



"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

Ibañez Soriano E¹, Morant Luján Y¹, García Valls JM², Mateu Hernández C³

1. Médico residente en Psiquiatría
2. Médico especialista en Psiquiatría
3. Residente de Psicología clínica

ibanezsoriano.eli@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVOS Revisar, a través de la descripción de un caso clínico, el concepto de "psicosis única".

MATERIAL Y MÉTODOS Mujer de 53 años remitida a la Unidad de Salud Mental de Burjassot (Valencia, España) en Octubre de 2010. Como antecedentes: Un diagnóstico de Depresión, un episodio maníaco en 2004 y un diagnóstico de Trastorno de Ideas Delirantes que precisó ingreso en Marzo de 2010. La paciente llega con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y una orden de tratamiento forzoso. Importante repercusión socio-familiar. Durante los primeros meses de seguimiento inicia clínica depresiva de características melancólicas, con predominio de anhedonia, abulia y apatía. Discurso monotemático ("No siento nada"). Se ensaya con varios antidepresivos sin respuesta y la paciente finalmente abandona el seguimiento, ingresando en Agosto de 2011 por intento autolítico. Se instaura tratamiento multidisciplinar y la paciente mejora, recuperando su funcionalidad previa.

RESULTADOS En apenas 6 años recibe hasta 5 diagnósticos diferentes, en función de la sintomatología predominante. Se suceden a lo largo de su evolución, a veces simultáneamente, síntomas propios de la Esquizofrenia, del Trastorno delirante y de los Trastornos afectivos.

CONCLUSIONES El concepto de "psicosis única", que nace en el siglo I y alcanza su máximo esplendor en los siglos XVIII y XIX, resurge en estos años con renovado interés, probablemente en relación a una necesidad cada vez mayor de la Psiquiatría de una visión más integradora, en la cual lo dimensional y lo categorial coexistan y se complementen, en vistas a una atención más individualizada del paciente psicótico.

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

OBJETIVOS

Revisar, a través de la descripción de un caso clínico, el concepto de "*Psicosis única*" o "*Psicosis unitaria*".

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 53 años remitida en el 2011 a nuestra Unidad de Salud Mental (USM Burjassot) por sectorización, al cambiar de domicilio.

Como antecedentes personales, la paciente no presenta alergias. Es fumadora de unos 15 cigarrillos/día desde los 16 años, sin historia de consumo de otros tóxicos y sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, la paciente llega a nuestra Unidad diagnosticada de "*Esquizofrenia paranoide*" pero previamente había recibido también un diagnóstico de *Depresión*, con un intento autolítico en 1993 que requirió ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) y un diagnóstico de *Trastorno Delirante*, con un ingreso en Marzo de 2010.

Precisamente unos días antes de este último ingreso se había instaurado una Orden de tratamiento forzoso por mala cumplimentación y negativa al seguimiento y los servicios sociales le habían retirado la custodia de su hijo menor, de 12 años, que ingresa en una residencia para menores.

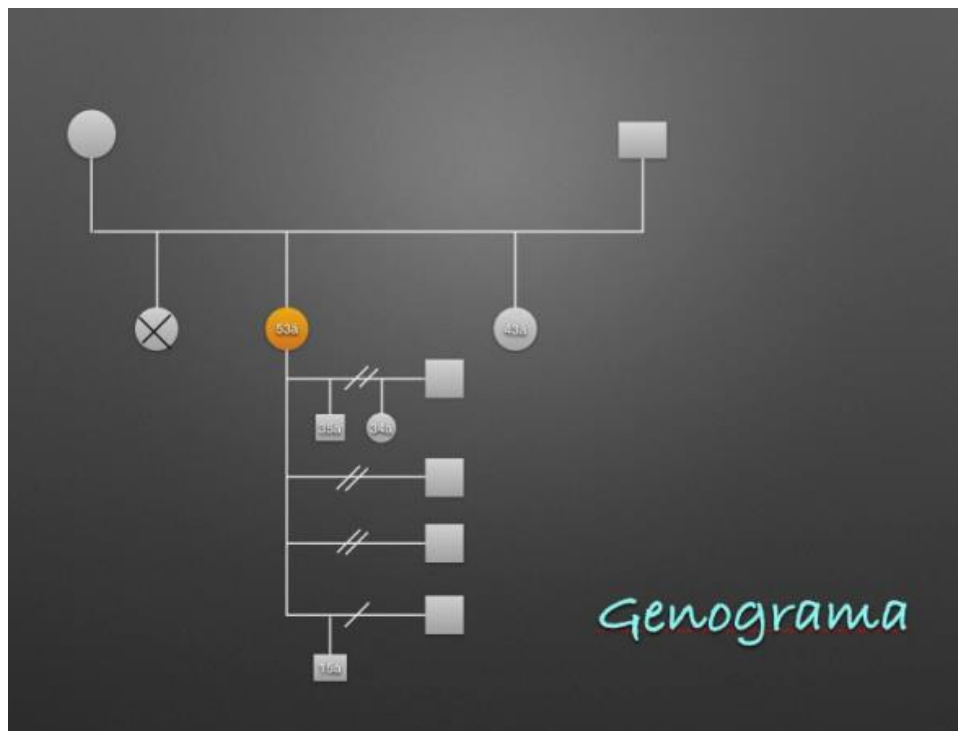
Revisando el genograma de la paciente vemos que es la mediana de tres hermanas, una de las cuales fallece de forma súbita en el 1969 con 15 años, por una posible meningitis, evento que repercute muy negativamente en la dinámica familiar. Tiene también una hermana de 43 años con la que mantiene una buena relación.

