



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

EL TIEMPO NOS LO DIRÁ

Laura Maroto Martín, Patricia Hervías Higuera, Cristina Sánchez Novella.

lauramaroto89@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVOS: Se pretende realizar una revisión de las psicosis a modo de diagnóstico diferencial y discusión teórica de un caso clínico. **MÉTODOS:** Revisión a propósito de un caso clínico de un varón de 34 años, natural de Jordania, que presenta una clínica ansiosa reactiva a problemática laboral. Hace un año contacta con salud mental por estrés laboral y sintomatología somática. Progresivamente el cuadro va revistiendo un carácter delirante, con ideas de perjuicio, control y persecución en el ámbito laboral, con elevada repercusión afectiva, conductual e importante restricción social y de ocio. En un segundo plano, aparecen pseudoalucinaciones auditivas y alucinaciones visuales de tres meses de evolución. **DISCUSIÓN:** Se propone un diagnóstico diferencial entre Trastorno psicótico agudo tipo Esquizofrenia, Trastorno por ideas delirantes, Psicosis reactiva, Psicosis psicógena y Delirio sensitivo de referencia. Se discute la importancia del factor cultural en el desarrollo de las psicosis. **CONCLUSIONES:** La inmigración es un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis ya que supone un fenómeno generador de estrés, que puede ser modulado en función de cómo se posicione el inmigrante frente a la nueva cultura. Tras un primer episodio psicótico, el diagnóstico vendrá marcado por su evolución en el tiempo. El delirio esquizofrénico cursa como un proceso de cambio con etapas prodrómicas. La Psicosis reactiva se inicia bruscamente y asocia una vivencia desencadenante, es de corta duración y buen pronóstico. A veces puede ser el comienzo de un trastorno psicótico más crónico.

OBJETIVOS

Se pretende realizar una revisión de las psicosis a modo de diagnóstico diferencial y discusión teórica de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de un caso de un varón de 34 años que acude a Salud Mental derivado desde atención primaria por sintomatología ansiosa.

ANTECEDENTES SOMÁTICOS:

- No alergias. No HTA. DL sin tratamiento. No DM.

EL TIEMPO NOS LO DIRÁ

- Gastritis crónica antral en tratamiento con Ranitidina. Se ha realizado estudio TAC toraco-abdominal por dolor abdominal, diarrea y estreñimiento que ha sido normal. Estudio esófago-gastroduodenal y enema opaco sin alteraciones. Tiene hecha endoscopia alta en 2014 con gastritis crónica antral y cardias incompetente con hernia de hiato. Prueba del aliento normal.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

- Contacto puntual en 2011 con psiquiatría en circuito privado por "estrés laboral", tratado con ansiolíticos.
- Contacto previo en Salud Mental en 2015 por sintomatología ansiosa y somática reactiva a accidente de tráfico (llama la atención la preocupación por su estado físico).
- No ingresos psiquiátricos previos.

HÁBITOS TÓXICOS: Niega

ANTECEDENTES FAMILIARES: Niega

TRATAMIENTO PREVIO:

- Desvenlafaxina 50mg: 1-0-0
- Bromazepam 3 mg: 1-0-1

DATOS BIOGRÁFICOS: Natural de Jordania. Lleva en España desde 2009. Vive solo. Soltero. En España no tiene familia. DPM normal. Buen estudiante durante la infancia, colegio e instituto, con buenas relaciones sociales. Estudios universitarios de Contabilidad. Cursa un Máster de contabilidad superior. Trabaja en el departamento de contabilidad en una empresa. Se define como perfeccionista, constante en sus tareas, rígido. Intereses: estudiar. Familia de alto nivel socioeconómico. Proviene de una fratria de 15 hermanos, ocupando el paciente el noveno lugar. Hace ocho meses fallece su padre a causa de un infarto de miocardio de forma repentina.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente derivado desde atención primaria por sintomatología ansiosa. En una primera visita acude refiriendo sintomatología ansiosa en relación a problemas laborales. Cuenta que sus problemas iniciaron en el año 2010 cuando se produjo un cambio de jefe en su empresa actual "empezaron a despedir a todos los empleados y a mí me están presionando para que deje el trabajo". Desde entonces, refiere una situación conflictiva en la que dice sentirse "maltratado", "me hablan en mal tono, me tiran los papales al suelo, me tratan como si fuera un secretario". Comenta haber interpuesto una denuncia hacia uno de sus jefes y secretaria personal en la que refleja situación de maltrato vivida y disputa en la que dice haber sido agredido mediante el lanzamiento de un mando a su cuello. A raíz de esta situación que vive con gran angustia, dice presentar constantes crisis de ansiedad con cortejo vegetativo de varios minutos de duración y frecuencia diaria, requiriendo varias visitas a urgencias "siempre me dicen que es ansiedad". Comenta cefaleas, que solo tienes ganas de dormir y que no puede concentrarse en sus estudios, habiendo aumentado de peso. Refiere que la clínica que presenta

