



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

CASOS CLÍNICS

ASSIGNATURA DE PSICOFARMACOLOGIA

GRAU DE PSICOLOGIA

Ana Adan, Julia E. Marquez-Arrico, Juan José Soriano & Erika Bedoya

Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia

CAS PRÀCTIC Nº 1

MOTIU DE CONSULTA: home de 41 anys que acudeix per primera vegada a visita psicològica derivat pel metge de capçalera, dient: “estic desbordat a casa i a la feina, necessito un descans per centrar-me”.

DADES EXPLORACIÓ:

Anamnesi:

Situació sòcio-familiar: és el petit de tres germans i té bona relació amb tots els membres de la família d'origen, especialment la germana gran. Està satisfet amb les relacions socials que té amb el grup d'amics, amb els que encara juguen alguns partits de futbol entre setmana i fan sortides amb bicicleta forces caps de setmana. Casat des de fa 7 anys, viu amb la dona i la filla de 4 anys.

Nivell educatiu: va estudiar la llicenciatura d'economia i recorda tota la seva etapa acadèmica feliç i sense problemes. Era un bon estudiant i el grup d'amics que té el va fer a l'institut.

Situació laboral: actiu en un empresa d'automoció amb contracte permanent, s'encarrega de la secció de logística i està sotmès a molta pressió per cobrir tasques (algunes no li corresponen) que li comporten allargar la jornada laboral sense rebre cap tipus de remuneració. El sou és bo, però ha de fer viatges a diferents seus de l'empresa per tot Espanya i això li genera molt d'estrès i problemes familiars.

Relació de parella: explica que tenen moltes discussions per les absències d'ell degudes als viatges de feina i les sortides de cap de setmana amb el grup d'amics. Ella no comparteix l'afició d'anar en bicicleta i tampoc pot fer-ho amb la nena tan petita. Ell sense aquestes sortides en que s'oxigena ja hauria deixat la feina i potser s'hauria separat (no ho fa per la filla). Intenta compensar la situació fent els sopars el dies entre setmana que no té partit de futbol, però per horari la nena ja és al llit i cada sopar

acaba amb retrets.

Antecedents personals i familiars:

Familiars. No coneix antecedents a destacar de malalties o trastorns psiquiàtrics ni dels pares o germans ni dels avis. Sí recorda l'avi patern que bevia força alcohol, tot i que mai estava borratxo, i va tenir una demència de força jove (no Alzheimer) molt incapacitant tot i que va morir d'un ictus.

Personals. Sense antecedents mèdics a destacar. A nivell psiquiàtric, fa tres anys va visitar al seu metge de capçalera per problemes de conciliar el son i no dormir prou hores. Aquesta situació, segons ell, estava relacionada amb la tensió familiar agreujada des que van tenir la nena. Se li va prescriure Zolpidem durant 2 mesos (0-0-10 mg) i no va realitzar teràpia psicològica, tot i que el metge li ho va suggerir. Va prendre el tractament, que el feia dormir més ràpid però no de forma prou satisfactòria, i no va tornar a consulta perquè coincidia amb vacances d'estiu i va pensar que ja es recuperaria.

El pacient fa una nova visita al metge de capçalera, per l'insomni no resolt. Ara li recepta Zopiclona (0-0-7,5 mg) durant 2 mesos i el deriva a consulta psicològica per valoració i un possible tractament psicoterapèutic.

Situació clínica actual:

Explica que li costa conciliar el son, va al llit sobre les 23:30 h i pot tarda un parell d'hores en adormir-se, perquè està neguitós i pensant amb la darrera discussió a casa o la feina que li espera l'endemà. Quan s'adorm no es desperta fins que sona el despertador a les 07:00 h.; tot i que alguns dies s'ha despertat força abans i no ha pogut tornar-se a dormir. El tractament farmacològic que li ha receptat el metge, ara fa tres setmanes, li està funcionant pel adormir-se més ràpid. Des de fa uns tres o quatre mesos, se sent més irritable, amb falta de motivació i sense energia per fer les coses tant a la feina com a casa i, fins hi tot ha deixat d'anar a algunes sortides amb

els grup d'amics. Nota també falta de concentració i de memòria. Ell identifica com a causa del malestar les freqüents discussions de parella, que li generen un estat intern de nervis, difícil de definir. Insisteix repetidament que el seu problema és que necessita descansar per recuperar-se i poder tornar a funcionar be. Està queixós de que el metge de capçalera no li hagi volgut signar la baixa laboral.

