

Casos clínicos:

Síndromes psicóticos

Katuska Severiche García¹

Resumen

Paciente de 47 años, casada, con 3 hijos. Antecedentes de patología psiquiátrica en madre y hermano. Sin antecedentes psiquiátricos previos.

Ingresa hace 4 años al Servicio. Con síntomas polimorfos, varios diagnósticos desde el ingreso, pero con respuesta al tratamiento y con periodos de estabilidad psicopatológica demás de un año. Conocida en varios dispositivos del servicio.

Diagnósticos: Trastorno Delirante, Obs. Trastorno Afectivo Bipolar, Trastorno Esquizoafectivo

Palabras claves: Trastorno Delirante, Obs. Trastorno Afectivo Bipolar, Trastorno Esquizoafectivo.

Psychotic syndromes. Clinical case Summary

Patient 47 years old, married, with 3 children. History of psychiatric pathology in mother and brother. No previous psychiatric history.

Enter the Service 4 years ago. With polymorphic symptoms, several diagnoses from admission, but with response to treatment and with periods of psychopathological stability over a year. Known in several service devices.

Diagnoses: Delusional Disorder, Obs. Bipolar Affective Disorder, Schizoaffective Disorder

Keywords: Delusional Disorder, Obs. Bipolar Affective Disorder, Schizoaffective Disorder.

Caso clínico

Identificación del caso: VBF, 47 años, Casada (hace 2 años). Dueña de casa, Evangélica. Hijos: 3 (26 M, 25 H y 21 H años) Vive con: Esposo, hijos y 2 nietos (9 y 1 año respectivamente). Escolaridad: 6° básico (repitió 3 veces el curso y dejó de estudiar)

Anamnesis remota

Antecedentes médicos: Taquicardia supraventricular paroxística, tratada con ablación hace 3 años. Sin controles actuales.

Hipotiroidismo, diagnóstico reciente en agosto de 2017, tratada actualmente con Levotiroxina 50 mcg/día

Hábitos: Niega consumo de OH y drogas. Tabaco (-).

Antecedentes Familiares: Madre con patología psiquiátrica, al parecer patología del ánimo asociada a psicosis. Padre con consumo de OH. Hermano con esquizofrenia. Hermana con síntomas depresivos. Le realizan peritajes psicológicos y médicos a la paciente a los 9 años, a causa de denuncia que realiza la madre, al padre por supuesto abuso. Separación de los padres cuando la paciente tenía 9 años:

"mi mamá nos obligó a culpar a mi papá... mi papá invitaba amigos a la casa, pero él nunca nos hizo nada... mi mamá decía que mi papá era malo... yo lo ví en la cárcel, lo tenían con esposas" (sic).

"yo creí ver a mi papá que venía a buscarme en la plaza donde yo jugaba... pero él estaba preso poh" (sic).

A los 14 años conoce a su pareja actual (34 años mayor) y refiere que empieza a pololear con él, con el consentimiento de su madre: *"Lo conocí en la iglesia... mi mamá vivía con nosotros en la iglesia que cuidaba"* (sic)... *"Él iba ahí con su señora y sus hijos...yo también iba a su casa a jugar con sus hijos"* (sic)... *"Al principio salíamos solos... y después no sé por qué... salíamos con mi mamá"* (sic).

Antecedentes importantes

Hubo deterioro en relación con su madre, por lo anteriormente descrito. Hoy se llevarían bien, según la paciente: *"Después, un día, mi mamá llegó a la casa y me pegó... me reclamó porque se lo había quitado"* (sic)... *"Ahí me enteré, señorita, que también estaba con mi mamá"* (sic)... *"Yo le reclamé... y ahí me contó que cuando salíamos los tres, me daban pastillas para dormir para ellos estar juntos"* (sic).

Antecedentes Psiquiátricos:

Episodio Depresivo en 1999, aparición de síntomas coinciden con el traslado del esposo a otra ciudad por trabajo. Estuvo en tratamiento con Fluoxetina por 2 meses y luego lo dejó.

Ideas Delirantes de tipo Erotomaniaco. Inician en el año 2012 En el contexto de tratamiento kinésico recibido en el CESFAM, por Lumbalgia.

