

SECCIÓN 5

CASOS CLINICOS

Introducción

Las prácticas con casos clínicos se pueden realizar de diferentes maneras, según el número de participantes y la disponibilidad de salas y materiales . Algunas posibilidades están enumeradas abajo:

- a.** Los participantes se dividirán en pequeños grupos (12 a 15 personas) , a cada una se le entregará una copia de la CIE-10 para uso clínico general (DCPD). Se elegirá un coordinador para cada grupo pequeño. Los casos escritos se estudiarán uno por uno. Los participantes harán uno o más diagnósticos para cada caso. El coordinador hará una lista de los problemas encontrados en cada grupo. Luego de regresar al salón de reunión general, se presentarán los casos y sus diagnósticos. Se discutirán los criterios utilizados y los problemas encontrados. **Después** de la discusión, se distribuirá un comentario escrito sobre el diagnóstico y la clasificación de cada caso(s).
- b.** Un mínimo de 5 casos escritos serán presentados sin diagnóstico. Se solicitará a los participantes que llenen formularios con las apreciaciones diagnósticas, luego serán discutidos los casos, y si fuera posible con la visualización de los criterios sobre transparencias. Los diagnósticos serán discutidos después de cada caso. Se distribuirá un comentario escrito sobre los diagnósticos **después** de la discusión de casos. Los formularios completados por los participantes durante los talleres diarios se analizarán luego; si el taller durara dos días, los resultados podrán mostrarse en la tarde del segundo día. Este procedimiento será de gran utilidad para la aplicación de la CIE-10, Criterios Diagnósticos para la Investigación.
- c.** Se podrán mostrar entrevistas en vivo o en video en lugar de casos escritos.

Índice de categorías de la CIE-10 y casos clínicos¹

Categorías de la CIE-10	Caso Nro.	Pag.
F00.10 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer de inicio Tardío, sin síntomas adicionales.	Caso 1	
F05.8 Otro Delirium	Caso 2	
F06.7 Trastorno cognoscitivo leve	Caso 3	
F10.40 Síndrome de abstinencia al alcohol sin convulsiones	Caso 4	
F10.2 Síndrome de dependencia al alcohol	Caso 4	
F15.2 Síndrome de dependencia a la metanfetamina	Caso 5	
F15.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío debido al consumo de metanfetamina	Caso 5	
F20.09 Esquizofrenia paranoide. Forma de evolución indeterminada, período de observación menor a un año	Caso 6	
F20.4 Depresión post-esquizofrénica	Caso 7	
F22.0 Trastorno de ideas delirantes persistentes	Caso 8	
F23.00 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, no secundario a situación estresante aguda	Caso 9	
F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto	Caso 10	
F30.1 Manía sin síntomas psicóticos	Caso 11	
F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos	Caso 12	
F32.0 Episodio depresivo leve	Caso 18	

1 Estos casos son modificaciones del Libro de Casos de la CIE-10 (Am Psychiatric Press Inc, Washington). Los cambios incluyen modificaciones en los títulos, nombres y países de origen.

F32.10	Episodio depresivo moderado, sin síndrome somático	Caso 16
F32.30	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo	Caso 16
F34.1	Distimia, de comienzo tardío	Caso 14
F40.01	Agorafobia, con trastorno de pánico	Caso 15
F40.1	Fobia social	Caso 16
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	Caso 17
F42.1	Trastorno obsesivo compulsivo con predominio de actos compulsivos	Caso 18
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático	Caso 19
F45.2	Trastorno hipocondríaco	Caso 20
F48.0	Neurastenia	Caso 21
F50.3	Bulimia nerviosa atípica	Caso 22
F52.2	Fracaso de la respuesta genital	Caso 17
F55.1	Abuso de sustancias que no producen dependencia (laxantes)	Caso 23
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad	Caso 6
F60.31	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo límite	Caso 24
F60.6	Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad	Caso 22
F60.7	Trastorno dependiente de la personalidad	Caso 25
F65.3	Escoptofilia (voyeurismo)	Caso 17
O99.3	Trastorno mental y enfermedad del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio	Caso 11
X76	Lesión intencionalmente autoinflingida por fuego y llamas	Caso 13

Caso 1

La paciente es un ama de casa de 70 años de edad con dos hijos adultos.

Motivo de consulta: La paciente siempre había sido siempre una persona muy ordenada, por lo tanto cuando comenzó a olvidarse cosas elementales, su esposo comenzó a preocuparse. La llevó al médico de familia quien la derivó al servicio de psiquiatría de un hospital general para su examen. Según su marido, los problemas de memoria se hicieron evidentes cuando la paciente se quejaba de que no podía recordar algunos nombres. Su esposo notó que a veces era incapaz de acordarse de cosas que habían sucedido el día anterior. Debido a que cada vez su problema progresaba más, tenía dificultad para calcular el dinero al ir de compras, y a menudo volvía sin las cosas que necesitaba. Siempre había estado orgullosa de su forma de cocinar pero ahora arruinaba la comida. Cada vez que cocinaba, le ponía demasiada sal o no la salaba. Se olvidaba también de apagar la cocina o dejaba la canilla abierta. Durante los doce meses anteriores a la consulta no había podido hacer las tareas del hogar sin ayuda de su marido. Consultó a su médico familiar varias veces y éste le recetó fármacos neurotróficos, sin resultados aparentes.

Antecedentes: La paciente vivía con su esposo, un maestro jubilado de 72 años. Ella también había sido maestra pero dejó de ejercer cuando nació su primer hijo y nunca más volvió a trabajar. Su esposo la describió como una persona serena, sociable y jovial. No había habido mayores problemas en el matrimonio o con los hijos, sin embargo, en los meses anteriores a la consulta, su esposa se había vuelto retraída, apática irritable y un poco recelosa.

El padre de la paciente falleció en una institución para enfermos mentales, en la cual había sido internado a los 75 años por “arterioesclerosis”.

Datos actuales: Al ser examinada la paciente se presenta algo desprolija. Lúcida, pero notoriamente ansiosa y suspicaz. Desorientada en tiempo y espacio. Recordaba los nombres de sus hijos pero no sus edades o fechas de nacimiento. Tampoco podía recordar la suya propia ni sabía el nombre del presidente de su país. Su lenguaje era bien articulado pero lento, y poco preciso. Tenía dificultad para encontrar las palabras para expresarse. No podía recordar tres objetos después de un intervalo de cinco minutos. No pudo copiar un cubo y fracasó completamente al copiar la figura del “Rey”. Realizaba cálculos con mucha dificultad y no podía contar hacia atrás. Entendía los refranes sólo en forma literal, y no podía detectar el error de lógica en la “historia del tren” (en esta historia, se le dice al paciente que casi todos los accidentes ocurren en el último vagón, por eso se decidió sacarlo). Era incapaz de advertir la naturaleza del problema.

No se detectaron anomalías en el examen físicos y neurológico. Su presión arterial de la era normal para su edad. Todos los análisis de laboratorio dieron negativos, pero una tomografía computada mostró una marcada atrofia cortical.

Case 1

Discusión:

La paciente presenta un deterioro de la memoria y otras habilidades intelectuales, suficiente para impedir sus actividades en la vida cotidiana. Esto se encuentra asociado con un cambio en su comportamiento social (apatía, suspicacia e irritabilidad). La disminución de la memoria y otras funciones intelectuales ha estado claramente presente durante seis meses; el inicio ha sido insidioso y comenzó después de los sesenta y cinco años, con un deterioro progresivo, y en ausencia de una causa específica. La conciencia se mantuvo lúcida. Estas observaciones nos permiten hacer un diagnóstico clínico seguro de demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (F00.1). De acuerdo con los Criterios Diagnóstico para la Investigación, la demencia de grado moderado, debido a que la paciente está impedida de actuar sin la ayuda de su esposo y requiere atención considerable. Dada la ausencia de delirios, alucinaciones o síntomas depresivos, se puede agregar la codificación 0, como quinto carácter.

F00.10 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío, sin síntomas adicionales

Caso 2

La paciente es una mujer de 75 años. Es viuda y vive sola. Ingresó a un servicio de traumatología después de quebrarse una pierna.

Motivo de Consulta: La paciente estaba tan confusa e inquieta que merodeaba por la sala de traumatología durante la noche, molestando a los otros pacientes. Se la derivó para una evaluación psiquiátrica debido a que presentaba obnubilación de conciencia y comportamiento hiperactivo. Dos días antes se había caído en el baño y fracturado el femur. Se la internó y se le practicó una operación de osteosíntesis. Después de la operación comenzó su confusión. Su conciencia se obnubiló y redujo su capacidad de atención y notación. No recordaba qué le había sucedido o por qué estaba internada. Durante el día mostraba una leve agitación sin objetivo. No podía leer ni mirar televisión y no siempre reconocía a los parientes que la visitaban. Sacaba al personal del hospital a empujones cuando querían lavarla o cuidarla. Se la vió conversando con personas imaginarias y mirar fijamente a un punto en el techo. Se mostraba irritable y solía tener explosiones de enojo. Entre estas crisis, la paciente se calmaba y podía dormir durante media hora, pero de noche parecía no poder hacerlo y su agitación aumentaba. Cuando los otros pacientes se dormían, vagaba por la sala y los despertaba. Iba a las habitaciones de otros pacientes y trataba de meterse en sus camas. Varias veces intentó salir del hospital en camión pero fue detenida y traída nuevamente a su habitación. Antes de la operación, la paciente se había comportado normalmente y sus hijos no habían notado deterioro en su memoria o en su concentración.

Antecedentes: La paciente había vivido sola durante 20 años después de la muerte de su esposo, quien había sido contador en una compañía de publicidad. Tenía dos hijas mayores de edad que vivían en el mismo distrito. Habitaba un departamento alquilado y había podido vivir sola sin ayuda hasta este episodio .

Siempre había sido una mujer callada e introvertida, pero aparte de eso, no había habido nunca nada inusual con respecto a su persona. Aparte de una diabetes no insulino dependiente durante los últimos cinco años , había estado bien desde el punto de vista somático. Nunca había estado internada antes de este incidente. No había recibido ninguna medicación regularmente y no tomaba alcohol.

Datos actuales: Durante el examen, la paciente se mostraba perpleja y no prestaba atención. Estaba totalmente desorientada y no cooperaba. Se encontraba sentada, musitando, y casi no percibía la presencia del examinador. No se la notaba deprimida ni ansiosa. Tampoco podía cooperar en ninguna prueba mental.

El examen físico, que incluyó la evaluación neurológica, no detectó anormalidades aunque fue incompleto por la falta de cooperación de la paciente. Las pruebas de laboratorio dieron una moderada desviación en los electrolitos del suero el primer día después de la operación, pero al momento de realizarle la evaluación psiquiátrica se habían normalizado. El hemograma y los parametros hepáticos eran normales. El electrocardiograma mostró un infarto menor antiguo y su presión arterial era normal en límites inferiores.

Caso 2

Discusión:

La paciente presenta un caso típico de delirium (F05). Debido al estado confusional constante, no fue posible determinar si mostraba signos aparentes de demencia incipiente, pero de acuerdo a los informes de sus parientes, no era factible sospechar eso. El estado confusional comenzó luego de una operación con anestesia de la cual se despertó en un medio extraño. Puede haber sucedido que hayan contribuido a su estado, la alteración de los electrolitos del suero. No hay evidencia de otra etiología orgánica o de uso de drogas o alcohol. No es raro observar confusión mental en gente de edad, luego de una operación mayor con anestesia. La causa del delirium puede ser una combinación de reacciones hormonales a la cirugía con anestesia general, a la eliminación de los anestésicos y a una alteración en el medio interno. Por consiguiente, el delirium de la paciente muy probablemente sea un caso de F05.8 otro delirium, que incluye los casos de origen mixto.

F05.8 Otro delirium

Caso 3

El paciente tiene 55 años y es juez en un pueblo de provincia.

Problema: El paciente fue a ver a su médico clínico porque sentía que no se había recuperado totalmente de una gripe severa 3 o 4 semanas antes. Había estado enfermo durante una semana con temperatura de alrededor de 40°C, con fuertes dolores de cabeza, náuseas y dolor en todo el cuerpo y cansancio. A la semana siguiente se recuperó y volvió al trabajo pero tenía dificultades de concentración al leer y al asistir a las sesiones de la corte. Luego no podía recordar lo que había leído o escuchado. Su pensamiento se hizo lento. Tenía dificultad para encontrar la palabra o frase correcta y no podía tomar ni siquiera decisiones menores. Después de unos días de trabajo tuvo que volver a pedir licencia. Una semana más tarde se sintió mejor y trató de regresar a trabajar, pero advirtió que su mejoría distaba mucho de ser suficiente. Aún no podía recordar algunas cosas y tenía dificultad para expresarse y tomar decisiones. Se dio cuenta de que no se había recuperado totalmente. Luego de otra semana estaba en el mismo estado por lo que fue a su médico clínico pues temía tener algún problema mental.

Antecedentes: El paciente era el segundo de dos hijos. Su padre era carpintero y la familia vivía en un pueblo de provincia. Su hermana, que era dos años mayor, murió a los 33 años al chocar su automóvil contra un árbol. Su esposo la había abandonado, y se sospechó de un suicidio. Su padre murió a los 75 años y su madre a la edad de 82. No hay información acerca de alguna enfermedad mental en la familia. Al terminar la escuela secundaria, el paciente estudió abogacía en la universidad después de lo cual siguió su carrera en el poder judicial y fue juez a la edad de 43. A los 28 años se casó con una enfermera dos años menor que él y tuvieron tres hijos. Los hijos ya son mayores y estudian en la universidad.

El paciente siempre fue tranquilo y reticente con un carácter equilibrado. Nunca tuvo cambios de humor ni episodios de cansancio inexplicable. Siempre fue una persona responsable y trabajadora; a veces se sentía tenso y cansado, pero por lo general se recuperaba después de unos días de descanso durante los fines de semana o de las vacaciones. Nunca había tenido problemas semejantes al actual. A los 20 años fue operado de apendicitis pero aparte de eso su salud ha sido buena. A los 50 se le hizo un estudio general que no mostró anomalías salvo el hecho de estar algo excedido en peso.

Datos actuales: el paciente se notaba un poco preocupado y tenso. Se lo veía algo pálido y canoso, pero no se lo observaba ni cansado ni deprimido y negó pérdida de interés o disminución de su capacidad de experimentar placer o alegría. Estaba globalmente orientado y no se observó ningún impedimento en su entendimiento o atención. Sin embargo, el examen de concentración y memoria reveló algunas dificultades. Al contar hacia atrás desde 100 se cansaba y cometía algunos errores; logró deletrear palabras de cinco letras hacia atrás después de dos intentos. Su memoria inmediata se limitaba a cinco dígitos y se olvidaba uno de tres objetos al cabo de tres minutos. Su capacidad de lectura, escritura, cálculos simples y abstracciones no mostraban ningún impedimento grave pero se lo notó tenso y dubitativo durante todo el examen. No se sospechó de ninguna alteración sensorio-perceptiva o trastorno delirante, y su estado de ánimo parecía ser neutro. Dijo ser abstemio y nunca haber tomado medicamentos o drogas.