EL TIEMPO NOS LO DIRÁ

en la actualidad ha repercutido en sus actividades diarias, relaciones sociales, estudios y anímicamente.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: Consciente y orientado en las tres esferas. Atento. Abordable y colaborador. Ansiedad moderada referida con paroxismos asociados. Discurso espontáneo, fluido, globalmente coherente, centrado en relatar situación de estrés laboral y quejas somáticas (pirosis, cefaleas...). No alteraciones en el contenido del pensamiento. No alteraciones sensorio-perceptivas. Afecto con predominio de la angustia e hipotimia reactivo y congruente. No clínica afectiva mayor. Disminución de actividades sociales en último mes. No ideación autolítica o ideas de muerte. Hiperorexia con aumento ponderal de 40 kg en últimos tres meses. Hipersomnias. Juicio de realidad conservado.

EVOLUCIÓN: Tras la primera consulta impresiona de un cuadro ansioso reactivo a problemática laboral, sin embargo en las siguientes visitas con frecuencia semanal va revistiendo un carácter delirante, con ideas de perjuicio, control y persecución, con elevada repercusión afectiva y conductual, por lo que se inicia Risperdal 3 mg/día llegando hasta dosis 9 mg/día. De forma progresiva consulta tras consulta, su delirio va estructurándose más, explicando que la razón de su miedo es que se siente perseguido y vigilado por "su jefe actual y a los que paga para que me vigilen". Explica que esta vigilancia constante es ejercida a través de su móvil (por ello dice llevar el móvil apagado la mayor parte del día) y a través de terceras personas pagadas por su jefe (dice que va por la calle y continuamente se siente obligado a darse la vuelta porque sabe que le siguen, cree que los vecinos nuevos de su piso son gente pagada por su jefe para controlarle). Es tras una "agresión en el cuello" por parte de su jefe con un mando cuando adquiere la certeza absoluta "confirmé que me querían matar", "quieren que parezca que es un error". Previamente existía cierta ambivalencia.

Aparecen pseudoalucinaciones auditivas en forma de la voz de su jefe "dentro de mi cabeza" que le da órdenes y comenta sus acciones, así como alucinaciones visuales, explica que ha llegado a ver su jefe estando en el salón sentado a su lado. A los diez días de iniciar el tratamiento antipsicótico ceden las alucinaciones visuales, sin embargo persiste sintomatología delirante de control, perjuicio y persecución con importante repercusión afectiva y conductual, por lo que se le plantea la posibilidad de un ingreso hospitalario. El cuadro se acompaña de una importante restricción social, con pérdida progresiva de amistades y actividades.

Se realiza despistaje orgánico (Análisis sanguíneo y TAC craneal sin datos de organicidad).

Permanece ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve un total de 10 días, tras los cuales realiza crítica parcial del episodio y plantea planes de futuro en torno a cambiar de trabajo.

A nivel farmacológico se suspende Risperdal, sustituyéndose por Paliperidona hasta 12 mg/día por efectos secundarios con Risperdal (rigidez y acatisia). Se suspende gradualmente la Desvenlafaxina.

JUICIO CLÍNICO: Episodio psicótico No Especificado.

TRATAMIENTO: Paliperidona 12 mg/día. Clonazepam 0.5 mg si ansiedad o insomnio.

DISCUSIÓN

Importancia del factor cultural en psicosis

La inmigración supone un factor de riesgo para el desarrollo de patología, ya que supone un fenómeno generador de estrés.

