

PSICOSIS BREVE A LA VUELTA DE DUBAI



Nuestra paciente es una mujer de 27 años sin antecedentes psiquiátricos que es traída por su familia de forma forzosa al Servicio de Urgencias del hospital porque desde hace aproximadamente siete días, tras volver de un viaje a Dubai, “dice, siente y hace cosas raras”. Nos comunica que oye voces de personas fallecidas que le invitan a quitarse la vida, señala que la gente la observa, que ha fallecido en dos ocasiones y que no sabe distinguir con claridad lo que es real de lo que no. Fue valorada por ello en un hospital en el norte de Italia –donde reside con su marido–, con diagnóstico de trastorno psicótico agudo y prescripción de medicación antipsicótica. Sin embargo, ante la persistencia de los síntomas y la gran preocupación de la familia, su pareja vuela con ella de regreso a España. En la valoración inicial por el equipo de Psiquiatría de guardia se muestra suspicaz, defensiva, irritable y distante. Comenta, además, que “todo el mundo está pendiente de ella”, que “quieren hacerle daño” y que su pareja le lee el pensamiento. Su juicio de realidad está claramente comprometido y tiene nula conciencia de la enfermedad, por lo que decidimos ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve, con diagnóstico inicial de primer episodio psicótico.

Durante los catorce días en los que permanece hospitalizada prescribimos tratamiento con aripiprazol, olanzapina y clorazepato dipotásico y realizamos distintas intervenciones psicoterapéuticas. Nos señala que las alucinaciones auditivas empezaron durante los últimos días de su anterior viaje a Dubai, tras participar en un retiro de meditación Vipassana. Estas voces las identifica como una “sensación de hablar con la madre de su pareja, fallecida”. De hecho, “tuvo la impresión de que le hablaría desde el momento en que pisó su casa por primera vez”. Además, le mandan “que se suicide y que salve el mundo” y responden en ocasiones a preguntas que se formula la propia paciente. También refiere que le lanzan mensajes desde la radio y la televisión y que “habla y escucha a fantasmas”, pues “desde niña sabía que le iban a hablar los espíritus”.

En posteriores entrevistas reconoce consumo de distintas drogas en el pasado y de cocaína y ketamina casi diariamente hasta hace cuatro meses, por lo que nos planteamos el diagnóstico diferencial con el trastorno psicótico inducido por sustancias, que finalmente descartamos. En varias ocasiones, al confrontar que no toma la medicación y señalarle las incoherencias de su discurso, inicia una actitud hostil y desafiante, con gran irritabilidad, tras lo cual abandona la consulta con un portazo y profiriendo múltiples insultos.

A lo largo del ingreso la paciente experimenta una disminución progresiva de la sintomatología alucinatoria y delirante, desarrollando adecuada conciencia de su enfermedad. Así pues, dada la mejoría y la buena tolerancia a la medicación, en un primer momento permitimos que pudiera salir de la Unidad en compañía de sus familiares durante dos horas por la tarde. Y a continuación damos a la paciente de alta durante los días de Nochebuena y Navidad, con ingreso programado posteriormente para continuar la hospitalización. A su vuelta constatamos que los síntomas psicóticos han desaparecido, que no existe ideación autolítica y que el discurso es coherente. Por tanto, decidimos el alta hospitalaria definitiva con diagnóstico de trastorno psicótico breve sin desencadenante grave y trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias. Realizamos entrevista de cierre, en la que explicamos la seriedad de su patología, la naturaleza de sus síntomas y la necesidad de una correcta adherencia terapéutica. La paciente acepta realizar seguimiento psiquiátrico ambulatorio y tomar la medicación. Así, tras catorce días de ingreso puede abandonar el hospital y volver a casa con su familia.

