

D. Jiménez Morón¹
J. Zazo Carretero¹
T. García Sánchez²
F. Arias Horcajadas¹

Vivir para la enfermedad: a propósito de un caso de esquizofrenia diagnosticado a los 63 años

¹ Unidad de Psiquiatría
Fundación Hospital Alcorcón
Madrid

² Servicios Sociales Municipales
Ayuntamiento de Alcorcón
Madrid

La morbilidad psiquiátrica oculta constituye un problema importante, estimándose que de uno a dos tercios de los casos severos no reciben tratamiento cada año, frecuentemente a causa de la ausencia de conciencia de enfermedad. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de esquizofrenia y cuyo primer contacto con el sistema sanitario tuvo lugar a los 63 años en circunstancias sociales extremas.

Palabras clave:
Esquizofrenia. Morbilidad psiquiátrica oculta. Problemas sociales.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(4):263-266

Living for illness: a case report of schizophrenia diagnosed at the age of 63

Hidden psychiatric morbidity represents an important problem, one to two-thirds of serious cases receiving no treatment each year, often due to lack of awareness of illness. We present a case report of a patient diagnosed of schizophrenia whose first contact with the health system occurred at the age of 63 in extreme social circumstances.

Key words:
Schizophrenia. Hidden psychiatric morbidity. Social problems.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y debilitante que afecta aproximadamente al 1 % de la población. Los avances en neuropatología, neuroimagen y genética molecular han llevado a un mejor entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad y a mejores tratamientos. Sin embargo, permanece como una enfermedad enigmática que ocasiona una carga sustancial en los pacientes, en sus familias y en la sociedad¹.

Algunos casos, como el que presentamos, constituyen un ejemplo de hasta qué punto las consecuencias de la enfermedad pueden impregnar la vida de pacientes y familiares.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente mujer de 63 años de edad que es traída al hospital por orden del juez de guardia por trastornos del comportamiento. Los servicios de urgencia han acudido al domicilio avisados por una vecina ante el fallecimiento de la madre de la paciente y encuentran a ésta con un cuadro de agitación psicomotriz, hablando sola y con lenguaje incoherente, en un domicilio en muy mal estado de conservación e higiene. En la exploración de urgencias la paciente niega antecedentes psiquiátricos, destacando una actitud de negación del fallecimiento de la madre. Queda ingresada en la unidad de psiquiatría con autorización judicial, con la impresión diagnóstica de episodio disociativo y probable retraso mental.

Una vez ingresada en el hospital se observa un aspecto desaliñado y sucio, con la ropa visiblemente deteriorada. La paciente trae entre sus pertenencias un documento de identidad caducado 8 años antes y varias libretas de cuentas de ahorro, algunas de entidades bancarias ya desaparecidas, junto con una importante cantidad de dinero en metálico, en su mayoría en billetes y monedas de las antiguas pesetas españolas.

Dada la ausencia de familiares, la información sobre la paciente ha de ser recabada de los servicios sociales municipales y de una vecina. Los servicios sociales conocían el caso desde octubre de 1996, a raíz de una solicitud de teleasistencia por los problemas de salud de los padres de la paciente. En aquel momento, el padre empezaba a presentar deterioro cognitivo y había tenido varios ingresos hospitalarios (fallecería en junio de 1997). Cuando realizan la visita al domicilio encuentran sólo al padre, que les comenta que la paciente «habla sobre brujería y dice que tiene un aparato en la tripa», aunque les pide que se marchen por miedo a su reacción si les encuentra allí. Unos días después la madre acude a los servicios sociales, rechazando la asistencia porque la paciente no la permite. Ante la situación, los servicios sociales soli-

Correspondencia:
Diego Jiménez Morón
Unidad de Psiquiatría
Fundación Hospital Alcorcón
Budapest, 1
28922 Alcorcón (Madrid)
Correo electrónico: drjimenez@fhalcorcon.es

citán, ante el juzgado correspondiente, en mayo de 1997, el inicio del proceso de incapacitación civil. En dos ocasiones la comisión judicial se persona en el domicilio, aunque no puede llevar a cabo el reconocimiento porque no se les abre la puerta. Finalmente, en junio de 1998 se logra efectuar el reconocimiento, aunque la madre refiere en esa ocasión que la paciente se encuentra bien. A finales de enero de 1999 se desestima la solicitud de incapacitación, sin reconocimiento psiquiátrico previo.