1. Residente Psiquiatría Adultos. Equipo el Bosque. Universidad Andrés Bello

Kinesiólogo le daba la mano de forma diferente. Le guiñaba el ojo. Le tomaba el hombro de forma diferente. Paciente interpreta que estaba enamorado de ella. Persistencia de delirio Erotomaniaco.

Paciente en enero de 2013 persiste con ideas delirantes erotomaniacas: *"Esperaba que me llamara él 1/1/13.porque me había mirado"* (sic)... *"Cuando los autos prendían o apagaban sus luces ... era como cuando él me miraba y me guiñaba los ojos"* (sic)... *"Veía los autos estacionados y pensaba que él estaba esperándome"* (sic).

Posteriormente inicia sintomatología depresiva, consistente en anergia, anhedonia, aislamiento social, angustia, ideas de muerte.

Síntomas psicóticos: Ideas de autorreferencia, de daño y perjuicio, ideas místico-religiosas, alucinaciones visuales y auditivas: *"Creía que me iban a envenenar la comida"* (sic).. *"Todas las cosas están planeadas... existe Dios y existe el diablo"* (sic)... *"Existen seres en el mundo que planean las cosas... Dios, diablo o demonio"* (sic)... *"Sentía que cuando me hablaban me decían doña Paula... yo era la reina de ellos"* (sic)... *"Veía escritos en la pared... otro idioma... no lo entiendo, pero lo escriben para mí"* (sic).

En mayo de 2013 ingresa a Hospital El Pino, derivada desde el CESFAM, por síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos. Se hace diagnóstico de ingreso de *Trastorno Delirante*. La paciente empieza a manifestar el temor que les tiene a los hombres. Cree que le pueden hacer daño. También indica haber buscado soluciones a esa situación: *"Yo por eso pertenezco a un grupo de mujeres en la iglesia"* (sic)... *"Mejor no miro a los hombres a los ojos"* (sic).

Episodio actual

Reaparece espontáneamente, un mes antes de la fecha control (agosto de 2017) Hacia 2 semanas había iniciado con síntomas depresivos: Anergia, anhedonia, aislamiento social, sin alteraciones del ritmo biológico.

Al examen mental en esa consulta destaca: Escaso arreglo e higiene personal (cabello sucio). Escaso contacto con entrevistador. Marcado enlentecimiento psicomotor, hipomímico. Lenguaje notficativo, enlentecido, bajo tono, sin alteraciones de la prosodia. Humor depresivo, labilidad emocional. Pensamiento estructurado, con ideas de muerte pasivas, no planificación. Niega alteraciones de la sensopercepción.

Evolución: Se inicia Sertralina 50 mg/día, se mantiene resto del tratamiento. Se controla en 72 horas y los síntomas anímicos

habían mejorado significativamente, lo que llama la atención. Mientras los síntomas anímicos mejoraban, empezaban a aparecer los síntomas psicóticos, e ideación suicida activa. En uno de los controles realizados, la paciente se angustia y presenta movimientos bizarros estereotipados, consistentes en:

Encorvarse. Aplaudir repetitivamente y pide que nos alejemos. Requirió SOS inyectable. Llama la atención que, durante la crisis en el box, la paciente estuvo consciente, orientada témporo-espacialmente y obedecía órdenes. Paciente con sintomatología polimorfa. Se plantean otras intervenciones. Se solicita test de Rorschach. Se realiza derivación a Hospital de día.

Ingreso a Hospital de Día

En él, se realiza la entrevista de ingreso el 11/10/17. En el examen mental se destaca paciente con arreglo personal adecuado, llama la atención en su arreglo, las zapatillas fluorescentes. Humor paranoide, refiere alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas, ideas delirantes de daño y perjuicio: *"la gente me mira con odio"*, *"siento voces siniestras... me hablan a mí"* (sic)... *"he sentido olor a podrido, olor a gas"* (sic)... *"si la casa explotaba me iba tranquila porque así nos moríamos todos"* (sic).

Por inestabilidad psicopatológica de la paciente al momento del ingreso a Hospital de Día, se deriva a Unidad de Corta Estadía (UCE). El ingreso se realiza el 11/10/2017. En el examen mental destaca: Humor paranoide. Escasa resonancia afectiva. Incontinencia emocional. Pensamiento con laxitud de asociaciones. Ideas delirantes místico religiosas, ideas delirantes de daño y perjuicio, ideas de autorreferencia. Sin insight. Durante la entrevista la paciente se torna intranquila (se mueve en la silla, comienza a aplaudir), se angustia, debido a lo anterior se interrumpe la entrevista.

