



## DIFERENCIACIÓN FAMILIAR Y PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Belén Velado Pulido<sup>1</sup>, Araceli García López de Arenosa<sup>2</sup>, Carmen Cañada Gallego<sup>3</sup>

1. Residente de Psiquiatría.
2. Residente de Psicología.
3. Residente de Psiquiatría.

H. U. Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares).

[belen.velado@gmail.com](mailto:belen.velado@gmail.com)

Psicosis. Sistema familiar. Diferenciación. Síntomas depresivos. Narrativa.  
Psychosis. Family system. Differentiation. Depressive symptoms. Narrative.

### RESUMEN

Se trata de una mujer de 20 años en seguimiento por psicología desde abril 2014 por alteraciones de conducta, insomnio, ansiedad y conflictiva familiar de larga data. Como antecedentes previos recogemos atención puntual a los 16 años por bajo rendimiento académico. Es la mayor de dos hermanos. Vive con su hermano y sus padres a pesar de que estos están divorciados desde hace años. Desde el inicio del seguimiento se pone de manifiesto una dinámica familiar disfuncional marcada por la escasa comunicación entre sus miembros y alta emoción expresada. La paciente presenta desde el inicio ideas delirantes de perjuicio en relación a sus familiares, presentando episodios de agresividad y pérdida de control en el domicilio, así como conducta desorganizada que la paciente minimiza.

Se pauta Olanzapina 5mg/d y Lorazepam 1mg /d. Trabajamos juntos la dinámica familiar y aspectos de la biografía. Progresivamente disminuye las alteraciones de conducta y la agresividad, mejora la relación con su madre y hermano; sin embargo la paciente presenta una mayor apatía y aislamiento social, así como conductas regresivas, interpretaciones delirantes y afecto inapropiado. Se reajusta el tratamiento, debido a efectos secundarios, pautándose Aripiprazol 10 mg/d. En el momento actual presenta disminución clínica psicótica, de la que hace crítica parcial, mayor conciencia de enfermedad, ánimo bajo, apatía, abulia e hipohedonia. Se plantea presencia de sintomatología negativa vs. depresión postpsicótica vs. efectos secundarios fármacos vs. necesidad de “psicotizarse” para diferenciarse de entorno familiar.

### ABSTRACT

This is a woman of 20 years old in tracking psychology since April 2014 for behavioral disorders, insomnia, anxiety, and long-standing family conflict. As previous history: academic problems at 16 years old. He is the older of two brothers. She lives with his brother and parents even though these are divorced for years. Since the beginning of monitoring there is a dysfunctional family dynamics marked by poor communication between its members and high expressed emotion. The patient has since the beginning delusions of prejudice in relation to their families, presenting episodes of aggression and loss of control at home and disorganized behavior that minimizes the patient.

Prescription: Olanzapine 5mg / d and Lorazepam 1mg / d. We work together on family dynamics and on aspects of biography. Progressively decreases behavioral disorders and aggression, improving the relationship with her mother and brother; however, the patient has a more apathy and social isolation, and regressive behaviors, delusional interpretations and inappropriate affect. Treatment changes due to side effects to Aripiprazole 10 mg / d. At present psychotic symptoms have decreased. She has more awareness of disease, low mood, apathy and hypohedonia. We propose the presence of negative symptoms vs. post psychotic depression vs. drug side effects vs. need to be psychotic to differentiate family.

# DIFERENCIACIÓN FAMILIAR Y PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

## PRESENTACION DEL CASO

**Motivo de consulta:** Mujer de 20 años que acude derivada por psicología por alteraciones de conducta, insomnio y ansiedad para valoración por psiquiatría.

