



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

Ana Isabel Pérez Zabalza, Beatriz Sánchez Muñoz

[ana.perez.zabalza@gmail.com](mailto:ana.perez.zabalza@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Las relaciones sociales y el estilo de comunicación familiar son dos factores ampliamente documentados como importantes condicionantes tanto del desarrollo como de la evolución de la psicosis. Desde los modelos de intervención temprana en psicosis se defiende cómo una pronta detección de dificultades en estas áreas podría permitir intervenir antes de que se produzca un primer brote (Vallina, 2006). Sin embargo, en la mayoría de los servicios de Salud Mental se producen fallas en esta detección, realizándose diagnósticos erróneos y errando también por tanto en el tratamiento proporcionado.

Presentamos aquí un caso clínico en el que se puede observar cómo se va gestando una psicosis, y planteamos la duda asimismo de si se podía haber evitado o postergado dicha evolución de haber proporcionado la atención e intervención necesarias desde el modelo de Intervención Temprana en psicosis.

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### **Motivo de consulta**

Se trata de un chico de 22 años, al que llamaremos Juan. Juan acude a consulta en el Centro de Salud Mental con quejas de baja autoestima, importante timidez y retraimiento social, abandono de actividades, ausencia de objetivos e importante negatividad, afirmando insistentemente que está enfermo, o tiene algún tipo de retraso. Previamente ha buscado información en internet, y plantea todo tipo de hipótesis diagnósticas, siempre relacionadas con la inhibición social: Fobia Social, Trastorno de Personalidad Evitativo, Asperger... Cada día una. Además presenta desorganización de horarios, sueño y alimentación, e intereses restringidos (pasa el día jugando a videojuegos y en internet). Ha abandonado los estudios por segundo año consecutivo, y no sabe qué hacer el curso siguiente.

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

### **Antecedentes personales**

Juan tenía historia clínica en el Centro de Salud Mental Infanto - Juvenil, al que acudió con 13 años de edad por "problemas importantes de autoestima". Según consta en la historia, ya en ese momento presentaba tendencia al aislamiento, ansiedad ante las relaciones sociales y valoración muy negativa de sí mismo, con abandono también de actividades. Además se informa de falta de estrategias de afrontamiento y evitación creciente. Él se definía como "personalidad rara y extraña". Consta asimismo en la historia que los profesores lo veían acobardado y tenso, con miedo a que se rieran de él.

### **Antecedentes familiares**

En su familia constan antecedentes de trastornos de tipo ansioso-depresivo, por parte de alguna tía. Por otra parte, en la familia es habitual la escasez de relaciones personales.

### **Enfermedad actual**

Juan refiere ser muy tímido y se queja de tener ansiedad ante las relaciones sociales, dificultades en el manejo de las mismas y tendencia a evitarlas, con el consiguiente aumento del aislamiento. Por eso, él cree que tiene algún trastorno de tipo social: fobia social, Trastorno de Personalidad Evitativo, Síndrome de Asperger... Otros días cree que puede tener algún tipo de retraso mental, otros días cree que nada. Presenta importante desorganización en cuanto a horarios e higiene del sueño: pasa las noches jugando a videojuegos o en foros de internet, y el día durmiendo. Como consecuencia también la alimentación está muy desorganizada, además de llevar una dieta poco saludable. En estos momentos no realiza ninguna actividad tras haber abandonado los estudios por segundo año consecutivo, lo que atribuye a su propia incapacidad personal, porque cree que tiene un Coeficiente Intelectual por debajo de lo normal, y por eso no es capaz de seguir el ritmo de la clase. Así, acude a consulta demandando pruebas diagnósticas que aporten resultados indiscutibles, y que le ayuden a saber qué tiene. Deposita en el exterior toda responsabilidad de cambio y presenta pensamiento mágico respecto al mismo.

### **Exploración física**

Durante el curso del tratamiento aparecen síntomas de ansiedad, con taquicardias y sensación de ahogo, por lo que acude a su médico de atención primaria preocupado por posibles síntomas cardiacos. Su m.a.p. realiza un E.C.G. con resultados normales y le diagnostica Ansiedad. También se observa aumento ponderal, probablemente relacionado con la mala alimentación y el sedentarismo.

### **Exploración funciones psíquicas**

Según consta en la historia el desarrollo evolutivo fue normal. Fue un hijo deseado, con un embarazo, parto y postparto normales.

