

“LAS CONSECUENCIAS DE UNA ENFERMEDAD DETERIORANTE”

Megías Simarro, N.1 Calero Mora, C.1 Llor Esteban, B.2 Ibernón Caballero, I.1 Gavilán Morales, M.1 Pina Franco, S.1 Jimenez Vásquez, E.3

1. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain.

2. Departamento de Ciencias socio-sanitarias, Universidad de Murcia, Spain.

3. Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, Spain.

Palabras claves: esquizofrenia, trastornos psicóticos, alucinaciones

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La esquizofrenia se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Es incapacitante en la mayoría de los casos y sigue la "regla de los tercios": un tercio de los pacientes tiene un pronóstico relativamente bueno, un tercio tiene un pronóstico intermedio y por lo general necesitan un soporte para su integración social y el tercio restante tienen un muy mal pronóstico precisando recursos residenciales a largo plazo².

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de treinta y seis años que presentaba aislamiento de más de ocho años de evolución, tras abandono de un trabajo, y alteración de conducta. No contacto previo con psiquiatría. Como antecedentes familiares destaca el diagnóstico de esquizofrenia de una abuela materna. Aspecto descuidado. Actitud perpleja. Risas inmotivadas. Impresionaba alucinaciones auditivas que en un principio negaba. Soliloquios. Insomnio. Hiporexia con importante pérdida de peso. El paciente presentaba mayor aislamiento social durante los últimos diez meses con conductas bizarras, “desarmar electrodomésticos”, “romper la televisión” y “negarse a comer”. Abandonó su puesto de trabajo porque sentía que sus compañeros “querían dañarle y reírse de él”. Tras este tipo de conductas, el paciente es traído a urgencias tras avisar su familia a la policía. Es ingresado en la unidad de agudos.

RESULTADOS

Durante su estancia en planta, se instauró tratamiento con olanzapina 30 mg y aripiprazol 15mg, evolucionando favorablemente del cuadro clínico que motivó su ingreso. El paciente adquiere conciencia de enfermedad poco a poco, disminuyendo su suspicacia, normalizando el ritmo del sueño y aceptando que debe seguir un tratamiento, por lo que se procedió al alta hospitalaria para posterior control ambulatorio.

CONCLUSIONES

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de la misma en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso³, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). Sin embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia. Respecto al tratamiento se debe realizar un tratamiento farmacológico apoyado en un tratamiento psico-social., programas de psicoeducación, intervenciones psicosociales de tipo individual y en la familia y terapia cognoscitiva y comportamental⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin: Esquizofrenia. En: SKaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. 279 - 321 p

2. Stuart J. Eisendrath, MD, Jonathan E. Lichtmacher, MD: Trastornos Psiquiátricos. En: Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis. Diagnóstico Clínico y Tratamiento (traducción de la 46ª edición en inglés). Mexico D.F.; Mc Graw/Hills Companies. 2007.1081-7.

3. Freedman R. Schizophrenia. N Engl J Med 2003; 349(18): 1738-49.

4. Jorge Telléz - Vargas: Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia. Disponible en: www.psiquiatriabiologica.org