Al llarg de l'entrevista, es descarten hàbits tòxics (només consumeix cafè al matí i migdia i una copa de bon vi per sopar), alteracions de la gana i tampoc s'observa clínica afectiva manifesta (no idees de mort, no sentiments de buit, sense canvis en el funcionament social ni alteracions en la gana o el pes). Es valora clínica ansiosa, s'identifiquen alguns signes d'ansietat perifèrica puntuals (disnea i sensació de mareig) i pensaments de tipus repetitius relacionats amb inseguretat i expectatives de futur tan familiars com laborals.

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. És el tractament farmacològic que se li ha indicat adequat? Raoneu la resposta.
2. Quines opcions de tractament psicofarmacològic serien possibles donada la simptomatologia del pacient? Raoneu la resposta.

CAS PRÀCTIC Nº 2

MOTIU DE CONSULTA: dona de 20 anys que acudeix a consulta privada per primera vegada indicant: “Em sento perduda, fer qualsevol cosa em costa molt”.

Anamnesis:

Situació socio-familiar: viu amb la seva mare divorciada, és la petita de 3 germanes, les dues més grans viuen independitzades. Els pares es van separar fa 15 anys i ella no ha mantingut contacte amb el seu pare. De fet, el pare viu a Màlaga i no ha tornat a Barcelona des del divorci. Les seves germanes sí que es parlen sovint amb el pare. Té un grup d'amigues amb qui surt cada setmana i no refereix problemes de relació amb cap d'elles.

Nivell educatiu: està estudiant primer any del grau en estadística, no té problemes per estudiar, es concentra bé i sempre ha tret bones notes. Ara, però, es troba un xic desmotivada ja que el grau no ha complert les seves expectatives i li costa aixecar-se i anar a classe.

Relacions de parella: actualment no té cap parella estable, ha tingut dues parelles anteriors amb les que ha mantingut una relació estable, però de curta durada (6 mesos). Sense incidències quant al trencament de les relacions que es varen produir per desmotivació i no evidència de projecte de futur comú en ambdós cassos.

Antecedents personals i familiars:

Familiars. Mèdicament, l'avi patern va morir d'una angina de pit i l'àvia paterna d'una embòlia pulmonar. La resta els desconeix. A nivell psiquiàtric, sembla que un tiet patern mostra un trastorn per consum d'alcohol greu. Avis materns estan vius i mostren malalties d'edat avançada, ambdós viuen en una residència assistida. Explica, però, que la seva mare, des de sempre ha tingut una tendència a entristir-se i a veure només els

possibles problemes a l'hora de prendre decisions encara que siguin poc rellevants, amb un plor fàcil (no ha estat mai motiu de consulta a professionals especialitzats).

Personals. Sense interès, malalties comunes en la infància. Sí refereix, però, que ha heretat el caràcter de la mare i té també labilitat emocional i tendència a entristir-se davant situacions quotidianes.

Situació clínica actual:

Des de fa 2 mesos ha notat que plora molt més freqüentment, per tot, li costa molt concentrar-se i no té ganes de fer coses que abans li agradaven. No troba sentit a esforçar-se per res. Fins i tot si queda amb amigues té dificultats per mantenir les converses. Mostra sentiments i pensaments de buidor, sensació de formigueig, inquietud i, en determinades situacions (quan està fent coses que li resulten molt pesades), falta d'aire, amb sensació de mareig, sudoració a les mans i lleugera taquicàrdia. Al llarg de l'entrevista es descarta patologia orgànica i s'identifica una disminució de la gana que no ha comportat pèrdua de pes i també problemes per dormir (insomni tardà).

És el primer cop que consulta per aquesta simptomatologia, no ho ha explicat al metge de capçalera (no li té massa confiança), arran d'una conversa amb una amiga que li ha dit que no era normal. Està prenent un complex vitamínic per augmentar el sistema immunitari recomanat pel farmacèutic del barri al qual va consultar.

Li proposeu la realització de sessions individuals de psicoteràpia d'orientació cognitiva-conductual 1 cop per setmana.

EVOLUCIÓ PSICOTERÀPIA:

Un cop s'han fet unes 10 sessions es valora que l'evolució és bona. S'observa una milloria de la clínica ansiosa (no ha sorgit en les dues darreres setmanes), però s'ha accentuat la sensació de buit i la pèrdua d'interès pels estudis i la vida diària.