En la exploración psicopatológica inicial no se aprecian síntomas psicopatológicos significativos. Sí se observa una alta vulnerabilidad a la crítica y cierta suspicacia, no llamativas, sin evidencias

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

de otro tipo de síntomas psicóticos. El discurso es fluido aunque ambivalente, y el contacto, aunque tímido, es normal. Entiende las bromas e ironías, es reactivo al humor, y las emociones son congruentes...

En cuanto a las relaciones familiares, inicialmente es difícil explorarlas ya que durante muchas consultas niega y minimiza cualquier tipo de malestar. Sin embargo con el tiempo y la mejoría de la alianza terapéutica refiere un alto grado de Emoción Expresada en la familia, destacando la sobreprotección y el criticismo. Además hay muchos secretos familiares e inconsistencia en la educación. Los padres están separados aunque mantienen la convivencia. Se traspasan frecuentemente los subsistemas familiares, especialmente entre la madre y el hijo, y la relación con el hermano está muy deteriorada. Parece que el discurso de Juan muchas veces es el discurso paterno interiorizado, respecto a lo que debería hacer o preocuparle en relación al futuro.

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

En cuanto al diagnóstico, en un principio se evitó ponerle ninguno ya que se temía que pudiera instalarse en el rol de enfermo y justificar así su conducta y su situación, desistiendo en la búsqueda de sus capacidades y desmotivándose para el cambio. Finalmente, aunque había indicios de ciertos síntomas de tipo psicótico (desconfianza, suspicacia, referencialidad...), al no ser estos concluyentes se optó por diagnosticar Trastorno de Personalidad Evitativo – aunque con reservas - cuyos criterios cumplía en ese momento.

### **TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS**

El modelo desde el que se enfocó el trabajo terapéutico fue el de Terapia Centrada en Soluciones, potenciando la búsqueda de pequeños cambios mediante el uso de tareas, metáforas y paradojas, y potenciando las capacidades conservadas y potencialidades de funcionamiento óptimo.

### **EVOLUCIÓN**

Durante muchos meses es muy complicado explorar y concretar una demanda y unos objetivos de trabajo terapéutico claros. El discurso es vago, saltígrado, ambivalente y contradictorio, oscilando entre valoraciones paternas interiorizadas y tímida expresión de deseos propios. Existe una importante presión familiar para que estudie o realice alguna actividad, y él presenta este discurso, aunque también reconoce en ocasiones la comodidad de su situación. Se acomoda en estrategias de afrontamiento evitativas combinadas con alto criticismo externo e interno por no tener "fuerza de voluntad" y no esforzarse. Realiza continuas comparaciones con el otro, al que

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

tiene idealizado, y que nunca podrá alcanzar. Pensamiento mágico respecto a la terapia y las posibles intervenciones, así como idealización del otro, al que teme.

Ante la constante demanda de pruebas "objetivas" que le den una respuesta a si tiene problemas de inteligencia - a pesar de que en la observación clínica y el discurso se evidencia que no es así - se le hacen dos pruebas de CI: Wechsler y Raven, para descartar dificultades en este ámbito. Ambas ofrecen resultados normales.

En ocasiones se muestra levemente suspicaz y referente, aparentemente debido a experiencias negativas previas que ha tenido con sus iguales desde el colegio, que la madre confirma.

Inicialmente no está dispuesto a que exploremos las dinámicas familiares, aunque deja entrever dificultades relacionales, especialmente con su hermano. Se queja de comparaciones por parte de su madre, en las que él sale perdiendo, al igual que en comparaciones con compañeros. Refiere importantes sentimientos de inferioridad y culpa, así como rabia contenida. Por otra parte en el discurso materno no hay más que valoraciones negativas hacia Juan, en un contexto de sobreprotección y normas inconsistentes, con amenazas de castigo ante las dificultades funcionales (que los padres atribuyen a falta de voluntad y esfuerzo), amenazas que nunca se cumplen.

Boicotea propuestas de cambio, atribuyéndolo a su inmadurez (locus externo), aunque continuamente se plantea propósitos de iniciar actividades, o activarse y hacer ejercicio, buscar planes de estudio, etc. Esperando complacer tanto a padres como a terapeuta. Deposita expectativas de cambio en el diagnóstico y en la terapeuta. El foco de terapia se centra en las dificultades a nivel social, y abordar la evitación y el aislamiento.

