



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

Beatriz Ayala Cuevas, Helena Sanz Sanz, Marina García Rapún, Bárbara Morer Bamba, María Burillo Gonzalvo, Lola Berbiela Bustamante y Anna Navarro Tous.

beatrizayala.c@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es mostrar, con el siguiente caso clínico, la dificultad con la que nos encontramos en el tratamiento del paciente delirante ante la fijeza del delirio.

Breve historia clínica

Es un varón de 41 años. El pequeño de una fratría de dos. Soltero y sin hijos. Vive solo en un piso de propiedad y actualmente se encuentra en el paro tras un despido. Sí realiza trabajos como camarero de forma puntual, ya que suele tener dificultades para conservarlos influido por la problemática derivada de su patología, y no suele permanecer en ellos más de un mes.

Hasta el desencadenamiento de la enfermedad, tenía un trabajo estable, en el mismo puesto durante más de quince años, y buenas relaciones familiares, que se han visto muy deterioradas desde hace aproximadamente dos años. Tanto sus padres como su hermano mayor viven en otra localidad cercana.

El temático delirante remite a un complot de sus vecinos extranjeros del piso de arriba, que junto con ex-compañeros de trabajo, le insultan y le provocan. Refiere escuchar, desde su casa, vejaciones y amenazas. Extiende después su perjurio a su familia, diciendo que no le permiten tener "intimidad", alejándose de ellos y sin ningún contacto desde hace aproximadamente un año. La exploración psicopatológica muestra: lenguaje coherente, centrado en la trama delirante (perjuicio y erotomanía), alucinaciones auditivas (voces), lectura del pensamiento ("todos podéis saber lo que estoy pensando") y nula conciencia de enfermedad. No entiende por qué ha ingresado, situando la causa de sus problemas en los otros, sintiéndose perseguido e invadido de forma continua. Se encuentra inmerso en procesos judiciales a consecuencia de las denuncias interpuestas entre él y los vecinos, así como una orden de alejamiento de éstos y de algunos compañeros del antiguo trabajo.

Motivo de consulta

El paciente es remitido a nuestro hospital con orden judicial de ingreso tras un juicio rápido celebrado esa misma mañana por denuncia del propio paciente a sus vecinos, a los que acusa de continuo acoso verbal. Se le realiza una valoración forense de su estado mental, y se decide orden judicial de ingreso por "cuadro delirante con sintomatología de tipo psicótico, para mejorar

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

diagnóstico y tratamiento si procede". A la llegada a Urgencias el paciente se muestra moderadamente disfórico, con nula conciencia de enfermedad y reclamando el alta. El ingreso reviste, por tanto, de carácter involuntario, y así lo referirá el paciente durante su permanencia en Unidad de Corta Estancia (UCE), ya que verbalizará en numerosas ocasiones no entender porque se le retiene en la planta, si él no ha hecho nada y son los demás los que le perjudican.

Antecedentes personales

El primer contacto con Salud Mental lo tiene dos meses antes del primer ingreso. Acude a Urgencias porque "los vecinos de encima hablan de mí. He venido para ver si algún informe puede ayudarme de cara a una denuncia". Se le diagnostica de "Trastorno por ideas persistentes" y se le da el alta. Se le pautó neurolépticos, que reconoció no haber tomado.

Los meses previos al primer contacto con Salud Mental tiene varias visitas a Urgencias, refiriendo en ellas síntomas de carácter más somático como ansiedad, problemas digestivos, etc.

Antecedentes familiares

No se conoce ningún antecedente de enfermedad o síntomas psiquiátricos en ningún familiar.

Enfermedad actual

Delirio de perjurio, acompañado de alucinaciones auditivas acordes con la temática delirante. Alucinaciones cenestésicas.

Exploración funciones psíquicas

El Examen Mental realizado al ingreso: consciente, orientado en las tres esferas, hiperalerta. Buen contacto y aspecto cuidado. No da muestra de conducta desorganizada. Actitud de suspicacia, pero colabora. Angustia, insomnio. No ideación auto ni heterolesiva. Discurso centrado en un complot del vecindario. Conciencia de enfermedad nula.

