



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ESQUIZOFRENIA. MAL DIAGNOSTICO O TPL

Alicia Jaén, Pedro Alfonso Rosique Díaz, Pavel Manzur Rojas, Juan Antonio Albadalejo Martínez, Alejandro Belmar, María Dolores Piqueras, Ricardo Robles

aliciajaenhernandez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En ocasiones resulta difícil la distinción entre estas patologías. La esquizofrenia en la infancia suele ser difícil diagnosticar, más aun cuando lo más evidente al ojo clínico y familiar son las conductas disruptivas.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Somáticos: No Alergias Medicamentosas Conocidas. No Diabetes, no dislipemia, no Hipertensión arterial. Hábitos tóxicos: fumadora 1/2 paquete diario. Consumo de cannabis, alcohol y cocaína,

Psiquiátricos: inició a los 13 años con problemas del comportamiento alimentario donde seguía revisiones en su centro de salud mental (CSM) con psiquiatra y enfermera controlando la alimentación y el peso. Tenía conductas purgativas. También tuvo alguna cita con psiquiatra privado. Historia de seguimiento en el centro de salud mental de Adultos. Cuatro ingresos en Hospital, 25/07/2014, 15/11/2014, 14/12/2014 tras alteraciones de conducta en el medio familiar (agresividad, fugas del domicilio, consumos perjudiciales de tóxicos sobre todo cocaína) y 10/01/2015 por gesto autolítico. Los diagnósticos provisionales al alta son de Trastorno psicótico debido al consumo de múltiples drogas, Trastorno de la Personalidad sin Especificación, Consumo perjudicial de cocaína y Trastornos del comportamiento secundario a varias drogas. Estuvo en un centro de Deshabitación "Centro Reto" en Huelva donde se fugó en dos ocasiones pero que según su familia salió sin consumir. En un ingreso se realizó una prueba de inteligencia no verbal, Toni-2 con resultado CI=100, (Centil 50). Tiene un nivel cognitivo normal actualmente. En un informe de abril del 2016 realizado en el CSM de referencia se informa de estabilización psicopatológica y retirada de medicación.

El padre la define como bebe "*irritable, exigente y follonera*", sin problemas en el desarrollo durante la edad escolar hasta los 13 años. No termino la ESO, y comenzó un módulo de peluquería que no termino. Dice que es fría afectivamente y que antes era extrovertida, ahora siempre en la habitación con auriculares escuchando música rusa. Al hablar de ella deja entrever una falta de proceso de individualización y una angustia familiar importante, desbordante, incluso con un toque devaluativo hacia la paciente ("*yo siempre la he tratado como una drogadicta*"), que desde mi punto de vista ha empeorado de manera importante las relaciones

ESQUIZOFRENIA. MAL DIAGNOSTICO O TPL

familiares, ya que la ambivalencia y los mensajes contradictorios por parte del padre son muy frecuentes en su discurso (*"no se responsabiliza de nada, mucho caos, le he quitado todo, siempre en la habitación, no hace nada, le tenemos miedo, no la soportamos, a mi casa no... a la vez que mi hija tiene algo, la queremos ayudar, en realidad no tiene ninguna orden de alejamiento" etc etc.*)

Se trata de una paciente que ha dormido en la cama con los padres hasta los trece años (*"por miedos"*) y es a esa edad cuando comienzan los problemas conductuales y el consumo de tóxicos. A mi entender es todo muy caótico. La capacidad de contención familiar está muy disminuida, ya que el nivel de agresividad ha sido muy frecuente e intenso.

La vivencia de los padres es muy paranoide. Siempre han pensado que su hija ha hecho todo porque ha querido y como una manera de revindicarse. Desde el inicio del cuadro cuando sucedían episodios desorganizados con heteroagresividad la echan de casa, y ella se iba con algún novio, consumiendo tóxicos y en alguna ocasión ha ejercido la prostitución. El fin de la prostitución también es bizarro, como si hiciera lo que le dijeran por estar perdida. En el momento actual ella no quiere hablar de este tema.