En ocasiones van apareciendo ciertos comentarios de referencialidad y suspicacia, con crítica posterior y minimización ante el sentimiento de vulnerabilidad. En sus oscilaciones discursivas vacila entre instalarse en el rol de enfermo y el reconocimiento de que si no fuera así tendría que asumir la responsabilidad del cambio. Poco a poco mayor apertura emocional, siempre con retirada posterior.

Comenta su actividad en foros de internet, así como dificultades relacionales en éste ámbito (actualmente el único en el que se relaciona, además de su familia). Acude a consulta planteando dudas sobre las conversaciones que tiene y cómo interpretarlas, donde se evidencia también la falta de experiencias vitales en las relaciones con el otro, y especialmente con chicas. Se observa referencialidad aunque con bases de realidad, y suspicacia de nuevo. Menos crítica que en anteriores ocasiones y dificultades para concretar la veracidad de las situaciones.

Se observan ciertos avances ante intervenciones en consulta: mayor organización horaria, inicio de actividades, menor tendencia a la rumiación y mayor coherencia, aunque posteriormente retrocede y vuelve a las pautas de conducta anteriores, y vuelven a aparecer ideas referenciales y de perjuicio, relacionadas con recuerdos de comentarios por parte de profesores (que según refiere no eran generales sino para él), así como de compañeros. Inmediatamente hace crítica que argumenta y minimiza.

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

Ante invitación de familiares a la terapia, se muestra muy preocupado por lo que se hablará en consulta –en la que él mismo, siguiendo su patrón evitativo, decide no estar – y le preocupa la impresión que tendrá el terapeuta ante lo que cuenten los padres.

El padre no acude, está menos presente en la vida familiar. La madre pide pautas y orientación en cuanto a cómo actuar con él, aunque luego no actúa en consecuencia. Mantiene un discurso crítico y negativo, con continuas quejas sobre su hijo, amenazas que no cumplen y normas inconsistentes. Juan habla de secretos familiares que su madre pretende extender a la consulta: qué contarle a su hijo sobre lo hablado con la terapeuta. Desoyendo la indicación expresa de ser sincera, se lo oculta y le responde con evasivas, tal como contará él después. Juan refiere que es el funcionamiento habitual, en el que además las muestras de afecto escasean. Su madre refiere que ya desde niño se quejaba de comentarios hirientes por parte de sus compañeros, de los que ella dudaba de su veracidad, o si serían producto de su imaginación, invalidándole. Esteban interpreta la emoción de enfado como una característica de inmadurez: sólo los niños se enfadan. Tal vez por eso intenta contenerlo. Atribuye todas sus dificultades a inmadurez, vagancia, incapacidad. Reconoce sus dificultades a nivel social, y también que a veces interpreta las cosas.

Casi un año después de haber iniciado la terapia, comienza a hablar de las dinámicas familiares: su hermano tiende a tener reacciones violentas, discuten a menudo, y él siente que se le defiende siempre para evitar reacciones violentas y de este modo le culpan a él. En su casa siempre ha habido secretos. No hay convivencia familiar, cada uno en su habitación, aislados. La unión familiar se produce sólo a través de la discusión. Define a su madre como manipuladora y vengativa, constantemente reprochando, y a su padre y su hermano como violentos. Su madre también le utiliza como confidente, intercambiando roles. Refiere incomunicación y desestructuración familiar importantes.

Cada vez que su madre acude a consulta, se observan los mismos intentos de solución, y la misma demanda, que después no atiende.

Por circunstancias asistenciales no se le puede seguir viendo en consulta, por lo que tras valorar y ofrecerle otras opciones finalmente se le da el alta.

Un año después regresa de nuevo al Centro de Salud Mental, presentando un estado psicótico delirante. Las creencias de las que anteriormente hacía crítica se han convertido en delirios estructurados certeros y se mantienen las dificultades a nivel funcional. En casa la situación sigue igual, y Juan refiere que ha cambiado su visión de la vida y está peor. Se siente atrapado, y no ha podido hacer ningún cambio en su rutina. Le cuenta a su actual terapeuta ideas delirantes de perjuicio relacionadas con su actividad en Facebook y en los foros de internet en los que ha estado activo. Además también ha estructurado tramas delirantes con respecto a su anterior terapeuta y temiendo que lo que contó en consulta se esté utilizando en su contra. No entiende por qué nadie podría querer ayudarlo. Está encerrado en casa, totalmente aislado y temeroso de que le hagan daño. Finalmente ha decidido borrarse de todas las redes sociales a causa de

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

los problemas que le están causando, y la vigilancia a que se ve sometido. Se mantiene también la desorganización horaria y alimentaria, así como los sentimientos de desesperanza, impotencia y minusvalía, que han aumentado.