Los exámenes médicos incluyendo el neurológico no revelaron anomalías. Se lo derivó para un EEG, que resultó normal. Los exámenes de laboratorio, incluyendo el de sangre, función tiroidea, B12 y WR, también fueron normales.

Se le prescribieron cuatro semanas de reposo, actividad física media pero ningún tipo de medicación. Después de un mes se sentía mucho mejor. Las dificultades en concentración y memoria habían desaparecido y podía leer libros y diarios durante horas, aunque aún persistía su dificultad para recordar detalles. Se le recomendaron otras dos semanas de descanso. Comenzó a trabajar nuevamente pero sólo medio día. Al cabo de otras dos semanas retomó su trabajo completo, y por último se recuperó totalmente y pudo trabajar como lo hacía con anterioridad.

Caso 3

Discusión

Este paciente presentó dificultades leves en la memoria, aprendizaje, concentración y pensamiento duraderos, por más de algunas semanas. Este estado fue precedido de una gripe severa que presumiblemente hubo causado una disfunción cerebral transitoria, la cual podría explicar los síntomas cognitivos. La leve deficiencia fue confirmada por una ligera disminución en su rendimiento en las pruebas de estado mental. La disminución era demasiado leve como para satisfacer los criterios de demencia. No había tampoco evidencia de un síndrome amnésico o de un estado de delirium. La sospecha de un síndrome post-encefalítico no era fundada porque el EEG era normal. No se sospechó de otro trastorno mental y no había antecedentes de consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas. El paciente, por tanto reúne los criterios para trastorno cognoscitivo leve.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

Caso 4

Se trata de un obrero de fábrica de 35 años. Es casado y tiene tres hijos de 7, 9 y 11 años.

Problema: Al caerse de una escalera y romperse una pierna, el paciente fue internado en la sala de traumatología de un hospital general. Al tercer día se lo notó nervioso y comenzó a temblar. Se lo interrogó acerca de sus hábitos pero negó tener algún problema de bebida de alcohol en exceso. Dijo a los médicos que sólo ocasionalmente tomaba un vaso de cerveza. A la noche no podía dormir y las enfermeras se preocupaban porque hablaba con incoherencia y estaba muy ansioso.

Antecedentes: Según lo manifestado por su esposa, el paciente hacía más de tres años que tomaba grandes cantidades de cerveza. El año anterior, había faltado al trabajo varias veces y lo habían amenazado con despedirlo. Todos los días, comenzaba a beber cuando volvía del trabajo a la tarde y no dejaba hasta no quedar dormido. La tarde en que se lo internó volvió a su casa como de costumbre pero se cayó en la escalera y se quebró la pierna antes de comenzar a beber. Por lo tanto no había tomado nada antes de ser internado. Su esposa estaba avergonzada del problema de alcoholismo de su marido, por lo que no dijo nada cuando su esposo fue internado. Tres días más tarde cuando se lo preguntaron directamente, les contó toda la historia.

La señora dijo que su esposo había comido muy poco en las últimas semanas. Había notado que en varias ocasiones no podía recordar ni siquiera eventos importantes que habían sucedido el día anterior.

Había tenido un accidente de autos dos años antes, estando alcoholizado, pero no sufrió lesiones graves. El paciente no había tenido problemas de salud graves en el pasado. La relación con su esposa, sin embargo, se había vuelto extremadamente difícil desde que comenzó a beber por lo que ella pensaba seriamente en divorciarse. Su relación con los hijos era tensa. Solía discutir con ellos, pero en la actualidad éstos trataban de evitar a su padre lo más posible.

Según la esposa, el padre de su esposo había sido un alcohólico crónico y murió de cirrosis cuando éste tenía 24 años.

Datos actuales: Al examinarlo, su discurso era desordenado e incoherente. Pensaba que aún estaba en la fábrica y que tenía que terminar un trabajo. A veces reconocía algunos médicos y enfermeras que lo habían atendido los días anteriores, pero otras veces creía que eran compañeros de la fábrica. En varias ocasiones sacaba insectos que veía en su sábana. Estaba desorientado con relación al tiempo y se asustaba del menor ruido que proviniera de afuera de su habitación. Transpiraba abundantemente y no podía sostener un vaso sin volcar casi todo su contenido. Constantemente trataba de salir de la cama y no se daba cuenta de que su pierna derecha estaba enyesada.

Caso 4

Discusión:

El paciente tiene una larga historia de dependencia al alcohol y sufrió síntomas severos de abstinencia cuando no pudo obtenerlo. Tenía síntomas característicos de delirium: obnubilación de la conciencia, perturbación global de la cognición, agitación psicomotora, perturbación del ciclo sueño-vigilia (insomnio), aparición rápida y fluctuante de los síntomas.

La presencia de un estado de abstinencia, asociado con delirium, poco tiempo después de dejar de tomar alcohol indica síndrome de abstinencia con delirium. Como el paciente no tenía convulsiones, el diagnóstico según la CIE-10 es F10.40.

El problema de alcoholismo del paciente ha durado por lo menos tres años y la información dada por la esposa sirve como evidencia para un diagnóstico adicional de dependencia al alcohol. (F10.2).

Los problemas de memoria observados por su esposa hacen suponer que además el paciente sufra síndrome amnésico debido al consumo de alcohol. La descripción, sin embargo, no aporta información suficiente para asegurar un diagnóstico adicional de síndrome amnésico causado por el alcohol (F10.6). Este aspecto debe ser examinado después de que desaparezca el delirio y los otros síntomas de abstinencia, ya que la falta de memoria es también una característica prominente en el delirium.

F10.40 Síndrome de abstinencia debido al consumo de alcohol, con delirium, sin convulsiones

y como diagnóstico provisorio subsidiario

F10.2 Síndrome de dependencia debido al consumo de alcohol.

Caso 5

El paciente es un camionero casado de treinta años.

Motivo de consulta: El paciente ingresó a una clínica psiquiátrica porque sentía que un grupo mafioso lo perseguía y quería matarlo. No podía explicar por qué lo habrían de matar, pero había estado escuchando voces de gente que él sospechaba eran narcotraficantes y que discutían la manera de atraparlo y matarlo. Anteriormente había tenido encuentros con traficantes porque durante años había consumido metanfetamina. A los 25 años uno de sus compañeros lo convenció que probara esta droga. Después de una inyección intravenosa de 20 mg. comenzó a sentirse bien, tuvo la sensación de sentirse todopoderoso y su sueño y cansancio desaparecieron. Después de usar metanfetamina unas cuantas veces, se dio cuenta de que no podía dejar de consumirla. Constantemente pensaba cómo conseguirla y comenzó a aumentar las dosis. Cuando no podía conseguir metanfetamina se sentía letárgico y somnoliento, y se volvía irritable y disfórico. Su esposa se dio cuenta de que consumía drogas y trató de persuadirlo para que las dejara porque la convivencia se hacía difícil y él se convertía en un estorbo para ella y sus hijos. Dos meses antes de la internación había perdido el trabajo por haberse comportado agresivamente con sus compañeros, alegando que ellos habían interferido con su trabajo y tratado de perjudicarlo. Al no tener los medios, tuvo que reducir el consumo diario inyectable de metanfetamina, sólo a algunas ocasiones y por fin la dejó totalmente después de que su esposa lo amenazó con irse con sus hijos y divorciarse. Luego de dejar la droga comenzó a sentirse muy cansado, lúgubre, y a menudo se sentaba en una silla sin hacer nada. Unas semanas más tarde le dijo a su esposa que no se animaba a salir de la casa porque había oído a traficantes hablar de él en la calle, les oía decir cómo se desharían de una persona tan inservible. Al mismo tiempo se lo veía tenso y aprehensivo. Quería que cerraran todas las puertas y ventanas, y se negaba a comer porque tenía miedo de que su comida estuviera envenenada. Su esposa lo llevó a un médico clínico quien lo derivó a un hospital psiquiátrico.

Antecedentes: El paciente es el menor de dos hermanos varones. Su padre era almacenero. En la escuela fue buen alumno, y al terminar la secundaria tuvo varios empleos como obrero no calificado. A los 21 años se casó con una mujer de su edad que trabajaba como mesera en un restaurante. Se mudaron a otra ciudad donde consiguió trabajo como camionero. Tuvieron tres hijos y vivían en un departamento pequeño. Su nivel de vida era bastante pobre. La salud somática del paciente había sido buena con anterioridad pero los últimos años se había quejado de debilidad muscular y dificultad para caminar. Estos problemas comenzaron después de comenzar a consumir metanfetamina inyectable, pero no quiso consultar al médico.

Datos actuales: Al ser examinado, el paciente se veía reticente y retraído y sólo daba respuestas cortas a las preguntas. Parecía tener un estado de ánimo neutro, pero admitió que se sentía perseguido por una banda de traficantes de drogas y que a veces los oía hablar de él, a quien se referían en tercera persona. Estaba lúcido, globalmente orientado y no mostraba impedimento en sus funciones cognitivas.

El examen físico, incluyendo el neurológico, no reveló anormalidades más allá de las marcas de agujas en su brazo izquierdo como resultado de las inyecciones de metanfetamina. El EEG era normal.

Se lo trató con 6 mg de haloperidol por día. Después de dos semanas los síntomas desaparecieron y fue dado de alta. No regresó para su tratamiento de control.

Caso 5

Discusión: Este paciente presenta síntomas de tipo esquizofrénicos, los que se desarrollaron unas semanas después de interrumpir un largo y constante consumo abusivo de metanfetamina. El advenimiento de perturbaciones psicóticas parece relacionado con el abuso de la sustancia y no aparenta ser causado por otro trastorno mental. Por lo tanto coincide con los criterios de un trastorno psicótico de comienzo tardío debido al consumo de metanfetamina (F15.75).

El paciente también parece responder al criterio del síndrome de dependencia a la metanfetamina con falta de capacidad para controlarse, y síntomas de abstinencia durante un período mayor de un mes.

F15.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío, debido al consumo de metanfetamina
con diagnóstico subsidiario de

F15.2 Síndrome de dependencia por consumo de metanfetamina.

Caso 6

Se trata de un joven soltero de 25 años.

Motivo de consulta: El paciente fue persuadido por su hermano para que busque ayuda en un hospital psiquiátrico porque tenía reacciones violentas y pensamientos suicidas. Cinco semanas antes había atacado a su madre sin advertencia y pegándole salvajemente, hasta que su hermano fue en su ayuda. Durante las semanas siguientes tuvo una cantidad de explosiones agresivas y varias veces amenazó con quitarse la vida. Explicó el ataque a su madre diciendo que ella había tratado de perjudicarlo y que había recibido instrucciones de una fuerza extraterrestre para pegarle. Después del ataque se encerró en sí mismo, absorbido por sus propios pensamientos, y a menudo hablaba solo aún cuando otras personas estuvieran alrededor. A veces su familia tenía la impresión que escuchaba voces que otras personas no podían oír. Le dijo a su hermano mayor que tenía miedo de atacar a alguien, o de matarse; temía perder control de sus propios actos.

Antecedentes: El paciente creció en la zona rural del país. Era el segundo de 10 hijos. Su padre tenía tierras pero era adicto al opio y trabajaba muy poco. La madre trabajaba la granja, sembrando cereales y criando algunos animales con la ayuda de sus hijos más chicos. El paciente dejó la escuela en el noveno grado para seguir estudiando música. Se fue de su casa y pasó los últimos años de su adolescencia en la casa de un músico, un viejo amigo de su padre quien le enseñó a tocar la guitarra. Aprendió a tocar bastante bien y se convirtió en un apasionado por la música. Tocó la guitarra en varios conciertos pero nunca pudo conseguir un trabajo fijo o ganar suficiente dinero como para mantenerse. Su hermano mayor, un maestro, lo ayudaba financieramente. Eventualmente a los 23 años el paciente se mudó con él. Se llevaban razonablemente bien siempre y cuando su hermano no interfiriera con su voluntad de estar solo.

Antes de enfermarse había sido bastante ambicioso con respecto a su actividad, quería convertirse en un gran músico. Solía sentarse durante horas solo en su habitación, para tocar la guitarra. Sin embargo, no le gustaba tocar en presencia de otros y se mostraba indiferente a las alabanzas o críticas. Su interés por la música era abrumador y tenía poco contacto social. No se lo veía interesado en tener novia ni tenía amigos íntimos de su mismo sexo.

Datos actuales: El paciente era un joven bien parecido y estaba vestido apropiadamente. Al ser examinado estaba tenso, hablaba rápido y en forma excitada. Tenía tendencia a agitar la mano sin razón aparente. Su conversación estaba interrumpida por interpolaciones, y de vez en cuando se volvía incoherente e incomprensible. Se sonreía superficial e inapropiadamente. En la expresión de sus afectos era cerrado y se enojaba al hablar de su madre. Decía que ella lo hubiera querido muerto. Expresaba temor porque un poder extraterrestre llevaría su mente a otro planeta. Explicaba que este poder controlaba sus pensamientos y le daba órdenes para lastimar a otras personas. Aparentemente el poder extraterrestre hablaba sobre la situación de Ibrahim. Le decía que su madre lo quería ver muerto y le había dado instrucciones para matarla. Los últimos días antes de la internación, Ibrahim consideró la idea de matarse para impedir que el poder extraño tomara total control de él.

Caso 6

Discusión:

El paciente muestra un conjunto de síntomas característicos, que corresponden al diagnóstico de esquizofrenia, con duración de la enfermedad superior a un mes. Los síntomas incluyen inserción de pensamientos, alucinaciones auditivas con voces que discuten y dan órdenes, delirios de persecución, delirio de control de pensamientos y de estar en comunicación con fuerzas extraterrestres, y comportamiento catatónico en forma de excitación y conductas violentas. Como las alucinaciones y los delirios son prominentes, el diagnóstico es esquizofrenia paranoide con un carácter agitado (9) debido al curso incierto, por ser el período de observación demasiado corto.

La personalidad del paciente muestra un modelo esquizoide: pocas actividades le dan placer, se muestra indiferente tanto a los halagos como a las críticas, tiene poco interés por las experiencias sexuales, constantemente elige actividades solitarias y no tiene amigos cercanos. Estas características apuntan a un diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad, pero los criterios generales para una perturbación de la personalidad también deben cumplirse: un patrón constante de comportamiento desadaptativo, presente desde la adolescencia, notable a lo largo de una serie de situaciones sociales y personales, y que causan malestar personal o deterioro significativo en el rendimiento social y que no pueden ser explicados como manifestación o consecuencia de otro trastorno mental. Parece haber evidencia suficiente para suponer que estos criterios están presentes también en este caso.

