

## Esquizofrenia con síntomas negativos y TEC: reporte de caso

## Schizophrenia with negative symptoms and TECT: case report

**Bernal. Carlos Andrés**

Estudiante de medicina  
Semestre VIII,  
Federico Lleras Acosta,  
Universidad del Tolima

**Suárez. M, Aranda. E, Molina, M, Núñez, C.**

Estudiante de pregrado de medicina,  
Universidad del Tolima

### Resumen

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que ocasiona un gran deterioro de la calidad de vida de los pacientes, dado su curso crónico y degenerativo. Su impacto dentro de la población Latinoamericana en el 2011 la ubica como la decimonovena causa de años de vida perdidos por discapacidad según el reporte global de la carga de esta patología, no obstante, no se tienen estadísticas definidas de esta enfermedad a nivel nacional. Su tratamiento es constituido básicamente por los antipsicóticos típicos o atípicos dependiendo de las necesidades del paciente, su sintomatología y la respuesta a este. El uso de Terapia Electroconvulsiva (TEC) está reservado para ciertos casos como episodios depresivos graves, los episodios maníacos con una marcada sintomatología, situaciones en las cuales está contraindicado el manejo farmacológico o hay resistencia al tratamiento. En esquizofrenia se indica cuando hay grave agitación o estupor catatónicos, severa desorganización conductual, casos con antecedentes de buena respuesta a la TEC o por preferencia del paciente. En el siguiente caso se expone un paciente con esquizofrenia paranoide de síntomas negativos en su tercera hospitalización, al que se le administró TEC con mejoría en la evolución de su sintomatología, el empleo de esta medida terapéutica en esta patología es todavía discutida razón por la cual se realiza el siguiente trabajo de investigación.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Síntomas negativos, TEC, Antipsicóticos.

## **Introducción.**

La esquizofrenia es un síndrome clínico con una psicopatología variable de curso crónico Sadock, B. and Sadock, V. (2008), que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo Frances, A., Pincus, H. and First, M. (1995), en algunos casos es altamente incapacitante y puede tener diversas etiologías, de acuerdo a los criterios empleados por el Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, V Asociación Americana de Psiquiatría, (2013), la sintomatología incluye delirios, alucinaciones, discurso y comportamiento desorganizado (síntomas positivos) junto con expresión emotiva disminuida, aislamiento social, anhedonia, alogia y abulia (síntomas negativos), este cuadro clínico debe presentarse por al menos un mes y persistir de manera atenuada por al menos 6 meses, causando un deterioro social y laboral considerable y descartando trastornos como el esquizoafectivo, afectivo bipolar, depresivo, alteraciones por consumo de sustancias y enfermedades médicas; se emplea la descripción del DSM V, dado que en esta se excluyen los diferentes subtipos paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual, estipulados dentro del DSM IV-TR Asociación Americana de Psiquiatría, (2013) los cuales no son útiles para determinar el manejo.

En relación al tratamiento, la esquizofrenia posee un amplio esquema terapéutico, iniciando por los antipsicóticos que pueden clasificarse en típicos (levomepromazina, haloperidol, entre otros) los cuales funcionan principalmente sobre los síntomas positivos y atípicos (olanzapina, clozapina, risperidona, entre otros) los cuales actúan principalmente sobre los síntomas negativos, adicional a esto, se pueden emplear fármacos para el control de la agitación psicomotora, el insomnio y demás sintomatología que posea el paciente, esto junto con la intervención de la esfera psicosocial Colombiana de Salud S.A (2009). Gonzales, M., Lopera, W. and Arango, A. (2014).