ALBERTO CANO ARENAS

MIR Psiquiatría

Hospital Universitario La Paz. Madrid

BEATRIZ BENDITO GUILARTE

MIR Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Anamnesis

Nuestra paciente es una mujer de 27 años que llega una tarde del mes de diciembre al Servicio de Urgencias de nuestro hospital traída de forma forzosa por su marido y por sus padres. Nos dicen que su hija les ha comentado en varias ocasiones que oye voces y que tiene episodios en los que “siente y dice cosas raras”. Además, cree que la gente la observa, por lo que –según nos señalan– “se está comportando de manera muy extraña”. Tras valorarla inicialmente, en vista de estas alteraciones decidimos que permanezca en el Servicio de Urgencias a cargo del equipo de Psiquiatría de guardia para completar la anamnesis y la exploración.

La paciente no refiere contactos previos con psiquiatría u otros dispositivos de Salud Mental. Niega ingresos psiquiátricos, intentos de suicidio y tratamientos psicofarmacológicos en el pasado. Niega antecedentes familiares de patología psiquiátrica. Como único antecedente médico comenta una Enfermedad de Perthes en la infancia. La familia corrobora esta información. Según refiere en un primer momento es fumadora de tabaco, consumidora ocasional de alcohol y consumidora esporádica de cocaína.

Se trata, como decimos, de una mujer joven de origen español que desde hace aproximadamente tres años reside con su pareja –que es de procedencia italiana y con la que está casada– en una ciudad del norte de Italia. A lo largo de la entrevista señala que hace unos siete días comienza a experimentar sensaciones extrañas que consisten en la percepción de “voces de gente fallecida”, algunas de las cuales le invitan de forma imperativa a quitarse la vida. Además, refiere “que la gente la observa”, que cree que “ha muerto en dos ocasiones” y verbaliza que en estos momentos no sabe distinguir con claridad “las cosas que son reales de las que no”. También nos cuenta que lleva toda esta semana muy preocupada por supuestas agresiones sexuales sufridas en el pasado, que en ningún momento logramos confirmar. Se queja de insomnio.

A los dos días del inicio de la sintomatología la paciente acudió al hospital de la ciudad italiana en la que reside. Aporta un informe del Servicio de Psiquiatría en el que se le diagnostica de *bouffée délirante* (término francés para designar al trastorno psicótico agudo), se le prescribe olanzapina 5 mg por la noche y se le cita a los tres días en las consultas externas del Servicio de Psiquiatría. Sin embargo, la paciente no llega a acudir porque dos días después viaja a España, al domicilio paterno.

Realizamos entrevista presencial con su marido y sus padres. El marido nos señala que hace siete días la paciente comienza de forma brusca con la sintomatología anteriormente referida. Él, por motivos laborales, no se encontraba en el domicilio aquel día. Sin embargo, alarmado ante la intensa angustia que percibía en su pareja y tras notar el discurso delirante, decide viajar a Italia y llevarla al hospital de su ciudad. Dos días después se trasladan ambos a España para estar en compañía de sus familiares. La madre apunta que con el tratamiento la paciente consigue dormir y experimenta relativa mejoría. Sin embargo, los síntomas persisten.

Exploración física

El equipo de Medicina Interna realiza la exploración física pertinente. Hemodinámicamente la paciente permanece estable, con adecuadas tensiones arteriales (123 mmHg / 83 mmHg) y frecuencia cardíaca (88 latidos por minuto). Su estado general es bueno y se encuentra tranquila y colaboradora. A la auscultación cardíaca no se perciben datos patológicos (es rítmica, sin soplos ni extratonos). Lo mismo ocurre con la auscultación pulmonar (el murmullo vesicular está conservado y no se escuchan ruidos patológicos). Presenta un adecuado nivel de consciencia y no se evidencian datos de patología neurológica.

Pruebas complementarias

Se realiza analítica sanguínea, en la que todos los parámetros se hallan dentro de los límites de la normalidad. Se completa el estudio con un TAC craneal –para descartar patología neurológica que pudiera estar motivando el cuadro clínico–, que es normal. Por tanto, se descarta patología orgánica aguda.