**Antecedentes personales médico-quirúrgicos:** No RAMC. No FRCV. No intervención quirúrgicas.

**Antecedentes personales psiquiátricos:** Consultó en 3ºESO con psicología por bajo rendimiento académico. Derivada desde su MAP en Enero 2014 por conflictiva familiar y ansiedad. Se le pautó fluvoxamina lo cual tomó menos de 2 semanas. Cita de revaloración en CSM de adultos en Febrero 2014, con diagnóstico de trastorno adaptativo. Dada de alta en primera consulta y derivada a CAIF. Donde acudieron durante un mes. En Abril/14 es evaluada en Psicología, confirmándose conflictiva familiar (V61.20). En actualidad en seguimiento por psicología. Múltiples atenciones en urgencias en mayo /2014 por "ansiedad, insomnio y conflictiva familiar".

**Tratamiento en momento de derivación a psiquiatría:** Lorazepam 1 mg (1-0-1), Olanzapina 2,5 mg (si agitación / insomnio).

**Tóxicos:** Fumadora de tabaco 5 cigarros/día. Consumo ocasional de alcohol en contexto social/festivo. Niega otros.

**Antecedentes familiares psiquiátricos:** Tía materna en tratamiento por depresión y "cuadro de psicosis". Tío paterno diagnosticado de Esquizofrenia.

**Filiación:** Natural de Madrid. No refiere alteración en cuanto a las circunstancias que rodearon su nacimiento. Recibió lactancia materna. Desarrollo psicomotor dentro de la normalidad según refiere. La mayor de dos hermanos. Padres divorciados. Relaciones familiares conflictivas. Estudio hasta 2º bachillerato (múltiples cambios de centro escolar, dentro y fuera de España). Inició estudios de licenciatura en la universidad sin llegar a superar las asignaturas del primer trimestre y abandonando posteriormente. En momento actual se plantea cambiar de licenciatura o estudiar módulo superior. Buena red social de apoyo. Última relación de pareja hace 1 año. Independiente actividad básica vida diaria.

### **Enfermedad actual:**

Remitida por su psicóloga por trastornos de conducta, ansiedad e insomnio global. Le acompañan sus padres a primera entrevista, evidenciándose dinámica familiar conflictiva importante.

La paciente se mostraba hostil, suspicaz y referencial hacia sus padres, manteniéndose debajo de su capucha e impresionando de rabia contenida hacia ellos. Verbalizaba ideas sobrevaloradas vs. delirantes de perjuicio, con gran repercusión conductual y afectiva: "mi padre siempre ha intentado que vaya con un millonario... como mis primas... esa es su idea sobre mi vida, que cuide mi físico para ganarme a un hombre con dinero...". Siente que su padre la utiliza para "competir de cara a los otros" con ella "soy como un trofeo... en las reuniones familiares los tíos se juntan y hablan de cómo casan a sus hijas...".

## **DIFERENCIACIÓN FAMILIAR Y PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Presenta así mismo ideas autorreferenciales y señala sentirse manipulada por su familia "como si tuvieran un complot contra mi...". Durante la entrevista elevaba el tono de voz, amenazaba e insultaba a sus padres reprochándoles episodios del pasado, "su rigidez en la educación... que solo os importa que sea ordenada... que haga deporte...que termine una buena carrera y encuentre un buen partido... siempre ha habido bronca en casa". Interpreta / atribuye significados a muecas que hace su padre en las que siente que le dice "no vales, no puedes... no alcanzarás el éxito".

Con su incorporación a la universidad, refiere aumento de la angustia y empeoramiento de "estas ideas...todo giraba en torno a lo mismo... nos adoctrinaban en la élite...llegué a sentirme mal por pensar que algún profesor podía entender que tenía ideales que iban en contra de su sistema de valores de la clase alta". Presentaba un discurso reiterativo con temática en torno a "las clases sociales, los inmigrantes, la superficialidad... ", "me di cuenta que no encajaba... las chicas eran ideales y tenían que decir a todo que sí y los chicos poderosos". Verbaliza así mismo dudas acerca de su orientación sexual que cree originadas por comentarios /actitudes de familiares

Sus padres verbalizan sentimientos de impotencia y desesperación respecto a la situación clínica de su hija. Relatan alteraciones de conducta así como episodios de agresividad de predominio nocturno "pone la música alta de madrugada y recorre la habitación de un extremo a otro, sin parar... empuja la cama, habla, se ríe sola, baila sin control... En ocasiones se pone agresiva con nosotros, nos chilla... ". La paciente minimiza lo relatado por sus padres, explicando "no les aguanto y me pongo nerviosa con ellos, quieren hacerme de una forma que yo no quiero, dirigir mi vida...".