F20.09 Esquizofrenia paranoide, forma de evolución indeterminada, período de observación menor de un año

con un diagnóstico subsidiario provisional de

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad .

Caso 7

El paciente es un hombre de 24 años que vive solo, con un subsidio social. Hasta hace un año trabajó como empleado en un banco importante.

Motivo de consulta: fue reinternado en un hospital psiquiátrico porque en los últimos dos meses se había deprimido. Se encerraba en su departamento y cuando su padre fue a visitarlo encontró una soga sobre la mesa, y el paciente admitió que planeaba ahorcarse. Su padre lo llevó inmediatamente al hospital psiquiátrico y lo ingresó nuevamente.

Cinco meses antes había estado internado en el mismo hospital por un episodio psicótico. Durante el año anterior se había vuelto progresivamente introvertido y se recluía. Dijo que tenía la sensación de que sus compañeros de trabajo lo vigilaban y hablaban de él a sus espaldas. Tenía dificultad para concentrarse y a menudo se retiraba por mucho tiempo al baño. En la calle la gente lo miraba de manera poco usual y tenía la impresión de que lo creían homosexual. Sentía que su teléfono estaba intervenido. Cuando estaba en su departamento escuchaba a sus vecinos de ambos lados hablar acerca de lo que él hacía y pensaban “ahora está yendo nuevamente al baño -seguro que es homosexual- trataremos de deshacernos de él”. Eventualmente dejó de ir al trabajo y fue despedido. Después de ello se recluyó en su departamento y sólo salía de noche. Tenía la sensación de que sus vecinos trataban de molestarlo, enviando corrientes eléctricas que afectaban sus genitales, por lo que finalmente se mudó a un hotel. Aún allí oía las voces de los vecinos y sentía la influencia de la electricidad que mandaban; finalmente fue a la policía. Llamaron a su padre quien manifestó haber estado preocupado por su hijo desde hacía tiempo. Dijo que éste se había vuelto tan poco comunicativo que se negaba a contestar el teléfono.

Su padre lo llevó al hospital y fue internado de urgencia. En el hospital se lo trató con haloperidol (6 mg./día) y después de un mes mejoró como para ser dado alta. Continuó en tratamiento ambulatorio con haloperidol (3 mg/día) y pudo continuar viviendo solo en su departamento con un subsidio social. Aún oía voces que hablaban de él casi a diario pero ahora se daba cuenta de que eran parte de su enfermedad y no le daba demasiada importancia. Nada lo entusiasmaba y pasaba gran parte del tiempo sin hacer nada, mirando por la ventana, o fumando. Concurría regularmente a sus citas de seguimiento y tomaba sus medicamentos según prescripción médica. Según su ficha de evaluación aparecía apático e hipoafectivo, pero aparte de eso, se lo veía en estado de remisión. Para tratar efectos colaterales, recibía biperideno (4mg /día).

Antecedentes: El paciente nació y creció en una ciudad donde su padre era contador en una compañía importante. Era el tercero de tres hermanos. Después de terminar la escuela secundaria optó por la carrera comercial y comenzó a trabajar en un banco. No era ambicioso y se contentaba con ser empleado. Había sido buen alumno en la escuela y tenía muchos amigos con los que se mantuvo en contacto los primeros años después de finalizarla. Mas adelante se apartó de sus amigos y cada vez se encerró más en sí mismo. Al terminar la escuela salió con una chica, pero luego perdió interés, y ella lo dejó por otro. Después de ello no tuvo más interés en conocer otras mujeres. En el banco era un empleado responsable aunque tenía una peculiar falta de ambición e interés. Trabajaba mecánicamente y a veces los clientes se quejaban de que no entendía lo que le pedían. Su padre había notado el cambio y su familia había tratado de sacarlo de su aislamiento. Debido a que respondió agresivamente lo dejaron solo aunque se mantuvieron en contacto por teléfono. Los últimos años el paciente había vivido solo en un departamento alquilado, ya que parecía capaz de manejarse bien de esta manera.

No había información alguna de enfermedad mental en su familia. Su salud siempre había sido buena y nunca había sido internado.

Datos Actuales: Al ser internado por segunda vez, se lo notó moderadamente deprimido. Contestaba en forma dubitativa y con frases cortadas, y admitió que hacía tiempo que pensaba en suicidarse pues creía que su situación no tenía esperanza. Admitió que desde hace tiempo no se interesaba por nada, no sentía placer por ninguna actividad y no se tenía confianza. Recientemente su sueño se había visto alterado, y se despertaba muy temprano. No tenía mucho apetito y había perdido algo de peso. Aún oía las voces que lo aludían pero no tan frecuentemente, y aseguró que ya no les prestaba tanta atención. Se dio cuenta de que tenía una enfermedad mental pero no pensaba en ella y no la usaba como excusa para sentirse desamparado.

El examen físico, incluyendo el neurológico no revelaron anormalidades. En su internación previa le habían realizado pruebas EEG y ET, las que resultaron normales y no se consideró necesario repetirlas en la segunda internación. Las pruebas de laboratorio de rutina fueron normales.

Caso 7

Discusión:

Al ser reinternado el paciente presentaba un trastorno depresivo que reunía los criterios para un episodio depresivo moderado: con humor depresivo, pérdida de interés y placer, baja confianza en sí mismo, pensamientos suicidas recurrentes, dificultad para pensar (probablemente debido a discreta inhibición psicomotriz), perturbación del sueño y pérdida de peso por disminución del apetito. El episodio depresivo apareció cinco meses después de haber sido internado por primera vez con signos de trastorno esquizofrénico, manifestado por voces que comentaban sus actos, experiencias somáticas pasivas, delirio de perjuicio y retraimiento social, los que se desarrollaron insidiosamente mas allá de los últimos seis meses. No había evidencia de trastorno cerebral orgánico o de abuso de sustancias psicoactivas. En su primera internación sus síntomas coincidían con los de una esquizofrenia paranoide (F20.0). Al ser tratado con haloperidol obtuvo una remisión parcial, aunque aún sentía la presencia de voces y tenía síntomas negativos como falta de iniciativa, embotamiento afectivo y retraimiento social. Al aparecer un episodio depresivo moderadamente severo dentro de los doce meses posteriores al diagnóstico de esquizofrenia, el episodio actual responde a los criterios diagnósticos para depresión post-esquizofrénica (F20.4). Es de notar que el paciente demostró tener cierta conciencia de enfermedad, respecto de su esquizofrenia, pero no consideraba que tuviera relación con su actual depresión. Nosotros, en cambio, sí la vemos como una manifestación esquizofrénica.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica

Caso 8

La paciente es una mujer divorciada de 52 años. Tiene una hija y es maestra en una escuela primaria; nivel socioeconómico medio.

Motivo de consulta: Se quejaba de cansancio extremo al tener que permanecer despierta toda la noche para impedir que alguien entrara a su casa a robar. Cuando tenía 35 años, comenzó a lamentarse de ser el blanco de una discriminación proveniente de las autoridades de la escuela. Decía que las maestras mayores intentaban perjudicarla debido a su diferente religión. Sentía que la espían y que trataban de sacarla de su puesto de maestra. Algunos años después comenzó a quejarse de que sus vecinos querían tener relaciones sexuales con ella. Los acusó de perseguirla y de tenderle trampas para violarla. Hizo instalar trabas de seguridad en las puertas y ventanas y nunca salía después del anochecer. Gradualmente se volvió ansiosa e irascible, y varias veces dio parte a la policía. Casi nunca se animaba a dormir de noche, por lo que se cansaba cada vez más.

Antecedentes: La paciente era la segunda de seis hijos. Tenía cinco hermanos. Su infancia había transcurrido sin mayores problemas. Se había casado pasados los veinte años y se divorció a los 34, aunque las razones del divorcio son poco claras. Tenía una hija que vivía con el padre. La paciente había enseñado en la misma escuela durante más de 20 años. Solía hablar de Dios o expresar conceptos religiosos pero raramente concurría a un templo.

Siempre tuvo menstruaciones largas y dolorosas, hasta que hace poco tiempo cesaron completamente. Al nacer su hija tuvo un episodio de depresión leve manifestada por ingesta excesiva de alimentos y problemas para dormir. Cuando se estaba divorciando se la notó nerviosa y preocupada. A pesar de lo cual había logrado permanecer calma y trabajar como de costumbre.

Era una persona pusilánime, indecisa y cautelosa. Sus colegas la caracterizaban como meticulosa y bastante estricta como maestra.

Uno de sus hermanos tenía una condición mental extraña. Abandonó su trabajo y su familia para vivir en un taller que él mismo construyó. Aseguraba que dedicaría su vida al estudio de la física y que inventaría una máquina capaz de funcionar sin combustible.

Datos actuales: Durante la consulta la paciente parecía bastante normal. Su conversación era coherente y acertada. Acusó a una cantidad de personas de querer hacerle daño y de que buscaban la oportunidad de forzarla para que tenga relaciones sexuales con ellos. Negó tener alucinaciones. Le desagradaba tener que hablar de estos problemas y parecía estar cansada por sus preocupaciones persistentes. Estaba absolutamente convencida de que sus inquietudes eran reales. Aunque en realidad nunca le había pasado nada, estaba segura de que tenía razón suficiente para creer que podría pasarle. El examen físico sólo determinó obesidad leve.

Caso 8

Discusión:

La paciente tiene una larga historia de ideas delirantes de persecución persistentes, aunque no de carácter bizarro. No tenía alucinaciones o síntomas de esquizofrenia . No se observó síndrome depresivo concomitante. No se sospechó de etiología orgánica o consumo de ninguna sustancia psicoactiva. El diagnóstico es, por lo tanto, trastorno de ideas delirantes persistentes, de tipo persecutorio.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes persistentes

Caso 9

La paciente es una mujer casada de 25 años.

Motivo de consulta: Fue traída en ambulancia a la sala de emergencias del hospital del lugar donde vivía. Su esposo informó que había sido perfectamente normal hasta la tarde anterior cuando volvió del trabajo diciendo que “estaban sucediendo cosas raras en su oficina”. Había notado que sus compañeros hablaban de ella, que habían cambiado de pronto, y que se comportaban como si estuvieran actuando. Estaba convencida de que estaba bajo vigilancia y de que alguien escuchaba sus conversaciones telefónicas. Todo el día se había sentido como en un sueño. Al mirarse al espejo no se había reconocido a sí misma. Se había puesto más y más ansiosa, incoherente y agitada durante el día y no había podido dormir nada durante la noche. Había pasado casi toda la noche mirando por la ventana. Varias veces había señalado los cuervos en un árbol cercano y le dijo a su marido: “los pájaros vienen”.

A la mañana su esposo la encontró de rodillas como si estuviera rezando. Se golpeaba la cabeza repetidamente contra el piso y hablaba en forma incoherente diciendo que le habían encomendado una misión especial, que su jefe era un criminal, que había espías en todos lados y que algo terrible pasaría pronto. De pronto se calmó, le sonrió y le dijo que había resuelto convertirse del Catolicismo al Islamismo. En ese momento se puso exaltada, comenzó a reírse y a gritar, y declaró que ella y su esposo podrían rezar al mismo dios desde allí en adelante. Poco tiempo después estaba aterrorizada de nuevo y acusó a su marido de querer envenenarla.

Antecedentes: La paciente fue criada en un pueblo en donde sus padres tenían un pequeño restaurante. Fue buena alumna en la escuela, fue a la secundaria y a la universidad, y estudió para intérprete.

Durante la carrera conoció a su marido, que había venido de otro país para estudiar también idiomas. Como ambos eran agnósticos, el hecho de provenir de diferentes religiones nunca había sido un problema. Se empleó en una compañía relacionada con la Comunidad Europea y su esposo encontró trabajo en una compañía internacional dedicada a las traducciones. Les iba bien, habían comprado una linda casa en las afueras de su pueblo natal y planeaban tener un hijo en el futuro.

Los padres de la paciente tenían buena salud. Ella tenía un hermano y dos hermanas. A los 18 años, su hermana menor tuvo un ataque nervioso y los años siguientes estuvo internada repetidamente en un hospital psiquiátrico, con diagnóstico de esquizofrenia.

Tanto la paciente como su esposo eran abstemios y estaban en contra de toda clase de drogas, incluyendo medicación prescrita por profesionales.

Su esposo la describió como extrovertida, sociable y perfectamente normal. Estaba, sin embargo, bastante preocupado por lo que estaba pasando, más aún porque tenía síntomas parecidos a los observados en su cuñada.

Caso 9

Datos actuales: Al internarse, la paciente estaba asustada, perpleja pero orientada con respecto a tiempo, lugar y personas. Se la veía inquieta y cambiaba de posición constantemente, se paraba y se sentaba, se movía por la habitación gritando, llorando y riendo. Hablaba en forma desordenada, cambiando de un tema a otro sin ninguna hilación. Algo ilegal estaba sucediendo en su oficina, dijo haber descubierto un complot secreto. Había micrófonos escondidos en todos lados y agregó: “los pájaros vienen”. Se preguntaba si el médico era un médico real o un “espía disfrazado”. Continuó hablando de “mi misión”, declaró que Jesús era un falso profeta, que Mahoma era el verdadero y que ella convencería al mundo de qué era lo bueno, y qué lo malo. Luego explicó que la verdad había que encontrarla los números. El dígito 3 representa el bien y el 8 el mal. De pronto comenzó a llorar, explicando que sus padres habían muerto y que deseaba encontrarlos en el cielo.

Durante los primeros días de su internación, la paciente presentaba una sintomatología cambiante. Su estado de ánimo variaba de la tristeza a la exaltación y el contenido de su ideación delirante cambiaba de la persecución al misticismo. En varias ocasiones salió de su habitación y se quejó de haber sentido gente que hablaba de ella, aún cuando no había nadie cerca. Cuando se le pidió que describiera lo que oía, habló de voces que venían del pasillo. Negó firmemente que las voces podían provenir de ella misma.

El examen físico no reveló ninguna anormalidad. Las pruebas de sangre, incluyendo las de función tiroidea, estaban dentro de los límites normales, así como todos los otros estudios, como el EEG y el mapeo cerebral.

Evolución: Se trató al paciente con 30 mg de haloperidol durante la primera semana, y con la mitad de la dosis la semana siguiente. Después de quince días, todos sus síntomas habían desaparecido y se le dio el alta continuando con la medicación. Se la citó una vez por semana en el departamento de pacientes externos durante un mes, reduciéndole la dosis progresivamente y luego se la suspendió por completo. Dos meses después del episodio delirante, la paciente continuaba libre de síntomas.