Exploración psicopatológica

A la exploración psiquiátrica en Urgencias la paciente se encuentra consciente y orientada en persona, espacio y tiempo. Se muestra suspicaz con el equipo sanitario y presenta una ansiedad elevada que no cede a lo largo de la entrevista. Su actitud es defensiva, distante, rígida e hiperalerta. El contacto con ella resulta dificultoso y revela irritabilidad, distanciamiento y frialdad. Su aspecto es cuidado y su actitud inadecuada y extraña en diferentes ocasiones. Se descartan alteraciones de la atención, la concentración y la memoria. El discurso que presenta la paciente es espontáneo, fluido, con volumen elevado, enfadado y centrado en las ideas delirantes. Dicha ideación delirante, que estaba generando moderada repercusión afectiva, es de contenido fundamentalmente autorreferencial (piensa que “todo el mundo” está pendiente de ella) y de perjuicio (piensa que le quieren hacer daño). Presenta alucinaciones auditivas en forma de voces de personas, tanto conocidas como desconocidas y de gente tanto viva como fallecida. El contenido de estas voces es imperativo y sugestivo (le mandan o le animan a realizar determinadas conductas). Cuenta también fenómenos de lectura del pensamiento (piensa que la gente le lee la mente). Niega que tuviera ideas pasivas

de muerte (no quiere morirse), ideación autolítica (no quiere hacerse daño) e ideación suicida (no quiere matarse). Comenta insomnio de tipo mixto (dificultad para conciliar el sueño y para mantenerlo) y también hiporexia (disminución del apetito). No está agresiva, intoxicada ni abstinente. El juicio de realidad se encuentra claramente comprometido y tiene nula conciencia de su enfermedad.

Diagnóstico de aproximación

Tras la anamnesis y la exploración psicopatológica con las que contamos, a última hora de la noche establecemos el diagnóstico sindrómico de primer episodio psicótico (pendiente de filiación).

Diagnóstico diferencial

Muchas patologías pueden producir síntomas alucinatorios y delirantes. Primero descartamos los trastornos psicóticos de causa orgánica: tumores cerebrales, epilepsia del lóbulo temporal, encefalitis, abscesos cerebrales, tirototoxicosis, etc. En un segundo lugar nos planteamos la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias; sobre este eje giró gran parte de nuestro trabajo diagnóstico. Seguidamente presentamos distintas posibilidades en función de la presencia o no de síntomas afectivos y de la duración de la clínica psicótica: trastorno afectivo con rasgos psicóticos, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno por ideas delirantes persistentes, esquizofrenia, psicosis disociativa, trastorno facticio, simulación, trastornos de personalidad (esquizotípico, esquizoide, paranoide, límite) y trastorno psicótico breve o trastorno psicótico agudo y transitorio (que fue nuestro diagnóstico principal al alta).

Tratamiento inicial

Mantenemos el antipsicótico prescrito previamente y que estaba siendo parcialmente eficaz: olanzapina 5mg, 1 comprimido antes de acostarse. Iniciamos otra medicación antipsicótica, con intención de disminuir las alucinaciones y las ideas delirantes: aripiprazol 15mg, 1 comprimido en el desayuno. Iniciamos también medicación ansiolítica: clorazepato dipotásico 10 mg, 1 comprimido cada 8 horas. Además, al cumplir criterios, indicamos ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del hospital.

Evolución del caso

Tras valorar la capacidad de la paciente, concluimos que en este momento no es competente para decidir sobre la necesidad y conveniencia de su ingreso, por lo que éste se realiza de forma involuntaria según lo dispuesto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Enviamos comunicación al Juzgado correspondiente para su internamiento. Al día siguiente la Comisión Judicial procede al examen y reconocimiento médico forense, ratificando el internamiento involuntario por motivos de urgencia.