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA Y DISCUSIÓN**

Ya en 1927 Sullivan afirmaba que muchos casos de psicosis incipiente podían detenerse antes de perder por completo el contacto con la realidad, pero en general, las personas jóvenes no reciben asistencia hasta que se manifiesta un importante riesgo para sí mismos o los demás, o ya está instaurada la enfermedad de manera recurrente o crónica (Edwards & McGorry, 2002). Si se proporcionase tratamiento en la etapa del pródromo se podría minimizar la discapacidad y producir una recuperación antes de que se consoliden los síntomas y la disfuncionalidad.

Desde los modelos de intervención temprana en psicosis se defiende que la detección temprana de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) puede prevenir la aparición de un brote psicótico o mejorar significativamente su intervención y evolución. Sin embargo muchas veces por falta de medios, servicios o desconocimiento no es viable este tipo de intervención.

Según manifestaron varios expertos en las XIV Jornadas de la Fundación Manantial el pasado noviembre de 2016, cuyo tema era la Intervención Temprana en Psicosis (IT), la intervención precoz en psicosis reduce los ingresos hospitalarios y las recaídas y supone un ahorro al sistema sanitario. Además se reduce el riesgo de suicidio. En los equipos de IT se minimizan las dosis farmacológicas y se maximiza el apoyo psicosocial y terapéutico. En cuanto a las familias, poder formar parte del tratamiento desde el comienzo les ayuda también a entender mejor el trastorno y a su familiar, y por tanto a ofrecer un mejor apoyo y respaldo, trabajando juntos por la recuperación.

Los estudios epidemiológicos muestran que hasta que la persona con psicosis inicia el tratamiento de su enfermedad pasa un periodo importante de tiempo, conocido como Duración de la Enfermedad sin Tratar (DUI). Este periodo se subdivide en otros dos: el primero llamado etapa prodrómica o Estado Mental de Alto Riesgo (EMAR), desde la aparición de los primeros síntomas, que son inespecíficos, característicos de cualquier persona sana, como por ejemplo síntomas depresivos, ansiedad, insomnio, falta de apetito, etc, hasta que aparecen los primeros síntomas de características psicóticas pero más atenuados: suspicacia, referencialidad no delirante, aislamiento social... Este primer periodo podría durar entre dos y cinco años aproximadamente. El segundo periodo, llamado Duración de la Psicosis sin Tratar (DUP) incluiría el tiempo que la persona pasa con síntomas claramente psicóticos instaurados pero sin recibir tratamiento de ningún tipo. La Intervención Temprana (IT) se basa en proporcionar atención durante estos dos periodos, puesto que se está mostrando que el curso, remisión y recuperación mejoran mucho cuanto antes se produzca la intervención, fundamentalmente en estas etapas iniciales. Esta detección e intervención temprana permiten aplicar tratamientos mucho más

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

específicos y ajustados a cada fase del proceso, especialmente en las fases iniciales. Estos tratamientos se dirigen a impedir la progresión, y abordar las crisis desde su mismo comienzo, evitando o retrasando el estancamiento y la cronicidad. Se puede reducir de manera considerable el tiempo que la persona pasa sufriendo sin ser atendida, demorar el inicio de la enfermedad, o reducir su impacto, permitiendo así una mayor y más rápida recuperación.

Según McGorry (2004), los tratamientos psicológicos en el inicio de la psicosis son útiles para:

- El desarrollo de una buena alianza terapéutica
- Proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma
- Promover la comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación.
- Abordar específicamente los complejos síntomas individuales, comorbilidades y esquemas desadaptativos.
- Reducir la resistencia al tratamiento.
- Potenciar el afrontamiento y la adaptación.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Mejorar las relaciones interpersonales que puedan haber sido un problema en algún caso, como resultado de factores de riesgo independientes de la psicosis y puedan haber empeorado o haber sido interrumpidas por los efectos de la enfermedad.
- Proporcionar apoyo y ayuda a los miembros de la familia.
- Promover la recuperación laboral.
- Reducir el riesgo de suicidio y agresividad.
- Prevenir las recaídas.
- Reducir el daño por el consumo comórbido de drogas.
- Reducir el riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis.