Los servicios sociales retoman el caso en marzo de 2003, a raíz de una nueva solicitud de teleasistencia ante el mal estado de salud de la madre. Tras alguna visita fallida porque la paciente no abre la puerta, finalmente logran llevarla a cabo, aunque, una vez más, la madre dice no necesitar asistencia y manifiesta que su hija no quiere que nadie entre en la vivienda. En mayo de 2003 ingresa la madre en medicina interna y la trabajadora social se entrevista con el presidente de la comunidad de vecinos, quien, aunque es conocedor de los trastornos psíquicos de la paciente, no se muestra dispuesto a realizar ninguna acción, alegando que no crea problemas en la vecindad. Tras el alta, la madre es derivada a un hospital de media estancia para la convalecencia, aunque antes del traslado firma el alta voluntaria a fin de ir al banco para dar dinero a la paciente. Tras la convalecencia se niega a solicitar una residencia geriátrica y vuelve a su domicilio. En octubre de 2003 se produce un nuevo ingreso de la madre, en cuyo informe de alta se recogen los siguientes diagnósticos: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica (ángor de esfuerzo inestable), estenosis aórtica, cardiopatía hipertensiva, portadora de marcapasos y diabetes mellitus tipo II. Finalmente fallece en el domicilio en diciembre de 2003, momento en el que se produce el ingreso de la paciente en la unidad de psiquiatría.

Según los servicios sociales, los padres se mostraban incapaces de hacer frente a la actitud de la paciente, e incluso en alguna ocasión eran agredidos por ella. Ante el inicio de los trámites de incapacitación, la madre se mostró de acuerdo, aunque nunca quiso tomar parte activa. No puede descartarse que en algún momento existiese en algún grado un delirio compartido. Por otra parte, la paciente jamás había consultado en atención primaria, por lo que carecía de historia clínica en el centro de salud.

La vecina, que ayudaba, cuando se lo permitían, a la madre de la paciente y fue quien dispuso su entierro, informó que desde hacía más de 30 años vivían en ese domicilio. Desde el fallecimiento del padre, 7 años antes, convivían paciente y madre en unas condiciones higiénicas muy deficitarias y con carencias de servicios básicos (p. ej., no disponían de agua corriente en la cocina). Durante los más de 30 años transcurridos desde que conoce a la paciente siempre ha mostrado alteraciones del comportamiento, con suspicacia, negativa a que nadie entre en el domicilio, con soliloquios y otras conductas extravagantes. Nos informa que la paciente había trabajado en su juventud en Alemania sin estar acompañada de los padres. Las tareas domésticas eran realizadas

generalmente por la madre cuando se lo permitía su estado de salud, aunque la paciente era capaz de realizar tareas sencillas como las compras, si bien con notable falta de eficacia, considerándola claramente incapaz de mantenerse de forma autónoma. Frecuentemente, según la misma informante, era objeto de burla en el mercado, aunque nunca presentó conductas agresivas.

Desde el punto de vista psicopatológico, en un primer momento presentaba una actitud de negación del fallecimiento de la madre, lo que hizo pensar en un probable cuadro de tipo disociativo. Progresivamente este aspecto se va normalizando, conociendo la paciente lo sucedido con su madre, si bien muestra una notable falta de resonancia afectiva al respecto. Destaca una actitud de suspicacia y desconfianza constantes, frialdad afectiva, aislamiento social, así como soliloquios casi continuos, un lenguaje disgregado e idiosincrásico, incluso con neologismos, en el que se objetivan elementos delirantes no estructurados: por ejemplo, piensa que ella es de raza negra y los demás somos de raza india, cree que hay una «infecciosidad» que se extiende «por el humito» que va haciendo que los que son de raza negra como ella se vuelvan de raza blanca a través de los glóbulos blancos....

Muestra una llamativo desconocimiento de la realidad actual; por ejemplo, nos dice que «ya han quitado los telediarios, por lo menos en su barriada». No conoce el nombre del presidente del gobierno. Sin embargo, su lenguaje muestra una buena capacidad de abstracción.

