

## DESENCADENAMIENTOS Y SUPLENCIAS PSICÓTICAS: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL Y LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA

Bello Franco S (1), Quintanilla López MA (2), Vicente Rivera D (1), Salas Martínez A (1), Pedrosa Armenteros S (1), Campos Ródenas R (3).

1) Médicos Internos Residentes de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza 2 ) Médico Adjunto de CCEE de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza 3) Jefe de Sección de la Unidad de Hospitalización de Adultos (UHA del Servicio de Psiquiatría), Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

### Introducción

Presentamos a un paciente varón de mediana edad, es el menor de una fratria de 5 hermanos en donde es el único varón. Convive con su mujer desde hace seis años y no tienen hijos. Tiene estudios básicos y desde su juventud está trabajando como empleado en una empresa familiar, siendo su sobrino su jefe desde hace unos años. Lleva tiempo que considera que no se le valora como se merece y por eso decide dejar el negocio familiar y planificar proyecto laboral propio. En este contexto se desencadena una clínica psicótica aguda que motiva ingreso en Unidad de Psiquiatría de Adultos (UHA). En su historia actual destaca que recientemente ha verbalizado sentimientos de desconfianza y ha realizado interpretaciones autorreferenciales que proyecta hacia el medio familiar y también hacia estímulos neutros. Todo ello se vivencia con intensa angustia psíquica y corporal y se acompaña de pasos al acto puntuales en forma de agresividad hacia personas. El paciente tiene antecedentes maternos de episodios de diferente catalogación diagnósticas (disociativos, depresivos y autolesivos) que hace años precisaron ingresos en nuestra Unidad. En su historia psiquiátrica previa reseñar que está en asistencia desde la adolescencia por distintos especialistas ya que ha presentado episodios de clínica inespecífica emocional reactiva a distintos estresores vitales. En otras ocasiones ha habido crisis psicóticas recortadas con predominio de fenómenos de extrañeza, despersonalización y autorreferencialidad. Ha presentado una adherencia fluctuante al tratamiento prescrito y la asistencia ha sido discontinua. En la exploración del desencadenamiento actual se identifica un delirio de significativo y centrípeto enmarcado en una estructura psicótica en donde se advierten suplencias y estabilizaciones salpicadas de crisis. En este la discusión caso nos detendremos en los indicadores del diagnóstico estructural de psicosis y lo diferenciaremos con la clínica psicótica de los pacientes con estructura límite.

### Breve historia clínica

#### 1) Motivo de consulta

Se trata de un paciente varón de 43 años que ingresa de forma involuntaria en nuestra UHA desde Consultas (CCEE) por presentar clínica delirante acompañada de intenso malestar emocional.

#### 2) Antecedentes personales

El paciente era conocido desde hace años en nuestro servicio, (era visitado en nuestras CCEE y con una psicóloga del sector privado). Sin embargo no había presentado ingresos previamente en la UHA. Comenzó a ser atendido a los 16 años en Infanto-Juvenil, por angustia masiva ante el temor a perder la salud mental tras ser hospitalizada su madre en Psiquiatría. Posteriormente a los 18 años inició tratamiento antipsicótico y antidepressivo cuando fue atendido en sector privado y se informó de una crisis autolimitada de pérdida del sentido de la realidad. En 1990 se le realizó un WAIS en el que se documentó CI total de 83 (consta en el historial difícil adaptación durante la etapa escolar). Durante los años siguientes el paciente presentó varios episodios de clínica ansioso-depresiva acompañada de sentimientos de extrañeza y

despersonalización, siendo su adherencia al tratamiento y la continuidad asistencial intermitente; en 2015 abandona el tratamiento antipsicótico de mantenimiento ya que lleva un tiempo prolongado sin crisis. A inicios de 2016 vuelve a CCEE, constatándose la presencia de una “mayor autorreferencialidad y malestar emocional”, pautándose de nuevo antipsicótico que no toma.

Desde el punto de vista biográfico, reseñamos la descripción del paciente de la estrecha conexión con su madre reconociéndose como su favorito. No refiere vinculación con su padre sin que haya existido una relación especialmente conflictiva. Destaca que desde su juventud tiene un interés especial por su aspecto físico, especialmente por su musculatura. Hace unos años que dedica en sus tiempos libres a acudir a fiestas despedida de solteras como stripper masculino. Refiere que no ha tenido relaciones sentimentales estables con chicas y que hace unos años conoció a su mujer. Dice que se llevan bien, describiendo su relación como de buenos amigos y de dependencia afectiva como la que tenía, antes de casarse, con su madre y posteriormente con una de sus hermanas.