Queda patente, pues, el beneficio de estas intervenciones.

Retomando el caso que presentamos aquí, parece pues, evidente, que se trata de un caso de psicosis incipiente que podía haberse atendido desde el enfoque de la intervención temprana. Los síntomas que presenta Juan encajan perfectamente con un EMAR, tal como se describe más arriba, y el contexto psicosocial y familiar es también un buen caldo de cultivo: las relaciones y el estilo de comunicación familiar son muy desfavorables. Hay alta emoción expresada, comunicación de doble vínculo, invalidación emocional, etc. La familia no funciona como una unidad sino que son elementos aislados vinculados a través de la crítica y la hostilidad. Desde bien joven se aprecian la tendencia al aislamiento, sensibilidad a la crítica, referencialidad y suspicacia, evitación muy acentuada, etc.

## **GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK**

Sin embargo, no pudo dársele la atención idónea, que habría sido desde un Equipo de Intervención Temprana. Queda la duda de cuál habría sido su evolución de haber contado con esa posibilidad y haberle proporcionado el tratamiento adecuado.

Son varios los motivos por los que no pudo dársele dicho tratamiento. En primer lugar, la falta de un servicio de Intervención Temprana en la zona que trabajara desde etapas tan iniciales, lo que hace pensar en la necesidad de más servicios de este tipo que puedan dar cobertura a las necesidades de la población. En segundo lugar, la desinformación. En los últimos años se está haciendo una mayor labor de investigación y divulgación de las bondades y necesidad de la Intervención Temprana, pero aún impera una importante corriente teórica, de origen kraepeliniano, según la cual la psicosis es una enfermedad crónica y deteriorante ante la cual poco hay que hacer. Ante esta visión, para muchos no tiene sentido invertir en atender las fases iniciales, pese a todas las evidencias empíricas a su favor.

Por otra parte, ante un posible futuro diagnóstico de psicosis, también se ha de actuar con precaución. Existen dudas sobre la atención en EMAR, puesto que se estaría interviniendo sobre una psicosis que aún no ha aparecido, y en algunos casos podría incluso llegar a ser iatrogénico. Algunos de los síntomas podrían ser indicio de otro tipo de alteración – como dijimos, en nuestro caso, en el momento del diagnóstico se cumplían criterios de trastornos de tipo evitativo – o podrían remitir espontáneamente. Muchos de los síntomas referidos por Juan son bastante característicos por ejemplo ya no de otra alteración, sino de una adolescencia sana, que Juan no había vivido en su día y bien podía estar experimentando ahora. Por tanto, a pesar de la conveniencia de atender tempranamente la psicosis, hay que hacer también un llamamiento a la prudencia, antes de que una persona empiece una – probablemente larga – carrera por los servicios de Salud Mental.

Sin embargo, a pesar de todo esto, en muchas ocasiones no se puede ofrecer una atención adecuada por causas estructurales del sistema. Ya sea por falta de servicios, o por muchas otras situaciones que se viven día a día en los servicios. Estos casos no deberían ocurrir de ningún modo.

No obstante, en el caso de Juan, opinamos que su evolución hacia una clara psicosis se podría haber evitado, o al menos amortiguado, de haber contado con un servicio de Intervención Temprana desde el que poder atender esos síntomas incipientes, que en el momento de su presentación inicial no eran susceptibles de abordar desde un enfoque de psicosis, pero sí desde un enfoque de EMAR.

La rápida detección de síntomas en estadios tempranos de la psicosis o en estados mentales de alto riesgo es fundamental para intervenir tan temprano como sea posible, y así evitar una evolución negativa o frenar mayores deterioros.



# GESTACIÓN DE UNA PSICOSIS: DE LA FOBIA SOCIAL AL DELIRIO EN FACEBOOK

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (2009). Cuaderno técnico 10: Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis. *Madrid: Autor. Recuperado de: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>.*
2. Fernández, O. V., Giráldez, S. L., & Iglesias, P. F. (2012). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología, 30*(1-3), 435-457.
3. McGorry, P. D. (2004). An overview of the background and scope for psychological interventions in early psychosis. *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*, 1-22.