Evolución en UCE: Paciente evoluciona durante las primeras semanas con síntomas con persistencia de síntomas psicóticos, ideas delirantes de daño y perjuicio, ideas delirantes místico religiosas. Humor depresivo. Alucinaciones visuales y auditivas: *"Me despiertan las luces que hay en la pieza"* (sic)... *"No voy al patio porque ahí fuman, oyen música y es un lugar de oscuridad"* (sic)... *"El otro día fui al patio y escuché la voz que decía que me vieran donde estaba... eran los demonios... ahí tuve la crisis"* (sic).

Se realizan exámenes de ingreso a la hospitalización cerrada, con resultados dentro de límites normales. EEG (post privación de sueño).

Escáner Cerebral Simple. Conclusión: Signos involutivos supratentoriales de predominio temporal.

Resonancia nuclear magnética de cerebro con protocolo de epilepsia. Conclusión: Sin hallazgos patológicos específicos. Menor expansión cerebral supratentorial.

Diagnósticos

Eje I: Trastorno Delirante. Obs. Trastorno Afectivo Bipolar. Trastorno Esquizoafectivo

Eje II: A evaluar

Eje III: Hipotiroidismo

Eje IV: Sin disfunción familiar actual

Eje V: GAF 50-60 %

Tratamiento farmacológico: Risperidona 1mg 2-0-2 v.o., Olanzapina 10 mg 0-0-1 v.o., Propanolol 10 mg 1-0-1v.o., Lorazepam 2 mg 0-0-1, Lamotrigina 50 mg 1-0-0 v.o., Levotiroxina 100 mcg 1/2-0-0 v.o.

Intervenciones Psicológicas

Durante las intervenciones psicológicas realizadas en la UCE, aparecen elementos importantes como: Paciente habla del abuso sufrido en la infancia (por amigo del padre). Aparece la culpa que siente por el abuso. El abandono (le cuenta a la madre y no le cree). El miedo y la evitación. El rechazo a la figura paterna. Las carencias afectivas. Se observan rasgos de la personalidad pasiva – evitativa.

La relación de pareja semeja una relación de padre e hija, con dependencia y sumisión, haciendo sobrevaloración de la pareja, al relacionarlo con la figura paterna.

Intervenciones de Terapia Ocupacional

Las intervenciones realizadas al ingreso fueron de acompañamiento y contención emocional, que favorecieran la estabilización psicopatológica. Una vez estabilizada, se trabaja en la adherencia al tratamiento y en el insight. Se incentiva a ser más activa en lo que respecta a su tratamiento. Se trabaja en lo individual, en el equilibrio de las rutinas, se incentiva la participación social. En el trabajo grupal, se incentivan las relaciones

interpersonales, la interacción social, fomentando las habilidades sociales.

Evaluación Social: no se evidencian disfunciones familiares. La paciente cuenta con una buena red de apoyo y mantiene una buena relación con su madre y hermanos, que pueden ser un apoyo para ella.

Conclusiones

Trastorno Delirante

Se caracteriza por delirios que son falsas creencias, inamovibles e irrefutable para el paciente. Tiene una prevalencia en Estados Unidos de 0.2-0.3%, es menos habitual que la Esquizofrenia. La edad promedio de inicio es en torno a los 40 años. Es más frecuente en mujeres que en hombres. Es más frecuente el tipo de delirio paranoide en hombres, mientras que en mujeres es más común el erotomaniaco. (B.J Sadock., 2015) (J. Vallejo R. 2015)

Trastorno Esquizoafectivo

Este trastorno tiene características de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos. Los pacientes con trastorno esquizoafectivo están en un continuo entre la esquizofrenia y el trastorno del estado del ánimo.