Caso 9

Discusión:

La característica más significativa de la perturbación de esta paciente fue un delirio agudo polimorfo, cambios de estado de ánimo repentino, perplejidad, despersonalización sin obnubilación de la conciencia, y ocasionales alucinaciones auditivas. El trastorno alcanzó su pico máximo en 24 horas y fue resuelto en pocas semanas, con recuperación completa en seis semanas. La paciente no tenía antecedentes psiquiátricos.

El psiquiatra que trató el caso hizo un diagnóstico de “bouffée délirante”. Este concepto es del psiquiatra francés Magnan, cuyo alumno Legrain propuso los siguientes criterios diagnósticos: un comienzo agudo, sobrevenido “como un rayo en el cielo azul”, en ausencia de un estresante psicosocial; presencia de ideas delirantes no sistematizadas, rápidamente cambiantes y “polimorfas”; presencia de torbellinos emocionales con intensos y cambiantes sentimientos de ansiedad, alegría, o tristeza; presencia de perplejidad, despersonalización sin obnubilación de la conciencia; y resolución de la perturbación con restablecimiento completo dentro de los dos meses.

En la CIE-10, el sub-tipo de perturbación psicótica aguda y transitoria, se basa en el comienzo brusco del episodio, la presencia de síndromes típicos y la presencia de estresantes asociados. En el caso de esta paciente, el comienzo fue súbito (es decir, los síntomas aparecieron en menos de 48 horas), el síndrome era polimorfo, no había síntomas típicos de esquizofrenia, y el inicio del episodio no estaba asociado con estrés agudo. Por lo tanto, la perturbación debe ser codificada como Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia y sin estrés agudo asociado (F23.00). El comienzo del trastorno puede ser considerado como abrupto.

F23.00 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, no secundario a situación estresante aguda.

Caso 10

El paciente es un vendedor de 36 años. Es casado y tiene dos hijos.

Motivo de consulta: Fue internado en una clínica psiquiátrica después de tener una crisis nerviosa, con excitación psicomotriz, confusión mental y pensamientos suicidas. Cuatro semanas antes había asistido a un curso de siete días sobre desarrollo personal, organizado por su empresa. Durante el curso mostró una excitación creciente y hablaba mucho. Conversaba con gente día y noche y bebía excesivamente. También tuvo una relación sexual con una mujer participante del curso. Al regresar a su casa tuvo una crisis, estaba excitado e inquieto con estados de ánimo cambiantes. A veces se sentía extremadamente feliz sin causa aparente, tenía planes extravagantes, se mostraba hiperactivo y hablaba mucho interfiriendo en todo. En otros momentos se lo veía decaído, cansado y con sentimientos de culpa y pensamientos suicidas. Le decía a la gente que podía leer sus pensamientos y predecir el futuro. También dijo que recibía mensajes simbólicos de personas en la televisión, que tenía habilidades telepáticas y que había sido elegido para una misión lo que significaba que ciertos enemigos lo trataban de perseguir. Al mismo tiempo sentía que todo a su alrededor parecía irreal, como si estuviera en un escenario delante de él. De noche dormía mal. De todas formas lograba hacer su trabajo. Sin embargo, el día antes de su internación se quebró completamente. En la oficina se lo veía excitado y perturbado. Anunció a sus colegas que había sido nombrado director de la empresa, y que todos deberían hacer un viaje alrededor del mundo. Tuvo que ser llevado a su casa y luego fue internado en la clínica.

Antecedentes: El paciente era hijo único. Su padre era jardinero en un pueblo de provincia. Al terminar la escuela secundaria, hizo un curso de vendedor en la industria textil y desde los 27 años fue empleado en una empresa textil. Se casó a los 24 años y tuvo dos hijos, quienes en el momento de su internación, tenían 9 y 11 años. La familia vivía en casa propia y le iba bien económicamente. Siempre había sido extrovertido, activo y enérgico, pero muy responsable. Era ambicioso y le gustaba su trabajo. Trabajaba en forma eficiente y su esfuerzo era apreciado por sus empleadores.

Datos actuales: Al ser admitido, el paciente parecía perplejo y ansioso, pero estaba completamente orientado. Se mostraba verborrágico, con fuga de ideas y por momentos parecía responder a alucinaciones auditivas. Al día siguiente estaba excitado y confundido. Dijo que había sido sentenciado a muerte y que su vida estaba en peligro. Una luz que entraba por la ventana le indicaba que estaba bajo vigilancia especial. Una estrella en el cielo era un objeto volador no identificado que había venido a llevárselo de la tierra. Entre el ruido de la sala distinguía voces que se burlaban y reían de él. Al mirar televisión veía las caras y oía la música deformadas. Sentía que otras personas podían “nadar en su mente”, sacar sus pensamientos y hacerle sentir emociones e impulsos que no eran los de él. Por momentos se volvía irritable y verbalmente agresivo, y hablaba incesantemente con fuga de ideas.

Evolución: Al ser tratado con 10 mg de haloperidol por día, el paciente se fue calmando gradualmente y después de 10 días ya no parecía psicótico. Estuvo algo deprimido durante otra semana, después de lo cual su familia lo consideró en su normal estado mental.

Caso 10

Discusión:

En el transcurso de una o dos semanas, el paciente desarrolló un trastorno psicótico con cambios rápidos de humor que iban de la euforia a la depresión, y con ideas delirantes que en casi todos los casos eran incongruentes con su estado emocional. Tuvo experiencias de robo del pensamiento y de impulsos y emociones controladas por fuentes externas, los que son síntomas esquizofrénicos de primer rango. Su perturbación estaba aparentemente asociada a un curso de desarrollo personal que pudo haber sido estresante, por su ambición y su personalidad sensible.

Uno de los diagnósticos a considerar sería trastorno psicótico polimorfo agudo y transitorio, con síntomas de esquizofrenia (F23.1), caracterizado por alboroto emocional, ideas delirantes cambiantes y alucinaciones, sumados a síntomas que responden a los criterios del síndrome esquizofrénico. Sin embargo, para hacer este diagnóstico, la condición es que no responda a los criterios de episodios maníacos o depresivos. En el caso de este paciente, están presentes los síntomas maníacos y depresivos, en grado tal que tanto que los criterios para episodios tanto maníacos como depresivos severos se verifican, y dado que alternan rápidamente, constituyen un episodio de trastorno afectivo mixto. Al concurrir simultáneamente síntomas de esquizofrenia durante por lo menos dos semanas apunta a un diagnóstico de episodio esquizoafectivo del subtipo mixto.

F25.2 Trastorno esquizoafectivo, tipo mixto.

Caso 11

La paciente es una mujer de 32 años que trabaja como bibliotecaria. Es casada y recién ha dado a luz. Actualmente está con licencia por maternidad.

Motivo de consulta: Fue internada en un hospital psiquiátrico contra su voluntad, debido a que presentaba un estado de excitación violento junto con comportamiento extraño e irresponsable que se desarrolló después del parto, y que llevaba ya diez días.

La paciente se había casado hacía cinco años y finalmente pudo tener un muy deseado hijo. El embarazo y el parto habían sido sin complicaciones. El hijo, era un bebé hermoso y saludable y durante los primeros días después del alumbramiento todo era normal. Cuatro días después del parto, la paciente fue dada de alta de la maternidad. Al llegar a su casa, se la notó excitada e irascible. Acusó a su marido de mantener la casa a temperatura demasiado baja, aunque la casa estaba, en realidad, bastante templada. Tenía discusiones con su madre sobre cómo usar los pañales, y por último perdió el control y echó a su madre porque ella pretendió tomar al bebé en brazos. La paciente comenzó a hablar y a regañar a todos incesantemente y, como resultado se puso casi afónica. Continuó refiriendo detalles sin importancia sobre el parto, y habló de mal trato. Llamó a amigos y parientes, así como también a la clínica maternal, quejándose por el trato que había recibido. Estaba continuamente activa y no dejaba al bebé quieto, cambiándolo o lavándolo frecuentemente. Sin embargo, en medio de una actividad se distraía fácilmente y lo dejaba sin atención, aparentemente olvidando qué estaba haciendo, porque otra cosa había llamado su atención.

Por momentos trataba mal al bebé, regañándolo y aún pegándole cuando lloraba. Dormía irregularmente y sólo algunas horas por vez. Comía muy poco porque estaba muy ocupada para sentarse y terminar su comida. Eventualmente se mostró muy perturbada, trataba de leer la hora en el termómetro, quemó el cubre-tetera sin razón alguna, y le gritó a un conductor de televisión. No quería ni oír de enfermedad mental y se negó a ver al médico general que había sido llamado por su esposo. El médico debió internarla en el hospital psiquiátrico contra su voluntad.

Antecedentes: La paciente nació y creció en una ciudad pequeña, donde completó sus estudios secundarios. En la escuela le iba bastante bien y luego consiguió trabajo en una biblioteca donde ha estado empleada hasta el momento. Su esposo trabajaba como programador de sistemas y describieron su matrimonio como bueno y estable. Él describió a su esposa como una persona extrovertida, sociable y muy confiable, pero algo malhumorada y con un temperamento rápidamente cambiante.

Su salud física siempre había sido buena. No fumaba, bebía sólo raramente en compromisos sociales y no había evidencia de uso de drogas. El padre de la paciente murió de enfermedad cardíaca cuando la paciente tenía 27 años. Su madre estaba viva y bien, pero había sido tratada por recurrentes episodios de depresión. El paciente tenía un hermano mellizo que era discapacitado mental.

Datos actuales: Al ser admitida la paciente estaba enojada y se negó a dar datos al empleado del hospital. Hablaba sin cesar y con voz ronca. Su discurso era circunstancial y saltatorio; perdió el hilo de su pensamiento varias veces. Por momentos se distraía con ruidos y detalles sin importancia de su alrededor. No podía permanecer sentada y caminaba incesantemente por la habitación. Trató de salir y se volvió agresiva y grosera cuando se lo impidió. No había evidencia de percepciones anormales ni de ideas delirantes, y estaba absolutamente orientada en lo referente al tiempo, lugar y a su persona.

El examen físico, incluido el neurológico fueron normales. No tenía fiebre y estaba en estado puerperal normal. Las pruebas de laboratorio y EEG fueron normales.

Evolución: Después de un tiempo, se la convenció de aceptar un tratamiento con haloperidol (10 mg /día). Al cabo de una semana sus síntomas disminuyeron. Luego se la trató con carbonato de litio, y después de otras dos semanas estaba en su estado normal y era absolutamente capaz de cuidar del bebé. Se le dio el alta manteniéndose el tratamiento con litio.

Caso 11

Discusión:

La paciente mostró una irritabilidad violenta, que es un síntoma no específico que puede ser parte de diferentes trastornos. Sin embargo, también presentaba hiperactividad, verbosidad extrema, con fuga de ideas, distractibilidad, inquietud motora, disminución de la necesidad de dormir, y pérdida de inhibiciones sociales normales con comportamiento irresponsable, de tal manera que era incapaz de dar a su bebé los cuidados necesarios. Estos síntomas cumplen los criterios de un episodio maníaco (F30) con humor irritable predominante. Al ser internada, la enfermedad llevaba sólo seis días. Aunque no se cumplía el requisito de por lo menos una semana de duración de los síntomas, se trataba de un caso severo que requería internación, y así se lo consideró.

Se descarta un trastorno psicótico agudo y transitorio (F23) asociado posiblemente a un estrés agudo, porque no hay evidencia de síntomas psicóticos como ideas delirantes y alucinaciones. Más aún, un parto normal, con un bebé deseado y normal no pueden ser considerados estresantes psicosociales.

La posibilidad de un trastorno maníaco orgánico (F06.30) es descartada porque no hay evidencia de perturbación cerebral o de alguna otra patología física. El embarazo, el parto y el puerperio fueron normales.

El término “trastorno mental puerperal” (F53) debe utilizarse sólo para trastornos no clasificados en otro parte. No siendo una causa en sí mismo, el puerperio con sus rápidos cambios hormonales, puede jugar un rol precipitante, y la asociación debe mantenerse registrando un diagnóstico asociado de acuerdo con el capítulo de la CIE sobre embarazo, parto y puerperio.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

Con un diagnóstico asociado de:

099.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

Caso 12

La paciente es una mujer de 27 años, casada y sin hijos. Es enfermera en una unidad de salud materno infantil.

Motivo de consulta: Fue llevada al hospital por su marido porque estaba muy excitada y verbosísima. Después de discutir con su esposo cuatro días antes, se fue de su casa enojada a la mezquita donde permaneció rezando toda la noche. Cuando regresó a la mañana siguiente su esposo estaba enojado con ella y le dijo que si quería pasar toda la noche en la mezquita podía irse a vivir allí. Se fue a la casa de su mamá donde se perturbó más y más. Estaba muy excitada, no podía dormir, hablaba casi incesantemente y se negaba a comer. Rezaba fervientemente pero mezclaba palabras, aparentemente sin darse cuenta. Su interminable conversación era especialmente sobre religión y la interrumpía sólo para cantar plegarias en las que acusaba a numerosas personas de pecar y les ordenaba rezar. Su madre llamó al marido y le dijo que él era responsable de ella. Como la paciente se negó a ser tratada, su esposo la trajo al hospital por la fuerza.

Antecedentes: El segundo matrimonio de la paciente tuvo lugar dos años antes de ocurrir el actual episodio. Su esposo tenía 34 años y era un musulmán devoto que trabajaba en una fábrica de autos. No tenían hijos lo que causaba tensión en el matrimonio. Su primer matrimonio fue a los 21 años; duró sólo unos pocos meses porque su esposo se fue a trabajar a un país fronterizo y no lo había vuelto a ver ni a oír desde entonces. Al momento de la internación su padre tenía 54 años y su madre 56. La paciente era la quinta de una familia de dos hermanos y seis hermanas.

Se había interesado en la religión desde chica. A los siete años mostraba ya un gran entusiasmo en leer el Corán y memorizó casi todas las secciones del libro. Tenía una hermosa voz y a menudo la invitaban a eventos sociales porque cantaba muy bien. Se integraba adecuadamente con la gente y le era fácil hacer amigos, disfrutando el hecho de que su canto -y también el baile- a menudo la convertían en el centro de atención. Era una mujer enérgica y por lo general optimista aunque admitió estar a veces deprimida. No había antecedentes de enfermedad mental en su familia.

A la edad de 22 tuvo un largo episodio de depresión al disolverse su primer matrimonio. Estaba triste e insegura, se retrajo y no quería cantar ni ir a fiestas. Tenía dificultad para dormir, se despertaba temprano y se sentía cansada; además no tenía ganas de comer y perdió peso. De todas maneras logró continuar con su trabajo con sólo unos pocos días de licencia por enfermedad. No consultó a un médico y después de unos pocos meses gradualmente mejoró y recobró su estado de ánimo habitual y su nivel de actividad. Tuvo un accidente de tránsito a los siete años y se rompió un brazo. Tenía bocio, con un nódulo palpable en el lóbulo izquierdo de la tiroides.