Se reajusta tratamiento farmacológico: Olanzapina 5mg/ noche y Lorazepam 1mg. Se inicia seguimiento conjunto entre psicología y psiquiatría.

### **EVOLUCIÓN CLÍNICA**

Se fijan como objetivos terapéuticos al inicio: estabilización psicopatológica, ajuste de tratamiento farmacológico, trabajo/ elaboración/ creación de narrativas terapéuticas en torno a aspectos de la biografía y de la dinámica familiar disfuncional objetivada.

Acude a citas con periodicidad semanal, presentando buena adherencia al tratamiento farmacológico. Se trabaja desde el principio la relación terapéutica intentando crear entorno seguro para la paciente, cosa que se ve dificultada por interrupción de familiares en la consulta que, lejos de facilitar esta relación, intentan aliarse con terapeuta en contra de la paciente. Se objetiva la necesidad, sin embargo, de encontrar un espacio para la familia, diferenciándolo del espacio individual, preferiblemente con la paciente y mediante su consentimiento.

Se reconstruye con la paciente la historia familiar, intentando enlazar lo acontecido previo al episodio, durante el episodio así como las expectativas con respecto al futuro. De la narrativa de la paciente se extrae conflictiva familiar marcada por dificultades de comunicación y regulación emocional vividas desde su niñez, que desembocaron en divorcio de sus padres. Durante adolescencia la paciente se vió determinada a realizar un proyecto vital concreto, basado en cumplir

## **DIFERENCIACIÓN FAMILIAR Y PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

unas expectativas, suscitadas por su padre, con las que no se sentía identificada, lo que supuso una dificultad en proceso de diferenciación e individuación. Se pone en evidencia conflicto de vínculos que persisten desde su niñez-adolescencia hasta momento actual. Desde inicio de sintomatología psicótica, aparece la necesidad de relación entre ex cónyuges, enfocada principalmente al cuidado de la paciente y dificultada por los conflictos del pasado y la prácticamente inexistente relación entre ellos desde hace años. Durante el episodio psicótico se ponen de manifiesto dos actitudes que incrementan perpetúan el conflicto: un rol materno basado en la supervisión constante y la sobreprotección de la paciente y un rol paterno determinado por la exigencia.

Ambos pasan de la negación ("lo que le pasa es adolescencia pura, tendría que tener más orden, hacer más deporte, sacar su carrera..."), realizándose trabajo de psicoeducación (diagnóstico por determinar, tratamiento, recursos...) a la aceptación del proceso de enfermedad. Se trabaja el papel, significado y consecuencias de la enfermedad en la familia así como se enfatiza en la resolución de conflictos y se refuerza la mejoría en la comunicación entre miembros de la familia y los cambios en relación a la "emoción expresada".

Al inicio del seguimiento refieren una disminución de las alteraciones de conducta /agresividad así como mejoría en el patrón de sueño (duerme entre 7-8h /noche).

Sin embargo gradualmente disminuye su nivel de actividad y comienza a aislarse de sus amigos sintiéndose "rara... yo antes era una chica muy activa e integrada... ahora me cuesta relacionarme...". Explorando este aspecto señala que ha descubierto "que cuando en un grupo se tocan el flequillo quiere decir que yo no caigo bien... que no pinto nada". Así mismo presenta afecto inapropiado con risas inmotivadas y sonrisa incongruente con el discurso y fija. Presenta en ocasiones conductas regresivas y desorganización conductual (pasea desnuda por la casa, deja compresas usadas tiradas en el domicilio...).

