



## **TRASTORNO PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO**

Inés Bello Pombo<sup>1</sup>, Ángela Lorente Murcia<sup>1</sup>, Yolanda Blaya Sánchez<sup>4</sup>, Trinidad Ortuño Campillo<sup>3</sup>, Silvia Bravo Gómez<sup>1</sup>, Mercedes Rocío Raposo Hernández<sup>2</sup>, Josefa Belén Murcia Liarte<sup>1</sup>, José Antonio Ortega Fernández<sup>3</sup>, Aida Navarro Hernández<sup>3</sup>, María Jesús Jiménez Moreno<sup>3</sup>

[inesbellopombo@gmail.com](mailto:inesbellopombo@gmail.com)

1. PIR Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
2. MIR Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
3. Servicio Murciano de Salud
4. Santo y Real Hospital de la Caridad

Psicosis. Trauma. Apego.

### **RESUMEN**

Se presenta el caso de una mujer de 18 años que realiza consultas en Salud Mental desde la infancia por problemas conductuales y falta de límites. En la adolescencia acude al Centro de Atención a Drogodependencias por consumo diario de cannabis en donde se detectaron rasgos límites y síntomas disociativos acompañados de pensamiento autorreferencial, así como alteraciones de conducta y problemas de impulsividad. En esos momentos presenta fracaso escolar y pobres relaciones sociales, aunque estables. A lo largo de los años, el tratamiento ambulatorio se acompaña por tratamiento psicológico privado, sin resultados positivos ni continuidad adecuada y posterior abandono de los mismos.

En verano de 2015 realiza un ingreso de varias semanas de duración en la Planta de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Santa Lucía por presentar alteraciones de conducta disruptivas, interpretaciones delirantes entorno a su familia con importante alteración afectiva y alucinaciones auditivas y fenómeno de lectura de pensamiento y control volitivo. La familia informa de deterioro cognitivo progresivo y ausencia de actividades sociales normalizadas, saliendo al alta con diagnóstico de Trastorno Esquizofreniforme vs Esquizofrenia.

Se plantea la presentación de su historia vital (familiar, académica y social) y la relación de ésta con traumas infantiles, dificultades de apego temprano y sus síntomas psicóticos. Para ello se tendrán en cuenta los principales estudios actuales que abordan la relación entre traumas infantiles y psicosis en la edad adulta. También se abordarán las dificultades para el diagnóstico y el tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos entendidos desde la perspectiva del trauma.

# TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

## INTRODUCCIÓN

Cada vez más estudios hacen hincapié en la relación entre trauma, disociación/escisión y psicosis. Se analiza brevemente cada elemento.

Durante muchos años los investigadores se han centrado preferentemente en la relación del trauma con síndromes no psicóticos. No obstante, en los últimos años se ha producido un gran interés sobre cómo el trauma puede precipitar o favorecer la aparición de cuadros psicóticos.

Hilgard (1986) define a la disociación como una "manera especial de la conciencia de mantener conectados eventos que de lo contrario estarían divididos entre sí". (p. 80). Es decir, la mente está compuesta por módulos que constantemente interactúan en varios niveles para producir la sensación de unidad de conciencia. En circunstancias normales, la integración es perfecta, como si fuesen un todo homogéneo. Pero, en el caso de la disociación, los diferentes módulos o sistemas cognitivos se desconectan entre sí hasta que se desintegran funcionalmente. Otras definiciones adoptan una perspectiva psicodinámica y consideran que la disociación puede ser entendida como un mecanismo de defensa inconsciente.

Es indudable que se confunden frecuentemente los términos escisión y disociación. La escisión se refiere al Yo y a los componentes afectivos de la representación cognitiva de los objetos, Además, implica una necesaria complementariedad entre las características de la representación del Sí mismo y la del objeto. Es decir, la atribución de una cualidad afectiva positiva, idealizada, a la representación del objeto implica la atribución de esa misma cualidad pero negativa, desvalorizada, de la representación del Sí mismo.

Mientras que la disociación se refiere a la conciencia y a la dificultad de integración de sus contenidos y componentes cognitivos y emocionales.