El proceso de inmigración supone un cambio vital, la adaptación a la nueva cultura conlleva la pérdida de elementos muy significativos como los lazos familiares, culturales, el lenguaje, costumbres, el estatus, lo que condiciona la aparición de un duelo migratorio. Se habla de un límite de cambio tolerable, más allá del cual la identidad se podría dañar irreparablemente.

Existen diferencias culturales en cuanto a la expresión y manifestación de la psicopatología. Nuestra cultura determina tanto la interpretación que damos a los síntomas y gravedad de la misma como al modo en que dichas manifestaciones clínicas se expresan.

Ante la aparición de sintomatología psicótica en población inmigrante, ésta debe diferenciarse de la desconfianza secundaria a situaciones de aislamiento y rechazo social ("Reacción paranoide del extranjero o del refugiado").

Existen diversas hipótesis acerca del mayor riesgo de psicosis en población inmigrante, como la migración de aquellos sujetos con mayor predisposición a desarrollar psicosis, el supuesto de que en el país de origen existan tasas más altas de esquizofrenia, la tendencia al sobrediagnóstico en población inmigrante debido a limitaciones culturales e idiomáticas, problemas obstétricos como desencadenantes, ya que la enfermedad aparece más consistentemente en la segunda generación de inmigrantes, la mayor frecuencia de creencias religiosas y espirituales, que se relacionaría con una supuesta mayor frecuencia de alucinaciones y delirios en algunas poblaciones, la exposición continua a la discriminación y al racismo, así como la experiencia migratoria en sí misma como factor estresante.

Diagnóstico Diferencial

Se propone un Diagnóstico Diferencial entre las siguientes entidades clínicas:

- ❖ Trastorno psicótico agudo Tipo Esquizofrenia
- ❖ Trastorno por ideas delirantes
- ❖ Trastorno psicótico reactivo /Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23 CIE- 10)
- ❖ Psicosis Psicógena/histórica
- ❖ Delirio sensitivo de referencia

Trastorno psicótico agudo Tipo Esquizofrenia:

"El delirio esquizofrénico se entiende como un proceso de cambio con etapas que el tratante con cierta experiencia puede observar clínicamente" (K. Conrad).

El número de procesos esquizofrénicos que comienzan con los síntomas de una distimia es notablemente alto. Las pseudoalucinaciones auditivas predominarían en el cuadro; voces que comentan las acciones del paciente, dialogan entre sí, discuten o se pelean. El delirio en la

EL TIEMPO NOS LO DIRÁ

esquizofrenia tiene una menor sistematización, en comparación con otras psicosis. En nuestro paciente la fase prodrómica podría venir representada por hipocondría, trastorno afectivo al inicio, ansiedad, somatizaciones. También existe una pérdida de funcionalidad en nuestro paciente, consistente en el aislamiento social en últimos meses, abandono del máster así como imposibilidad de continuar en el trabajo.

Trastorno por ideas delirantes

En consonancia con nuestro paciente iría la edad media de inicio que se sitúa en torno a los 40 años, la sistematización del delirio con una duración superior a 1 mes. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en nuestro paciente las alucinaciones auditivas quedarían en un segundo plano.

Trastorno psicótico reactivo breve/agudo y transitorio

Se trata de un diagnóstico "provisional", pues en algunos casos, la psicosis reactiva breve puede ser el comienzo de un trastorno psicótico más crónico, como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo. La clasificación es poco uniforme entre el DSM V y CIE-10, la CIE-10 reconoce la existencia de los trastornos psicóticos agudos y transitorios como cuadros con entidad propia. El inicio es brusco, cursando como un cuadro psicótico asociado a una vivencia desencadenante, de corta duración, de buen pronóstico, y con recuperación completa. En nuestro paciente existe un factor estresor reciente: el fallecimiento de su padre hace ocho meses de forma repentina.