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. Indiqueu els possibles tractaments atenent al tipus de simptomatologia present en la pacient
2. Donada l'evolució de la pacient en la psicoteràpia, hauria de rebre tractament farmacològic? En cas afirmatiu, quin/s serien els psicofàrmacs d'elecció. Raoneu la resposta.

CAS PRÀCTIC Nº 3

MOTIU DE DERIVACIÓ: home de 23 anys que acudeix juntament amb els seus pares a primera visita al Servei de Psicologia d'un Centre de Salut Mental de la xarxa pública derivat pel seu metge de família, tot dient que vol "incrementar les activitats diàries i tenir una rutina més activa"

Anamnesi:

Situació sòcio-familiar: és fill únic, viu amb els seus pares i amb l'àvia materna. Les relacions entre ells són correctes i se senten a gust amb les mateixes. Ara bé, el pare i la mare expliquen que la convivència amb el seu fill és complicada, que per qualsevol cosa s'enutja i es tanca a l'habitació. No té gaires amics, 2 o 3 que coneix des de primària i amb els que queda molt de tant en tant i sempre per insistència dels pares. No se li coneix cap relació de parella.

Nivell educatiu: estudiant universitari de tercer curs d'enginyeria química. Durant l'educació secundària va tenir molt bons resultats escolars i a les proves d'accés a la universitat la nota li donava per estudiar el que volgués tret de medicina. Al grau, però, ha repetits diverses assignatures i des de primer curs que matricula menys assignatures de les que s'han de fer pel currículum acadèmic. Els pares no ho veuen malament, perquè son uns estudis difícils, tot i que molts dies no va a classe i anar-hi pensen que l'ajudaria.

Antecedents personals i familiars:

Familiars. Mèdicament, avi matern mort als 54 anys d'un infart de miocardi; els avis paterns van tornar a Andalusia quan l'avi es va jubilar i quasi no tenen contacte. A nivell psiquiàtric, possible suïcidi d'un tiet patern, el qual defineixen com que era un força estrany i molt introvertit. Resta sense més interès.

Personals. A nivell mèdic sense massa interès. A nivell psiquiàtric, la seva mare comenta que quan va complir els 15 anys va fer un canvi de conducta estrany. Varen començar a veure'l més aïllat, deixant de relacionar-se amb els seus companys de classe i ell ho justificava dient que el criticaven i l'assetjaven. Els pares no es varen sentir massa recolzats pel professorat de l'institut, els deien que no existia cap problema i que era el noi qui s'allunyava dels companys. El que sí van aconseguir és que els gestionessin la valoració del psicòleg de l'institut que va dir que la situació podia relacionar-se amb l'adolescència, que si el noi seguia bé amb els estudis i no es complicava amb consum de drogues i conducta més greu tinguessin paciència.

Situació clínica actual:

Els pares refereixen que des de fa alguns mesos el noten diferent, passa molt de temps a la seva habitació, surt poc de casa i no s'ha presentat a cap examen del primer semestre. No surt al menjador ni per fer els àpats en família, va a la cuina i menja poc i malament, ni per veure la televisió i noten que de vegades els mira de manera rara. Ha descuidat la seva neteja personal i la seva habitació és cada cop més desordenada. Fa dos dies els ha trucat un amic, amb el que va sortir la setmana passada, preocupat perquè quan es van veure al donar-li el copet a l'esquena de salutació es va posar molt agressiu i en res va dir que tornava a casa. Aquest fet, juntament amb tots els canvis, els motiva a fer la consulta.

A l'entrevista al Servei de Psicologia està retret, estableix poc contacte visual i contesta amb poques paraules les preguntes que se li fan. Diu que no vol sortir al carrer perquè la gent el mira malament, en parlen i fins i tot se n'han burlat d'ell alguna vegada; a les parets de la universitat ha vist alguna pintada insultant-lo. No sap per què passa això, però està segur que és així, fins i tot "ho han dit alguna vegada a la televisió"; i a més moltes vegades comenten el que ell pensa.

El pacient ha notat que també li fan mal a l'estómac, no sap si amb radiacions a distància o perquè li posen alguna cosa al menjar. Fins ara pensava que els seus pares no hi

estaven ficats, però alguna vegada ho ha dubtat. Tot això li impedeix concentrar-se i estudiar. Nega estar trist i només vol que el deixin en pau, en general dorm bé.