Durante los catorce días en los que permanece hospitalizada, en entrevistas diarias de 50 minutos con su psiquiatra, vamos completando la historia clínica y realizamos distintas intervenciones psicoterapéuticas. En el primer día del ingreso nos cuenta que previamente había estado distintas temporadas en Dubai y en Ibiza. Como habíamos anotado, antes de este episodio se encontraba viviendo en el norte de Italia, donde reside con su pareja desde hace tres años aproximadamente. Allí estudiaba alemán. Actualmente no trabaja. No tiene hijos, aunque sí un embarazo que fue interrumpido de forma voluntaria. Nos señala que las alucinaciones auditivas empezaron realmente durante los últimos días de su anterior viaje a Dubai, tras participar en un retiro de meditación Vipassana, aunque eran poco intensas. Tienen características imperativas y le mandan “que se suicide y que salve el mundo”. Estas voces responden en ocasiones a preguntas que se formula la propia paciente. Le generan moderada ansiedad y preocupación, aunque no claramente miedo. Además, refiere que su pareja le roba el pensamiento y que le lanzan mensajes desde la radio y la televisión. Piensa que la gente la observa y cree “que ha muerto en dos ocasiones” (es a lo que llamamos sensación de desrealización) mientras estaba en Dubai. En este momento la paciente comienza con llanto aparentemente inmotivado. De forma muy hostil nos dice que se debe a que está en contra del ingreso, que quiere irse de alta a ver a su familia y que no sabe por qué está aquí. Abandona la consulta de forma brusca, dando un portazo y profiriendo insultos contra el personal sanitario.

En el siguiente día de ingreso la paciente comenta que a los quince años consumió cannabis, aunque niega consumo actual de tóxicos. Relata que en el último tiempo se ha ido aislando socialmente, pues se nota con bastante desinterés por las actividades que antes le atraían. En Italia se siente sola, tiene pocos amigos y “está muy centrada en su pareja”. Hace un tiempo presentó ánimo bajo, que ahora no refiere. Señala que las alucinaciones indicadas son percibidas como la “sensación de hablar con la madre de su pareja, fallecida” y que “tuvo la impresión de que le hablaría desde el momento en que pisó su casa por primera vez”. Comenta que “habla y escucha a fantasmas”, pues “desde niña sabía que le iban a hablar los espíritus”. Durante el tercer día de su estancia en la Unidad persisten los fenómenos de lectura del pensamiento y la ideación delirante de control, perjuicio, mística y autorreferencial. Se muestra llorosa, irritable, con afecto cambiante y labilidad emocional (respuestas emocionales desproporcionadas). Relata que hace varios meses, mientras

estaba en Ibiza, consumió distintas drogas: anfetaminas, éxtasis, cocaína, ketamina, etc. Posteriormente, hasta hace cuatro meses había estado consumiendo cocaína y ketamina en frecuencia casi diaria. Señala que en ese momento estaba sometida a una situación de estrés laboral y personal. Mantiene nula conciencia de su enfermedad, por lo que continuamos con el tratamiento psicofarmacológico y explicamos la necesidad de tomarlo correctamente (adherencia terapéutica) para revertir la sintomatología.

El cuarto día de inicia la entrevista comentando espontáneamente un supuesto episodio de violación en la infancia, que no recuerda bien y que nunca antes había contado. Narra el episodio entre llanto y tapándose continuamente la cara. Tras confrontar con ella que no está tomando correctamente la medicación –según nos relata el equipo de enfermería– y señalarle las incoherencias de su discurso –consumo de drogas en Ibiza e Italia, que en un primer momento negaba– inicia una actitud agresiva y desafiante. Se informa de la ratificación judicial de su ingreso involuntario, que no acepta, tras lo cual se muestra muy irritable y agitada. Abandona la entrevista de forma voluntaria. Informamos telefónicamente a la familia de la situación y la citamos para tener una entrevista presencial al día siguiente en la que explicamos la evolución.

Durante los cuatro días posteriores de ingreso la paciente experimenta una mejoría progresiva con disminución de la sintomatología alucinatoria y delirante anteriormente referida y con adecuada conciencia de su enfermedad. Se estabiliza el ánimo y se organizan el pensamiento y el discurso hasta niveles de funcionamiento prácticamente similares a su situación previa. Aportamos información sobre sus síntomas y explicamos la seriedad de su patología, de modo que la paciente garantiza adecuada adherencia terapéutica. Dada la mejoría y la buena tolerancia a la medicación, en un primer momento permitimos que la paciente pueda salir de la Unidad en compañía de sus familiares durante dos horas por la tarde. A continuación nos planteamos dar a la paciente de alta durante los días de Nochebuena y Navidad, con ingreso programado posteriormente para continuar la hospitalización. Para ello realizamos intervención familiar valorando su disposición a dicha alta, con la que se muestran conformes, y ofrecen adecuado acompañamiento. Corroboran la mejoría descrita, que han percibido durante las visitas. Por tanto, tras acuerdo con la paciente y la familia, se procede a su alta con ingreso programado a los tres días. Mantenemos el mismo tratamiento y comunicamos al Juzgado el cambio de ingreso involuntario a ingreso voluntario, que la paciente autoriza.