Dentro de otras medidas terapéuticas para esta patología se encuentra la terapia electroconvulsiva (TEC), la cual es definida como un método para tratar ciertos trastornos mentales mediante la estimulación eléctrica del cerebro Vargas Navarro, P. (2009), actualmente se emplea el término TECAR dado que incluye control anestésico y relajación, algunas indicaciones de esta medida son los episodios depresivos graves, los episodios maníacos con una marcada sintomatología, situaciones en las cuales está contraindicado el manejo farmacológico o hay resistencia al tratamiento. En esquizofrenia se indica cuando hay grave agitación o estupor catatónicos, severa desorganización conductual, casos con antecedentes de buena respuesta a la TEC o por preferencia del paciente, aunque es una práctica ampliamente criticada existen estudios que respaldan su efectividad y beneficios, como se evidencia en el siguiente caso clínico.

### **Presentación del caso**

Paciente de 24 años procedente de Ibagué (Tolima), soltero, residente en el área urbana, cursó hasta primero de primaria, perteneciente al régimen Subsidiado ingresa el 3 de Abril del 2017 a las 14+55 al servicio de urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta (HFLLA) acompañado de su hermano con el motivo de “No duerme, camina mucho”.

Cuenta con un antecedente de enfermedad mental de varios años de evolución, en tratamiento con Clozapina con baja adherencia farmacológica, en su tercera hospitalización, presenta un cuadro clínico de aproximadamente, 20 días de evolución consistente de insomnio, dromomanía, soliloquios, descuido en su aspecto personal y hábitos de higiene, sin heteroagresividad. El paciente no realiza ninguna actividad productiva. Adicionalmente presenta tos, estornudo y rinorrea de una semana de evolución. El paciente es sensible al haloperidol presentando efectos adversos como síntomas extrapiramidales, niega antecedentes patológicos familiares. Sin alteraciones al examen físico. En el momento presenta una actitud suspicaz, está orientado en lugar y persona, no realiza contacto visual, con descuido de higiene personal, hipoproséxico, pensamiento de origen ilógico, concreto, tendencia al mutismo, insomnio de conciliación, sensorpercepción no evaluable por tendencia al mutismo, aislamiento social y tendencia a

la clinofilia, introspección nula, prospección incierta, juicio y raciocinio debilitado, buen patrón de sueño y alimentario. En su evolución, no realiza contacto visual con el entrevistador, se encuentra alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, con descuido de su vestimenta, afecto plano, mutista, actitud distante, introspección pobre, prospección incierta, juicio y raciocinio debilitado. Se hace un diagnóstico de esquizofrenia paranoide de síntomas negativos.

El paciente presenta una reactivación de los síntomas psicóticos y una exacerbación de síntomas negativos atribuible a su mala adherencia farmacológica, se decide hospitalizar en la unidad de salud mental del HFLLA, en la cual se inicia tratamiento farmacológico, desapareciendo los síntomas positivos (dromomanía, soliloquios) y disminuyendo la intensidad de los síntomas negativos (aislamiento, afecto plano) principalmente después de TEC de emergencia, buen patrón del sueño y de la alimentación, mejoría de la higiene personal; por lo cual se le da egreso del centro hospitalario el día 14 de abril del 2017.

Durante la hospitalización se le realiza escala PANSS (Anexo 1) el 9 de abril para la clasificación el trastorno esquizofrénico, con los siguientes resultados: Síntomas positivos (15 puntos); Síntomas negativos (36 puntos), Psicopatología general (36 puntos); la escala compuesta nos determina que el paciente pertenece a la categoría de síntomas negativos, tanto por método restrictivo (6 ítems por encima de 3 puntos en SN) como inclusivo (-16 puntos). En los ítems de psicopatología general (PG) el paciente se encuentra cercano al percentil 25, en el cual el puntaje es de 38 puntos para esta categoría y 36 para el paciente en esta categoría.