Si bien en varias ocasiones se logró obtener un reflejo de su productividad delirante, durante todo el tiempo de ingreso las entrevistas fueron dificultosas por la actitud de ocultación de síntomas, negando incluso sus evidentes soliloquios. Tendía a evitar las entrevistas o a interrumpirlas, marchándose del despacho en cuanto se tocaba un tema significativo, como su destino tras el alta. En ningún momento mostró conciencia de enfermedad psíquica.

Las exploraciones complementarias realizadas (hemograma, bioquímica sanguínea y urinaria y electrocardiograma) no mostraron hallazgos patológicos, salvo discretas hipercolesterolemia e hipetrigliceridemia.

Durante los primeros días del ingreso se mantuvo una actitud de observación, sin tratamiento psicofarmacológico, hasta que se pudo constatar la existencia de síntomas psicóticos. Posteriormente se inició tratamiento con risperidona a una dosis de 6 mg al día y al alta se prescribió una pauta de risperidona inyectable de larga duración. Ante los déficit en su capacidad de autonomía personal y autocuidado, y en colaboración con los servicios sociales municipales, se solicitó de forma urgente una plaza en una residencia pública, puesto que el estado psicopatológico de la paciente, sin ningún tipo de alteración conductual y con un incierto pronóstico respecto a la posibilidad de mejoría precoz de los síntomas psicóticos, hacían innecesario mantener el ingreso en

una unidad de agudos. La paciente se negó a firmar la solicitud, por lo que se obtuvo del juzgado el inicio de los trámites de incapacitación y la adopción de medidas de protección urgentes, que incluían la autorización de su traslado involuntario a una residencia. Concedida la plaza, fue trasladada a una residencia de ancianos en un pueblo de la provincia de Madrid, traslado que en ningún momento aceptó, pero frente al que no opuso resistencia activa.

COMENTARIO

En el caso presentado, desde el punto de vista diagnóstico, la psicopatología inicial y las circunstancias sociofamiliares hicieron pensar en el diagnóstico de trastorno disociativo en el contexto de un retraso mental. Sin embargo, un examen más detenido mostró una sintomatología florida de tipo psicótico, junto a indicios que iban en contra del diagnóstico de retraso mental: así, el hecho de que la paciente hubiese trabajado en otro país sin estar acompañada de sus padres, junto con la existencia de la conservación de la capacidad de abstracción, evidenciada en la exploración por pruebas sencillas como la interpretación de refranes, semejanzas y diferencias, etc., hacía poco probable el diagnóstico de retraso mental.

Por otra parte, la presencia de soliloquios, como fuerte indicio de probables alucinaciones auditivas, junto con la existencia de ideas delirantes de contenido fantástico con cierta estructuración, ausencia de resonancia afectiva y tendencia al aislamiento, nos hicieron inclinarnos por la formulación de un diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica.

La prevalencia de la esquizofrenia en mayores de 65 años se ha estimado en el 0,3%². Sin embargo, probablemente esta cifra representa una subestimación³.

De cualquier forma, el interés de este caso no reside en el diagnóstico, sino en las circunstancias en que éste se produce después de varias décadas de sintomatología psicótica no tratada.

El comienzo de la esquizofrenia suele acontecer al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta⁴, y en muchos casos la sintomatología se mantiene a lo largo de la vida, existiendo diferentes formas de evolución. Tanto los síntomas positivos como los negativos suelen ser manifiestos, por lo que la detección del trastorno no suele demorarse excesivamente. Un reciente estudio encuentra una mediana de duración hasta el tratamiento de un primer episodio psicótico de 5 semanas en un área con un programa de detección precoz y de 16 semanas en un área sin dicho programa; si bien, el amplio rango en ambos casos (hasta 1.196 semanas, lo que equivale a más de 22 años) indica que hay pacientes que se mantienen sin tratamiento durante periodos muy largos⁵.

La existencia de enfermos psiquiátricos que no reciben tratamiento es frecuente. Varios estudios han hallado por-

centajes de pacientes esquizofrénicos que no han recibido tratamiento en los últimos 12 meses entre el 35 y el 54%⁶⁻⁸. Un reciente estudio realizado en varios países encuentra que cada año de uno a dos tercios de los casos psiquiátricos graves no reciben tratamiento⁹.