No hay antecedentes médico-quirúrgicos reseñables, ni consumo de tóxicos asociado (sí es consumidor de suplementos proteícos en un intento de mejorar su musculación)

### **3) Antecedentes familiares**

Presenta antecedentes psiquiátricos familiares: su madre sufría un trastorno psiquiátrico recurrente desde la edad adulta, (con ingresos en contexto de intentos autolíticos y diferente tipificación diagnóstica), y cuya evolución ha sido hacia la demencia.

### **4) Enfermedad actual**

La historia actual se circunscribe a las tres semanas previas al ingreso, en que el paciente verbaliza sentimientos de desconfianza y realiza interpretaciones autorreferenciales, vivenciando todo ello con angustia y tensión motora en forma de contracturas musculares. También describe ruidos y murmullos que no llega a identificar como voces. Todo ello le dificulta el descanso nocturno y se acompaña de accesos, no habituales en él, de heteroagresividad hacia terceros. Como estresor externo, informan que hace 6 meses decidió despedirse de la empresa familiar en donde trabajaba desde hace muchos años y que ha optado por emprender un negocio cuya apertura está ya muy próxima.

En este contexto, sus familiares le acompañan a Urgencias, donde se valora la existencia de descompensación psicótica. Se decide retomar la asistencia ambulatoria en CCEE gracias a la capacidad de contención familiar y se le pauta tratamiento con Olanzapina. A los 4 días vuelven a urgencias porque ha vuelto a presentar interpretaciones delirantes que vivencia con angustia masiva (que atribuye a temor a perder la razón) y ante las que se muestra ambivalente. Tras ello es atendido en CCEE de forma continuada, advirtiéndose elementos de clínica depresiva asociados, por lo que decide pautarse Mirtazapina. Además, es necesario aumentar la dosis de tratamiento antipsicótico, aunque aparecen efectos 2º (sialorrea, torpeza motora, somnolencia...). Los familiares del paciente describen la clínica del paciente como fluctuante, cambiante entre días. El paciente a la confrontación en las visitas es capaz de realizar una adecuada crítica de las interpretaciones delirantes, que son parcialmente sistematizadas. Finalmente se le plantea el ingreso al no conseguirse alivio sintomático significativo y ante la negativa a tomar medicación alguna con el consiguiente desbordamiento de la capacidad de contención familiar.

### **5) Exploración física**

Sin focalidad neurológica ni otros hallazgos significativos.

#### 6) Exploración funciones psíquicas

Al examen mental al ingreso, nos encontramos a un paciente colaborador que presenta estado de desencadenamiento psicótico predominando la sensibilidad y paranoidismo parcialmente sistematizado y que relaciona con estresores de lo real (apertura del negocio), así como reviviscencias de vivencias traumáticas psicobiográficas (accidente de tráfico de sus padres, intentos autolíticos de su madre, sentimientos de tensión/frustración por haber estado trabajando en empresa familiar...). También se identifican fenómenos elementales y también elementos depresivos que acompañan esta descompensación psíquica. En todo ello podemos advertir un terreno predisponente de fondo que se enmarca en una crianza con sobreprotección familiar y una relación de proximidad e identificación con su madre y que ha conllevado un modo de funcionamiento psíquico en donde ha habido estabilización a través de suplencias y en el que sólo de forma intermitente han aparecido varias crisis previas en donde se ha perdido transitoriamente el contacto con la realidad.

#### Informe del laboratorio, y pruebas realizadas

- Bioquímica sin alteraciones significativas, serologías (VIH, Lúes, VHB y C) negativas, y B12, Acido Fólico y TSH en rango de normalidad
- TAC cerebral: sin alteraciones.
- EEG: registro sin anomalías valorables.