En cuanto a familia propia, la paciente ha estado casada tres veces. De su primer matrimonio, con el dueño de una peluquería donde trabajaba, nacen sus dos hijos mayores: Un varón de 35 años que trabaja como policía (y que la paciente describe como una persona con síntomas compatibles con un Trastorno Bipolar) y una hija de 34, que vive en Pamplona.

Tras el divorcio empieza a trabajar en una agencia de viajes, donde conoce a su segundo marido, de origen catalán. El matrimonio se divorcia a los pocos años tras muchas discusiones (Al parecer él quiere mudarse a Cataluña pero la paciente se niega).

Con su tercer de marido, un policía con problemas con el alcohol, la paciente sufre un constante maltrato físico y psicológico hacia ella y sus hijos. Finalmente consigue distanciarse e inicia una relación con un hombre originario de León, bastante más joven que ella, con el que tiene a su tercer hijo, que actualmente tiene 15 años y ha sido diagnosticado recientemente de "Trastorno Bipolar".

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"



En la siguiente imagen hemos intentado resumir esta compleja biografía de la paciente y relacionarla cronológicamente con su historia psiquiátrica.



Como hemos comentado antes, cuando la paciente tiene 9 años fallece de forma súbita una hermana de 15 años, con gran impacto en la familia. A raíz de este duelo familiar su madre es

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

diagnosticada de Depresión y la paciente sufre lo que, según su relato, podría corresponder a un Episodio Disociativo.

A los 14 años, y para huir de este ambiente familiar, abandona los estudios e inicia un empleo en una peluquería, donde conoce a su primer marido, el padre de sus dos hijos mayores. Posteriormente se casará con un hombre de origen catalán al que conoce trabajando en una Agencia de viajes. Tras separarse de éste, tendrá lugar un tercer matrimonio con un hombre que trabaja como policía y la maltrata durante años, lo cual desencadena una profunda Depresión en la paciente, que protagoniza un primer intento autolítico mediante Ingesta Medicamentosa.

Consigue finalmente distanciarse y conoce a su cuarta pareja, originario de León y padre de su tercer hijo.

Con los años esta relación de pareja va deteriorándose y finalmente acuerdan el divorcio, tras el cual la paciente se muda con su hijo a un pueblo cercano, y se incorpora a un nuevo puesto de trabajo en un taller de jardinería, donde sufre acoso laboral por parte de un compañero de trabajo, motivo por el que es derivada a Salud Mental de León.

No disponemos de los informes de salud mental de León, pero a los 47 años inicia lo que parece ser un cuadro maniforme, con euforia, expansividad, insomnio, ideas delirantes de tinte megalomaniaco y conducta prolija.

El juez otorga entonces la custodia de su hijo menor al padre, pero pasa el plazo para reclamar al menor y éste no lo ha reclamado, por lo que la paciente decide huir con su hijo a Valencia, a casa de sus padres, donde pronto encuentra trabajo en un Ayuntamiento.

La paciente llega a nuestra Unidad con un diagnóstico de Trastorno Delirante y un tratamiento farmacológico adecuado con antipsicóticos.