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. Indicar els possibles tractaments farmacològics a triat atenent al tipus de diagnòstic i simptomatologia del pacient. Raoneu la resposta.
2. Valorar la possibilitat de mala resposta i d'aparició d'efectes adversos per suggerir opcions de maneig del pacient.

CAS PRÀCTIC Nº 4

MOTIU DE DERIVACIÓ: dona de 45 anys que acut a un gabinet psiquiàtric indicant que des de fa uns anys té moltes dificultats de parella i que recentment el metge de capçalera li ha receptat un antidepressiu. Sol·licita una segona opinió ja que no té clar que el tractament sigui adequat.

Anamnèsi:

Situació socio-familiar: filla única amb bona relació amb els seus pares. Viu en parella i té un grup d'amics dels quals rep molt suport. També té amics comuns amb la seva parella amb els quals no s'hi sent tan bé, ja que a vegades li confronten la seva situació i es fiquen en la seva relació de parella.

Nivell educatiu: llicenciada en arquitectura. Sense problemes significatius per estudiar.

Situació laboral: treballa en un estudi d'arquitectura amb 3 professionals més. Està satisfeta tant de la feina que desenvolupa com del ambient de treball, malgrat que a vegades hi ha molta pressió.

Relació de parella: està vivint amb la seva parella des de fa 20 anys, amb la qual té 3 fills, un noi de 18 (viu independent), un de 16 (està estudiant a Irlanda) i un de 5 anys amb el qual conviuen. Explica que des de sempre han tingut molts problemes per diferències d'opinió en l'educació dels fills, però que s'han vist molt accentuades amb el darrer fill, fins el punt que s'han adonat que els és difícil tenir un projecte de vida en comú. La seva parella treballa fora del lloc de residència i, molts dies, no va a casa a dormir, argüint pics de feina i quedant-se a casa d'una germana d'ell que viu a la ciutat on treballa. També molts caps de setmana fan activitats separades, ja que ell fa molt d'esport i surt

amb els seus amics a fer curses de triatló. Ella es queda normalment amb el nen i fa activitats amb altres mares i pares de l'escola.

Antecedents personals i familiars:

Familiars. A nivell mèdic, la mare és hipertensa i té un nivell de colesterol alt. Avis paterns i materns morts per causes degudes a l'envelliment. A nivell psiquiàtric, la mare ha estat diagnosticada de trastorn depressiu i de trastorn d'ansietat generalitzada, pels quals està fent tractament amb antidepressius i ansiolítics ja fa anys.

Personals. A nivell mèdic ha estat intervinguda quirúrgicament d'una pròtesi de genoll arran d'un accident de moto. A nivell psiquiàtric, refereix que és molt nerviosa, que té molta facilitat per sentir angoixa, preocupacions i estat d'ànim baix. Acudeix a psicòlegs i psiquiatres des dels 15 o 16 anys. L'última vegada que va realitzar tractament psicològic fou fa dos anys i actualment està en tractament farmacològic, indicat des de fa uns 6 mesos arran d'una visita al metge de capçalera, amb Desvenlafaxina 50 mg (1-0-0). Anteriorment no havia fet mai tractament farmacològic.

Situació clínica inicial:

A l'entrevista s'observa clínica afectiva moderada: falta de concentració i de memòria, pèrdua de pes, hipersòmnia, sensibilitat al rebuig social que condueix a un aïllament social, sentiments de buit, d'inutilitat i de culpa. També es troba present simptomatologia ansiosa severa: preocupacions, marcada irritabilitat, símptomes vegetatius significatius (taquicàrdia, diarrees i fogots). No s'observen alteracions orgàniques.

Es canvia el tractament, s'augmenta la dosi diària de Desvenlafaxina a 100 mg (1-0-0) i se la incorpora a un grup de psicoteràpia d'orientació cognitiva-conductual (1

sessió per setmana durant 2 mesos).

Evolució del tractament als 3 mesos:

A les sessions de psicoteràpia s'observa una disminució de la clínica afectiva i ansiosa, però amb una evolució tòrpida, evidenciant-se l'aparició de:

- Desinterès social
- Anèrgia
- Hipoactivitat
- Aspecte deixat
- Conversa poc fluïda
- Discurs incoherent

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. Hauria de canviar-se el tractament farmacològic que se li administra a la pacient? Raoneu la resposta d'acord amb la simptomatologia actual i el tractament que s'està realitzant.
2. En cas que considereu que el tractament psicofarmacològic és inadequat, suggeriu quina opció seria la millor per millorar l'estat de la pacient. Raoneu la resposta.