Informe del laboratorio, test y pruebas realizadas

Las pruebas realizadas dan como resultado:

- Los análisis de sangre: Bioquímica, Hemograma y hormonas tiroideas NORMAL.
- Orina: Negativo para tóxicos.
- TAC craneal: sin alteraciones.

Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos que nos planteamos con la sintomatología de este paciente sugieren hacer un diagnóstico diferencial dentro del espectro de los trastornos psicóticos. Se barajaron de forma prioritaria el Trastorno Delirante, la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Breve. También la Erotomanía.

Diagnóstico definitivo

Después del estudio, y vista la evolución, la orientación diagnóstica es Esquizofrenia Paranoide.

Tratamiento, terapias aplicadas

El tratamiento psicofarmacológico administrado en la unidad fue:

- Lormetazepam 2 mg a las 23h.

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

- Zuclopentixol 25 mg v.o. 0-0-1.
- Zuclopentixol DEPOT IM 200 mg (cada 15 días).
- Olanzapina 10 mg 1-0-1.

Se realizaron entrevistas individuales con psicología, donde puedo hablar de su malestar y de la situación por la que estaba pasando.

En las entrevistas llevadas a cabo durante el ingreso se exploró psicobiografía y posibles desencadenantes, con gran dificultad ante la imposibilidad de sacarle de su discurso delirante. Teniendo en cuenta la función de defensa del delirio, no se realizó confrontación de éste, y se trató de encapsular y que se trataran otro tipo de cuestiones. Fue fundamental el cuidado del manejo de la relación terapéutica ya que existía riesgo de ser incluido en la trama delirante y convertirse en un otro perseguidor. Se requirió de un tiempo considerable hasta encontrar cierta remisión de su malestar psíquico.

Los temas que se trataron fueron: el trabajo, sus vecinos, las relaciones familiares y las de pareja. A continuación resumo los distintos puntos abordados con él.

Sobre el trabajo: empezó a tener problemas en su lugar de trabajo cuando empezaron a llegar "las chicas". Antes él se definía como una persona trabajadora y que no tenía conflicto con nadie. Habla de que sentía que ellas le provocaban y se le insinuaban. Cuando él intentaba un acercamiento y responder a los gestos que él interpretaba desde la erotomanía, ellas le rechazaban. Debido a la reiteración en el acoso hacia sus compañeras, se le interpone una orden de alejamiento y el posterior despido.

El vecindario: acusa a los vecinos del piso de arriba de estar compinchados con sus excompañeros de trabajo y refiere que le quieren hacer la vida imposible. "Comentan sobre mi vida privada, de personas o cosas que no me gustan, para hacerme saltar". El paciente llevó a cabo una cantidad importante de llamadas a la policía, denunciando a los vecinos. Llega a incluir a la policía también en la trama delirante, acusándolos de mentir y ponerse a favor de los vecinos.

La familia: se ha distanciado de ella, y no muestra malestar por ello, sino que está justificado porque según él es lamentable lo que le han hecho. Se queja de que le impiden tener "intimidad sexual" (masturbación), y que el padre empieza a hacerse tocamientos "para recriminarme una mala época que pasé". La "época oscura" como él la denomina, la sitúa hace 5 años y en ella tuvo problemas con el juego y un consumo excesivo de líneas eróticas. Se intentó que hablara un poco de ese periodo, pero había cierta dificultad para hacerlo.

Las parejas: nunca ha tenido una relación estable solo alguna esporádica, y se define como heterosexual. Cuenta que se enamoró de una compañera de trabajo, de la que decía "quería una relación y tener una familia con ella", pero que no prosperó debido a que ella no estaba interesada en él. Le cuesta hablar sobre este tema, e impresiona de grandes dificultades para relacionarse con el otro sexo.

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

No ha sido posible esclarecer el desencadenante, cuál ha sido la encrucijada que le ha desestructurado, en parte debido a las dificultades en relatar del paciente y a los espacios en blanco de su historia psicobiográfica y al tiempo del que se dispuso para trabajar con él en la UCE. Si se pudo observar las dificultades que presenta este paciente en torno a la sexualidad.