Durante su ingreso, es el padre el que se encarga de las llamadas y visitas al hospital, ya que la madre *"no puede verla"*, ya que siempre terminan agrediendo la una a la otra. Se ha desvinculado. Según el padre: *"mi mujer es muy nerviosa y no tiene paciencia, necesitaría tratamiento, está muy irritable. Yo creo que mi hija siempre le ha tenido envidia a su madre por estar delgada"*.

MOTIVO DE CONSULTA

Según la paciente por voluntad propia se marcha a Comunidad Terapéutica Reto de Alicante hace unas 2 semanas, pero según datos aportados por el padre de la paciente, los familiares la obligaron a ingresar o la dejaban en la calle. Se trataba de un última oportunidad, tras las agresiones recibidas por parte de la paciente a sus padres. La paciente refiere que estuvo en Centro de Desintoxicación privado, unas 2 semanas y se marchó porque tuvo una discusión con alguien, pero luego dice que *"se quería marchar de allí y ya está"*. El padre de la paciente relata que estuvo 1 o 2 días y la expulsaron del centro. Posteriormente afirma que ha estado 4-5 días viviendo en la calle, aportando información confusa de lo sucedido pues primero dice que le robaron su equipaje y luego cuenta que *"lo dejó en la estación de tren"*, también dice que se quedó dormida en un portal y al despertar sufrió una agresión con robo de sus pertenencias. El día 27 de Agosto es llevada por la policía al Hospital de San Juan por alteración de comportamiento en la vía pública (*"actitud de vagabundeo"*) e ingresa al evidenciar posible episodio psicótico (actitud paranoide no colaboradora, hostilidad en ocasiones con episodio de agitación al ver a sus padres, ideación de perjuicio hacia el entorno y centrada en familiares, risas inmotivadas y soliloquios con actitudes de escucha). En el informe del Hospital de derivador se hace referencia que el día anterior a su ingreso acude a urgencias pidiendo asistencia por una

ESQUIZOFRENIA. MAL DIAGNOSTICO O TPL

agresión pero se marcha del hospital antes de ser atendida y el 25/8 acude a la Guardia Civil denunciando extravío de su DNI y sus pertenencias

Antecedentes familiares destaca abuelo paterno con diagnóstico de esquizofrenia.

ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente comienza con conductas heteroagresivas en medio familiar hace tres meses aproximadamente. Tras una comida familiar donde el padre advirtió en ella conductas raras "estaba *ida, con una mirada loca*". Al preguntarle por el consumo de tóxicos y posterior verificación con tiras de orina (*que resultaron negativas*) comenzó a agitarse y agredir física y verbalmente. Los padres, que le tiene miedo y no pueden controlar más la situación, la envían a vivir a casa de la abuela paterna en Calasparra. Ellos deciden acudir al Juzgado N2 de Jumilla para denunciar la situación y solicitar orden de alejamiento. Tras dos meses de convivencia con la abuela esta denuncia que le tiene miedo y que duerme con el pestillo de la habitación echado, cuenta que le amenaza de muerte y que la situación se vuelve insostenible. Es enviada a Comunidad Terapéutica en Alicante, donde duró dos días y se marchó, quedándose vagabundeando por Alicante, donde comienza con actitud bizarras y hostilidad había el entorno, tal y como hemos comentado. Tras varios días de ingreso involuntario en hospital de Alicante, tratada con olanzapina, llega a este hospital el día 1 de septiembre 2016.

EXPLORACIÓN FUNCIONES PSÍQUICAS

*WAIS-IV. Inteligencia entre normal-baja y límite según criterios CIE-10

Comprensión verbal (ICV)= 88, centil 21. Rango: 82-96

Razonamiento perceptivo (IRP)=87, centil 19. Rango: 81-95

Memoria de trabajo (IMT)= 73, centil 4. Rango: 68-83

Velocidad de procesamiento (IVP)= 75, centil 5. Rango: 69-87

Capacidad general (ICG)= 86, centil 18. Rango: 80-93

Los resultados de la prueba junto con su historia de funcionamiento social, laboral y en estudios indican unas capacidades cognitivas por debajo de la media (85-115) pero sin llegar al retraso mental leve (55-70), es decir, inteligencia entre normal-baja y límite según criterios CIE-10. La disparidad entre el ICG y el CIT pone de manifiesto diferencias importantes entre la memoria de trabajo y el resto de las pruebas. La memoria de trabajo se ve afectada por la atención, el descanso, el interés, el tratamiento farmacológico y los factores estresantes, lo que sugiere que su CI real está más cerca de 86 que de 77.