Otro problema que existe actualmente es poder distinguir entre las alucinaciones "patológicas" y las alucinaciones "normales" porque, tradicionalmente, el diagnóstico de psicosis está basado en el modelo médico de enfermedad psiquiátrica en el cual hay una distinción categórica entre condiciones "normales" vs "patológicas". Una nueva perspectiva es que las experiencias anormales pueden ser vistas en un continuo de eventos mentales normales, que difieren tan sólo en su grado de severidad e incapacidad. De esta manera, no es necesario distinguir entre alucinaciones "patológicas" y "normales", sino que es tarea del clínico evaluar qué alucinaciones surgen bajo una condición psiquiátrica y cuáles no, así como la repercusión funcional que tienen en la vida de la persona.

# TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de Consulta: Mujer de 18 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Santa Lucía (Cartagena) en agosto de 2015 acompañada por sus padres tras episodio de agresividad en el domicilio familiar que ha precisado de la intervención policial.

Antecedentes Personales: Consumidora diaria de cannabis, a tratamiento hace meses en el Centro de Atención a Drogodependencias de Cartagena, pero actualmente no acude a las citas desde hace 4 meses; diagnosticada de consumo y posibles rasgos de TLP a estudio, por detectarse rasgos límites y síntomas disociativos (escuchar voces sin malestar asociado, pérdida de control conductual con amnesia posterior para lo ocurrido) acompañados de pensamiento autorreferencial, así como alteraciones de conducta y problemas de impulsividad. En esos momentos presenta fracaso escolar y pobres relaciones sociales, aunque estables.

Durante la adolescencia acudió a un psicólogo privado por coma etílico, mala conducta, bajo rendimiento académico pero no acudió a las consultas con psicología.

Antecedentes de tratamiento en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil desde la niñez por dificultades en la educación y convivencia, así como dificultades con los hábitos conductuales básicos (comida, sueño) y celos hacia su hermana pequeña, debido a la sobreprotección de los padres hacia ésta; también presentaba rabietas que los padres no sabían manejar; diagnosticada de trastorno del comportamiento.

De bebé tuvo crisis de llanto donde se quedaba ausente.

Fracaso escolar en primero de ESO. Dos consultas en urgencias por autolesiones: La primera con 14 años por intento autolítico tras ruptura sentimental y la última hace un año por cuadro de agresividad en el medio familiar: tras discusión familiar ha agredido a su hermana y ha comenzado a lanzar objetos y romper los muebles de la casa. La familia refiere que no acepta límites ni normas.

Antecedentes Familiares: Madre con antecedentes de Alcoholismo durante la infancia y toda la niñez de la paciente, actualmente abstinenta desde hace varios años. Durante este período la madre perdía frecuentemente el control de su conducta, llegando a agredir física y psicológicamente a la paciente; también en ocasiones ha mostrado conductas negligentes de cuidado. Estos problemas dieron lugar a que el padre asumiese el control de la situación y, al mismo tiempo que proporcionaba protección a la paciente, también se desahogaba con ella ante la situación de pareja. La madre al ver esta complicidad mostraba conductas de rechazo hacia ambos.

Enfermedad Actual: La paciente acude en estado de importante agitación al Servicio de Urgencias. La familia refiere estar sobrepasada por la situación de la paciente que lleva varios

## TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

años agravándose a pesar de los intentos de tratamiento. La familia describe comportamientos violentos en la convivencia diaria, empeoramiento progresivo de las relaciones sociales y familiares, así como conductas cada vez más disruptivas que no logran entender por desproporcionadas e ilógicas desde su punto de vista, que no saben cómo manejar y que está dificultando la dinámica familiar e incluso en su entorno próximo al increpar a gente desconocida por pensar que se burlan de ella o se ríen. La familia refiere igualmente preocupación porque observa que progresivamente tiene menos capacidades incluso a nivel intelectual-cognitivo por observar en conversaciones cotidianas elementos de confusión o sin sentido.

Exploración Psicopatológica: La paciente se encuentra consciente y orientada en las tres esferas, con predominio de la ansiedad y agresividad contenida, a su ingreso poco colaboradora y difícilmente abordable. Predominan las interpretaciones delirantes del entorno con importante dinámica afectiva y repercusión conductual de larga evolución con inicio paulatino y larvado. Presenta alucinaciones auditivas y fenómeno de lectura del pensamiento y control volitivo.