Evolución:

En la UCE se consiguió un apaciguamiento del paciente, poco a poco fue disminuyendo su ansiedad y se le dio el alta después de treinta y cinco días de ingreso. En ningún momento se atenuó la creencia delirante.

En Centro de Salud Mental (CSM): sigue con apenas conciencia de enfermedad, pero la evolución al alta es satisfactoria. Los fenómenos alucinatorios han desaparecido, y ha retomado contacto con su familia y amigos. Ha habido un cambio de tratamiento del inyectable (ahora es Palmitato de Paliperidona 100 mg inyectable) ya que el otro le producía síntomas de rigidez. Vuelve a trabajar de forma esporádica los fines de semana. Continúa con la idea de que los vecinos están contra él, pero lo percibe menos amenazador e invasivo que antes.

Va a la enfermera cada 28 días a ponerse el inyectable. Al principio el seguimiento era una vez al mes, ahora se ha espaciado a una cada 3 meses. Es cumplidor, no falta a las sesiones.

Se trabaja sobre la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y la alianza terapéutica.

Debido a la fijeza del delirio, a la imposibilidad de modificarlo y ante la posibilidad de un pasaje al acto, es fundamental el seguimiento en estos pacientes ya que aunque se ha producido cierta estabilización y cumplimiento terapéutico, no hay que olvidar la fragilidad y la posible descompensación psicótica. Hay que estar alerta a los indicios que pueden dar cuenta de un empeoramiento.

Actualización sobre el tema

Desde los inicios de la conceptualización de la enfermedad mental, la confusión locura-delirio ha estado presente. Durante el siglo XVII la locura se basaba sobretodo en el delirio, por lo que "estar loco" equivalía a "tener delirios" y a la inversa. ¿Se pueden separar estrictamente el delirio y la cordura o, por el contrario, puede el primero no sólo ser compatible con la segunda, sino, ser incluso un estado de la misma?, se pregunta Leader (2013).

A nivel psicopatológico no se puede obviar el valor clínico que tiene el delirio para un sujeto, aunque se trata de un fenómeno complejo.

A pesar de su larga historia, la comprensión del delirio, tanto en términos etiológicos como de tratamiento, es todavía muy escasa (Merino, Pascual y Belloch, 1991). Podríamos incluir entre los obstáculos que han afectado a esta relativa falta de progreso: los problemas asociados a su definición, que aun actualmente continúa presentando dificultades; y la frecuencia de aparición de este fenómeno, ya que los delirios pueden estar asociados con diversas y numerosas formas de psicopatología (Oltmanns y Maher, 1988). Esto ha llevado a muchos clínicos a infravalorar el carácter diagnóstico de los delirios y considerarlo un fenómeno accesorio. Puede deberse a una

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

herencia de Bleuler (1942), pues él consideraba que el trastorno formal del pensamiento (la ruptura de asociaciones) constituía el rango fundamental de la esquizofrenia y los delirios eran secundarios y derivados de los fundamentales.

En cuanto al concepto de delirio, etimológicamente deriva del término latino *delirare*, que significa salirse del surco labrado. La definición que encontramos en el diccionario, es la de confusión mental caracterizada por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos e incoherencia.

La definición de Jaspers (1975), una de las más conocidas, es la de que los delirios son juicios falsos, que se caracterizan porque el individuo los mantiene con gran convicción, que no son influenciados ni por la experiencia ni por las conclusiones irrefutables, y que además su contenido es imposible.

La de Mullen (1979), según la cual los delirios son creencias anormales que presentan las características siguientes: a) se mantienen con absoluta convicción; b) se experimentan como una verdad evidente por sí misma, con una gran trascendencia personal; c) no se dejan modificar por la razón ni por la experiencia; d) su contenido es a menudo fantástico o cuanto menos intrínsecamente improbable; y e) las creencias no son compartidas por los otros miembros del grupo social o cultural.

Existe también la hipótesis de los delirios como creencias falsas, a su vez relacionada con la certeza científica y la necesidad de una redefinición en términos de evidencia. Pero esta visión presenta problemas por ambos conceptos, el de creencia y el de falsedad. Una creencia puede ser modificada por la experiencia, un delirio es inmodificable a ésta.