Refiere efectos secundarios de tratamiento con Olanzapina: aumento de peso, somnolencia, discurso levemente disártrico, menos espontáneo, con mayor latencia de respuesta, enlentecimiento psicomotriz, por lo que se decide cambio pauta antipsicótico (Olanzapina 5mg → Aripiprazol 10 mg/d). En las siguientes consultas la paciente presentaba ánimo bajo, facies triste y tendencia al llanto. Verbaliza sentimientos de desesperanza y frustración. Refiere aumento apatía, abulia e hipohedonia.

Se plantea entonces el diagnóstico diferencial entre: sintomatología negativa, depresión post psicótica (junto con aumento de la conciencia de enfermedad y dificultades proceso de diferenciación) y efectos secundarios tratamiento farmacológico.

Paulatinamente mayor conciencia de enfermedad así como percepción de "mi limitación... aceptando que no voy a poder estudiar". Debido a la persistencia de sintomatología psicótica se decide aumento de pauta de Aripiprazol hasta 15 mg /d, acudiendo a los pocos días con disminución del parpadeo, rigidez en rueda dentada, hipomimia, enlentecimiento psicomotriz, bradipsiquia y temblor distal. Verbalizaba indiferencia afectiva, mayor aislamiento social y

## **DIFERENCIACIÓN FAMILIAR Y PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

abandono de actividades. Se disminuye pauta anti psicótico, se administra biperideno y lorazepam (si ansiedad) con lo que disminuye el parkinsonismo.

En momento actual continúa verbalizando ideación delirante de perjuicio y autor referencialidad, referencialidad, de la que realiza crítica parcial y la cual tiene menor repercusión conductual y afectiva. Dice querer hacer una lista para que "aclaremos lo que es real y lo que no...". Habla en pasado de "los distintos tipos de miradas que percibía: las brillantes que eran de gente que podía mandar sobre el pensamiento de los demás... miradas sin brillos opaca como las de mis padres, que no saben nada de la vida...". A la exploración se ponen de manifiesto fenómenos de control, robo y difusión del pensamiento. Conductas repetitivas/obsesivas, como cerrar la puerta y dar tres golpes, contar los "sies y los noes" de las conversaciones sin otorgarles significado. Rumiativa respecto a pronóstico /curso de la enfermedad. Inestable anímicamente. Mayor organización conductual. Ansiedad basal. Escaso nivel de actividad y deterioro de relaciones sociales

Recientemente ha sido admitida en módulo superior, verbalizando inicialmente miedo a "no poder con ello, a no concentrarme, a seguir lenta y débil...", pero pudiendo posteriormente aprobar con calificaciones altas las asignaturas. Persiste la idea de "no cumplir expectativas" familiares, verbalizando importante frustración .Se relaciona con facilidad con gente del módulo, viviendo estas relaciones como relaciones "sin prejuicios", sin poder mantener relación con amigos del pasado. En domicilio ha mejorado la comunicación con su madre y hermano e intenta no coincidir con su padre, ya que es su presencia la que dice reactiva sintomatología.

Se decide en acuerdo con la paciente y su familia la derivación a la unidad de atención temprana a primeros episodios psicóticos, con la finalidad de realizar un tratamiento psicoterapéutico intensivo, tanto a nivel individual como familiar y multifamiliar, viéndose esta opción como una posibilidad de apoyo/contención más continuado y de encuentro con familias en situaciones similares; de profundización en el conocimiento de la enfermedad en relación al sistema familiar así como los recursos que puede desplegar este para una mejor evolución, de facilitación del proceso de individuación del paciente y de los familiares entre otros.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). La práctica de la Psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Linares JL. Identidad y narrativa. Ed. Paidós de Terapia Familiar, 1996.
- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Edit. Gedisa, 1974.