Datos actuales: La paciente estaba prolijamente vestida y aun más, era elegante. Se la notaba excitada e irritable y gritaba agresivamente. Hablaba demasiado y su conversación era difícil de seguir porque iba demasiado rápido, cambiando de un tema a otro. Se creía superior a los demás, los que estaban celosos de ella por su voz y belleza. Su inteligencia era superior a la normal y se sentía más fuerte y saludable que nunca. Se distraía con facilidad, pero estaba totalmente orientada con respecto al tiempo, al espacio y a su persona. No mostraba falla en la memoria u otras funciones cognitivas.

Los exámenes físico y neurológico, EEG y pruebas de laboratorio, incluyendo las de función tiroidea, eran normales.

Caso 12

Discusión:

Al ser internada, la paciente hacía dos días que estaba irritable, con humor expansivo y marcada verbosidad, hiperactividad, insomnio y aparente grandiosidad aunque no de carácter delirante. No se observaban síntomas psicóticos. No había signos de etiología orgánica ni, en particular, de hipertiroidismo. No se sospechó consumo de sustancias psicoactivas. El episodio, por lo tanto, coincide con los criterios sintomatológicos de manía sin síntomas psicóticos, y su gravedad avala este diagnóstico, aún si su duración fuera menor de una semana, porque se necesitó una internación. También hubo otro episodio afectivo en el pasado, depresión leve a moderada por lo que el diagnóstico es:

F31.1 Trastorno bipolar, episodios actual maníaco, sin síntomas psicóticos.

Caso 13

Se trata de una mujer casada de 18 años. Vive con la familia de su esposo.

Motivo de consulta: La paciente tiró aceite caliente a la cara de su marido y luego se metió dentro de un fuego encendido para tratar de quemarse hasta morir. Se la llevó al hospital para el tratamiento de las quemaduras y luego fue derivada a una clínica psiquiátrica por su intento de suicidio. Sólo hacía tres meses antes, la esposa de su hermano mayor se había matado de la misma manera. La paciente había presenciado el suicidio de su cuñada lo que la había traumatizado severamente. Desde ese momento perdió interés en su hogar y lo que la rodeaba. Casi no hablaba con nadie y estaba encerrada en sí misma. Se la veía cansada, dormía poco y su apetito había disminuido. Durante los últimos días anteriores a su intento de suicidio no habló ni comió nada. El incidente ocurrió cuando estaba cocinando, como siempre lo hacía a esa hora del día. Los miembros de su familia dijeron que tiró el aceite a su esposo sin previo aviso y sin ninguna razón aparente. Algunos de ellos sufrieron quemaduras al tratar de arrastrarla fuera del fuego.

Antecedentes: La paciente creció en un pueblo, donde su padre era alfarero. En una pequeña casa vivían sus padres, su abuela materna, sus tres hermanos mayores y sus respectivas esposas. La familia tenía poco dinero y poca educación formal. A los 17 años la paciente se casó con un hombre cinco años mayor. Su esposo, que era barrendero, consumía marihuana regularmente y tenía tuberculosis pulmonar. Después del casamiento se mudó con su esposo, quien vivía con sus padres y dos de sus hermanos con sus esposas en un pueblo vecino.

Fue descrita como una persona abierta y extrovertida con relaciones inter-personales satisfactorias. No era particularmente feliz en su matrimonio, y las relaciones sexuales con su marido eran insatisfactorias. De todas formas parecía llevarse bien con los miembros de su nueva familia y no había mostrado ningún comportamiento o actitud inusual antes del suicidio de su cuñada.

La familia biológica de la paciente incluía varios casos de enfermedad psiquiátrica. Su padre y dos hermanos de él habían recibido TEC en la clínica psiquiátrica de un pueblo cercano debido a episodios depresivos y creencias de tipo hipocondríacas. Uno de sus tíos se suicidó después.

A los 14 años la paciente fue gravemente mordida por un perro y recibió tratamiento que incluyó la vacuna antirrábica. Tenía períodos menstruales regulares desde los 13 años y no había estado embarazada.

Datos actuales: Al ser examinada, yacía en la cama y se la veía pálida y aterrorizada. No hablaba ni se movía y no reaccionó de forma alguna al examen, excepto que seguía al facultativo con la mirada. El examen físico, incluyendo la evaluación neurológica no mostró anormalidades salvo signos de abandono y bajo peso.

Evolución: Se le administró TEC durante tres días consecutivos, después de lo cual comenzó a mejorar, empezó a comer y logró comunicarse. Dijo que la cuñada que se mató la había embrujado y que después de morir comenzó a perseguirla. Podía oír a su cuñada decir que no servía para nada y que también debía morir. Comenzó a pensar que era una carga para su familia y que realmente merecía la muerte. Su comportamiento violento y autodestructivo se debió a órdenes alucinatorias dadas por la voz de su cuñada fallecida.

Caso 13

Discusión:

Al ser internada la paciente mostraba síntomas de un episodio depresivo severo, con estupor depresivo (F32.3). Después de aliviar el estupor con el tratamiento con TEC, mencionó síntomas psicóticos con alucinaciones auditivas e ideas depresivas congruentes con su estado de ánimo. No había evidencia de etiología orgánica. Las manifestaciones psicóticas no tenían el carácter de síntomas esquizofrénicos de primer rango. Su comportamiento destructivo no se lo describió como llevado a cabo por una fuerza o voluntad externa, sino de forma tal que ella misma respondía a órdenes dadas por las voces alucinatorias. No se encontraron otros síntomas de esquizofrenia.

De acuerdo con los criterios de episodio depresivo se descarta trastorno psicótico agudo transitorio (F23). Lo mismo se aplica para trastornos de trance y posesión (F44).

F32.30 Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo

con diagnóstico subsidiario de:

X76 Lesión intencionalmente auto-inflingida con fuego y llamas

Caso 14

La paciente es una mujer de 38 años, casada. Tiene dos hijos de 6 y 2 años.

Motivo de consulta: Ella comenzó a estar mal después de su segundo embarazo, hace tres años. Este embarazo no era querido y hasta se pensó en un aborto, pero su esposo la convenció de que no lo hiciera. Se había estado sintiendo deprimida e irritable, constantemente preocupada por las tareas del hogar y los chicos. Se sentía insuficiente e incapaz de llevar a cabo las responsabilidades de ser madre de dos niños.

Antecedentes: La paciente creció en un pequeño pueblo. Su infancia estuvo marcada por la enfermedad de su madre, de quien sólo se acuerda que estaba enferma. De niña, tenía que hacer las cosas de la casa y era resentida porque los otros niños no tenían este deber. Su madre murió cuando ella tenía 12 años y recuerda haber estado muy triste. Su padre era afectuoso con ella pero bebía demasiado y era violento con su mamá. Había dos hermanos en la familia -uno 20 años mayor que la paciente y el otro, 12 años mayor. Después de la muerte de la madre, el hermano mayor se mudó con su esposa a la casa paterna. La esposa de su hermano le hizo a la paciente la vida particularmente difícil porque le exigía cosas y la criticaba siempre por ser perezosa. A los quince años se fue de la casa para trabajar como niñera durante dos años, hasta que fue lo suficientemente grande para estudiar enfermería. Dos meses antes de terminar sus estudios, y nunca los completó. Había dejado de asistir por algún tiempo por enfermedad y se le dijo que debería repetir parte del curso.

Conoció a su esposo durante este curso. Él era de otra cultura y 13 años mayor que ella. Después de salir durante tres años se fueron a vivir juntos. No quiso casarse en ese entonces porque él decía que no podía mantenerla al no tener un trabajo permanente. Aparte de ello, su familia en su pueblo natal esperaba que él se case con alguien de su propia cultura y no sabían nada de esta relación. Al quedar embarazada, su compañero la convenció de que se hiciera un aborto, también porque no podía mantener un niño. Después que consiguió un trabajo permanente se casaron pero no le dijeron a la familia de él hasta que pasaron dos años. Su relación fue tormentosa. La paciente describió a su marido como de buen corazón pero poco razonable. Era autoritario, exigía que ella hiciera todo el trabajo de la casa y no quería cuidar de los niños.

Datos actuales: La paciente era una mujer delgada, limpia y prolija pero parecía no importarle para nada su apariencia. Estaba tensa y frecuentemente rompía en lágrimas. Su conversación era normal en tono y forma. Respondía apropiadamente pero hablaba mucho. Estaba preocupada por el hecho de no poder resolver sus dificultades domésticas, y se afligía por el futuro de sus niños, si ella muriera, como lo había hecho su propia madre. No tenía creencias o percepciones anormales. Su capacidad cognitiva estaba intacta y estaba globalmente orientada. Sus recuerdos inmediatos, y su memoria reciente y remota eran buenas. Su percepción del problema era moderada, si bien reconocía que tenía un problema, no sabía cómo la podían ayudar. Los exámenes físicos y las pruebas de laboratorio no revelaban nada anormal.

Caso 14

Evolución: Se internó a la paciente para liberarla del estrés de la casa. Gradualmente se relajó y comenzó a interesarse por su apariencia otra vez. A pesar de las presiones para que regresara a la casa donde su esposo tenía dificultad para cuidar los niños permaneció en la sala durante casi dos semanas. En este tiempo su estado de ánimo mejoró y ella y su esposo pudieron conversar sobre algunos de los problemas que tenían. Se le dio el alta pero con un plan de seguimiento para pacientes externos para ella y su marido. Ambos llegaron a un acuerdo para aumentar la ayuda en la casa y para estar un tiempo solos, sin los hijos, cada semana.

Caso 14

Discusión:

Durante tres años la paciente se había sentido deprimida y sufría sentimientos de insuficiencia e incapacidad para enfrentar las responsabilidades de madre y esposa. Estos síntomas no son suficientes para diagnosticar un episodio depresivo, ni siquiera de índole leve. Sin embargo, para períodos largos de constante o recurrente actitud depresiva, como lo es en su caso, podemos considerar el diagnóstico de distimia. Para este diagnóstico se deben cumplir los siguientes criterios: al menos dos años de constante o recurrente estado depresivo, durante ese período, ningún o muy pocos episodios individuales de depresión que sean lo suficientemente severos o de larga duración como para que reúna los criterios de trastorno depresivo recurrente leve; y la presencia de por lo menos tres síntomas de una lista de once, durante por lo menos una parte del período de depresión. Estos criterios están ampliamente presentes en el caso actual. Todos los síntomas de la paciente, como se los describe aquí, concuerdan con el panorama clínico de la distimia. Si se quiere, el comienzo puede ser calificado como tardío (entre los 30 y 50 años de edad).

F34.1 Distimia, de comienzo tardío.

Caso 15

La paciente es una mujer de 33 años. Es casada y trabaja como secretaria en el estudio de abogacía de su esposo.

Motivo de consulta: visitó una clínica especializada en ansiedad, después de leer en una revista un artículo sobre la hipocondría. Durante los años previos se había sometido a numerosos exámenes médicos porque creía que estaba teniendo una afección cardíaca.

El problema comenzó después de dar a luz a su único hijo. Durante una clase de gimnasia post-parto de pronto notó un incremento en los latidos de su corazón. Sentía puntadas fuertes en su pecho y tenía dificultad para respirar. Comenzó a transpirar y temblar, se sintió mareada, sentía un hormigueo en su brazo izquierdo y temió morir de un ataque al corazón. Inmediatamente dejó al bebé en la clase y fue a la sala de urgencias para que la atiendan. Se le hizo un electrocardiograma pero no se le detectaron anomalías. Desde entonces tiene crisis de ese tipo durante 15-30 minutos alrededor de cuatro veces por mes. Solía pedir ayuda y buscó consejo médico. Durante diez años ha tenido demasiados exámenes médicos, cada uno asegurándole que no tenía ninguna enfermedad física. Después de las primeras crisis, comenzó a tener miedo de tener una lejos de su casa o estando en lugares donde no se puede conseguir asistencia médica. La paciente sólo sale de su casa si lleva su teléfono celular, lo que le permite comunicarse con el servicio de emergencia si fuera necesario. Aún de esa manera evita lugares aglomerados, shoppings y cines donde no podría escapar rápidamente. Los ataques han continuado pero ocurren en los lugares donde ella más teme. Reconoce que tanto los síntomas como su manera de evitarlos son poco razonables y excesivos pero de todas maneras han dominado su vida. Se siente medianamente deprimida, inquieta y tiene dificultad para dormir. Se siente insegura y también tiene dificultad para concentrarse.

Inicialmente la paciente fue tratada con una variedad de beta bloqueantes para el “eretismo cardíaco”. Su médico de familia le prescribió diazepam, y ha tomado 5mg tres veces por día durante los últimos ocho años pero con escaso resultado.

Antecedentes: La paciente creció en una gran ciudad. Su padre era empleado público y su madre era maestra. Tenía un hermano dos años menor, ingeniero. Dejó la escuela secundaria para asistir a un instituto para secretarías y más tarde trabajó como secretaria en una firma de abogados. A los 22 años se casó con un abogado diez años mayor que ella, y al año siguiente tuvo un hijo. Debido a sus crisis dejó su trabajo de tiempo completo y comenzó a trabajar medio día para su marido. Tienen buenos ingresos y tienen un buen nivel de vida.

La paciente se describió a sí misma como de “tipo tranquila, pero nerviosa” y aunque a veces se sentía tensa y aprensiva en situaciones inusuales. Siempre fue tímida, sensible a las críticas y reacia a las relaciones con otras personas, a menos que las conociera bien.

Caso 15

Desde su infancia tuvo temor a las situaciones de riesgo y como resultado desarrolló miedo a viajar en aviones y tuvo dificultad para conseguir su licencia para conducir. Siempre ha sido insegura y tiene tendencia a sentirse inferior a otras personas. Su humor ha sido inestable y con tendencia a reacciones depresivas cuando tiene que enfrentar decepciones o críticas.

Su padre fue descrito como introvertido y con poco humor, pero no tuvo contacto con servicios psiquiátricos. Una de sus hermanas fue internada en una sala de psiquiatría por “nervios”, los que posiblemente representaban episodios de depresión.

En su infancia la paciente era considerada como de constitución débil. Parecía resfriarse a menudo y tuvo gripe varias veces. Tuvo licencia por enfermedad en repetidas ocasiones por malestares pasajeros, dolores de estómago, o dolores por tensión en su cuello y espalda. Los exámenes médicos nunca encontraron ningún tipo de perturbación somática. Su único embarazo fue sin complicaciones excepto por una leve pre-eclampsia algo antes del parto, y que fue tratada con éxito. Su presión arterial es normal y no se detectó ningún mal funcionamiento cardíaco.

