



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

Tíscar Méndez Magaña, Ana C. Trujillo Moreno, Elena Dutilh Fernández.

Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres).

[tiscarmendez@gmail.com](mailto:tiscarmendez@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Según los diferentes estudios realizados en los últimos años sobre "salud mental y personas sin hogar", se estima que hay más de un millón de personas "sin hogar" en todo el mundo. En la Unión Europea la prevalencia de indigentes ronda las 7,5 personas sin hogar por cada 1.000 habitantes. Se calcula que en las grandes ciudades entre un 25% y un 50% de las personas adultas "sin hogar" sufren trastornos mentales graves y crónicos. En cuanto a la prevalencia de trastornos mentales, se han objetivado mayor prevalencia de trastornos psicóticos, dependencia de alcohol, trastornos de personalidad y depresión, así como abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas. (1)

Se presenta un caso de una mujer indigente, que es acompañada por la Guardia Civil al Servicio de Urgencias de nuestro hospital, manifestando ideas delirantes de perjuicio, control y robo del pensamiento así como alucinaciones auditivas. Se realiza una revisión sistematizada de la literatura existente sobre salud mental y personas "sin hogar".

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### **Motivo de consulta**

Acompañada por la Guardia Civil al Servicio de Urgencias al ser encontrada en la calle presentando un discurso incoherente y alteraciones conductuales.

#### **Antecedentes personales**

- No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
- Hábitos tóxicos: refiere consumo en el pasado de cannabis diariamente. Actualmente refiere consumo puntual de cannabis y MDMA. Consumo esporádico de alcohol.
- Antecedentes médico-quirúrgicos: niega antecedentes somáticos de interés. Intervención quirúrgica de tibia y peroné en 2013.

## **SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

-Antecedentes psiquiátricos: la paciente inicialmente niega haber tenido ningún contacto con la red de Salud Mental, ni en su país de procedencia ni en España. No realiza ningún tratamiento.

### **Antecedentes familiares**

-La paciente niega antecedentes familiares

### **Enfermedad actual**

Mujer de 36 años, natural de Holanda, con los antecedentes anteriormente descritos. Es traída por la Guardia Civil al Servicio de Urgencia, tras ser encontrada aparentemente desorientada, temblorosa, presentando un discurso incoherente. La paciente conoce el español, pero aporta la información principalmente en inglés, por lo que durante su estancia en el hospital es necesario llevar a cabo las entrevistas en dicho idioma. La paciente refiere llevar dos días en España, tras llegar desde Portugal realizando autostop y andando. Verbaliza llevar más de dos años viajando fuera de su país natal, de donde ha escapado de un grupo secreto de científicos. Al parecer, había estado viajando durante todo este tiempo en diferentes ciudades españolas y portuguesas, escapando de este grupo, y viviendo en la calle. En este momento, estaba intentado volver a Barcelona, cuando fue encontrada por la Guardia Civil. Refiere que este grupo secreto, ha secuestrado a toda su familia, aunque su marido consiguió escapar a América, y a ella le implantaron diferentes chips por todo su cuerpo, uno de ellos cuando fue operada en Barcelona, para controlarla, por lo que demanda continuamente pruebas radiológicas para que podamos encontrarlos. Además refiere que este grupo es capaz de mover partes de su cuerpo, puede escuchar sus voces, que no entiende claramente, pero oye como torturan a su marido, le cortan el brazo, así como un teclado de ordenador con el que registran todo lo que ocurre. Tras descartar patología orgánica en el Servicio de Urgencias mediante una exploración física completa y pruebas complementarias, y dado que la paciente presenta alterado su juicio de realidad, presentando sintomatología psicótica con importante repercusión conductual, se decide ingreso de la paciente en la Unidad de hospitalización de Psiquiatría.

### **Exploración física**

En la exploración física la paciente se encuentra en regular estado general, con signos de deshidratación, evidente en mucosas, y bajo peso. En el resto de exploración no existen hallazgos significativos.

### **Exploración funciones psíquicas**

Consciente y orientada auto y alopsíquicamente. Actitud suspicaz, aunque abordable y colaboradora. Reactiva, poco sintónica. Contacto de tipo psicótico. Inquietud psicomotriz. Aspecto descuidado, con signos de deshidratación y desnutrición. Dificultad en la entrevista por barrera idiomática. Discurso incoherente con conexiones laxas, y aumento de la presión del habla por ansiedad evidente. Ansiedad ideica y somática moderada. Ideas delirantes de perjuicio, autorreferencial, con ideas de control y lectura del pensamiento, así como interpretaciones delirantes con importante repercusión a nivel conductual y afectivo.