A su vuelta constatamos que el alta ha transcurrido sin complicaciones. La paciente ha podido descansar y disfrutar estos días con su familia. Se ha encontrado animada y estable, aunque algo somnolienta por la mañana. Los síntomas psicóticos han desaparecido, no hay ideas suicidas y el discurso es coherente. Por tanto, decidimos el alta hospitalaria definitiva para el día siguiente y realizamos entrevista de cierre. En ella se trabajó la conciencia de enfermedad –que se consideró adecuada– y la necesidad de adherencia terapéutica. Explicamos de nuevo la naturaleza de su patología, los síntomas presentados y su posible asociación con el consumo de tóxicos. La paciente acepta realizar seguimiento psiquiátrico ambulatorio y tomar la medicación. Así, tras catorce días de ingreso abandona el hospital y vuelve a casa con su familia.

Diagnóstico al alta

Establecemos los siguientes diagnósticos psiquiátricos principales: trastorno psicótico breve sin desencadenante grave y trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias.

Tratamiento al alta

Aripiprazol 15 mg (1 comprimido en desayuno), Olanzapina 5 mg (1 comprimido antes de acostarse). Clorazepato dipotásico 10 mg (1 comprimido cada 8 horas, puede tomar otro extra si precisa por ansiedad).

Comentario

El trastorno psicótico breve es un trastorno en el que la clínica psicótica dura menos de un mes y se retorna completamente al nivel de actividad previo. En nuestro caso, la aparición brusca de las alucinaciones auditivas y de la ideación delirante fue la sintomatología que alertó a la familia de la paciente. Nos planteamos el diagnóstico diferencial sobre todo con el trastorno inducido por sustancias, que finalmente descartamos, pues no parecía claramente relacionado con el inicio de la clínica. Aun así, el diagnóstico definitivo solo puede realizarse tras evaluar la duración y evolución de los síntomas a medio plazo. Entre el 50% y el 80% de diagnosticados de trastorno psicótico breve no evolucionan hacia patologías más graves y crónicas como la esquizofrenia. En nuestra paciente, el inicio abrupto, la corta duración y la ausencia de familiares esquizofrénicos indicaban buen pronóstico. La necesidad de ingreso breve fue clara para la evaluación y protección de la propia paciente ante la existencia de riesgo de suicidio. El ambiente silencioso y bien estructurado de la Unidad pudo ayudarla a recuperar el sentido de la realidad que había perdido. El tratamiento con antipsicóticos y benzodiacepinas –más la incidencia en una buena adherencia terapéutica– fue clave en el momento agudo, debiéndose reducir después hasta su suspensión. Otro pilar imprescindible fueron las intervenciones psicoterapéuticas destinadas a la integración de esta experiencia difícil en las vidas de la paciente y de su familia, así como la ayuda para enfrentarse a la pérdida de autoestima y confianza.

Bibliografía

Gayral L, Barcia D. *Semiología Clínica Psiquiátrica*. Madrid: Editorial Libro del Año; 1991.

Ho BH, Black DW, Andreasen NC. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Hales RE, Yudofsky SC (eds.) *Fundamentos de Psiquiatría Clínica*. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2005. p 201-257.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grenn JA. Otros trastornos psicóticos. En: Kaplan HI, Sadock BJ, Grenn JA (eds.) *Sinopsis de Psiquiatría*. 7ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p 505-529.

Salazar M, Peralta C, Pastor J. *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.

Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 7ª edición. Barcelona: Masson; 2011.