Datos actuales: La paciente no parecía deprimida, pero estaba tensa y hablaba muy rápido como si tuviera alguna urgencia. Describía sus problemas vívidamente, en forma espontánea, y parecía querer lograr la ayuda del facultativo. Impresionaba como inteligente y no se detectaron síntomas psicóticos.

El examen físico, incluyendo la evaluación neurológica, no revelaron ningún problema somático. Los ECG, EEG y exámenes serológicos dieron resultados normales y no se detectaron anomalías de la función tiroidea.

Caso 15

Discusión:

Esta paciente no tiene un trastorno hipocondríaco como ella presume. Su miedo recurrente de tener un ataque cardíaco no era una creencia persistente sino parte de los síntomas de crisis de pánico, los cuales aparte de miedo a morir de un ataque al corazón, también presentaban: palpitaciones, sudoración, dolor de pecho, dificultad para respirar, mareos y sensaciones de hormigueo. Los ataques -de los cuales sufría cuatro por mes- comenzaron abruptamente y de forma discreta con una duración de 15 a 30 minutos. Por lo tanto cumple con los criterios de trastorno de pánico de moderada severidad (F41.0).

Eventualmente la paciente desarrolló miedo y evitó los lugares aglomerados, al igual que viajar sola sin su teléfono móvil. Sus ataques de pánico ocurrían regularmente en dichas situaciones. Ello responde a los criterios de agorafobia (F40.0). Esto sobrepasa e incluye el trastorno de pánico, por lo que el diagnóstico es agorafobia con trastorno de pánico (F40.01).

Durante un tiempo la paciente se sintió medianamente deprimida. ¿Es posible que hubiera tenido un desorden afectivo, depresivo que sobrepasó la agorafobia? La respuesta debe ser negativa porque un episodio depresivo, aún de grado leve, requiere por lo menos dos síntomas depresivos típicos, pero esta paciente sólo muestra un humor ligeramente depresivo. Por lo tanto, aún cuando tiene tres síntomas depresivos accesorios (inseguridad, inquietud , y dificultad para dormir), su enfermedad no puede categorizarse como episodio depresivo leve (F32.0) .

No se sospecha de etiología orgánica o consumo de sustancias psicoactivas.

La paciente se describió a sí misma como habitualmente ansiosa y evasiva, pero no con una intensidad lo suficientemente penetrante o persistente como para justificar un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

F40.01 Agorafobia, con trastorno de pánico.

Caso 16

La paciente es una alumna de escuela secundaria de 17 años.

Motivo de consulta: Durante los últimos seis meses, la paciente comenzó a tenerle tanto terror a la escuela que se la derivó a un servicio de psiquiatría para la consulta externa. Cada vez que la profesora le hacía una pregunta en la clase, se le confundía todo. Su corazón comenzaba a latir más fuerte y se mareaba tanto que tenía la sensación de que se iba a desmayar. Dejó de participar en el coro de la escuela. Durante cuatro meses antes de la derivación no había podido reunirse con otros estudiantes para almorzar en la cantina porque se sentía terriblemente ansiosa. Temblaba de arriba abajo y tenía tanto miedo de perder el control de su vejiga, que en ocasiones anteriores había tenido que irse en la mitad del almuerzo. Los últimos dos meses se había sentido progresivamente infeliz y perdió todo interés en la escuela. Se sentía muy cansada, especialmente a la mañana y le costaba mucho concentrarse. Su nivel en la escuela decreció mucho. Dormía poco y se despertaba por lo menos dos horas antes de lo que necesitaba para levantarse. Nunca tuvo gran apetito pero los últimos meses éste se había deteriorado más aun. Sentía que su futuro era deprimente y varias veces deseó estar muerta. Su momento más feliz era la tarde cuando habían pasado los problemas diarios y estaba sola en su habitación.

Antecedentes: La paciente nació y creció en un pequeño pueblo donde su padre era albañil. Vive con sus padres y tiene cuatro hermanos y hermanas menores. Tiene dormitorio propio. Describió la relación de sus padres como armoniosa, aunque su padre solía estar enojado de vez en cuando con su esposa porque era demasiado sobreprotectora con la paciente. La niña se desarrolló normalmente durante su infancia y se mostró feliz y sociable hasta los 14 años. Desde ese entonces, pareció cambiar. Se volvió progresivamente tímida y preocupada por saber lo que los demás pensaban de ella. Siempre se sintió como si se estuviera escondiendo de los otros. Se sentía inferior, no tenía confianza en sí misma y tenía miedo de actuar de forma rara o tonta. A los 15 años comenzó a asistir a una escuela secundaria en un pueblo vecino y logró resultados razonables hasta cinco meses antes de ser derivada al servicio de consulta externa. Desde el comienzo de la escuela secundaria se sentía incómoda cuando debía estar con otros estudiantes. Nunca pudo hacer amigos íntimos. Siempre fue de pequeña estatura para su edad y nunca comió muy bien. A los 15 años recibió un tratamiento con hormonas porque sus menstruaciones eran irregulares. De acuerdo a su mamá, una de sus tías también era muy nerviosa y tímida y fue internada en un servicio psiquiátrico por depresión.

Datos actuales: La paciente era de contextura frágil y pequeña. Al principio del examen se sonrojó y estaba tensa, se mostraba tímida y reticente. Más tarde, sin embargo, se volvió más segura y relajada. Impresionaba como anhedónica, pero no deprimida. No había sentimientos de reproche personal, inhibición psicomotriz, ni signos de pensamiento desordenado o características psicóticas. No se observaron intentos de tomar ventaja, llamar la atención de forma neurótica o tendencia a dramatizar. Admitió, aunque dubitativamente, que sus temores eran excesivos.

Caso 16

Discusión:

Esta paciente sufrió durante medio año un marcado temor a ser el foco de atención, y miedo a comportarse en forma embarazosa, evitando situaciones donde ella temía que eso pasara. En las situaciones temidas sufría síntomas de ansiedad, tal como palpitaciones, mareos, temblor y miedo a una micción involuntaria. Estos síntomas son característicos de ataques de pánico. Sin embargo, en la CIE-10, un ataque de pánico que ocurre en una situación de fobia establecida se considera como expresión de la severidad de la fobia, a la que debe dársele precedencia diagnóstica. Los síntomas estaban restringidos a las situaciones temidas. La paciente se sentía desesperada por sus síntomas y reconocía que sus temores no eran razonables. Todos estos síntomas se encuadran bien en el diagnóstico de fobia social (F40.1).

Durante los últimos dos meses la paciente también respondía a los criterios de episodio depresivo, con estado de ánimo deprimido, pérdida de placer, cansancio, falta de confianza en sí misma, pensamientos de muerte recurrentes, dificultad para concentrarse, y perturbación del sueño.

Cuando los síndromes ocurren simultáneamente, puede debatirse cuál de los diagnósticos se prefiere como principal. Si son completamente simultáneos, se puede optar por un orden jerárquico, dando preferencia al diagnóstico con el código más bajo. Si uno de los síndromes es claramente primario y comenzó un tiempo considerable antes que los otros (los que pueden ser considerados como reacción al primero), entonces el diagnóstico del síndrome primario se prefiere como el principal.

Si esta paciente hubiera sido mayor de 17 años, la presencia de una perturbación de la personalidad (F60.6) hubiera sido considerada, sin embargo, como no sabemos si las características personales continuarán en la adultez, no debe hacerse este diagnóstico.

F40.1 Fobia social

con diagnóstico subsidiario de

F32.10 Episodio depresivo moderado, sin síndrome somático.

Caso 17

El paciente tiene 24 años, es soltero y trabaja de empleado. Vive solo.

Motivo de consulta: Durante casi dos años, el paciente ha sufrido de tensión y le resultaba imposible relajarse. Ocasionalmente se lo derivó a una clínica psiquiátrica como paciente externo porque estaba tenso y preocupado, no podía dormir y estaba lleno de sentimientos de inferioridad. A menudo se sentía aprehensivo, tenía palpitaciones y comenzaba a temblar sin una razón aparente. No podía concentrarse y se irritaba fácilmente. A la noche sus constantes preocupaciones lo mantenían despierto. En particular se preocupaba por su aptitud sexual. Tenía miedo de no poder desempeñarse sexualmente si se casaba. A los 14 años, estando de visita en la casa de unos amigos, había espiado en el dormitorio de la hermana mayor de su amigo cuando ella se estaba cambiando. Al ver a la joven de 19 años en ropa interior se excitó inmensamente y a menudo recordaba la experiencia. Desde entonces hacía lo imposible para espiar mujeres cuando se cambiaban o bañaban. Cada vez que lo hacía se excitaba y se masturbaba. El miedo a ser encontrado lo llevaba a hacerlo rápidamente, lo que aumentaba su excitación. A los 22 años estuvo con una prostituta por primera vez y después siguió haciéndolo bastante regularmente. Sin embargo en los meses anteriores a la consulta no pudo lograr la erección, lo que al principio lo hizo sentir ansioso y luego lo sintió que era inferior. Estaba incómodo en compañía de mujeres y creía que no sería capaz de casarse. Comenzó a evitar a sus amigos y se mantuvo solitario en sus ratos libres, aunque continuó trabajando.

Antecedentes: El paciente era el tercero de tres hijos de un taxista. Sus dos hermanos mayores fueron bastante exitosos en la escuela y en sus carreras. Él aprobó la escuela secundaria con notas normales y a los 18 años comenzó a trabajar como empleado en una empresa de su tío. Luego, se mudó a vivir solo.

Antes de su enfermedad el paciente era considerado sociable y extrovertido. En la escuela, y más tarde en el trabajo se llevaba bien con sus compañeros. Tenía muchos amigos pero no amigos íntimos. Era físicamente normal y no tenía ninguna enfermedad seria. Tampoco había información sobre alguna enfermedad mental o trastornos de conducta en su familia directa.

Datos actuales: Al ser examinado estaba tenso. No quería hablar de su comportamiento sexual pero aparte de ello era educado y cooperaba bien. Su estado de ánimo era neutral y tenía respuestas emocionales adecuadas. No se sospecharon síntomas psicóticos. A medida que la entrevista avanzaba, comenzó a hablar más y a referirse a su sentimiento de inferioridad. Parecía estar preocupado por sus experiencias de impotencia.

Los exámenes físicos, incluyendo el neurológico no revelaron anormalidades.

Caso 17

Discusión:

El paciente responde a los criterios de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1) con sus largamente presentes preocupaciones y tensiones, y con más de cuatro síntomas característicos que incluyen síntomas autónomos. No hay razón para pensar que sus síntomas tengan una etiología orgánica o que sean el producto de algún otro trastorno físico o mental.

Desde la adolescencia, el paciente presentó síntomas típicos de voyeurismo (F65.3), una perturbación de índole sexual. Esto se complicó con un mal funcionamiento sexual no orgánico que se manifestó como impotencia eréctil (F52.2).

Aún cuando el trastorno sexual era aparentemente primario y los otros trastornos pueden ser considerados secundarios, el principio jerárquico de la CIE-10 da precedencia a desórdenes que tienen un más bajo valor F -en este caso el trastorno de ansiedad generalizada.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

y como diagnósticos subsidiarios:

F 52.2 Fracaso de la respuesta genital

F65.3 Escoptofilia (Voyeurismo)

Caso 18

El paciente es un joven de 23 años, soltero y que trabaja sin sueldo en la granja familiar.

Motivo de consulta: Este paciente fue derivado al servicio de psiquiatría debido a su extrema lentitud e indecisión. Su condición había empeorado los últimos cinco años. Durante este tiempo había estado atormentado con ideas de que podría haber hecho algo malo sin pensar o que podría haber perjudicado a otras personas. Sentía la necesidad de controlar su comportamiento para estar seguro de que no había causado daño a nadie. La primera vez que notó este problema fue cuando estaba estudiando en la universidad. Vivía allí y permanentemente tenía el pensamiento, cuando lavaba la ropa, de que podría haber mezclado la ropa suya con la de otros compañeros. También temía haber usado dinero que le habían prestado o que le había sacado a otros estudiantes, aunque en realidad nunca pedía prestado y siempre se aseguraba de pagar todo lo que debía. Se sentía con la obligación de controlar permanentemente si había cerrado la canilla o apagado la luz y los artefactos eléctricos. De lo contrario pensaba que alguien podría verse afectado o que podía causar algún daño. Al final pasaba tanto tiempo controlando las cosas que tenía poco tiempo para estudiar y dejó la universidad sin aprobar nada. Al año siguiente fue convocado al servicio militar donde se le dio tanto para hacer que no tuvo oportunidad de controles. Al regresar a su casa la necesidad de controlar todo volvió aún más fuerte que antes. Casi no podía conducir un auto porque si pasaba personas o animales en la ruta, debía pararse para ver si no estaban lastimadas. No podía salir a cazar con su padre porque después de cada tiro se tenía que asegurar de que nadie a su derecha, izquierda o aún detrás hubiera sido herido. Lo hacía aún sabiendo que esto no era posible. Su capacidad de trabajo disminuyó porque tenía que pensar en cada tarea antes de poder hacerla. Y debía controlar cada una; después de terminarla, se lo veía parado, inmóvil con ojos bajos, absorbido en sus pensamientos. Durante las conversaciones comunes decía muy poco porque se trababa en el medio de las oraciones, o en el medio de las palabras. Cuando decía algo debía reconsiderarlo y controlarlo antes de continuar. Trató de sobreponerse a la necesidad de controlar todo pero no lo logró. Gradualmente perdió la confianza en sí mismo, se sintió sin ganas y fatigado, perdió toda iniciativa y pasaba mucho tiempo descansando o durmiendo. No sentía la sensación de que estaba siendo controlado o influenciado desde afuera, y nunca tuvo alucinaciones.

Antecedentes: El paciente nació y se crió en una granja. Le fue bastante bien en la escuela y luego tuvo varios trabajos como granjero y realizó estudios posteriores. Los dos años anteriores a la consulta, trabajó sin sueldo en la granja de la familia. Cuando tenía 16 años su madre se suicidó en el curso de un estado depresivo. Según el médico de la familia, ella sufría de trastorno bipolar. En el momento de ocurrido el hecho el paciente no mostró problemas aparentes en aceptar su muerte. Tiene un hermano y una hermana que viven en la misma casa. Su padre se casó nuevamente y su esposa parece ser bien aceptada por los hijos.

Caso 18

Datos actuales: El paciente parecía reservado y algo distante con movimientos duros y desgarrados. Estaba vestido de manera simple y correcta. Hablaba muy lento y respondía preguntas después de largas pausas. Se lo veía un tanto deprimido y su autoestima era baja. La comunicación no tenía colorido emocional, pero aparte de eso su conversación no parecía perturbada. No se sospecharon síntomas psicóticos y no mostró formas de llamar la atención ni trató de sacar partido de la entrevista. Al final de la segunda entrevista tuvo cierta dificultad para retirarse y luchaba contra la compulsión de verificar si no se estaba llevando algo que no le pertenecía.