Los planteamientos actuales, desde la Psicología, para explicar los delirios abarcan distintas propuestas:

- 1) El delirio como explicación racional.

Una experiencia anómala, por ejemplo oír voces sin una evidente causa clara, produce un sentido de perplejidad, que lleva a su vez a una búsqueda de explicación y que será anormal debido a que la experiencia inicial ya lo es. Maher es el máximo exponente de esta postura, que algunos denominan "teoría perceptiva".

- 2) Los delirios como alteraciones del pensamiento formal.

El modelo de Garety (1991) tiene en cuenta varios factores que pueden estar implicados en el desarrollo y/o mantenimiento de los delirios. Estos son: las expectativas previas, la información actual, el estilo de procesamiento de la información, la búsqueda de evidencia confirmatoria y el refuerzo.

- 3) Las teorías atribucionales.

Relacionado con los heurísticos y los estilos atribucionales.

- 4) Teorías sobre el contenido del delirio.

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

El contenido se relaciona con miedos personales (Reed, 1978), con aspectos de experiencias anteriores y actuales (Kihlstrom y Hoyt, 1988) y con factores culturales (Westermeyer, 1988).

Un delirio puede constituir un modo de comprender las experiencias propias, recurriendo a todas las facultades de inferencia y deducción disponibles para encontrar una respuesta (Leader, 2013).

Muchos de los casos comentados por los primeros psiquiatras mostraban sujetos sumamente competentes e inteligentes que se aferraban con discreción a sistemas de creencias relacionados con la mística, el sexo, la religión o la persecución y que servían para poner en entredicho la opinión de que la locura era una descomposición orgánica y psicológica. Tenemos como ejemplo el caso de E. Wagner, estudiado por el psiquiatra Robert Gaupp. Wagner era un maestro muy respetado, un hombre educado e inteligente que llevaba una vida ordenada y nunca había despertado el interés de los médicos o los psiquiatras. Pero en la noche del 4 de septiembre de 1913, le seccionó la carótida a su mujer y a sus cuatro hijos, cogió el tren hasta Stuttgart en dirección al pueblo de Mülhausen donde, tras provocar varios incendios, disparó a todos los hombre que vio. Los asesinatos habían sido planeados dos años por un hombre que se sentía perseguido hasta un punto que no podía soportar (paranoia).

Pero a lo largo del siglo XX se les han ido prestando menos atención, ¿a qué es debido este cambio? Hay tres respuestas fundamentales a esa pregunta: la primera, la finalidad de la categoría diagnóstica de la paranoia (constituye el caso más claro de locura silenciosa); la segunda, el efecto de la farmacología en la salud mental; y la tercera, la revisión radical de los procesos de diagnóstico que realizó la psiquiatría biológica de los años ochenta y que eliminó de forma efectiva el problema del significado del estudio de las psicosis. La paranoia constituye una categoría obsoleta a nivel de clasificación diagnóstica (que no clínica).

A la hora de hablar sobre la paranoia es importante describir las grandes discrepancias que ha habido entre diferentes autores al considerarla como una identidad independiente, o un subtipo de esquizofrenia.

Cuando hablamos sobre la conceptualización en la época moderna de la paranoia como cuadro delirante crónico, es fundamental nombrar a Kraepelin y su diferenciación de ésta respecto a lo que él denomina demencia precoz. Para este autor la paranoia es "un desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inamovible, surgido a consecuencia de causas internas, con total mantenimiento de la claridad y el orden en el pensar, el querer y el actuar. A la vez que se produce un cambio profundo ante la vida".

Por otro lado, Kraepelin utiliza el nombre demencia precoz, ya usado previamente por Morel y Pick, para referirse a "una serie de estados, cuya característica común es la destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica, y cuyos efectos predominan en la esfera emocional y volitiva de la vida mental".