#### Diagnósticos diferenciales

- Psicosis secundarias a otros trastornos médicos: descartados por lo referido en el apartado anterior.
- Psicosis por Intoxicación por consumo de sustancias: el examen de tóxicos en orina fue negativo.
- Trastorno psicótico agudo y transitorio (F23.0 CIE 10): en este tipo de trastorno, además de la coincidencia de sintomatología (síndromes psicóticos agudos con predominio de alucinaciones e ideas delirantes y disminución de la conciencia), aparece un comienzo agudo del episodio y una recuperación total en un corto periodo de tiempo, así como la existencia de un antecedente de estrés (“eventos vitales”). Dentro de estos trastornos, encontramos las psicosis cicloides, de Leonhard en su forma de angustia-felicidad (y en concreto a la forma de psicosis de referencia aguda dentro de las psicosis marginales de Kleist o la de angustia-tristeza-perjuicio de Barcia). La recuperación del paciente es solo aparente debido a las suplencias que pasaremos a describir.
- Trastornos afectivo: si bien nuestro paciente presenta clínica de padecer clínica de

afectiva no son éstos los que constituye el eje psicopatológico fundamental sino la fisuración de la conciencia yoica en forma de desencadenamiento psicótico. .

- Trastorno psicótico transitorio como descompensación de trastorno límite de la personalidad. No se justifica por la ausencia de un patrón desadaptativo caracterizado por la inestabilidad en las relaciones interpersonales y un funcionamiento dinámico subyacente diferente al del paciente con estructura psicótica tal y como describiremos en la discusión.

### **Diagnóstico definitivo**

- Trastorno psicótico agudo (paranoia aguda) como expresión de desestabilización de estructura psicótica tal y como vamos a argumentar en la discusión del caso.

### **Tratamiento, terapias aplicadas**

Durante la semana y media de ingreso, se realizaron intervenciones y apoyo en crisis para conseguir alianza terapéutica que permitiese recuperar el sentido de realidad así como que haya una vinculación terapéutica. A nivel sintomático se pautó tratamiento psicofarmacológico consistente en:

- Fluoxetina 20mg 1 comp.
- Abilify (Aripiprazol) 5 mg, 1 comprimido con el desayuno y 1 en comida
- Rivotril (Clonacepam) 2 mg, ½ comprimido al acostarse.
- Olanzapina 5mg 1 comp.

### **Evolución**

Durante su estancia en la UHA, el paciente se adapta de forma adecuada, atenuándose rápidamente las experiencias interpretativas y autorreferenciales mencionadas. Mejora además su estado anímico y su actitud frente a la toma de medicación (inicialmente muy cuestionada ya que se englobaba dentro de los sentimientos de perjuicio hacia el seno familiar). Establece respuestas transferenciales de carácter no neurótico. Hay por tanto mejoría aunque se advierte cierta vulnerabilidad en caso de incremento de dificultades y estresores. Durante las semanas siguientes al alta, el paciente mantiene una adecuada adherencia al tratamiento pautado y a las citas en nuestras CCEE. Son necesarios reajustes en el tratamiento antipsicótico debido a síntomas de impregnación derivados.

El paciente retoma la vinculación terapéutica, va consolidando un trabajo de construcción de su proyecto único y propio y mantiene una mejor adaptación tanto en entorno familiar como en el laboral.

### **Actualización sobre el tema:**

Según Bergeret (1) la estructura de la personalidad se concibe, por una parte, como la base ideal de organización estable de los elementos metapsicológicos constantes y esenciales en un sujeto, en tanto que el carácter aparece, por otra parte, como el nivel de funcionamiento manifiesto y no mórbido de la estructura. Así la sintomatología se convierte en el modo de funcionamiento mórbido de una estructura cuando ésta se descompensa en el que los factores internos de conflictualización dejan de estar equilibrados por un juego eficaz de los variados mecanismos de defensa y adaptación.

Por estructura clínica (2-4) entendemos una concepción psicopatológica que define los trastornos psíquicos como organizaciones estables y precozmente cristalizadas mediante diversos mecanismos psíquicos inconscientes que el sujeto emplea para enfrentar la castración. Esta es expresiva de la falta de adecuación del principio de placer y el de realidad y supone el último tiempo del complejo de Edipo cuando se renuncia a la sexualidad incestuosa para conservar el “órgano sexual autoerótico” primordial.

Ante la castración el Yo (aparato psíquico) puede reconocer dicha representación o negarla en forma de rechazo. Este mecanismo es el que determina la estructura de las psicosis. Cuando la representación de la castración es apartada de la consciencia a través de la represión estamos en la estructura neurótica y cuando el sujeto desmiente la realidad de la misma a través de la renegación estamos en la estructura perversa.