La razón más frecuente para no recibir tratamiento es la falta de conciencia de enfermedad, con un porcentaje del 55 % en algún estudio⁸. Varios trabajos han hallado una asociación entre la duración de la psicosis hasta el inicio del tratamiento y la evolución clínica, con peor pronóstico en función del mayor tiempo sin tratamiento¹⁰⁻¹⁴. Los mecanismos de esta asociación no han sido esclarecidos^{15,16}, de forma que un largo periodo sin tratamiento podría representar un epifenómeno o un marcador de factores preexistentes que contribuirían a un peor pronóstico¹⁶.

En cualquier caso, las consecuencias de la falta de tratamiento pueden ser devastadoras, como este caso ilustra muy bien, tanto para el propio paciente como para el entorno familiar.

La atención primaria desempeña un papel importante en el reconocimiento de la patología psiquiátrica, habiendo demostrado algunos estudios epidemiológicos que al menos un tercio de los pacientes que consultan presentan una alteración psíquica, siendo reconocidos como enfermos por su médico entre el 30 y el 50 % de ellos¹⁷⁻¹⁹; sin embargo, existe un grupo poblacional que, por diversos motivos (marginalidad, toxicómanos, seniles, etc.), nunca consulta con su médico, constituyendo una bolsa de patología psiquiátrica importante y desconocida²⁰.

Este caso nos lleva también a una reflexión sobre el papel de los cuidadores directos del enfermo mental, que han de hacer frente a las conductas de los pacientes, a su frecuente ausencia de conciencia de enfermedad y sus negativas reiteradas a acudir a las consultas o a seguir los tratamientos prescritos.

En el caso que presentamos, los mecanismos disponibles para hacer frente a esta situación, como la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas en contra de la voluntad del paciente mediante autorización judicial, no se pusieron en funcionamiento a pesar de la actuación de los servicios sociales, que, conociendo el caso, intentaron promover la incapacitación varios años antes del ingreso. Con ello se privó a la paciente y su familia de unas medidas de protección que, con toda probabilidad, les hubieran otorgado una mejor calidad de vida.

A pesar de que en los últimos años se está produciendo un aumento de los recursos residenciales y rehabilitadores para enfermos mentales, la mayor parte de la carga de los cuidados recae sobre los familiares que, al envejecer, constituyen un punto vulnerable, incapaz de frenar las consecuencias de la psicopatología. Este caso sugiere una reflexión sobre este grave problema, probablemente subestimado en las estadísticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman R. Schizophrenia. *N Eng J Med* 2003;349:1738-49.
2. Robins LN, Regier DA, editores. *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press, 1991.
3. Palmer BW, Heaton SC, Jeste DV. Older patients with schizophrenia: challenges in the coming decades. *Psychiatr Serv* 1999; 50:1178-83.
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
5. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjorsmoen S, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis. Effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:143-50.
6. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993;150:1447-65.
7. Narrow WE, Regier DA, Norquist G, Rae DS, Kennedy C, Arons B. Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:147-55.
8. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 2001;36:987-1007.
9. Bijl Rv, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:122-33.
10. Loebel AD, Lieberman JA, Alvin JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-8.
11. Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Sequential cross-sectional and 10-years prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med* 1995;25:849-57.
12. Haas GL, Garratt LS, Sweeney JA. Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *J Psychiatr Res* 1998;32:151-9.
13. Altamura AC, Bassetti R, Sassella F, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophr Res* 2001; 52:29-36.
14. Black K, Peters I, Rui Q, Milliken H, Whitehorn D, Kopala LC. Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophr Res* 2001;47:215-22.
15. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychol Med* 2001;31:381-400.
16. Verdoux H, Liraud F, Bergey C, Assens F, Abalan F, van Os J. Is the association between duration of untreated psychosis and outcome confounded? A two year follow-up of first-admitted patients. *Schizophr Res* 2001;49:231-41.
17. Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Prim* 1995;16:586-93.
18. Limón Mora J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Prim* 1990;7:88-93.
19. Baca Baldomero E, Saiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Prim* 1999;23:275-9.
20. Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo JD, Ramírez García P, Saez García JM. Atención a la patología mental en un centro de salud rural. *Med Fam (And)* 2002; 3:165-71.