CAS PRÀCTIC Nº 5

MOTIU DE CONSULTA: home de 52 anys que assisteix per primera vegada a consulta perquè la seva dona li ha demanat si vol continuar amb la relació. “La meua dona diu que si no deixo de beure i busco ajuda em deixarà i s'emportarà els nens.”

Anamnesi:

Situació socio-familiar: viu amb la seva dona de 49 anys i el fill, una nena d'11 i un nen de 8 anys. Fan poques activitats familiars junts per la seva feina, però el seu sou els permet viure bé. Fins hi tot, ara fa 6 anys, varen poder comprar un apartament a la platja on la dona i els fills poden gaudir les vacances d'estiu i tots els caps de setmana que hi volen anar.

Nivell educatiu: va completar els estudis de batxillerat, però no tenia bones notes perquè no li agradava estudiar i ho va deixar per posar-se a treballar.

Situació laboral: des dels 20 anys treballa de cambrer en un bon restaurant. La feina sempre li ha agradat i no li ha importat mai treballar en festius o plegar a deshora, és el que toca en la restauració i el sobresou de propines s'ho val.

Antecedents familiars i personals:

Familiars. A nivell mèdic, tiet patern mort d'una neoplàsia de colon, igual que el seu avi patern. A nivell psiquiàtric, relata que l'avi patern sí que bevia i arribava a casa embriagat forces vegades amb molt mal humor; precisament va morir atropellat creuant en vermell. El pare està en una residència perquè té una demència que li va començar molt jove i necessita vigilància permanent i la mare, que està encara bé i viu sola, el va a visitar cada dia. El seu pare bevia lo normal i mai l'ha vist embriagat, tot i que tenia mal caràcter i no els tractava molt bé, sobre tot a la mare.

Personals. Ha estat sempre molt extravertit i sociable, molt apreciat pels seus familiars, amics i companys de feina. No ha tingut problemes psicològics a la seva infància i joventut ni refereix cap trastorn psiquiàtric previ. Fa uns 6 anys va tenir molèsties gàstriques, el metge de capçalera li va receptar un protector d'estómac que li va anar molt bé i que es pren a diari.

Situació clínica actual:

El darrer any s'ha trobat amb poca energia tan per anar a la feina, que hi va i no falta, com per fer coses amb amics i família. El creu que està amb depressió, se sent pitjor als matins i s'ha de sobreposar a vegades a estat de nàusees, diu que consultarà al metge perquè li ajusti la medicació de l'estómac. A les nits cada vegada dorm pitjor, està molt intranquil, i a vegades té malsons i es desperta completament amarat de suor. No l'ajuda gens l'actitud de la seva dona que, en lloc de ser comprensiva i afectuosa amb ell, controla tots els seus moviments i l'amenaça amb la cosa que més li dol que és treure-li els nens.

Pel que fa al consum d'alcohol, relata que ell sempre s'ha pres una ampolla de vi entre el dinar i el sopar (més si menja fora), i una copeta de conyac al matí i una altra després de dinar. Entre menjars, pot beure unes 6 o 7 canyes de cervesa. Al sortir de treballar quedava amb un company per fer una beguda i comentar el dia, i certament algunes vegades es passaven i s'embriagaven. A l'endemà ell no recordava res, era la dona que l'esbrancava dient que havia arribat agressiu i dient tonteries. Però ara ja fa mesos que no té ganes de sortir amb el company, acaba la jornada molt cansat i, per tant, la dona ja no té motius de queixa. Ella, però, diu que ara quan comença a beure ja no pot parar i que, encara que begui menys l'afecta més.

L'últim any ha tingut alguns problemes a la feina perquè ha discutit amb els clients, que cada vegada són més exigents i menys educats; el seu responsable li diu que el client sempre té la raó però ell creu que hi ha algunes coses que no es poden deixar passar. En general, ja no va content a la feina i pateix per si algun dia l'acomien de forma improcedent, perquè llavors sí que tindrà problemes familiars greus. Considera que no

té cap problema amb l'alcohol, que ha vingut per l'amenaça de la dona, però sí creu que té depressió. I ja que ha vingut voldria que li solucionéssim perquè així segur que tot tornarà al seu lloc.