Escala total (CIT)= 77, centil 6. Rango: 72-84

*A la EPP: Consciente. Orientada en espacio y persona. Desorientación temporal. Tranquila al inicio de la entrevista, se evidencia actitud de desconfianza, eleccionando los temas de los que quiere hablar. Impresiona de ocultar síntomas. Discurso pobre en contenido, sin alteración de curso ni forma del pensamiento. Escasa resonancia afectiva. Ideación delirante de perjuicio centrada en familiares. No evidencio actitudes de escucha pero reconoce la presencia de

ESQUIZOFRENIA. MAL DIAGNOSTICO O TPL

alucinaciones auditivas en forma de pájaros que le dan órdenes. Se tratan de alucinaciones auditivas que ha ocultado durante pero es su padre quien dice que durante los dos años anteriores

"ha percibido risas inmotivadas, mirada extraña e inquietante y actitud de escucha". Insomnio de varios meses de evolución controlado con medicación. Esporádicamente se evidencian soliloquios. No comportamiento agresivo. No ideación autolítica ni heterolítica en momento actual. Nula conciencia de enfermedad ("mis familiares son los que está mal y deberían ingresar ellos"). Reconoce sentirse perdida, sin saber que hacer, y sentir agresividad ante estas situaciones (*"cuando no entiendo la televisión, me pongo de los nervios"* *"en ocasiones escucho música rara, pues así sí que no entiendo nada"*) Escasa capacidad de introspección. Verbaliza planes de futuro poco realistas (llega a afirmar que no le importaría vivir en la calle, ya que no quiere volver con sus padres). Tendencia a impulsividad e inestabilidad emocional. Reconoce antecedentes de problemas de alimentación.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

*Análisis de tóxicos en orina: negativos. Es sabido que lleva más de un año sin consumo de ningún tipo de tóxicos, pero desde hace unos meses mantiene unas conductas de aislamiento escuchando música rumana y conductas muy agresivas hacia la familia. Tal es así que interponen orden de alejamiento y ha de irse a vivir con la familia extensa, ante la falta de control es expulsada a la calle "como una drogadicta, que se las arregle".

*-Analítica de control: bioquímica, hemograma, coagulación, Control hormonal tiroideo: Normal.

*TAC de urg: sin hallazgos significativos.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

*TPL y consumo perjudicial.

*Esquizofrenia mal diagnosticada.

Durante los primeros días de ingreso se encuentra irritable, desorganizada, con ideación delirante de perjuicio hacia el ambiente. Su discurso está centrado en problemática con su familia, culpándolos de la situación. . Se muestra hermética y con vivencia hostil de lo que sucede a su alrededor. No es capaz de entender la gravedad de lo sucedido. Pero se recupera rápidamente de esta situación y comienza a sentirse más tranquila, relajada, sosegada, mostrando una actitud más colaboradora, poniendo en evidencia unos rasgos de personalidad límite muy marcados, con tinte histeriforme e impulsivos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Es quizofrenia Paranoide.

Desde mi punto de vista se trata de una paciente que padece una esquizofrenia de inicio insidioso en la infancia, con un debut manifestado a través de conductas disruptivas. El diagnóstico inicial

ESQUIZOFRENIA. MAL DIAGNOSTICO O TPL

de trastorno de personalidad creo que ha empeorado su pronóstico ya que su entono se ha vuelto hostil hacia ella.

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Paliperidona inyectable de larga duración. 100+150mg

EVOLUCIÓN

Rápida y muy buena. Viviendo como extraño lo que le sucedía. "No era capaz de enterarme de lo que sucedía a mi alrededor, eso me pone nerviosa, me hace agresiva. Mis padres me tomaban por drogadicta y yo tengo voces