Sin embargo, en los primeros meses de seguimiento inicia un cuadro más depresivo, con predominio de aplanamiento afectivo, abulia y apatía.

Su discurso va estrechándose poco a poco, hasta convertirse prácticamente en un discurso monotemático, en el que la paciente únicamente repite: "*No siento nada*", "*No me salen las palabras*", "*Esta medicación no me va bien*".

En un principio fue difícil discernir si se trataba de una Depresión postpsicótica, sintomatología negativa, efectos secundarios de la medicación o una Depresión franca.

Dada la gravedad de la clínica y el potencial riesgo de suicidio se aumenta la frecuencia de visitas, citando a la paciente semanalmente. Se decide retirar el antipsicótico depot (aún a riesgo de reaparición de sintomatología delirante) y se introduce tratamiento antidepresivo, presentando la paciente una respuesta parcial.

En la valoración realizada tres semanas después de la introducción del tratamiento persiste la clínica depresiva y la paciente finalmente abandona el seguimiento.

Se realiza entonces visita domiciliaria, muy clarificadora, en la que se evidencian síntomas claros de melancolía, por lo que se decide modificar pauta de Antidepresivo e iniciar tratamiento con Eutimizante (*Lamotrigina*).

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

Días después de esta visita domiciliaria, en Agosto de 2011, la paciente ingresa en nuestra Unidad de Hospitalización por ingesta medicamentosa con intención autolítica, con alta letalidad y poca previsión de rescate. Deja una nota a sus hijos en el ordenador con mención al seguro de vida.

La exploración psicopatológica realizada en Urgencias evidencia esta sintomatología melancólica junto con Ideas delirantes de perjuicio hacía a su madre, a quien acusa de haber "colocado cámaras en el domicilio para controlarla".

En sala se realizan pruebas realizadas (analítica, orina, TSH, RMN cerebral), que no muestran hallazgos patológicos de interés, y se añade Aripiprazol a su tratamiento habitual.

Como diagnósticos al alta: *Trastorno de Ideas delirantes* y Episodio depresivo moderado.

Tras el alta hospitalaria desaparece la sintomatología delirante, pero persiste clínica depresiva de características melancólicas, con apatía y anhedonia intensas, aislamiento social, clinofilia, ideas pasivas de muerte y rumiaciones depresivas.

Durante meses se prueba con distintos antidepresivos (serotoninérgicos, duales y dopaminérgicos), con escasa respuesta, persistiendo discurso monotemático: "*no siento nada*".

Es en este momento cuando se decide realizar una revisión exhaustiva del caso, analizando principalmente la evolución clínica, y se le asigna el diagnóstico de "*Trastorno Esquizoafectivo*", iniciando tratamiento multidisciplinar con Clomipramina, sesiones individuales de psicoterapia a cargo de Psicología clínica y seguimiento por trabajadora social para su inclusión en Programa Asertivo Comunitario.

Y por fin algo de luz... En los últimos meses de 2011 empieza a notarse una importante mejoría clínica, con buena adherencia a los tratamientos y un funcionamiento social cada vez mejor.

Desde entonces la paciente se ha mantenido eutímica y poco a poco ha ido recuperando el control sobre su vida, de forma que en Febrero de 2012 se retira la Orden de tratamiento forzoso y en 2013 recupera la custodia de su hijo menor.

En visitas de seguimiento la paciente se encuentra psicopatológicamente estable, en tratamiento con 75mg de Clomipramina, en retirada, 200mg de Lamotrigina y 5mg de Aripiprazol.

DISCUSIÓN

Repasando un poco la historia de la paciente vemos que, a lo largo de su evolución, han ido sucediéndose síntomas y diagnósticos muy diferentes en función de la sintomatología predominante en cada momento.

Concretamente observamos que en el caso de esta paciente han ido sucediéndose, a veces simultáneamente, síntomas propios de la Esquizofrenia, del Trastorno de ideas delirantes o de los Trastornos afectivos.

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"



Esta alternancia y solapamiento clínico podría explicarse mediante el concepto de "psicosis única", que supone una visión más dimensional de la enfermedad mental.

A grandes rasgos, lo que esta teoría propone es una concepción unitaria de la psicosis, en la que las diferentes formas clínicas no serían auténticas entidades morbosas, sino fases sucesivas de una misma enfermedad (1).