Evolución durante el ingreso: La paciente a su ingreso colabora muy poco, se muestra muy tensa y nerviosa. Tras introducir tratamiento, y tras varias semanas de ingreso, la paciente se muestra más abordable refiriendo ser objeto de manipulación y acoso por parte de su familia, describe cómo siente que la manipulan para hacer lo que no quiere, cómo su hermana disfruta cuando ella llora, cómo escucha pasos por el pasillo cuando ella está llorando y cómo sus padres planean hacerle daño y desean que lo pase mal, que se convierta en "yonki", que vaya a la cárcel, incluso refiere que la hermana le abre la boca y habla a través de ella o piensa que es capaz de manipular el contenido de la televisión o piensa que escuchan lo que ella está pensando. Al alta ha mejorado la conducta y la ansiedad en gran medida, el contacto es mejor y acepta la confrontación de las ideas delirantes presentando buena adherencia al tratamiento.

Diagnóstico: Diagnóstico al alta de Trastorno Esquizofreniforme vs Esquizofrenia (F20, según CIE-10).

Diagnóstico secundario: Consumo de Cannabis. Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de [cannabinoides](#) (F12, según CIE-10).

### DISCUSIÓN

A lo largo de este caso se muestra cómo la psicosis y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no son entidades clínicas tan distintas ni distantes, sino que con frecuencia tienen puntos de unión. Por ejemplo, las investigaciones indican que la prevalencia vital de TEPT en pacientes mentales graves es muy superior a la de la población general; por su parte, Morrison, Frame y Larkin (2003) plantean, que tanto la psicosis como el TEPT, representan un continuo de respuestas del individuo sometido a un evento traumático. Las similitudes entre ambos

## TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

trastornos indican que podrían formar parte del mismo espectro de respuestas ante un acontecimiento traumático. Esto implica que existen nexos comunes, pero también hay que buscar una explicación de por qué el trauma da lugar a esa variedad de síntomas que se han descrito.

Numerosas investigaciones han estudiado la etiología de la psicosis, aún en debate y con necesidad de más estudios. El modelo tradicional de vulnerabilidad-estrés de Nuechterlein y Dawson (1984) sugiere que la crisis psicótica refleja el fracaso de un individuo vulnerable en el manejo de una situación estresante (traumática). Los estudios actuales van añadiendo datos, y parecen poder demostrar, que en los pacientes psicóticos se da una alta incidencia de trauma en general, y de abuso físico y sexual, en particular.

Se ha sugerido que la psicosis puede surgir como reacción ante un trauma (Read, 1997). En relación con el trauma, los estudios destacan evidencias existentes en la relación entre abuso físico y/o sexual en la infancia con un gran número de problemas de salud mental (tanto en niños como en adultos). Más concretamente, los datos destacan traumas infantiles tanto en el Trastorno Límite de Personalidad como en la psicosis (Mueser y cols. 1998; Read y Argyle, 1999).

El abuso sexual en la adolescencia también se ha asociado a muchos trastornos en la etapa adulta. Son habituales la depresión, ansiedad, los trastornos de la alimentación, el abuso de sustancias, los trastornos de la personalidad y disociativos, así como el suicidio (Villavicencio y Sebastián, 1999). Read, Agar, Barker-Collo, Davies y Moskowitz (2001) encontraron que el abuso en la infancia era mejor predictor de suicidio en adultos que un diagnóstico de depresión. Estos datos amparan la relación entre trauma y psicosis, ya que la mayoría de los síntomas de estos trastornos son muy habituales en pacientes con episodios psicóticos.

Las teorías del trauma establecen relaciones entre el trauma y los procesos neuroevolutivos, en este contexto destacamos el modelo de Read, Perry, Moskowitz y Connolly (2001), desde el trauma y la neuroevolución para explicar la esquizofrenia, fundamentándose en las similitudes encontradas entre los efectos que los traumas tempranos tienen en cerebros en desarrollo y en las anomalías estructurales y químicas encontradas en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia. Estos hallazgos son congruentes con los modelos que sugieren que las adversidades en edad temprana, pueden producir cambios psicológicos y biológicos que aumentan la probabilidad de sufrir psicosis, así como otros trastornos mentales graves. Nuevamente, las investigaciones hechas en este campo sugieren la importancia del papel que juegan las experiencias vitales traumáticas en el desarrollo de la psicosis.