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. Quin tipus de tractament requereix el pacient?
2. En el supòsit que es consideri que al pacient li cal rebre tractament psicofarmacològic, quin seria el d'elecció? Raoneu la resposta.

CAS PRÀCTIC Nº 6

MOTIU DE CONSULTA: com a psicòleg en un centre d'ensenyament primari, rebeu una sol·licitud d'un tutor de la classe de cycle inicial que té un alumne de 8 anys que genera situacions difícils de gestionar a la classe, ja que es distreu constantment, interromp als companys i li costa molt estar assegut i quiet.

DADES EXPLORACIÓ:

S'entrevista per tant als pares del nen i es detecta que aproximadament des de fa 3 anys que la situació de l'infant va empitjorant. Reconeixen que sempre va ser molt mogut i inquiet i dispers, però que esperaven que aquests comportaments desapareixerien amb el temps i quan el nen anés madurant.

A més, en l'entrevista amb els pares s'identifica:

- Interromp les converses i si se li diu que no està fent bé, s'enfada molt.
- Escolta poc el que se li diu i les seves respostes són moltes vegades precipitades.
- Sempre està actiu, sembla que "mai se li acaben les piles".
- Parla molt.
- No li agraden els jocs tranquils, ni tampoc activitats sedentàries com mirar una pel·lícula.
- Li costa de jugar amb amics, ja que vol canviar d'activitat cada dos minuts i acostumen a acabar barallant-se.
- És molt poc curós amb les seves coses (material escolar, roba, joguines...) i en general amb tot el que l'envolta.

Exploreu al nen i observeu:

- Presenta dificultats per mantenir l'atenció en les tasques triades per l'exploració (de rendiment i lúdiques).

- No mostra suficient atenció a què li diem i preguntem, en diverses ocasions ni tan sols escolta el que se li explica.
- Ha estat més temps en moviment que assegut a la cadira, buscant ocasions per aixecar-se (recollir un color de terra, fer punta a un llapis que ha trencat la mina varies vegades). Assegut té els peus en contant moviment.
- Ha tingut dificultats per mantenir els materials sobre la taula, ha arrugat bona part dels papers que se li han posat a l'abast.
- No ha seguit adequadament les instruccions de les diferents tasques i no n'ha finalitzat cap.
- S'ha distret molt sovint amb estímuls irrellevants.

Es recomana als pares que sol·licitin la derivació a un Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) perquè se li faci una avaluació diagnòstica, ja que sospiteu que pot presentar un trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat.

Al cap de tres mesos, els pares del nen us porten un informe del psiquiatre del CSMIJ, en el qual es detalla que el nen ha estat diagnosticat de trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat i que se li ha indicat tractament farmacològic amb Metilfenidat de llarga durada (*Concerta*[®] 18 mg/dia: 1-0-0). Els pares comenten que a l'escola sembla que ha millorat molt però que sobre les 16:00 o 17:00 hores comença a estar novament molt mogut i no pot concentrar-se per fer els deures o les activitats extraescolars.

Ens demanen si seria convenient fer també un seguiment psicològic i com gestionar el tema a nivell de l'escola, ja que han informat de la situació a la tutora en començar el tractament, però no han sol·licitat encara una altra entrevista personal amb ella.

QUESTIONS A RESOLDRE:

1. Creieu que el nen està rebent el tractament farmacològic adequat?
Raoneu la resposta i expliqueu com caldria gestionar la situació.
2. Quines consideracions respecte al tractament farmacològic tindríeu en el moment de donar pautes als pares i als mestres de l'escola?

CAS PRÀCTIC Nº 7

MOTIU DE DERIVACIÓ: dona de 23 anys d'edat, presenta un historial de creixent inestabilitat en l'estat d'ànim. Mostra períodes de depressió amb una durada de tres a quatre mesos seguits de períodes de marcada desorganització amb menys necessitat de dormir i comportaments de risc (per exemple, jocs d'atzar i robatoris). Després de la seva tercera detenció per robatori, la pacient va acceptar un acord de culpabilitat amb la justícia que implica rebre atenció mèdica.

ANAMNESI I DADES DE L'EXPLORACIÓ:

El metge especialista realitza un historial psiquiàtric complet que aporta dades significatives en l'àmbit de problemes escolars (entre els 10 i 16 anys) i laborals (des dels 18 fins a l'actualitat). L'inici de la simptomatologia depressiva i de tipus maníac, així com de problemes de conducta es produeix quan tenia 16 anys aproximadament.