#### **Ejes diagnósticos:**

**I:** Esquizofrenia Paranoide con síntomas negativos.

**II:** Rasgos de personalidad esquizoide.

**III:** Rinofaringitis aguda (resfriado común).

**IV:** Problemas con la red de apoyo.

**V:** GAF 31-40

**Tratamiento:** Se inicia tratamiento con Clozapina (100 mg tab 1 C/12 hrs), Loratadina (10 mg tab 1 C/12 hrs) y se aplica Midazolam (5 mg 0,1) Para traslado a la Unidad de salud mental del hospital. Se cambia tratamiento por Levomepromazina (4% frasco de 20 ml 10-10-20) y Risperidona (3 mg tab 0-0-1), se realiza TEC (5 sesiones de TEC durante 5 días) y se cambia la dosis dada la evolución del paciente; el tratamiento ambulatorio es Levomepromazina (4% frasco de 20 ml 0-0-20) y Risperidona (3 mg tab 1-0-1).

### **Discusión**

El anterior se trata de un caso de manejo exitoso de una esquizofrenia con síntomas negativos mediante la farmacoterapia y la terapia electroconvulsiva (TEC). El paciente, un joven de 24 años con antecedentes de enfermedad mental de larga data quien presenta baja adherencia farmacológica, es traído por su familiar debido a que presenta insomnio, dromomanía y soliloquios por aproximadamente 20 días, en el hospital se le realiza la debida historia clínica psiquiátrica, donde además de diagnosticarse un resfriado común, se diagnostica un caso de esquizofrenia con síntomas negativos debido a los siguientes signos y síntomas: Discurso y comportamiento desorganizado, y síntomas negativos como alogia, anhedonia, abulia, aislamiento social y aplanamiento afectivo, en concordancia con el DSM – V . Se descartan otros diagnósticos como trastorno esquizoafectivo o cuadros de depresión o manía con síntomas psicóticos, debido a la falta de exteriorización de síntomas psicóticos por parte del paciente y a la ausencia de un componente afectivo en su sintomatología.

Se decide realizar la escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), la cual es una escala de 30 ítems que evalúa la esquizofrenia de manera dimensional (la gravedad del síndrome) y categorial (si es de síntomas positivos, negativos o mixtos), para corroborar el diagnóstico previo Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Cuyos resultados tanto por el método restrictivo como inclusivo indican que el paciente pertenece a la categoría de síntomas negativos, lo que concuerda con las observaciones realizadas mediante la clínica. La PANSS es una herramienta validada de fácil aplicación y corta

duración que puede ubicar al médico tratante hacia un diagnóstico certero, lo que guiaría el tratamiento a elegir.

Cabe aclarar que en la historia clínica se realiza el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con síntomas negativos, esto con base en los cuadros presentados en anteriores ingresos y bajo los criterios del DSM IV TR y el CIE-10, que en contraste con el DSM – V diferencian los tipos de esquizofrenia como paranoide, catatónica, desorganizada o indiferenciada, lo que resulta muy útil al momento de evaluar el paciente, sin embargo tiene poco valor en su tratamiento.

La esquizofrenia es la decimonovena causa de años de vida perdidos por discapacidad en Latinoamérica según el reporte de la carga global de la enfermedad para el año 2011, sin embargo, no se tienen datos epidemiológicos concretos nacionales o del Tolima <sup>14</sup>, siendo publicado el último estudio al respecto en el año de 1999 en la Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional. D. Urrego, J. Cocomá. (1999) donde se presenta una prevalencia de la esquizofrenia a nivel nacional del 1,4. Ahora bien, no se encuentran estudios donde se diferencie la prevalencia entre la esquizofrenia con síntomas positivos, negativos o mixtos. Lo que evidencia una necesidad de investigar a fondo la dinámica de la enfermedad en nuestro territorio y la proporción de sus tipos para ampliar la base de datos epidemiológicos y buscar mayores opciones en su tratamiento.