No obstante, se necesitan más estudios para saber de qué forma estos acontecimientos traumáticos vitales actúan en el desarrollo de la enfermedad.

## **TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO**

Algunos autores sugieren una conexión entre el contenido de la experiencia abusiva y los síntomas psicóticos. Sería útil una evaluación minuciosa, haría visibles las conexiones entre la naturaleza del trauma y el contenido de las alucinaciones y los delirios. Asimismo, en los casos en los que la psicosis y el trauma coexisten, es frecuente que la enfermedad se cronifique y que la sintomatología sea resistente a la medicación (Fowler, 2000). En el caso clínico presentado sería interesante tener en mente este enfoque para trabajar las ideas delirantes y la relación de ellas con su historia familiar y así lograr un sentido de coherencia mayor en la historia vital de la paciente.

Siguiendo con la relación entre TEPT y psicosis, varios autores hacen hincapié en los diferentes nexos de unión. Por su parte, Mueser, Rosenberg, Goodman y Trumbetta (2002) han propuesto que el TEPT media los efectos negativos del trauma en el curso de las enfermedades mentales graves. Sugieren que este tipo de trastorno influye en la psicosis directamente a través de los efectos específicos de los síntomas (evitación, hiperactivación y reexperimentación), y también indirectamente a través de los problemas secundarios asociados al TEPT (retraumatización, abuso de sustancias, dificultades interpersonales). Por su parte, Kilcommons y Morrison (2005) se centran en los síntomas positivos ya que han encontrado que los procesos disociativos y las creencias centrales negativas producidos por el trauma, están asociados con las experiencias psicóticas, especialmente con las alucinaciones. Morrison (2001) también toma como punto de partida los síntomas positivos y los relaciona con las creencias negativas, de tal manera que sugiere que las experiencias traumáticas contribuyen a una construcción defectuosa de auto-conocimiento de sí mismo y los demás, que condiciona las interpretaciones posteriores. En relación con el mecanismo de disociación, presente en el TEPT, Allen, Coyne y Console (1997) sugieren que los estados disociativos interfieren con la comprobación de la realidad y dejan al individuo más vulnerable ante la psicosis ya que los anclajes internos (sentido de sí mismo o del Yo) no están operativos.

### **CONCLUSIONES**

Las aportaciones descritas en este trabajo indican la importancia de un cambio de modelo en el paradigma de la psicosis, pudiendo incorporar las aportaciones de las teorías del trauma y la disociación, enriqueciendo así la comprensión clínica y también el trabajo terapéutico.

Es importante señalar la importancia de la evaluación del componente disociativo ya que en este tipo de cuadros fronterizos puede ser un arma diagnóstica importante, así como una aproximación desde la estructura de personalidad y delimitar si se trata de una estructura de personalidad borderline o psicótica (Kernberg, 1984), ya que puede contribuir a realizar un diagnóstico más certero y un tratamiento más adecuado al caso.

## TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J.G., Coyne, L. y Console, P. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 327-334.

Fowler, D. (2000). Understanding the outcome findings of CBT for psychosis: A cognitive model and its clinical implications. *Cognitive Therapy for Psychosis Conference*, Ayr.

Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness*. New York: Wiley.

Kernberg, O.F. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Tr.it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Kilcommons, A.M. y Morrison, A.P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351-359.

Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusion in psychosis; an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

Morrison, A.P., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationship between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.

Mueser, K.T., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D. Vivander, R. y Goodman, L.B. (1998). Trauma and PTSD in several mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499.

Nuechterlein, K. y Dawson, M.E. (1984). A Heuristic Vulnerability-Stress model of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.

Parra, A. (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensidad a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no clínica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14 (1), 61-71.

Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychological Research Process*, 28, 448-456.

Read, J. y Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a story of child abuse. *Psychiatric Services*, 50, 1467-1472.

Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E. y Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults, integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychological Research Process*, 32, 367-372.

Read, J., Perry, B., Moskowitz, A., y Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64, 319-345.

## **TRASTORNE PSICÓTICO Y TRAUMA: APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO**

Valiente Ots, C., Villavicencio Carrillo, P. y Cantero Martínez, M. (2006). La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis. *Apuntes de psicología*, 24 (1-3), 111-135.

Villavicencio Carrillo, P. y Sebastián Herranz, J. (1999). *Violencia doméstica y su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.