La pacient va rebre tractament ambulatori als 16 i 19 anys, per presentar depressió i se li va receptar l'antidepressiu Escitalopram (10 mg-0-0) i Fluoxetina (20 mg-0-0), respectivament. En ambdós casos va decidir deixar el tractament a causa de la seva antipatia pels medicaments i els efectes secundaris digestius. Als 21 anys va tenir un episodi maníac que va requerir ingrés hospitalari (aquí rep el diagnòstic de Trastorn Bipolar I) i es va iniciar el tractament amb Olanzapina (0-0-15 mg) que se li recomana una vegada compensada de mantenir com a profilàctic a (0-0-10 mg). Fa quasi dos mesos que no es pren la medicació perquè la fa estar "*sense energia*" i ha augmentat de pes, que identifica com efectes secundaris intolerables del fàrmac. A més, explica que l'olanzapina li havia donat sequedat de boca, restrenyiment i marejos, tot plegat li era "*molt desagradable*". Ara mateix la pacient afirma que li agradaria perdre pes.

El seu seguiment psiquiàtric ha estat pràcticament nul atès que la pacient no acudeix a les visites mèdiques del CSMA (ho relaciona tot amb els efectes secundaris experimentats). Se li realitzen diferents estudis que revelen que és una dona sana, amb analítiques de laboratori normals, EEG i ECG normals i sense problemes mèdics. No té

parella estable però manté relacions sexuals sempre que surt i es dona la possibilitat i utilitza un DIU com a mètode anticonceptiu, que li sembla millor que els anticonceptius hormonals.

No és fumadora i no té cap altre consum de drogues conegut (va consumir cànnabis i alcohol els caps de setmana des dels 13 fins al 15). Als 16 anys va abandonar els estudis i, després d'un temps sense fer res, cap als 18 va començar a treballar de dependenta. Cap dels diversos comerços on va treballar (forn, tenda de roba,...) li va agradar perquè eren molt sacrificats i mal pagats; o bé després del període de prova no li renovaven el contracte o ho deixava ella. Des de fa un any està a l'atur i viu amb els seus pares, nega qualsevol símptoma psicòtic i mai no ha intentat suïcidar-se.

SITUACIÓ CLÍNICA ACTUAL:

En la visita amb la psicòloga la pacient descriu el seu estat d'ànim actual com a deprimida i obté una puntuació de 18 en la HDRS (17 ítems). Així mateix, refereix hipersòmia, dormint unes 10 hores al dia. Si bé la pacient no ha tingut intents autolítics previs, a la visita sí que refereix tenir pensaments de tipus suïcida, sense idees clares sobre com dur-ho a terme i explicant que són només pensaments d'aquesta última setmana.

La pacient sent que els seus pares li donen suport, però li han posat com a condició per continuar vivint a casa seva que ha de rebre tractament i aquesta situació no li agrada. En discutir els objectius de l'atenció que se li pot donar des del servei, el seu objectiu principal és tenir feina per poder independitzar-se dels pares. Després de molta resistència, s'acorda que el treballador social de l'equip li donarà suport i ajuda amb els seus objectius laborals i la pacient accepta rebre tractament tan psicofarmacològic com psicoterapèutic.

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. Quin tractament psicofarmacològic creieu que ha de rebre el pacient? Raoneu la resposta d'acord amb el diagnòstic, el seu historial i la simptomatologia actual.
2. Quins símptomes durant l'evolució clínica del pacient cal tenir especialment en compte durant el seguiment? Com es podrien abordar aquests símptomes psicofarmacològicament?

CAS PRÀCTIC Nº 8

MOTIU DE DERIVACIÓ: dona de 82 anys que el seu fill gran porta a consulta, sol·licitada amb caràcter urgent, per un “estat crític els darrers dies a l’hora d’anar a dormir”.

Anamnesi:

Situació socio-familiar: dos fills casats i independitzats, un amb una filla i l’altre amb dos fills. Va quedar vídua fa 12 anys i ha viscut sola fins poc després de ser-li diagnosticada la demència. Viu en el seu pis i té una cuidadora fixa entre setmana. Els caps de setmana i períodes de vacances se’n cuiden els fills de forma alterna (va a casa d’ells).