La base del tratamiento farmacológico son los antipsicóticos para la elección del medicamento apropiado se deben tener en cuenta las características individuales de cada paciente, sus posibles efectos secundarios, la adherencia al tratamiento y la posible combinación de estos con otros medicamentos adicionales como las benzodiacepinas.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un método para tratar ciertos trastornos mentales mediante la estimulación eléctrica del cerebro Vargas Navarro, P. (2009). Esta tiene indicación en pacientes con trastornos afectivos (TAB, depresión) la esquizofrenia y otras psicosis, entre otros, si cumple con especificaciones concretas para aplicarla. Sin embargo, según las guías de terapia electroconvulsiva del British Columbia Mental

Health Evaluation & Community Consultation (2000) no hay suficiente información para recomendar el TEC en pacientes esquizofrénicos con síntomas negativos o con conductas hetero-agresivas. En nuestro caso, el paciente no sólo respondió de manera efectiva a la TEC de emergencia que se le inició, sino que al parecer, es la manera más segura y eficaz de estabilizarlo en la Unidad Mental junto con la terapia farmacológica.

Según la guía colombiana para el manejo de esquizofrenia, se cuentan con 3 antipsicóticos típicos principalmente, el Haloperidol, al que el paciente presenta una reacción adversa, la Levomepromazina con un alto potencial sedante, y la Pipotiazina, medicamento de depósito. Se plantean además otras opciones de tratamiento como el uso de antipsicóticos atípicos, la Clozapina, la Olanzapina, la Quetiapina y la Risperidona, que son medicamentos capaces de producir menos efectos extrapiramidales y están indicados para los pacientes con sintomatología negativa. La combinación de Levomepromazina con Risperidona fue finalmente efectiva para el paciente y después de la adecuada titulación de la dosis se envía con este tratamiento a su domicilio.

### **Conclusión**

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más discapacitante en el medio, es importante para los profesionales de la salud conocer toda la información suficiente acerca de esta patología, profundizando en los posibles tratamientos que existen para su adecuado manejo. La esquizofrenia con síntomas negativos es una de varias patologías que puede ser tratada con TEC si cumple los criterios, y como en el caso expuesto se pudo observar la mejoría de la clínica y sintomatología del paciente al utilizar este mecanismo, por lo que es relevante no sólo instruir acerca de esta técnica a los distintos profesionales involucrados en el proceso, también a la familia del paciente y buscar la implementación de esta dentro de los tratamientos que se le pueden ofrecer al paciente con enfermedad mental.

## Bibliografía.

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª Edición. J. Bobes, M.P.G. Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Saiz, M. Bousoño. Editorial Ars Médica.

Bernando, M., y Urretavizcaya, M. (2015). Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(2), p.57.

Colombiana de Salud S.A (2009). *GUÍAS DE MANEJO ESQUIZOFRENIA*.  
a. Dirección prestación, pp.2-11.

Frances, A., Pincus, H., y First, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. 1st ed. Barcelona. España.: MASSON S.A, p.279.

Gonzales, M., Lopera, W., y Arango, A. (2014). *Manual de terapéutica*. 16th ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB., p.604.

Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Empresa Social del Estado (2008).  
Guía de atención. Terapia electroconvulsiva. Ibagué: Mónica. Suárez, pp.2-6.

Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit  
(2000). *Electroconvulsive Therapy Guidelines*. British Columbia, p.12

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. Bogotá: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS, p.49.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Análisis de Situación de Salud de Tolima. Ibagué.

Sadock, B., y Sadock, V. (2008). 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, p.467.

Ocampo, M., Ramírez, C., Franco, J., Gómez, L., Cardona, G., y Restrepo, C. (2012). Características clínicas de 276 pacientes tratados con terapia electroconvulsiva en una clínica universitaria de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), pp.366-367.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/> [Accessed 27 Jun. 2017].

Por la Salud Mental. D. Urrego, J. Cocoma. *Revista de Salud Pública*. Volúmen 1 (1). Marzo 1999.

Universidad Complutense Madrid (n.d.). *Escala de los síndromes positivo y negativo PANSS*. Madrid, pp.1-23.

Vargas, P. (2009). Terapia Electroconvulsiva. *Psimonart*,3(1), pp.92-93.