



TEPT O PSICOSIS. ¡LAS APARIENCIAS ENGAÑAN!

M. Herrera Giménez; S. Martínez Benítez; J.M. López Navarro; M.M.Díaz Galván*;
F. Rosagro Escámez; B. Pérez Molina; P. Pozo Navarro.

H.G.U. Reina Sofía. Murcia.

*FEP Bola Azul, CHT Torrecárdenas. Almería.

mariapsiqui@hotmail.com

RESUMEN:

La Psicotraumatología explora e investiga de manera específica la forma que tienen los sistemas psíquicos y psicosociales de dañarse, herirse ó lesionarse.

A continuación presentamos un caso clínico donde una paciente con antecedentes familiares psiquiátricos y que sufre TEPT al cambiar de ambiente a un medio familiar donde persiste el maltrato psicológico y uno de los miembros padece una enfermedad mental del espectro psicótico favorece la reagudización del TEPT, en esta ocasión manifestándose con sintomatología paranoide , lo que obliga al clínico a plantearse y realizar el diagnóstico diferencial de TEPT y otros trastornos del área ó espectro de la psicosis.

CASO CLINICO:

Se trata de una paciente de 10 años de edad que consulta por trastornos de conducta.

Entre sus antecedentes familiares destacan: padre desconocido, madre con diagnóstico de trastorno psicótico paranoide, ludopatía, ejercía la prostitución. Tiene una hermana menor, de 6 años sana. Un hermano fallecido al año de edad por insuficiencia respiratoria debido a fibrosis quística.

Antecedentes personales: gestación no deseada, sin controles ginecológicos hasta el momento del parto. Parto eutócico, peso al nacimiento: 3100 gramos. Atresia membranosa de coanas. No se conocen datos de desarrollo psicomotor ni otros problemas previos de salud salvo displasia dentaria por amelogenénesis odontógena.

Fue tutelada por el Servicio del Menor por situación de desamparo junto a su hermana menor. Ambas niñas recibían maltrato físico y emocional por parte de la madre y eran utilizadas sexualmente. Fueron institucionalizadas en un Centro de Protección durante un año siendo ambas posteriormente adoptadas por sus padres actuales.

Enfermedad actual: la paciente presenta trastornos de comportamiento desde el momento de la adopción hasta la actualidad con heteroagresividad verbal y física sobre todo en el ambiente familiar y en relación al padre y a la hermana. También refieren que está aislada y que piensa que las personas que la rodean están contra ella y la miran mal con el fin de perjudicarla, cuando pasea por la calle cree que se ríen y hablan de ella. Su familia plantea la imposibilidad de control familiar solicitando institucionalizarla en un centro.

A la exploración física la paciente tiene un aspecto tosco, macrosómico, con rasgos faciales dismórficos.

A la exploración psicopatológica la paciente se muestra consciente y orientada en las tres esferas, contacto afectivo inadecuado con aspecto embotado, se define a sí misma como nerviosa, reconociendo que se comporta de forma agresiva en relación al padre sobre todo y lo justifica porque el le pega y le trata mal, a veces le grita y otras pasa semanas sin hablarle. Verbaliza ánimo triste sobre todo tras las discusiones con los padres. Niega alucinaciones auditivas pero sí reconoce que a veces le miran mal y hablan mal, dice que eso también le pasa a su madre y en ocasiones es la madre la que le dice a la niña: "esos nos miran mal y hablan de nosotros".

Evolución y tratamiento:

En principio se realiza un primer diagnóstico de trastorno psicótico en la infancia iniciando tratamiento con neurolépticos con revisiones posteriores en las que contrastaba la psicopatología relatada por los padres que la veían cada vez peor con la evidenciado en la exploración donde no se apreciaban síntomas psicóticos y sí sin embargo síntomas secundarios al tratamiento psicofarmacológico (temblor fino distal, disquinesia lingual).

Acuden a servicios de urgencias de forma repetida relatando sintomatología grave y demandando ingreso.

Contactamos con el tutor de su Instituto que nos proporciona información que no concuerda con la aportada por sus padres adoptivos.

Finalmente contactamos con el Servicio de Protección al Menor de nuestra región que inician seguimiento por familia de riesgo y sospecha de maltrato actual.

DISCUSION:

TEPT O PSICOSIS. ¡LAS APARIENCIAS ENGAÑAN!

Podemos considerar como factores de riesgo destacables para sufrir TEPT ó reagudización del mismo:

1.- Historia familiar de trastornos psiquiátricos:

En este caso tanto en su familia de origen como en la actual familia hay graves enfermedades mentales:

- Madre biológica del espectro paranoide.
- Madre adoptiva: se nos muestra en consulta con clínica paranoide y delirante favoreciendo e induciendo en nuestra paciente la clínica con que se nos presenta de susceptibilidad e hipervigilancia.