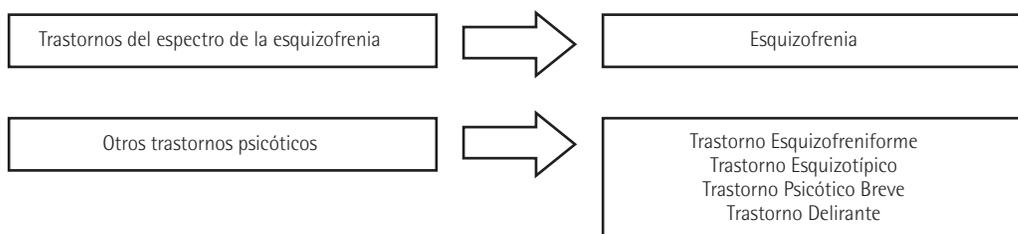
Se estima que tiene una prevalencia menor que la esquizofrenia, 0.5-0.8%. Se desconoce la causa de este trastorno, sin embargo, se asocia a factores genéticos. Los estudios genéticos, relacionan el gen DISC1 (cromosoma 1q42), con trastorno esquizoafectivo, con la esquizofrenia y con trastornos del ánimo.

Síndromes psicóticos

Desde la mirada neurobiológica, la psicosis podría ser la manifestación final de múltiples patologías psiquiátricas. Las investigaciones actuales se basan en los estudios neurobiológicos: los biomarcadores, volumen de materia gris, red de conectividad del hipocampo. (Figura 1)

Figura N°1

Síndromes psicóticos. Según el DSM 5:



Buscan poder lograr clasificaciones diferentes a las actuales, basadas en la fenomenología. Se ha encontrado similitud, con superposición de genes, entre los distintos síndromes psicóticos como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastorno afectivo bipolar. (Pearlson GD, 2016)

Se usan los biomarcadores (sustancia utilizada como marcador de un estado biológico, que puede medirse). (Clementz BA. 2016) Los biotipos en psicosis aparecen al realizar investigaciones con biomarcadores. (Figura 2 y 3)

Además, volumen de la cortical. La subescala de síntomas positivos se correlacionó inversamente con volumen de materia gris y espesor cortical en frontal y regiones temporales, mientras que la subescala síntoma negativo correlacionada inversamente con la cortical frontal derecha área de superficie. (Padmanabhan JL. 2015)

No encontramos diferencias en la conectividad del hipocampo en los diagnósticos de psicosis del DSM. Las personas con psicosis en conjunto tienen una conectividad menor entre el hipocampo y una amplia red de regiones frontales / límbicas.

Existen contribuciones diferenciales del hipocampo anterior y posterior a la red de desconectividad (Samudra N. 2015)

Otros aspectos importantes: A pesar de que exista un correlato neurobiológico, se debe tener en cuenta también la historia de vida de la paciente. Las dinámicas familiares que se dieron en la infancia, que ayudaron a estructurar la personalidad. El medio ambiente juega un papel importante en la expresión clínica de enfermedades, en personas que tienen una susceptibilidad genética. (Addington J, 2017)

Figura N°2
Biotipos en psicosis

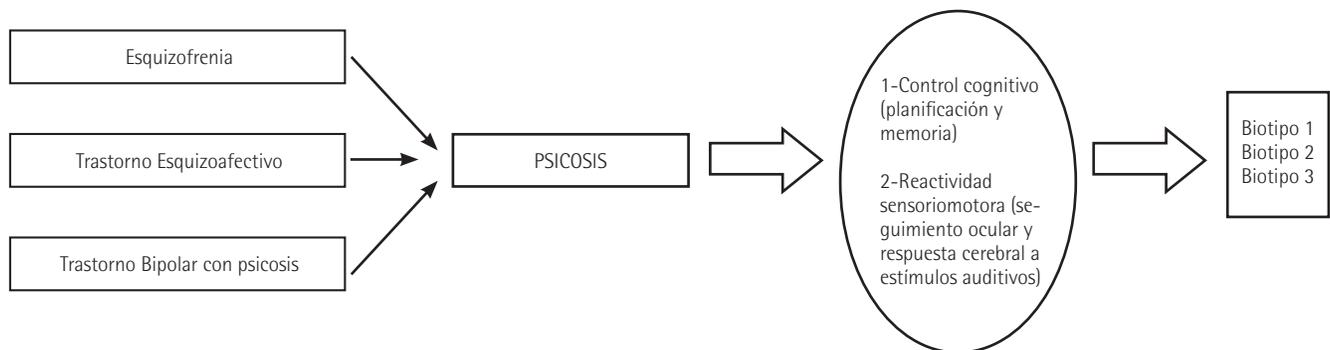
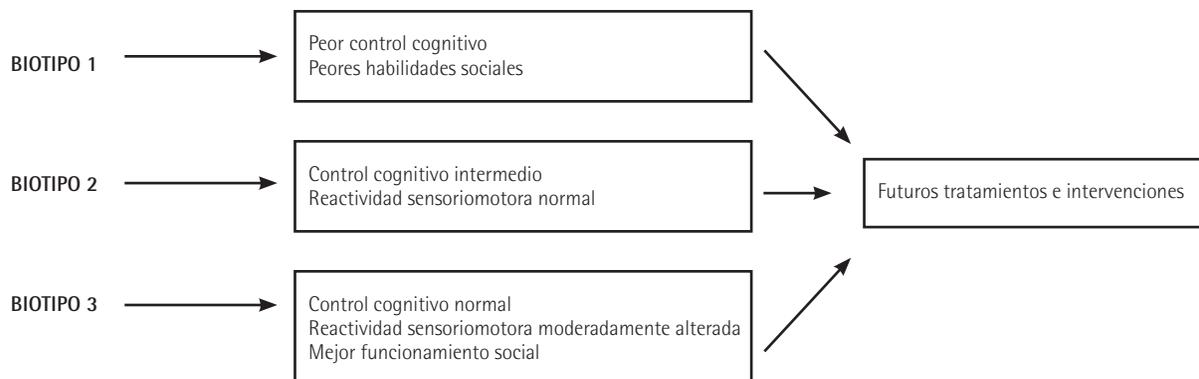