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

Muchos autores han utilizado diferentes términos intentando englobar trastornos psicóticos con características comunes; desde la demencia precoz por Kraepelin, la demencia simple de Rieger, paratonía progresiva de Berstein... Pero no es hasta 1912 cuando Bleuler crea el neologismo de Esquizofrenia para referirse a lo denominado por Kraepelin *demencia precoz*. La palabra tiene su etimología en el griego, de *skhizen* (separar) y *phren* (alma, mente...). En palabras del propio Bleuler "llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque, como espero demostrar, el desdoblamiento de las distintas funciones psíquicas es una de las características más importantes". El concepto bleuleriano, más amplio que el de Kraepelin, adquirió una aceptación creciente tras la publicación y traducción del texto *Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias* y durante la década de 1950 y 1960 constituyó la descripción prototípica de la esquizofrenia en la mayor parte de Europa, en Inglaterra y en los Estados Unidos (Andreasen, 1987, 1988). Bleuler define como característico de la esquizofrenia sus cuatro "As": ambivalencia, déficit asociativo, autismo y trastorno de afectividad. Otros síntomas como las alucinaciones, los síntomas catatónicos, las manías, los delirios..., los considera accesorios. Actualmente definiríamos la Esquizofrenia como un trastorno mental grave, consistente en la presencia de síntomas positivos (delirios y/o alucinaciones), negativos, cognitivos y afectivos. No cabe duda de la gran repercusión que esta tiene sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, de hecho es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las diez primeras enfermedades causantes de incapacidad.

Hoy en día, a nivel diagnóstico, el nuevo DSM-V la clasifica dentro de los "*Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*". A diferencia del anterior DSM-IV en el actual DSM-V se eliminan los subtipos de esquizofrenias (paranoide, desorganizada, indiferenciada, catatónica y residual).

La etiopatogenia desde una perspectiva biológica de esta enfermedad es variada y compleja, jugando un papel importante la genética, los neurotransmisores, factores ambientales, el uso de cannabis, etc. En estos momentos se están estudiando nuevas hipótesis como la relación de la esquizofrenia con niveles más elevados de citoquinas proinflamatorias.

Debido a que esta enfermedad no sigue una relación con un fenotipo medible en la naturaleza en cuanto a sus síntomas, etiología, pronóstico, respuesta al tratamiento, etc., y a la asociación del término con un estigma social, se están trabajando en nuevas terminologías que recojan mejor la definición de este trastorno. Así se habla de *Saliency Dysregulation Syndrome* (síndrome de desregulación de la saliencia), *Trastorno de desregulación dopaminérgica* o del japonés *Togo Shitcho Sho* (Síndrome de desregulación de la integración).

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría (APA), (2015). Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. 1ª Edición. 4ª Reimpresión revisada* (pp. 49-69). Madrid: Panamericana.

LA CERTEZA DELIRANTE Y SU DIFICULTAD EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

2. Balbuena, A. (2011). Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas. En Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 7ª Edición* (pp. 216-229). Madrid: Masson.
3. Baños, R., y Belloch, A. (2008). Psicopatología del pensamiento (II): los delirios. En Belloch, A, Sandín, B, y Ramos, F (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada. Volumen I* (pp. 226-247). Madrid: Mc Graw-Hill.
4. Bernardo, M., y Bioque, M. (2011). Esquizofrenia. En Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 7ª Edición* (pp. 208-215). Madrid: Masson.
5. Fischer, B., y Buchanan, R. (2016). Schizophrenia: Epidemiology and pathogenesis. Recuperado de: UpToDate, <http://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-epidemiology-and-pathogenesis>
6. Jiménez, M^ªP., Ramos, F., y Sanchís, M^ªC. (2008). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. En Belloch, A, Sandín, B, y Ramos, F (2008). *Manual de Psicopatología. Edición revisada. Volumen II* (pp. 372-395). Madrid: Mc Graw-Hill.
7. Leader, D (2013). *Qué es la locura*. Sexto Piso: Madrid.
8. Real Academia Española (1992): *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Real Academia Española.
9. Sánchez Gómez, PM., y Eguiluz Uruchurtu, I. (2012). Contenido del pensamiento. En Eguiluz, I. y Segarra, R. (2012). *Introducción a la psicopatología: Una visión actualizada* (pp. 79-100). Madrid: Panamericana.
10. <https://sites.google.com/site/jldiasahun2>