Caso 18

Discusión:

Los síntomas de este paciente responden a los criterios para trastorno obsesivo-compulsivo con obsesiones y compulsiones de larga data, que se manifestaban de forma repetitiva y desagradable, y causaban angustia e interferencia con el funcionamiento social e individual. Aceptaba que estos síntomas se originaban en su propia mente, y que eran ideas excesivas y sin razón. Al comienzo trató de superarlas sin éxito, y por último había desistido. Las compulsiones parecen ser predominantes, lo que puede especificarse por el cuarto carácter del código F42.1. trastorno obsesivo compulsivo, predominantemente con actos compulsivos.

El trastorno estaba acompañado por estado de ánimo depresivo., cansancio, falta de iniciativa, falta de confianza en sí mismo, y disminución de la autoestima, lentitud e hipersomnias, coincidiendo con un episodio depresivo leve (F32.0).

La concurrencia de un episodio depresivo con un trastorno obsesivo-compulsivo no es poco frecuente. Un episodio depresivo moderado o severo puede estar acompañado por obsesión y compulsión como parte de ese trastorno, y si así fuera, el diagnóstico de episodio depresivo es primero. Por otro lado, un trastorno obsesivo-compulsivo severo y discapacitante puede llevar a una reacción depresiva, coincidiendo con los criterios de episodio depresivo como diagnóstico subsidiario. En este caso, el TOC tuvo lugar antes, y el síndrome depresivo fue posterior y claramente secundario con respecto al primero. Por lo tanto el diagnóstico en el caso es :

F42.1 Trastorno obsesivo -compulsivo, con predominio de actos compulsivos

con diagnóstico subsidiario

F32.0 Episodio depresivo leve

Caso 19

El paciente es un chofer de 32 años que trabajó anteriormente en Kuwait.

Motivo de consulta: fue llevado a la clínica por consultorio externo en un estado agudo de pánico. El paciente había trabajado en Kuwait durante cinco años para tener un sueldo permanente y poder mantener a su familia y pagar la educación de sus hijos. Durante la invasión Iraquí a Kuwait el paciente sufrió un trauma severo cuando su hermana fue violada delante suyo. Se lo envió a prisión y fue objeto de torturas graves, en las cuales se le introducía palos de madera en el ano. Después de su liberación al finalizar la guerra del Golfo fue devuelto a su país donde se le practicaron varias operaciones para reconstituirle el ano. Desde entonces el paciente experimenta pesadillas y recuerdos vívidos de su tortura y de la violación de su hermana, también tenía crisis de ansiedad durante los que gritaba y se volvía agresivo. El estado de pánico actual se desató después de mirar un documental sobre la Segunda Guerra Mundial.

Antecedentes: El desenvolvimiento del paciente era bastante normal y el informe de su trabajo satisfactorio. Completó nueve años de escuela básica pero luego su padre murió durante una operación de corazón y dejó la escuela para conseguir un trabajo para mantener a sus dos hermanos y su hermana menores que él. Se casó a los 22 años y se divorció a los 28. Tuvo tres hijos que se quedaron con su mamá cuando él se fue a Kuwait. Se lo reconocía como sociable, extrovertido y solidario con los vecinos. Su hermano lo describió como terco e impulsivo pero muy bondadoso y cálido. Había sido un fumador empedernido desde los 20 años pero no consumía drogas.

Datos actuales: Durante la entrevista su estado de ánimo y su comportamiento fluctuaron. Por momentos, estaba ansioso, con momentos de transpiración e hiperventilación, y con irrupciones de hostilidad y agresión, manifestada con golpes en el escritorio o golpes de puño en la pared. En otras secuencias su expresión facial se volvía vacía, se parecía indiferente y se quejaba de pérdida de sentimientos. Claramente expresaba un estado de desesperación. Decía que no podía olvidarse de recuerdos terribles y de las imágenes que le habían dejado en la mente. Estos recuerdos parecían atormentarlo todo el tiempo y se sentía triste cada vez que un sonido, una foto o una historia -le recordaban el trauma original. No quería hablar acerca de sus experiencias en Kuwait y evitaba todo lo que le recordara estos hechos tan estresantes. También se perturbaba porque no podía recordar algunos eventos de la tortura. “No puedo aclarar la historia completa en mi mente” se quejaba, “Y aún así hay sonidos e imágenes que parecen no dejarme”. Se sentía culpable y avergonzado y no había podido mirar al resto de su familia a los ojos cuando regresó a su casa, ya que había sido incapaz de defender el honor de su hermana. Si no hubiera sido por sus tres hijos y su familia, que dependían de él, hubiera tratado de quitarse la vida.

Caso 19

Discusión:

Este es un caso típico de trastorno de estrés post-traumático (F43.1). El diagnóstico no debe ser usado si no hay evidencia de que el desorden surgió dentro de los seis meses posteriores a un evento traumático de excepcional severidad . El paciente tenía recuerdos repetidos e intrusivos que lo hacían revivir los hechos en imágenes, ya sea durante el día o en sueños, a la vez que evitaba los estímulos que le recordaban el trauma, del que sufría amnesia parcial. El diagnóstico por lo tanto es:

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.

Caso 20

La paciente es un ama de casa de 43 años casada con un vendedor.

Motivo de consulta: Había sido derivada al servicio de psiquiatría, desde el servicio de neurología donde había sido internada para su estudio por tercera vez en seis meses porque temía tener un tumor cerebral. Durante los últimos ocho meses había sufrido dolores de cabeza y mareos, además de sentirse cansada. Desde el principio había consultado a su médico general en reiteradas veces. Después de dos meses fue internada en una sala de neurología. Los estudios realizados, que incluían EEG y TAC, no revelaron nada anormal. La paciente sintió alivio inmediato pero no logró sentirse segura. Tenía miedo de tener una enfermedad grave, probablemente un tumor cerebral maligno. Aún tenía dolores de cabeza, en especial en el cuello y creía que quizá los estudios no habían considerado el total de su cerebro. Por esa razón volvió a ir a su médico general quien trató de persuadirla de que no tenía nada malo. Finalmente, se dio por vencido y la derivó al departamento neurológico para otra evaluación. El neurólogo primero trató de convencerla, pero ella presionó para que le hagan nuevos estudios y se la internó para ello. Luego el neurólogo le explicó que nada era anormal. Aceptó las explicaciones pero unos pocos días después de ser dada de alta volvió a dudar de los resultados. Volvió a sentirse preocupada con la idea previa de que posiblemente tenía un tumor maligno. No podía pensar en nada más que en sus dolores de cabeza y en sus mareos causados por el tumor maligno que le causaría la muerte irremediable. La paciente hizo planes para su funeral y los cantos religiosos que le gustaría que se canten. Convirtió la vida de su esposo y de sus hijos en una tortura, al hablar sólo de su condición. No podía hacer las tareas de la casa y pasaba en cama casi todo el día. No le importaba casi nada su apariencia. Varias veces por semana llamaba a su médico para pedirle que la ayude prescribiéndole calmantes o si fuera posible internándola de nuevo en el departamento de neurología. Éste trató de convencerla de que viera a un psiquiatra pero casi se enfureció con esta sugerencia, diciendo que su condición no tenía nada que ver con los “nervios”. Las últimas semanas anteriores a su internación, entró en un estado de depresión que iba en aumento, parecía haber perdido todas las esperanzas, y dijo que sería mejor que se suicidara para evitar los últimos dolorosos meses de su enfermedad. Tenía dificultad para dormir y no tenía apetito. Una semana antes de la internación notó que su vista se había nublado. Se sintió aterrada y creyó que su muerte era inminente. Llamó a su médico inmediatamente y lo convenció de que la internara nuevamente en la sala de neurología por tercera vez. Los exámenes, que incluyeron un estudio oftalmológico y una nueva TAC, no revelaron absolutamente nada anormal. Ella lloraba, estaba agitada y finalmente aceptó ser transferida al departamento psiquiátrico.

Antecedentes: La paciente creció en una ciudad. Era la mayor de tres hermanos. Su padre trabajaba como empleado público y su madre como secretaria. Tenían un buen nivel económico y después de terminar la escuela secundaria se le ofreció concurrir a la universidad pero ella no estaba interesada. Poco tiempo después se casó con un vendedor cinco años mayor y se mudó a otra ciudad. La pareja tuvo tres hijos, vivía en una casa propia y estaban en buena situación económica. La paciente era eficiente en las tareas del hogar.

Caso 20

Cuidaba muy bien de los hijos, realizaba tareas en la iglesia y en un club de mujeres. Describió su matrimonio como armonioso aunque luego se reveló que su esposo había tenido un asunto con otra mujer dos veces, la última vez unos meses antes de la enfermedad de la esposa. Los dos hijos más chicos aún concurrían a la escuela secundaria y el hijo mayor había comenzado a trabajar en el banco.

El padre de la paciente y dos de sus hermanos habían recibido tratamiento por trastornos afectivos con depresiones recurrentes, pero no había otro antecedente de enfermedad mental en la familia. Su salud somática siempre había sido buena. Nunca antes había sufrido dolores de cabeza u otros males.

Datos actuales: Al ser examinada, la paciente estaba algo contrariada . Repetía que estaba convencida de que derivarla a un servicio de psiquiatría era un error y que, con seguridad no tenía ningún desorden mental. Negó haber tenido alteraciones de la percepción, o ideas raras, pero admitió que recientemente se había sentido cansada y sin ganas de nada y dijo que había perdido todas las esperanzas debido a su tumor en el cerebro. Aparte de ello negó tener otros síntomas mentales. Estaba globalmente orientada y lúcida, sin ningún indicio de deterioro cognitivo.

Caso 20

Discusión:

La paciente tiene una historia que data de ocho meses atrás según la cual cree persistentemente que tiene una enfermedad física: un tumor de cerebro. Se preocupó con la creencia y con los síntomas de tal forma que ellos interferían con su vida diaria y le causaban angustia considerable. Se negó a aceptar las afirmaciones de su médico excepto durante intervalos cortos. Volvía a recurrir a su médico general e hizo que él la internara tres veces en una sala de neurología antes de finalmente aceptar un tratamiento psiquiátrico. Por lo tanto responde a los criterios sintomatológicos de trastorno hipocondríaco (F45.2). También tenía síntomas de depresión manifestados en su estado de ánimo, sus quejas de cansancio, la dificultad para dormir, y los pensamientos de muerte y suicidio, que duraron varias semanas y que coinciden con los criterios de episodio depresivo leve. Sin embargo, éste es claramente secundario a su trastorno hipocondríaco, que lo precedió siete meses antes. Aunque hay una historia familiar de depresión, no es factible que un desorden afectivo explicara sus síntomas como parte de un episodio depresivo.

Es tema de discusión si la creencia hipocondríaca era o no de carácter delirante, en cuyo caso ella respondería a los criterios de trastorno de ideas delirantes persistentes (F22.0) de tipo hipocondríaco. Sus creencias, sin embargo reunían más las características del miedo a padecer una enfermedad física que las de una convicción delirante. Su miedo también parecía basado en síntomas somáticos los que en realidad podrían haber sido originados en cefaleas tensionales. El diagnóstico para esta paciente, por lo tanto es:

F45.2 Trastorno hipocondríaco

y como diagnóstico subsidiario

F32 Episodio depresivo leve.

Caso 21

El paciente es un hombre de 51 años, casado, asistente social.

Motivo de consulta: fue derivado para una evaluación psiquiátrica porque durante tres años se había sentido cada vez más y más agotado. Se fatigaba muy fácilmente después de esfuerzos menores y después de trabajar durante un par de horas se sentía absolutamente exhausto. Logró continuar con su trabajo durante algún tiempo porque sus colegas le daban tareas livianas. Se le permitió trabajar en los archivos -un trabajo fácil que anteriormente se le daba a los empleados que estaban por jubilarse. Sin embargo, al regresar a su casa a la tarde se sentía tan cansado que tenía que irse directamente a la cama. Aún así tenía dificultad para dormir por dolores en la cabeza, en el cuello y en la espalda. Casi todo el tiempo estaba tenso y no podía relajarse. Los fines de semana pasaba casi todo el tiempo en la cama. Le resultaba difícil concentrarse y tuvo que dejar de leer y de hacer palabras cruzadas, cosa que antes le divertía mucho. Aún mirar comedias en la televisión significaban un esfuerzo para él. Evitaba ver a colegas y a amigos porque temía que le hicieran hacer algo o que lo invitaran a salir. De hecho, salir una noche lo dejaba exhausto durante días. Se sentía más y más insuficiente en su trabajo y casi no podía hacer ninguna tarea en la casa. Cuatro meses antes de la derivación había tomado licencia por enfermedad y se inscribió para una pensión por incapacidad. Sin embargo, el estar alejado de sus responsabilidades de trabajo no mejoró su situación. Aún carecía de iniciativa y estaba sentado casi todo el día, ojeando el periódico, o mirando por la ventana. No se sentía ni deprimido ni infeliz. Parecía alegrarse cuando le decían que sus hijos y nietos vendrían a visitarlo pero la vitalidad de los niños pronto lo ponían tenso e irritable. Podía ayudar a su esposa con las tareas de la casa siempre y cuando ella le dijera qué hacer y cómo, pero todo tenía que ser planeado de antemano porque los cambios bruscos lo ponían perplejo y ansioso. Tenía miedo constante de que su pensión por incapacidad le fuera denegada y tener que volver al trabajo, cosa que se sentía incapaz de hacer.

Antecedentes: Se crió en un pueblo de provincia de una región rural del país. Fue el segundo hijo de una maestra de escuela primaria. Terminó la secundaria con notas sobresalientes y estudió servicio social. A los 25 años se casó con una enfermera dos años menor que él. Se mudaron a la capital, donde consiguió trabajo como asistente social en el municipio. Se especializó en bienestar social y en talleres para discapacitados mentales y en su tiempo libre trabajó para la Asociación de Parientes de Discapacitados Mentales. También tomó parte en actividades políticas y durante años fue miembro electo del concejo deliberante del municipio. La pareja tuvo tres hijos los que no viven con ellos y a los que aparentemente les va bien. El paciente vive con su esposa en un departamento alquilado. Su posición económica se ha deteriorado por la reducción de su salario cuando cambió su situación laboral.

El paciente siempre fue extrovertido y activo con mucha energía y carácter alegre. Tenía gran interés por su trabajo y se preocupaba por las personas que él trataba de ayudar. Siempre se sintió mentalmente fuerte y creyó que nada lo podría destruir. Mantenía buenas relaciones con sus clientes y colegas. Tenía buena trato con los miembros de su familia y su matrimonio fue descrito como armonioso. Nunca sufrió cambios de estado de ánimo ni episodios de cansancio sin causa.

