque con tendencia a permanecer aislado. Durante los primeros días destaca el elevado nivel de angustia, por lo que se realiza ajuste psicofarmacológico añadiendo benzodiacepinas (clonazepam hasta dosis de 3 mg/día) y reajustando el tratamiento hipnótico añadiendo levomepromazina 25 mg/día, así como paliperidona a dosis de 6 mg/día para intentar disminuir la actividad alucinatoria/delirante. Una vez se rebajaron los niveles de angustia se puede profundizar más en las entrevistas, donde se pone de manifiesto un desbordamiento personal del paciente en relación con el cuidado de la madre, que ha causado sentimientos de ambivalencia hacia ella y sentimientos de culpa intensos, que a su vez han condicionado la aparición de alucinaciones auditivas descalificadoras y fenómenos de pasividad ("el demonio me hace pensar y decir cosas malas sobre mi madre y mi familia")

A nivel psicoterapéutico se intenta que el paciente identifique factores que disminuyan su angustia y productividad delirante, para así intentar potenciarlos. Además, se intenta trabajar sobre el deseo, de manera que el sistema delirante se haga menos necesario. Trabajamos el incremento de la interacción social hasta unos niveles tolerables, y se va mostrando más participativo en la dinámica de la unidad. Se realiza colaboración con Trabajo Social dada la relación de la situación familiar actual con el aumento de la productividad delirante, buscando alternativas para disminuir la implicación del paciente en el cuidado familiar de forma que pueda seguir conservando ese rol, así como alternativas de actividades organizadas relacionadas con los aspectos del deseo trabajados previamente. Además se contacta con los Servicios Sociales de Zona para que hagan un seguimiento estrecho del caso al alta. Con el paso de los días, va disminuyendo la angustia y la actividad delirante del paciente de manera que es capaz de participar adecuadamente en las actividades de la unidad.

EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Se conceden permisos de salida en los que el paciente no se aísla y es capaz de mantener un nivel adecuado de actividad. Además acepta y se muestra motivado para llevar a cabo los planes que se le proponen al alta, por lo que se procede a alta a domicilio para continuar seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN Y ACTUALIZACION SOBRE EL TEMA

Las consecuencias derivadas de la dinámica psíquica de la persona con psicosis no son sino formas alternativas de suplir o mediar el contacto con la realidad y gestionar el dolor inevitable del contacto con esta. Algunos pacientes, como sería nuestro caso, en los momentos en los que la angustia no es inmanejable, podrían utilizar estrategias de corte obsesivo como suplencias de la psicosis. Cuando por cualquier motivo (en este caso por aumento de las exigencias del entorno ante el agravamiento de la enfermedad de la madre) estas suplencias se hacen insuficientes se produce la desestabilización, en forma de un aumento de la angustia y de la intensidad de los fenómenos alucinatorios y delirantes en los casos de las psicosis crónicas

Facilitar la estabilización y fomentar la autonomía deben ser uno de los objetivos en el tratamiento de los pacientes con psicosis. A este respecto, hay que considerar el papel que juegan los síntomas para cada paciente, la pertinencia o no de los psicofármacos en esta labor, y la importancia de la actividad como precursora del deseo. No debemos desperdiciar el buen uso de los síntomas en esta tarea de mantener la estabilidad, así, en este caso, vemos que el sistema delirante forma parte de la identidad del paciente desde que se produjo el desencadenamiento psicótico en su juventud, por lo que, si en estos momentos lo elimináramos en su totalidad, probablemente el paciente no conseguiría la estabilidad, debido a la fragilidad de su identidad sin el delirio. Además, en la actualidad éste le protege de enfrentarse a sentimientos como la ambivalencia o la culpabilidad, sobre todo en la relación con la familia. Pero, aun reconociendo la utilidad en algunos casos del delirio como defensa, debemos intentar que ocupe el menor campo posible en la representación mental del sujeto. En este sentido, en nuestro caso hemos recurrido a los psicofármacos para paliar la angustia y al apoyo social en la medida en que le permita al paciente mantener un rol –el de hijo y cuidador- que junto con el sistema delirante es importante en su identidad.

EL DELIRIO COMO DEFENSA: LA FUNCIÓN DEL SISTEMA DELIRANTE.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Por otro lado, no debemos olvidar que la actividad es un requisito para la estabilidad en tanto que precursora del deseo, por lo que durante todo el tratamiento se ha intentado explorar el resquicio de deseo que pudiese quedar en el paciente e intentar potenciarlo mediante la actividad, que a su vez permitiera el encuentro consigo mismo y con el otro sin sentirse invadido, y por lo tanto disminuir la necesidad de la actividad delirante en la medida en la que facilita el aislamiento.

El hecho de considerar los síntomas en general, y el delirio en particular, como una defensa, nos obliga a ser especialmente cuidadosos en su tratamiento, y estar siempre atentos no únicamente a su eliminación sino al desarrollo en paralelo de estrategias, que no serían sino estrategias del deseo, para no dejar al individuo desprotegido ante el contacto con la realidad y la angustia que en mayor o menor medida esta provoca.

BIBLIOGRAFIA

Vallejo J. Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría. 8ªEd. Barcelona: Elsevier-Masson; 2015.

Sims A. Síntomas Mentales. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Ed Triacastela; 2008.

Pérez-Sánchez A. Organización Psicótica de la personalidad, claves psicoanalíticas. Col 3P. Barcelona: Ed Herder; 2018.

Martin L, Colina F. Manual de Psicopatología. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2018.