

Delirios clínicos

Me propongo transmitir los resultados de mi práctica en el tratamiento de personas con ideas delirantes a través de dos ejemplos clínicos: uno con diagnóstico de parafrenia y otro con diagnóstico de esquizofrenia, en ambos casos en sujetos con alto grado de éxito en la confirmación de su vida familiar y social, y con trabajo estable.

Conocí al primero de los pacientes en los consultorios externos de un hospital del conurbano bonaerense hace unos cincuenta años. Motivo de consulta: sus síntomas maniacos le impedían realizar su trabajo como albañil, y era el sostén económico de su familia. Se trataba de una parafrenia en su forma expansiva: tenía alucinaciones psíquicas que le hacían saber que era un enviado de Dios. Su convicción se fundaba en que su nombre tenía un número de letras igual al que tenía el mensaje. Para hacerlo más claro, supongamos que el nombre fuera *Ramón Hugo Rodríguez*. Este nombre suma 17 letras. Él recibía un mensaje: *Traigo buenas nuevas*, que también suma 17 letras. Cuando me consultó advirtió que mi nombre y número de teléfono también sumaban 17 letras. Tal como él lo entendió, me dijo: “Es evidente”. Además vio alrededor de mi cabeza una corona dorada con flores. La transferencia se instaló abruptamente, yo fui la Virgen María. Si algún alumno de esa época lee este trabajo se acordará del paciente de las diecisiete letras, quien de vez en cuando me llama para preguntarme si no quiero que hable con algún grupo de alumnos. Se sentía muy cómodo relatando su experiencia. A partir de entonces lo vi en el hospital y, más tarde, en mi consultorio por supuesto sin cargo.

Un primer resultado del tratamiento fue que, con los antipsicóticos incisivos, no tuvo más alucinaciones. “Está bien Dra., pero ¿sabe?, estoy triste.” Para decirlo de una manera ilustrativa, a mí se me prendió un alerta. Mi objetivo profesional no fue nunca “curar enfermedades”, sino conseguir que la gente fuera lo más feliz posible y aprovechar las oportunidades de disfrutar de la vida. Entonces pensé que lo más importante en este caso clínico con alucinaciones *no amenazantes*, lo ideal

era que el paciente mantuviera un estado suficiente de lucidez que le permitiera trabajar, aunque el fenómeno psicótico no desapareciera del todo. Hablé con la madre y con la esposa y les expliqué cómo manejar la medicación de modo que desapareciera el aspecto maniaco que era inhibitorio para el desarrollo laboral pero sin preocuparse por las alucinaciones que no molestaban al paciente, sino lo ubicaban en una situación privilegiada como enviado de Dios. Funcionó y yo lo he seguido viendo en un principio cada mes, después cuando ellos como familia podían venir a verme. No tenía importancia que el sujeto enfrentara el fenómeno psicótico porque no se trataba de contenidos agresivos. De esta persona recibí una gran lección: se me hizo más claro que “curar enfermedades” no es una ley, sino un instrumento para conseguir el objetivo de mi ejercicio profesional. Ahora hace muchos meses que no me llama, ni siquiera sé si aún vive.

El otro paciente, con diagnóstico de esquizofrenia, fue visto hace solo 20 años después de haber sido tratado un año con psicoanálisis, tres veces por semana en diván, sin ningún alivio. Tenía solo alucinaciones auditivas a tres niveles espaciales que lo angustiaban mucho. En este caso, también el sujeto fue inmediatamente medicado con antipsicóticos incisivos. Y también aquí disminuyó la angustia, y pudimos así trabajar con mayor comodidad. Traté de no descalificar su experiencia previa. Lo seguí viendo tres veces por semana sin recurrir a interpretaciones psicoanalíticas de las descriptas como mutativas.

Cuando entendí que su vínculo era de confianza suficiente empecé a incrementar la crítica y a sugerirle –cada vez más enfáticamente– que se peleara con las voces, ya que él sabía que no venían de afuera sino de su propio interior. Planteado de este modo tenía, por una parte, cierto nivel de aceptación de mi parte ya que se pelea con alguien, dándole a él el lugar para que pudiera descalificarlas. También hablé con la pareja de padres que fueron siempre muy colaboradores. A lo largo de los 20 años que pasaron desde que lo vi la primera vez, el paciente se ha desarrollado como comerciante, es dueño

[N. del E.] El presente texto es una breve carta de lectores escrita por la experimentada médica psiquiatra y psicoanalista Lía Ricón, quien fue Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. Formadora de varias generaciones de psiquiatras, el propósito de esta comunicación es mostrar a los jóvenes profesionales que no siempre es conveniente trabajar contra el delirio sino con el delirio, porque en ocasiones forma parte de la estructura identitaria del sujeto que lo porta.

Autor para correspondencia: ricon.lia@gmail.com, Ricón L.

Recibido: 8/10/24 Aceptado: 27/10/24 En línea: 20/11/24

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v44i4.337>

Cómo citar: Ricón L. Delirios clínicos. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2024;44(4):e0000337

de tres negocios, se ha casado y tiene a su cargo una hija que tenía su esposa viuda y otro varón, de ambos, entrena para su deporte favorito, tiene amigos y buena vida social. Lo veo una vez por mes a pedido de su familia. Tiene una terapeuta en su localidad, pues vive lejos. El médico clínico le receta los antipsicóticos. Le pregunto por las voces y me dice que ha llegado a mandarles los problemas que él tiene para que los discutan, se ríe y me dice que no pasa nada.

En ambos fui categórica en la crítica del delirio. Debo decir además que, en ambos, mi compromiso afectivo fue muy intenso.

Como conclusión provisoria y con el objeto de acercar mi experiencia a los colegas más jóvenes, quisiera decir que todos los recursos a la mano deben ser utilizados de

un modo adecuado, contextualizado y pertinente, por ejemplo la psicofarmacología, la teoría psicoanalítica, algunos aspectos de la práctica conductista, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona total del paciente. No es necesario –a veces ni siquiera posible– que el fenómeno psicótico desaparezca; alcanza con que el sujeto pueda desarrollar su vida de acuerdo con sus deseos y posibilidades. Como médica entiendo que esto no es *restitutio ad integrum*, pero es una forma de curación que disminuye el sufrimiento y aumenta la capacidad de disfrutar.

Lía Ricón

Profesional independiente. Buenos Aires, Argentina