Nivell educacional: va cursar estudis elementals i després comerç, amb molt bones qualificacions. Es va casar molt jove i tota la vida ha estat mestressa de casa, però ha llegit molt i quan els fills varen ser grans es va apuntar amb amigues a activitats formatives (català, poesia,...) del centre social del barri i també va fer voluntariat a la Creu Roja.

Antecedents familiars i personals:

Familiars. Sense antecedents familiars destacables ni mèdics ni psiquiàtrics. El pare va morir a la guerra civil mentre que la mare va tenir una salut de ferro (va morir als 94 anys d’una aturada cardíaca), malgrat que va treballar molt dur per tirar endavant amb ella i el seu germà gran. El germà, de 86 anys, està jubilat i ara fa més activitats que abans com anar al casal d’avis, jugar a la petanca amb els amics dels barri, etc. No té cap patologia i només pren 1 gr. de paracetamol si algun dia nota el canvi de temps i té dolor al genolls o a l’esquena.

Personals. Pel que fa a malalties només destaca la hipertensió arterial diagnosticada des de fa uns 7 anys, la qual està perfectament controlada amb medicació

específica. Fins i tot, en visites mèdiques aquests darrers anys se li ha ajustat la dosi a la baixa. No ha consumit mai drogues ni s'ha automedicat. Tot el contrari, que sempre ha estat reticent a prendre medicaments perquè el seu pensament era que arreglen una cosa i n'espatllen tres. Fa tres anys se li va diagnosticar la malaltia d'Alzheimer i el gerontòleg li va indicar Rivastigmina (pegat de 9,5 mg/dia), que va acceptar molt bé perquè no era una píndola, i que tret dels primers dies de tractament que es va queixar de mareig, no li ha produït cap problema. Porta un parell d'anys que va tres matins a la setmana a un centre de dia públic del barri a fer activitats d'estimulació de la memòria. Fa un parell de mesos té molèsties digestives, ha perdut la gana perquè diu que el menjar li provoca nàusees i de tant en tant vomita, a vegades després d'hores d'haver menjat. Una darrera analítica alerta d'una possible alteració hepàtica i se l'ha derivat al servei de gastroenterologia on d'aquí a dues setmanes tindran la primera visita.

Situació clínica actual:

Fa uns cinc dies que cap al vespre s'agita molt i és impossible calmar-la i aconseguir que dormi. Veu persones estranyes a casa que es pensa que la volen agredir i sent sorolls estranys fora al replà. Fa dos dies que quan li passa no reconeix a la cuidadora, la insulta perquè marxi i vol empenyar-la. Durant els episodis, que duren fins entrada la matinada, crida "socors, que vinguin els mossos" i diu moltes paraulotes. Ella s'altera molt, caminant amunt i avall de la casa amb respiració feixuga i queda amarada de suor. El fill pateix per la situació i perquè agafi una pulmonia, ja que es passeja pel pis en camisó i descalça malgrat ser ple hivern. L'endemà es lleva més o menys a l'hora de sempre, però se li nota que no ha descansat. Costa més fer-li la higiene personal i pràcticament no esmorza. La darrera setmana, des que va començar el problema d'agitació, no ha anat al centre de dia.

Els darrers mesos també han notat que fa menys coses de forma autònoma (anar al lavabo, sortir a regar les plantes del balcó), inclòs parlar. Al centre de dia han observat que ha perdut interès per les activitats o per interactuar amb el grup. També se li nota una pèrdua d'expressivitat (especialment a la cara) quan veu als fill i nets, els quals

encara coneix tret d'alguna "equivocació". Cada vegada és més difícil tenir una conversa amb ella, sobre tot de les coses més recents, a les que contesta amb monosíl·labs (si/no) o "no me'n recordo." El fill, tot i coneixent el curs de la malaltia d'Alzheimer, pensa que la possible complicació hepàtica és la causant d'aquesta davallada que ha fet i del que li passa. Però acudeix a consulta perquè pensa que la situació de la mare és molt aguda i incapacitant i que no pot esperar la visita de l'especialista.

QÜESTIONS A RESOLDRE:

1. Quin tractament psicofarmacològic hauria de rebre la pacient? Raoneu la resposta d'acord amb la simptomatologia actual motiu de la consulta d'urgència.
2. Caldria alguna avaluació i possible maneig farmacològic posterior, una vegada estabilitzada la simptomatologia actual?