La revisión de Lacan sobre la teoría freudiana enuncia que el inconsciente está estructurado como un lenguaje y que es previo al nacimiento del sujeto (del que ya se habla antes de nacer, se le nombra y moviliza ciertos deseos en los padres). En la teoría lacaniana de las estructuras, el vector que la orienta es el deseo y esto nos remite al sujeto a lo real de la primera experiencia de satisfacción (goce) que fue con el primer objeto (el pecho materno). El sujeto está capturado por la lógica del lenguaje que lo antecede y permanece sometido al gobierno de la lógica del significante y del orden simbólico que es junto con lo real y lo imaginario los tres registros de la experiencia.

Para conocer los indicadores diagnósticos estructurales (5) hemos de estar atentos a: las características de la angustia; cómo son las relaciones de objeto; cuáles son sus síntomas; cómo articula su deseo, su lenguaje, su identidad y su cuerpo.

En nuestro paciente en el desencadenamiento el lenguaje deja de ser su sostén en el mundo, hay un ataque a su identidad. Este se fragmenta apareciendo fenómenos elementales en forma de automatismos vocales y carnales en que el sujeto se sabe preocupado pero no sabe lo que es, significantes no simbolizados que se consideran xenopáticos. El contacto con la realidad se produce a través de la pulsión y se vivencia una experiencia enigmática caracterizada por la certeza y el vacío de significación. La angustia es inabarcable y no surge ante el abandono o la pérdida. Para reparar esa brecha o vacío surge el delirio como una defensa en forma de recurso reparador. Supone un sentido nuevo impregnando la intimidad del sujeto, que es autorreferente, cargado de perjuicio y dotado de certeza. En nuestro paciente indican una psicosis de la razón en donde ha predominado el polo paranoico sobre el esquizofrénico y el melancólico. La

autorreferencia y el perjuicio predominan a la escisión, prevalece el delirio de significado (y no solo de significante) con intento de rápida sistematización con contenidos relacionados con el mundo laboral o social, a través del afán de causalidad y con una identidad social más conservada en una evolución de desarrollo más que de proceso.

En la psicogénesis podemos encontrar información acerca de una relación simbiótica con la madre en posición omnipotente que da lugar a un yo fragmentado (no incompleto como en la estructura límite) y que lleva a relaciones objetales parciales y a una falta de lazo social. En el funcionamiento intercrisis podemos mencionar algunos mecanismos de suplencia o amortiguación como son el medio social y conyugal poco exigente de demandas y deseos, unas actividades repetitivas y monótonas, un consumo de sustancias tónicas y una actividad exhibicionista que libidiniza el cuerpo y ofrece una falsa coraza caracterial con algunos síntomas neuróticos. A estas psicosis suplidadas o encadenadas se las denomina con muchos descriptores de las que mencionaremos psicosis latentes, incipientes, esquizoide, esquizotípico, psicosis atenuada, psicosis pseudoneurótica, psicosis ordinaria, psicosis normalizada, psicosis incipiente, psicosis fría, psicosis líquida y riesgo de psicosis entre otras.

La estabilización del paciente con psicosis desencadenada podrá precisar de aliviar la angustia a través de medicación como mediador con nuestra presencia. La asistencia necesitará de escucha, respeto e interés para acompañarle en el proceso narrativo y atender a sus necesidades y a la función específica del delirio (por qué ahora, para qué y por qué sobre eso). El trato y la relación del profesional con el paciente psicótico serán claves para el establecimiento de un espacio en donde se prime el lenguaje y el interés por su la individualidad.

## **9. Bibliografía**

1. Bergeret J. La personalidad normal y patológica. Barcelona: Gedisa.2005
2. Dor J. Estructuras clínicas y psicoanálisis. 2ª Ed. Buenos Aires: Amorrortu 2014.
3. Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. Estructuras clínicas. En: Fundamentos de psicopatología analítica. Madrid: Síntesis, 2004; p. 700-734.
4. Solimano AL, Manfredi C. Psicopatología de las psicosis. En: Eds. AL Solimano, Manfredi C. Cuestiones de psiquiatría dinámica y psicopatología psicoanalítica: problemas de integración. Buenos Aires: Polemos, 2015. p. 151-166.
5. Colina F. Curso de Psicopatología clínica e intervención comunitaria. Curso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 2015.