Figura N°3
Biotipos en psicosis



Recuperación (Recovery)

Este concepto se desarrolla pensando en el rol activo del paciente con un trastorno mental, como protagonista también en la historia de su rehabilitación. Enfatiza en la motivación y la expectativa de una vida individual plena. La recuperación hace énfasis en el desarrollo de la persona como miembro de una comunidad, pese al diagnóstico de enfermedad psiquiátrica. (Conde Fátima. 2014)

La recuperación no significa la curación clínica total. Los síntomas, el diagnóstico, la enfermedad quedan en un segundo plano. Se le da prioridad a la salud, bienestar, capacidad, y fortalezas de cada individuo para enfrentar la adversidad de la enfermedad. (Femenía Rubén 2015)

Bibliografía

1. Addington J, Addington D, Abidi S, Raedler T, Remington G. Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):656-661
2. Clementz BA, Sweeney JA, Hamm JP, Ivleva EI, Ethridge LE, Pearlson GD, Keshavan MS, Tamminga CA. Identification of Distinct Psychosis Biotypes Using Brain-Based Biomarkers. *Am J Psychiatry*. 2016 Apr 1;173(4):373-84
3. Conde Fátima. "enfermedad mental y rehabilitación psicosocial. "el recovery" un nuevo propósito de intervención. el papel de la educación social". facultad de educación de Palencia universidad de Valladolid. 2014
4. Femenía Rubén. Plan individual de rehabilitación desde la perspectiva del recovery. Trabajo de Final de Grado/Máster. 2015 En: repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/145746
5. Padmanabhan JL, Tandon N, Haller CS, Mathew IT, Eack SM, Clementz BA, Pearlson GD, Sweeney JA, Tamminga CA, Keshavan MS. Correlations between brain structure and symptom dimensions of psychosis in schizophrenia, schizoaffective, and psychotic bipolar I disorders. *Schizophr Bull*. 2015 Jan;41(1):154-62
6. Pearlson GD, Clementz BA, Sweeney JA, Keshavan MS, Tamminga CA. Does Biology Transcend the Symptom-based Boundaries of Psychosis? *Psychiatr Clin North Am*. 2016 Jun;39(2):165-74.
7. Sadock. B.J Sinopsis de Psiquiatría Ciencias del comportamiento/Psiquiatría Clínica. Ed. 11, Wolters Kluber, 2015
8. Samudra N, Ivleva EI, Hubbard NA, Rypma B, Sweeney JA, Clementz BA, Keshavan MS, Pearlson G7, Tamminga CA. Alterations in hippocampal connectivity across the psychosis dimension. *Psychiatry Res*. 2015 Aug 30;233(2):148-57
9. Vallejo R J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Ed. 8, Elsevier Masson, 2015