Psicosis Psicógena/Histórica

La psicosis histórica era un cuadro nosológico que contemplaban tanto los clásicos alemanes como franceses. Wernicke "pseudodemencia histórica", Bleuler "estados crepusculares históricos", Vallejo "psicosis histórica como manifestación de la histeria", Henry Ey "reacción neurótica aguda o psiconeurosis emocional", Kaplan "psicosis reactivas breves". Lo caracterizaron como una reacción psicótica con un arranque súbito y dramático, relacionada en el tiempo con un hecho profundamente perturbador (rasgo que consideran esencial), generalmente en personalidades histéricas, y son de duración breve. El DSM-IV (DSM-IV 1994) no hace mención de la psicosis histórica aunque según la CIE-10 se podría clasificar como Trastorno Psicótico No Especificado. Las manifestaciones clínicas incluyen delirios, alucinaciones sobre todo visuales, despersonalización y conducta desorganizada. La temática de los delirios: mística, paranoide, sexual, generalmente. El episodio agudo rara vez dura más de dos a tres semanas y tras producirse la recuperación no queda prácticamente residuo alguno.

Delirio sensitivo de referencia

"El delirio de las solteronas o de los gobernantes" (Kretschmer).

Constituye un síndrome que suele aparecer en personas caracterológicamente tímidas, retraídas, desconfiadas, hipersensibles a las críticas y con baja autoestima (carácter sensitivo). Sobre esta base de personalidad y a partir de una experiencia vital que vive con gran estrés, *situación humillante* (desengaños, burlas, humillaciones, fracasos afectivos), se puede desarrollar un cuadro clínico caracterizado por la vivencia de un intenso conflicto junto con un sentimiento de

EL TIEMPO NOS LO DIRÁ

sentirse desplazadas, menospreciadas y rechazadas. Esta vivencia de rechazo se interioriza de forma patológica y cristaliza en una vivencia paranoide tendente a la autorreferencialidad, produciendo elevada ansiedad.

Es un delirio oscilatorio, pudiendo realizar cierta crítica sobre las ideas delirantes en determinados momentos. Se dice que tiene buen pronóstico.

CONCLUSIONES

- La inmigración es un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis ya que supone un fenómeno generador de estrés.
- El efecto de ese estrés depende en gran medida de cómo se posicione el inmigrante frente a la nueva cultura.
- Las Psicosis Reactivas se inician bruscamente como un cuadro psicótico asociado a una vivencia desencadenante, de corta duración, de buen pronóstico, y con recuperación completa.
- En algunos casos, la psicosis reactiva breve puede ser el comienzo de un trastorno psicótico más crónico.
- El delirio esquizofrénico se entiende como un proceso de cambio con etapas prodrómicas. Los pródromos son sutiles, variables e inespecíficos.
- El concepto de psicosis histérica varía considerablemente de un autor a otro y depende en exceso de la subjetividad de cada clínico.
- *"El delirio sensitivo de relación es una imagen especular exageradamente embutida de la inseguridad y de la timidez inherentes a dicha personalidad"*.
- En el caso de nuestro paciente...El tiempo nos dirá hacia donde evolucionará el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreas Marneros, Frank Pillmann. Is the psychopathology of acute and transient psychotic disorder different from schizophrenic and schizoaffective disorders?. European Psychiatry 20. 2005.
2. M. Martínez Moneo, A. Martínez Larrea. Patología psiquiátrica en el inmigrante. An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 29, Suplemento 1. 2006.
3. Freudenriech O, Weiss AP, Goff DC. Psychosis and schizophrenia. Elsevier Mosby; chap 28, 2008.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, American Psychiatric Publishing. 2013.

ANEXO PREGUNTAS CONFERENCIA

EL TIEMPO NOS LO DIRÁ

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la relación entre el factor cultural y psicosis es verdadera:

1. La inmigración es un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis ya que supone un fenómeno generador de estrés.
2. El efecto de ese estrés depende en gran medida de cómo se posiciona el inmigrante frente a la nueva cultura.
3. La expresión clínica de los síndromes psiquiátricos mayores está primariamente determinada por factores culturales.
4. Todas las afirmaciones son verdaderas

Respuesta correcta: la 4

Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a las psicosis:

1. El delirio esquizofrénico se instaura de forma brusca
2. El concepto de psicosis histérica varía considerablemente de un autor a otro y depende en exceso de la subjetividad de cada clínico.
3. Rara vez la psicosis reactiva breve puede ser el comienzo de un trastorno psicótico más crónico.
4. Las Psicosis Reactivas se caracterizan por su larga duración en el tiempo y mal pronóstico.

Respuesta correcta: la 2