## **SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Pseudoalucinaciones auditivas en forma de voces dialogantes, así como simples. Posibles alucinaciones cenestésicas. Insomnio global. Hiporexia. Nula conciencia de enfermedad. No auto ni heteroagresividad. No ideas de muerte ni autolíticas.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Hematología: parámetros dentro de rangos normales
- Bioquímica: LDH 323 U/L, GOT 142 U/L, GPT 123 U/L, GGT 67 U/L. Resto de parámetros, incluidos hormonas tiroideas, Vitamina B12, Hierro y folato, dentro de rangos normales.
- Inmunomicrobiología: sin alteraciones
- Orina: sin alteraciones. Tóxicos positivo a cannabis. Resto negativo.
- TAC cerebral: sin hallazgos significativos

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Inicialmente, ya que se desconocían los antecedentes personales de la paciente, se realiza un diagnóstico diferencial de los diferentes trastornos psicóticos. (3)

- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica: dadas las condiciones de deshidratación y bajo peso en las que llega la paciente, en primer lugar se realiza una exhaustiva exploración física y pruebas complementarias con analítica y TAC cerebral para descartar cualquier enfermedad médica que pudiese estar causando la sintomatología descrita. La completa normalidad de dicha exploración nos hace descartar dicho diagnóstico.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias: teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente de consumo de cannabis, así como el consumo puntual días previos de MDMA, desconociendo la evolución e inicio de la sintomatología psicótica, se plantea este diagnóstico. Sin embargo, la persistencia de la sintomatología a pesar de la abstinencia, así como la historia clínica que se conoce posteriormente, con inicio de la enfermedad hace años, y persistencia de la clínica a pesar de periodos prolongados de abstinencia, nos hace descartar dicho diagnóstico.
- Trastorno psicótico breve: dado que en primer lugar se desconocían los antecedentes de la paciente, así como la evolución de la enfermedad, se planteaba la posibilidad de que se tratase de un primer episodio psicótico breve. Sin embargo, la duración de la sintomatología psicótica mayor de un mes, así como la evolución de la enfermedad que se conoce posteriormente, nos hace descartar dicho diagnóstico.
- Trastorno delirante: a pesar de que la paciente presenta ideas delirantes de perjuicio muy estructuradas, la presencia de síntomas como alucinaciones, lenguaje incoherente y comportamiento desorganizado, nos hace pensar en una esquizofrenia.
- Trastorno esquizoafectivo: se excluye ya que la paciente no ha presentado ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa

## **SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

- Esquizofrenia: la sintomatología descrita previamente, así como la historia de la evolución de la enfermedad que nos aportan desde Holanda, con inicio de los síntomas hace años, y persistencia de los mismos, con importante repercusión y disfunción a nivel comportamental, afectivo, laboral, familiar, social y cognitivo, nos hace pensar en la Esquizofrenia como diagnóstico definitivo, para la cual la paciente presenta todos sus criterios recogidos en el DSM-V (2)

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
- 2 Alucinaciones
- 3.Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- 4.Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

## **SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Esquizofrenia 295.90 (F20.9)

### **TRATAMIENTO**

Durante su ingreso se realiza tratamiento con ansiolítico a dosis bajas (lorazepam 1,5 mg/día) y antipsicótico (risperidona en dosis ascendente hasta 3mg/día). La paciente es dada de alta con risperidona 3mg/día.

### **EVOLUCIÓN**

Durante su estancia en la Unidad la paciente se muestra inicialmente muy angustiada por el ingreso, con nula conciencia de enfermedad, persistiendo la ideación delirante y las pseudoalucinaciones auditivas. Progresivamente, con tratamiento con antipsicótico y ansiolítico, la clínica psicótica se va atenuando, aunque no llega a desaparecer del todo, con mejoría conductual y afectiva y realizando crítica parcial de algunas ideas así como reconociendo sus antecedentes médico y familiares. Se contacta con la embajada holandesa quien nos informa de los antecedentes personales de la paciente, diagnosticada de esquizofrenia paranoide en su país hace años, con diferentes ingresos tanto en Holanda como en España en diferentes Unidades de Psiquiatría. Al alta, se contacta con la Casa de Acogida de personas sin hogar, quien ofrece alojamiento provisional para esta.

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA**

La situación de sin hogar de los enfermos mentales es el resultado de la imbricación de factores individuales ligados a la propia patología, y factores psicosociales y económicos. Tiene que ver con situaciones de desarraigo familiar, desempleo, pobreza, deterioro personal y social para los que los recursos existentes no logran aportar respuestas. En este sentido la escasez de recursos intermedios, residenciales, y de rehabilitación, el desarrollo comunitario insuficiente y la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, puede considerarse como uno de los elementos clave que explican el fracaso en la prevención de la exclusión de los enfermos mentales. (1)

Algunos de los objetivos que se plantearon por el Grupo SMES MADRID en su "propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales" fueron: (4)

1. Coordinación de los servicios que intervienen.

## **SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

2. Discriminación positiva de estos usuarios en todos los recursos de la red de salud mental y de servicios sociales.
3. Creación de Equipos multidisciplinares específicos insertados en la Red de Salud Mental de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle.
4. Creación de recursos de alojamiento con distintos niveles de exigencia en número suficiente para las necesidades actuales.
5. Creación de ayudas económicas para cubrir las necesidades básicas, como alojamiento, alimentación, ropa, medicinas...

En conclusión, es necesario realizar mayor número de investigación en este campo, que permitan definir las características y necesidades de las personas "sin hogar" y faciliten la implementación de estrategias preventivas y paliativas adecuadas, considerando que las personas sin hogar conforman un colectivo enormemente heterogéneo y cambiante puesto que son necesarios programas específicos de Salud Mental dirigidos a este sector de la población.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Esther Moyano Ramírez. Salud mental en indigentes. 2010 Oct. Available from: <http://www.jano.es>
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5th ed, 2014
3. Benjamin J. Sadock. Kaplan&Sadock. Sinopsis de psiquiatria. 10<sup>th</sup> ed. Lippicott Williams and Wilkins: Wolters Kluwer Health; 2009
4. Grupo SMES MADRID. Propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) 2001; primavera: 5-15