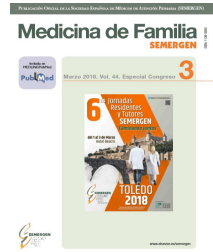




# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 333/200 - HA SIDO UNA DISCUSIÓN, NO ME PASA NADA, SOY MAYOR DE EDAD Y NO PUEDEN OBLIGARME

S. González Ballesteros<sup>1</sup>, E. Chaves Prieto<sup>2</sup>, J. Blázquez Alcázar<sup>3</sup>, C. Almenara Rescalvo<sup>4</sup>, B. Cordero García<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo. <sup>2</sup>Médico residente de 2º año de medicina familiar y comunitaria. centro de salud Buenavista. Toledo. <sup>3</sup>Médico residente de 2º año de medicina familiar y comunitaria. centro de salud Sillera. Toledo. <sup>4</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Mª Benquerencia. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Aviso desde el 112, mujer 31 años agresiva, acudimos a su domicilio junto con la guardia civil. La paciente ha roto un cristal y se muestra amenazante con su familia. Intentamos hablar con ella, pero está verborreica, agitada, desafiante y poco colaboradora. Le preguntamos por lo sucedido y dice ser ella la acosada y la que recibe amenazas. El discurso es coherente hasta que nos enseñan un informe de un ingreso en psiquiatría por episodio psicótico en el que se pauto tratamiento y se acordó seguimiento ambulatorio posterior que la paciente no ha realizado. Al señalárselo, la paciente empieza a mostrarse suspicaz, a expresar ideas de envenenamiento e ideas autolíticas mal definidas. Ante sospecha de nuevo episodio psicótico se decide derivar de manera involuntaria para valoración psiquiátrica e ingreso si procede.

**Exploración y pruebas complementarias:** En Psiquiatría sus familiares describen el inicio del cuadro hace 2 años con ideas de persecución y después de perjuicio hacia ellos y progresivo aislamiento social, que llevó al ingreso el año anterior con diagnóstico de psicosis tóxica vs paranoide (la paciente consume cannabis). Se realiza ingreso involuntario y analítica con test embarazo negativo. Drogas de abuso en orina Cannabis y BZD positivas, Hb 15.5 y Hematíes 5.1, resto sin hallazgos de interés.

**Juicio clínico:** Psicosis a filiar.

**Diagnóstico diferencial:** Psicosis secundaria a consumo de tóxicos. Esquizofrenia. Trastorno delirante crónico. Trastorno de personalidad paranoide. Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. Trastorno bipolar en fase maniaca.

**Comentario final:** La entrevista clínica y el saber identificar síntomas psicopatológicos, contextualizando al paciente en su entorno, nos ayudan en el diagnóstico y la difícil toma de decisión como en este caso. Siempre surgen dudas médicas, bioéticas e incluso legales, respecto a lo que es mejor para nuestros pacientes con enfermedades mentales.

### Bibliografía

Ibáñez M, Casado M. Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. Medicina de Familia. Semergen. 2018; 44 (2):77-84.

Hernández-Viadel M, Cañete C, Pérez J, Lera G, Gómez M. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2010;3(2):50-54.

Arias F. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. Trastornos Adictivos. 2011;13(3):113-118.

**Palabras clave:** Psicosis. Ingreso involuntario. Atención Primaria.