

S. Arxé i Closa, Barcelona

Nos remiten con urgencia un paciente de 17 años 10 meses de edad, varón, por presentar una conducta extravagante y anormal desde hace aproximadamente dos semanas.

Viene acompañado por sus padres y por dos de sus hermanos mayores, con sus respectivas cónyuges.

CLÍNICA ACTUAL

Según dicen, presenta numerosas conductas extrañas, un aumento significativo de la agresividad, un discurso incoherente, temores y sensación de peligro sin justificación alguna y un desorden laboral, social y familiar que preocupa a todas las personas que le conocen.

Todo empezó de forma brusca y sin motivos aparentes. Aparece POR casa cuando tenía que estar trabajando, porque según dice, le habían dado vacaciones (lo cual no era cierto). Habla de cosas que nada tienen que ver con lo que se está comentando. Es muy mentiroso y llega a mostrarse violento cuando le contradicen.

HISTORIA Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Es el menor de cinco hermanos varones, de 29, 28, 26 y 25 años respectivamente. Todos ellos están casados y no viven con los padres. El padre trabaja como estibador en los muelles y la madre se dedica a sus labores.

La madre de 59 años, es prima segunda de su marido (consanguinidad), que tiene 55 años. Padre y madre, de 55 y 59 años respectivamente, son primos segundos (consanguinidad). Dos tíos maternos depresivos, uno de los cuales se suicidó hace cuatro años.

El nivel socio-cultural es medio-bajo.

ENTREVISTA PERSONAL

El adolescente comenta que ha venido al Centro porque sus familiares han insistido mucho, pero no considera que le ocurra nada. Piensa que son ellos los que no le comprenden, y que sin lugar a dudas, el problema lo tienen ellos.

Duerme igual que siempre. Dice comer menos pero

tiene la sensación de que come más. Cree que le vigilan y que quieren aprovecharse de él. Se siente mucho más activo que antes y habla bastante de cualquier cosa que le pase por la cabeza. Es relativamente coherente en un principio, pero al rato de estar hablando, aparecen delirios de referencia, de robo de pensamiento, etc.

No tiene alucinaciones auditivas. Cree haber crecido y ser más fuerte. Presenta parestesias, verborrea y un estado de excitación. No tiene conciencia de enfermedad.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Debido a la urgencia del cuadro sintomatológico que presentaba el paciente, no se realizó estudio psicológico en ese momento y se diagnosticó un Trastorno esquizofreniforme (295.40).

- En el trastorno esquizotípico de la personalidad, no aparecen incoherencia ni producción delirante.

- En el trastorno esquizoafectivo, aparece un síndrome depresivo mayor, que no presenta el paciente.

- Debido a su corta duración, y a la falta de signos continuos durante seis meses como mínimo, no es esquizofrenia.

- Se excluye también el trastorno delirante ya que la conducta es manifiestamente extraña.

- Por falta de alteraciones emocionales, significativas, tampoco parece una psicosis reactiva breve.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Fue inmediatamente ingresado en una clínica particular, de forma voluntaria, con la siguiente pauta psicofarmacológica: levomepromacina (100 mg/día), biperideno (1,5 mg/d) y butirofenona (30 mg/día).

Una vez instaurado el tratamiento, el cuadro empezó a ceder parcialmente, con una evolución favorable.

Cuando se normalizó lo suficiente, se le realizó un estudio psicológico complementario.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

- Test D-70: obtiene un centil 5, estando muy por debajo de la media de la población de su misma edad y condición.

64

- Test MMPI: tendencia a la depresión, preocupación, falta de confianza, pasividad, conformismo, hipersensibilidad, rigidez, sentimientos de limitación, desconfianza, personalidad más bien esquizoide, desadaptación, agresividad ante las frustraciones y superficial con los demás.

- Test ROTTER: sentimientos de culpa, incapacidad en conseguir objetivos, defensas de negación, inseguridad, dependencia, déficit de maduración personal, conductas regresivas y ansiedad e impulsividad anticipatorias.

- TAT: frialdad afectiva, tendencia a deprimirse, sumisión ante figuras relevantes y autoritarias, fatigabilidad, evita enfrentarse a las situaciones conflicto y sensación de ser agredido y rechazado por los demás.

- CEP: inestabilidad emocional, agresividad, concepción pesimista de las intenciones ajenas y elevado nivel de aspiraciones.

- Test HTP: tendencia al retraimiento, inseguridad, impulsividad, fantasía exacerbada, inmadurez, dificultades de contacto con la realidad, agresividad, oposicionismo y sentimientos pasivo-defensivos.

Se recomienda a los familiares que después del alta clínica, siga un proceso psicoterapéutico y un control farmacológico adecuado, valorando la evolución del trastorno que presenta. Posteriormente siguió tratamiento en un Centro de Asistencia Primaria, al que fue remitido a petición de los padres.