2.- Exposición previa a eventos traumáticos y la reexposición actual que sufre la paciente:

- Nuestra paciente era una niña maltratada por su madre biológica , por lo que tuvieron que intervenir los servicios sociales.
- Actualmente persiste un maltrato psicológico en la paciente en su familia adoptiva: tanto por su madre con su clínica paranoica que induce y fomenta el delirio en nuestra paciente, como por su padre: que no le habla y la ignora, haciéndole el vacío (1).

3.- Falta de apoyo familiar:

Tanto en su familia de origen como en la actual adoptiva destaca la gran inestabilidad familiar.

Concebimos la clínica de embotamiento emocional de la paciente como el resultado de la evitación continuada de lo traumático, que va produciendo frente al estímulo traumatizador alejamiento progresivo afectivo.

Este alejamiento progresivo en la esfera afectiva va dando lugar a una hipoestesia sensitivo-sensorial que va aislando a la paciente, haciéndola cada vez mas retraída y esquiva (2).

Si esta evolución es severa puede constituir un factor de riesgo para las patologías "de la distanciación" en la línea: esquizoide, esquizotípica, llegando incluso a esquizofrénico-Paranoide (3).

La progresiva "esquizoidización" de nuestra joven paciente traumatizada, sería resultado de una detracción paulatina de la realidad (favorecida por su familia adoptiva) que le conduce al estadio de fracaso juvenil asténico (su mal rendimiento académico actual).

Esto lleva asociado un cuadro real de deprivación y retracción sensorial (su padre adoptivo le hace el vacío y no le habla) que sería la base del cuadro paranoide delirante posterior de nuestra paciente.

El miedo actual de la paciente y sus experiencias psicóticas familiares previas (madre biológica psicótica) es lo que hace la clínica que se manifiesta y que queda expresada como clínica de la esfera psicótica paranoide: hipervigilancia al medio, susceptibilidad, desconfianza, suspicacia, recelo. Por lo tanto podemos observar en nuestra paciente un auténtico continuum de clínica que describe toda la línea sintomatológica del síndrome del TEPT, evitativo, paranoide.

El TEPT es una patología compleja y paradójica, ya que por un lado da lugar a conductas de evitación y detracción social, mientras que por otro lado fomenta (mayormente en situaciones de reagudización de clínica) la patología derivada del estado de hiperalerta (4).

Nuestra paciente esta siempre en guardia, como nos refiere su madre: "a la que salta", en constante alerta en prevención a nuevas agresiones, ataques o maltrato severo.

La paciente desarrolla una actitud de prealerta ante una potencial agresión, como le ha sucedido ya previamente, favorecida por el medio familiar actual, ya que su madre adoptiva le fomenta e induce síntomas paranoides.

Esta actitud exagerada e incrementada de susceptibilidad pueda dar lugar a un paranoidismo franco, llegando a ser en ocasiones el estado previo de un brote psicótico paraoide agudo.

CONCLUSION:

Con frecuencia muchas personas con este tipo de cuadros son diagnosticadas en la clínica psiquiátrica diaria como esquizofrénicos, siendo realmente una reagudización del TEPT.

Lo mas importante par diferenciar en la clínica la reagudización del TEPT con sintomatología paranoide y lo que realmente sería una esquizofrenia es:

En la reagudización del TEPT con sintomatología paranoide (inducida en nuestra paciente) se establece una conducta defensiva permanente ante la amenaza, pero conservando su capacidad emocional de reacción .

En la esquizofrenia quedaría definitivamente aniquilada la capacidad de emocionarse, de resonancia afectiva, ante el riesgo que representa el hecho de sentir (lo que denominamos actualmente como síntoma negativo de la esquizofrenia).

En nuestra paciente no encontramos deterioro social ni escolar, mientras que la esquizofrenia si hace proceso, con deterioro como resultado.

BIBLIOGRAFIA:

1.- Read J;et al. "Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a review of the literatura". Acta Psychiatrica Scandinavica. Nov 2005,112, 330-350.

2.- Orengo García F. Conversión y anosognosia ¿Un mecanismo fisiopatológico común? Psiquis, año XIII, vol.12(1)),11-26;1991.

3.- Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. Am J Psychiatry, 1987; 144:578-583.

4.-Zlotnick C, Warshaw MG, Shea MT, Allsworth J, Pearlstein T, Keller MB. Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. Journal of traumatic stress, 12, 89-100,1999.