En los últimos años, han surgido diversas publicaciones que defienden este modelo de Psicosis única (1,2,3,8) , que no debería entenderse como una regresión a la concepción unitaria de la psicosis, sino como una visión integradora de la psiquiatría, en la que lo categorial y lo dimensional coexisten y se completan mutuamente.

Realizando un breve repaso histórico (3,4) vemos que este concepto de "psicosis única" o "psicosis unitaria" nace ya en el siglo I, de la mano de Areteo de capadocia, quien define de la "melancolía" como una forma fundamental de locura.

Siglos después Chiarugi, psiquiatra italiano, definiría la enfermedad mental como una enfermedad con diversos estadios psíquicos o "formas de locura": la melancolía, la manía y la demencia (que equivaldría a lo que hoy conocemos como esquizofrenia) Sus ideas se extienden por toda Europa y causan un gran impacto en la psiquiatría alemana del siglo XVIII.

Guislain y Zeller van más allá y establecen una secuencia típica, en la cual los trastornos del sentimiento (melancolía, alegría morbosa) precederían a los trastornos de la razón (ideas delirantes, demencia). La secuencia típica sería: melancolía, manía, paranoia y demencia. A mediados del siglo XIX, Neumann, otro psiquiatra alemán, modifica esta teoría afirmando que la melancolía no siempre precedería al resto, sino que podría aparecer antes, durante o después del delirio.

En España el máximo representante esta corriente fue Bartolome Ilopis, autor del libro "La psicosis única", que recoge todas estas teorías sobre la psicosis única y niega la especificidad de los

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

síntomas psíquicos, afirmando que los síntomas psíquicos serían siempre los mismos en las distintas enfermedades, representando formas de reacción del cerebro, preexistentes, ante agresiones muy diversas. Los diversos cuadros psicóticos corresponderían a los distintos grados de intensidad con que el cerebro reacciona.

El ocaso de esta teoría llega con Hoffman y Snell, que establecen dos subtipos de paranoia: una paranoia secundaria a los trastornos afectivos y una paranoia primaria, no influida por las emociones.

Surge con esto gran controversia y una división de los psiquiatras de la época en dos movimientos: pluralistas y unificadores. Este enfrentamiento se convierte en el tema principal de debate en el congreso de psiquiatría de Berlín del 1893, tras el cual se establece la Paranoia como una enfermedad primaria de la razón, privando a las ideas delirantes de su base afectiva.

No obstante, el golpe final a la teoría llegará de la mano de Kraepelin, con su clasificación de las enfermedades mentales. Según su sistema binario la psicosis se dividiría en Psicosis maníaco-depresiva y Demencia precoz. Este mismo autor, considerado el padre de la nosología psiquiátrica decide en el 1920, ya en el final de su vida, revisar su teoría y afirma lo siguiente: "Es una experiencia cotidiana que, en enfermedades sin duda esquizofrénicas, puedan presentarse transitoriamente, a veces también durante mucho tiempo, cuadros clínicos maníacos y melancólicos que nosotros no somos capaces de diferenciar en absoluto de las formas circulares".

Volviendo al caso (y al modelo categorial) vemos que la paciente, en apenas 6 años recibe hasta 5 diagnósticos diferentes, en función de la sintomatología predominante en cada momento de su evolución.

EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA	
DEPRESIÓN (1991)	Intento autolítico
TRASTORNO BIPOLAR? (2007)	Ideas delirantes (De perjuicio, Megalomaniacas) Alteraciones del estado de ánimo (Euforia, expansividad) Alteraciones del comportamiento (Compras compulsivas)
TRASTORNO DELIRANTE (MARZO 2010)	Ideas delirantes (De perjuicio, persecución) Pobre contacto con la realidad Rechazo al tratamiento y seguimiento por USM
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (MARZO 2010)	Ideas delirantes (familia, vecinos, hijos) Alucinaciones auditivas en 3º persona
TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES (MARZO 2010)	Ideas delirantes (De perjuicio, autorreferenciales) No conciencia de enfermedad
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (FEBRERO 2012)	

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

El último diagnóstico recibido es el de "Trastorno Esquizoafectivo" (7) caracterizado precisamente por esta inestabilidad clínica y cuya caracterización ha sido objeto de debate, existiendo seis principales hipótesis etiopatogénicas:

1. Variante de Esquizofrenia
2. Variante de Trastorno afectivo
3. Tercer tipo de psicosis independiente
4. Grupo heterogéneo (pacientes esquizofrénicos, afectivos y "puros")
5. Formas intermedias de un continuum que va desde la esquizofrenia a los trastornos afectivos
6. Coexistencia en un mismo sujeto de Esquizofrenia y Trastorno afectivo

Tampoco las guías parecen ponerse de acuerdo (6). En el DSM-II el *Trastorno Esquizoafectivo* aparecía como un subtipo de Esquizofrenia caracterizado por la presencia de síntomas afectivos. Más tarde, el DSM-III lo incluyó en el apartado "Trastornos psicóticos no clasificados", señalando como criterio imprescindible la remisión simultánea de los síntomas psicóticos y afectivos y añadiendo el criterio temporal de 2 semanas con síntomas esquizofrénicos en ausencia de síntomas afectivos prominentes.

En el DSM-IV, el trastorno viene definido por un período continuo de enfermedad en el cual, en algún momento, coexiste un episodio afectivo (maníaco, depresivo o mixto) con síntomas que cumplan el criterio A de Esquizofrenia junto con otro en que los síntomas positivos estarían presentes por lo menos durante 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos prominentes.

Los criterios diagnósticos del nuevo DSM-V se recogen en la siguiente imagen:

Como vemos, existen todavía hoy discrepancias y dificultades nosológicas que limitan, en muchas ocasiones, nuestras intervenciones, reduciendo nuestras posibilidades de éxito terapéutico. El caso referido ilustra perfectamente, a nuestro modo de ver, la extraordinaria recuperación que el paciente psicótico puede presentar cuando es escuchado y se ponen a su disposición los recursos suficientes.

Dando dos "pinceladas" sobre la recuperación (10) podemos decir que, si bien en la vida diaria hablamos indistintamente de "recuperación", "curación" o "rehabilitación", estos términos no son, en el sentido estricto, términos sinónimos.

La principal diferencia con la "curación" sería que la recuperación se entiende como un proceso en el que la persona afectada por trastorno mental grave participa activamente y que tiene como objetivo el desarrollo de un plan vital significativo, incluso a pesar de que puedan persistir síntomas y discapacidades propias de la enfermedad. Asimismo, tampoco "rehabilitación" y "recuperación" son sinónimos ya que el primer término hace referencia a la relación con los demás, con el ambiente, mientras que la "recuperación" hace referencia a un proceso interpersonal, a la interfaz con uno mismo.

Dentro de la recuperación existen tres subtipos principales: una recuperación clínica (Desaparición o reducción de los síntomas), una recuperación social (Desarrollo de relaciones y roles

"NO SIENTO NADA". ENTRE LA MELANCOLÍA Y LA PARANOIA. REVISIÓN DEL CONCEPTO DE "PSICOSIS ÚNICA"

sociales significativos, desarrollo de actividades laborales y acceso a una vivienda digna) y una recuperación psicológica, que sería el proceso de comprensión y manejo de la experiencia psicótica.

A modo de conclusión nos gustaría compartir los ocho principios de la recuperación psiquiátrica propuestos por Anthony en el 1993, muy relacionados con la recuperación observada en nuestra paciente.

REFERENCIAS

1. Colina F. Melancolía y paranoia. Ed. Síntesis.
2. Huertas R. Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: En torno a la psicosis única. Revista española de Neuropsiquiatría, 1999, vol XIX, núm 69, pp 63-76
3. Mellor B, Aragona M. De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría, 2009, vol XXIX, núm 103, pp 217-228
4. Widakowich C. El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. Revista argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 2012, vol 17, núm 4, 365-374
5. Berrios G. Clasificación en Psiquiatría: Historia y epistemología. Informaciones psiquiátricas 2013: 213 (3): 341-352
6. Arenas A, Rogelis A. Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. Universitas médica 2006, vol47, nº 2,
7. Rodríguez Losada J. La sintomatología afectiva en el trastorno esquizoafectivo. Evaluación con un instrumento de auto-reporte: Implicaciones para el diagnóstico. Revista Neuropsiquiatría 2004, 67: 52-63
8. De la Portilla- Geada. Psicosis única en la actualidad. Salud Mental, 2010, vol 33
9. May R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación.
10. Hernández Monsalve M. Psicopatología y recuperación.