Caso 21

Su hermano mayor tenía un retraso mental, pero aparte de ello no hay información de trastornos mentales en su familia. El paciente tuvo una apendicectomía a los 27 años, fuera de lo cual gozaba de buena salud física. No había información de conmoción cerebral ni de infecciones virales largas.

Datos actuales: Al momento del examen, parecía mayor de lo que en realidad era. Su cabello era canoso y se lo veía muy cansado. Su estado de ánimo era neutro y no se sospecharon síntomas psicóticos. Estaba lúcido, conectado y bien orientado en el tiempo, espacio y respecto de su persona. Su memoria no mostraba detrimento y no se detectaron otras deficiencias cognitivas.

El examen físico y la evaluación neurológica no mostraron anormalidades. Las pruebas de laboratorio incluyendo las de tiroides y suprarrenales, estaban dentro de límites normales. Los exámenes de EEG y TAC fueron normales.

Caso 21

Discusión:

El paciente reúne los criterios para neurastenia (F48.0) ya que tiene persistentes quejas de sentimientos de cansancio extremo después de esfuerzos mentales menores, acompañado por síntomas accesorios como dolores de cabeza provocados por tensión, dolores musculares, incapacidad para relajarse, perturbaciones del sueño, e irritabilidad. El trastorno tenía larga data y el descanso y la licencia no fueron capaces de mejorarlo. No se sospechó de etiología orgánica.

Debe considerarse, por supuesto, un trastorno depresivo. El paciente tenía uno de los de dos síntomas típicos (disminución de la energía o aumento de cansancio) y dos o tres de los síntomas accesorios (pérdida de confianza en sí mismo, perturbación del sueño, falta de concentración) . Puede debatirse si la reducción del interés, que claramente es causada por su inhabilidad para llevar a cabo las tareas debería ser considerada como “falta de interés”. De ser así, responde a los síntomas de episodio depresivo moderado, aunque este diagnóstico no es compatible con la gravedad del trastorno.

El diagnóstico más probable es, por lo tanto:

F48.0 Neurastenia.

Caso 22

Se trata de una joven de 26 años. Trabaja como enfermera en un hospital de ciudad y vive sola.

Motivo de consulta: La paciente se levantaba por las noches, iba a la cocina y comía todo lo que hubiera a su alcance. Se detenía sólo después de una o dos horas cuando no podía encontrar nada más que comer. Los ataques de gula siguieron durante cinco años hasta que consultó a su médico general, quien la derivó para tratamiento psiquiátrico, por una supuesta depresión relacionada con sus ataques de ansiedad comer. Sus episodios de gula estaban precedidos por sentimientos de tensión severa y obtenían una cierta relajación, aunque esto iba acompañado por vergüenza y desesperación. Durante el año anterior a la derivación los períodos de gula habían aumentado de dos a tres veces por semana. Por lo general ocurría a la noche después de dormir algunas horas. Después de comer como desahogada se sentía explotar pero no vomitaba. Trataba de deshacerse de la comida tomando grandes cantidades de laxantes. Su peso era inestable pero había logrado mantenerlo dentro de los límites normales simplemente ayunando entre sus crisis de gula. Odiaba la gordura pero en realidad, nunca había sido delgada. Sus ataques de comer en exceso la hacían sentir culpable y desesperanzada. Había pensado en el suicidio tomando una sobredosis de los somníferos que su médico clínico le había prescrito para su insomnio. Podía hacer su trabajo adecuadamente y sólo había tomado unos días de licencia por enfermedad.

Antecedentes: La paciente creció en un pueblo donde su padre era maestro. Después de la secundaria estudió para ser enfermera y tuvo varios trabajos en salas geriátricas. Siempre había sido sensible, temerosa de las críticas y tenía baja estima personal. Hacía lo imposible para vivir de acuerdo a lo que se esperaba de ella y se sentía frustrada a la menor crítica. Se había enamorado más de una vez, pero nunca se animó a comprometerse porque tenía miedo al rechazo y posiblemente por temor a una relación sexual. Tenía sólo unas pocas amigas íntimas porque le resultaba difícil hacer amigos. A menudo se sentía tensa e incómoda al estar en compañía. Evitaba ir a reuniones o fiestas porque tenía miedo a las críticas o al rechazo.

Datos actuales: Al examinarla, la paciente se presentaba callada y reticente. Su estado de ánimo era moderadamente depresivo y lloraba silenciosamente mientras describía sus dificultades. No se sospecharon elementos psicóticos. Era saludable y su peso estaba en el promedio. Ella percibía su peso como un poco más del de lo que deseaba. Dijo que tenía miedo de volverse obesa.

Caso 22

Discusión: La mujer tenía episodios de gula excesiva por lo menos dos veces por semana durante un año. No podía controlar su casi compulsiva ansiedad por comer, cosa que ocurría por las noches. Trataba de contrarrestar el efecto engordante de su ingesta excesiva automedicándose purgas y pasando períodos sin comer nada porque le aterrorizaba volverse obesa. Sin embargo tenía un peso casi normal y no se veía a sí misma demasiado gorda. Por lo tanto, responde a los criterios de bulimia nerviosa salvo la falta de auto-percepción de sobrepeso. El diagnóstico es, por lo tanto, bulimia nerviosa atípica.

Su humor depresivo, su insomnio, los pensamientos de suicidio, relacionados con sus momentos de gula, son síntomas de depresión, pero son insuficientes para considerarlos dentro de los criterios para episodio depresivo.

Hay evidencia de comportamiento anormal evasivo en las áreas de afectividad y relaciones interpersonales desde su juventud. Esto era causa de una disfunción social, con exceso de sensibilidad a las críticas, baja auto-estima, dificultad para establecer relaciones íntimas y evitación de las actividades sociales por temor al rechazo y a los juicios de los otros. Por lo tanto responde a los criterios para un diagnóstico subsidiario de trastorno ansioso de la personalidad (con conducta de evitación).

F50.3 Bulimia Nerviosa Atípica

con diagnóstico subsidiario de

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad

Caso 23

La paciente es una viuda de 58 años que trabaja de profesora en una escuela secundaria. Tiene cuatro hijos sanos -una mujer y tres varones. El hijo mayor estuvo en el extranjero durante cinco años y recién ha venido de vacaciones.

Motivo de consulta : Ella llegó a la clínica con su hijo mayor. Todos los días venía tomando laxantes y otras pastillas para la digestión , a veces varias clases a la vez. Su hijo se alarmó de lo que él consideraba un uso excesivo de medicamentos por lo que trajo a su madre a la clínica y explicó su hábito. La paciente admitió que tomaba las pastillas pero dijo que no le causaban problema. Por el contrario, constituían un gran beneficio. Explicó que venía tomando los medicamentos desde hacía largo tiempo, quizá 20 años antes. Recordó haber tomado las primeras píldoras, no por una enfermedad específica sino por una indigestión y constipación de dos días. Una amiga le había aconsejado una vez, tomar un par de pastillas laxantes antes de ir a acostarse y una para la digestión antes de cada comida todos los días. La paciente recordó que sus digestiones nunca habían sido mejores que cuando tomó esas primeras pastillas. Había continuado tomándolas hasta el presente. Sin las pastillas no necesariamente se constipaba, pero de alguna manera no se sentía satisfecha después de comer o luego de defecar. No veía por qué las pastillas eran un problema si no eran “narcóticos”. Había venido a la clínica porque su hijo había insistido que las pastillas debían tener algo que causaran adicción, lo que hacían que le resultara imposible dejar de tomarlas.

Antecedentes: La paciente provenía de una familia de 9 hijos. Se graduó en la universidad como Licenciada en Bellas Artes y se casó poco tiempo después. Trabajó como profesora de la misma escuela toda su vida. era una persona alegre y optimista, solidaria con la gente. Tenía muchos amigos y días con un calendario muy ocupado con trabajo y obligaciones familiares. Tuvo una vida matrimonial exitosa y feliz hasta que su esposo murió de un ataque al corazón cuando ella tenía 53 años. No tenía problemas de salud mayores y nunca la habían operado.

Datos actuales: La paciente estaba bien vestida. Era amigable y cooperativa durante la entrevista y contestó todas las preguntas. “Nunca aumenté la dosis”, dijo en forma burlona. Estaba claro que se sentía divertida con la situación y que había venido a la clínica para satisfacer la preocupación de su hijo. No reveló evidencia alguna de anormalidad en el pensamiento, la percepción, la orientación o la memoria. Sin embargo, no consideraba la posibilidad de dejar sus hábitos medicamentosos. Aunque tampoco sentía que eran absolutamente necesarios para ella.

Caso 23

Discusión:

Una variedad de sustancias, aunque no prescritas por el médico en primera instancia son consumidas innecesariamente y en exceso. Esto está facilitado por la disponibilidad de ciertas drogas, que no necesitan prescripción médica. Laxantes y digestivos son algunos de los mas comúnmente usados, como es el caso de esta paciente. Aunque no hay dependencia ni síntomas de abstinencia, hay por lo general una gran motivación para tomar las sustancias y una gran resistencia a intentos de desalentar o prohibir su uso.

F55.1 Abuso de sustancias que no producen dependencia . Laxantes.

Caso 24

La paciente es una joven de 24 años. Es soltera, vive con sus padres y su hermana menor en un departamento en un quinto piso. Trabaja como vendedora en un comercio pequeño en un suburbio de la ciudad.

Motivo de consulta: Después de discutir con sus padres amenazó con matarse saltando por la ventana. Los padres no sabían qué hacer y llamaron al médico de familia, el que los derivó a un servicio de psiquiatría. La paciente había estado en su habitación escuchando heavy metal rock en su estéreo. Tenía el volumen muy alto, entonces sus padres fueron a su habitación y le pidieron que bajara “esa música de locos”. Ella se rehusó y comenzó otra pelea. Cuando su madre apagó el estéreo, la paciente abrió la ventana y amenazó con saltar. Después de mucho discutir a los gritos, aceptó ser enviada al hospital. Una vez allí aceptó quedarse, sólo porque “la situación en la casa se había vuelto casi imposible”. De acuerdo a sus padres, esta situación había sido “catastrófica” los últimos cinco años. La paciente podía ser bastante agradable por momentos, pero se enojaba y se volvía peleadora enseguida sin razón aparente. Parecía contenta y satisfecha durante una hora o más, y de repente se quejaba de que la vida no valía la pena ser vivida. En varias ocasiones se fue de la casa para ir a vivir en un pequeño departamento sólo. Pero, luego de cada oportunidad, volvió después de un tiempo para vivir con sus padres nuevamente. Nunca parecía saber qué era lo que realmente quería, dijeron sus padres. Sus planes para el futuro eran totalmente irreales y de todas maneras cambiaba los mismos en forma constante.

Antecedentes: de acuerdo con sus padres, la paciente había sido una chica normal hasta su adolescencia. Alrededor de los trece años, se volvió más difícil. Aunque era una niña inteligente, tenía problemas en la escuela. Tenía muy buenas notas en las materias que le interesaban, pero fracasaba completamente en las que no le gustaban. Además, sus profesores se quejaban de que era muy indisciplinada. En su casa tenía muchas discusiones con sus padres y su hermana por causas triviales. A los 15 años, se le pidió que cambie de escuela porque había fracasado en las materias. Insistió en que quería ingresar en una escuela técnica, lo que hizo. Era la única mujer de su curso y un año después abandonó porque no le gustaba más la escuela. Comenzó un curso de arte en otra escuela pero pronto desertó de todo y comenzó a trabajar en un negocio como vendedora. En los siguientes años cambió de trabajo con frecuencia. En tres ocasiones, se quedó sin trabajo por varios meses. Había comenzado un nuevo trabajo cuatro meses antes de ser internada y estaba considerando cambiarlo de nuevo.

Los padres de la paciente dijeron que ella no tenía amigos estables y que rompía las relaciones sin mayores razones. Sus relaciones con otros jóvenes fueron descritas como “íntimas” pero transitorias. Frecuentemente se unía a grupos diferentes, aquellos que sus padres describieron como “indeseables”, algunos de los cuales consumían drogas. Aparentemente, la paciente nunca había avanzado en el consumo de éstas.

Datos actuales: La paciente era bastante atractiva y se vestía bien. La primera vez que llegó al hospital fue insolente y discutidora. Después de un rato, sin embargo se calmó y cooperó. Reconoció tener frecuentes sentimientos de ansiedad y depresión y que en realidad no sabía bien quién era o por qué se comportaba de la manera que lo hacía. Cuando se le preguntó acerca de preferencias sexuales, dijo no saber si le atraían más los hombres o las mujeres. Aunque sus padres le reprochaban ser una chica “perdida”, ella nunca había tenido una relación sexual con ningún

hombre o mujer. Dijo que creía en la brujería y el ocultismo y a veces tenía impulsos que asustaban -tales como la necesidad de pincharse un ojo con una aguja o de tragarse una joya. Admitió que les estaba haciendo pasar a sus padres un mal rato, y aunque siempre amenazaba con irse de la casa, tenía realmente miedo de ser abandonada por sus padres. Reneé admitió que había amenazado con suicidarse después de una pelea con sus padres. La razón de esas amenazas era porque el mundo que la rodeaba le parecía negro y en parte porque quería castigar a sus progenitores. Si bien en realidad nunca había tratado de matarse, sentía que lo podría hacer impulsivamente si las cosas se volvían particularmente difíciles en su vida.

Caso 24

Discusión:

Esta paciente muestra una conducta desadaptativa de larga data, observada en una gran variedad de situaciones personales y sociales, asociadas con situaciones de crisis y de comienzo durante la adolescencia. Estas son características de un trastorno de la personalidad. Su patrón de comportamiento se caracteriza por una marcada tendencia para actuar impulsivamente y para reñir, junto con dificultad para mantener cualquier acción que no le ofrezca una recompensa inmediata, un estado de ánimo caprichoso e inestable, e incertidumbre acerca de su identificación sexual, con tendencia a involucrarse en relaciones intensas e inestables, y recurrentes amenazas de daño contra su persona. Estas características concuerdan con el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, de tipo límite (F60.31). Sus sentimientos fluctuantes de depresión pueden considerarse como parte de su trastorno de personalidad y no necesitan más especificación.

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, de tipo límite.

Caso 25

El paciente es un hombre de 30 años.

Motivo de consulta: El paciente fue llevado a la sala de emergencias de psiquiatría por una asistente social. La había llamado en medio de la noche para decirle que no podía más. Había llorado y hablado de suicidio. La asistente social explicó que su paciente vivía solo, que ella no se sentía capaz de ayudarlo y que su psicoterapeuta estaba de vacaciones. Aconsejó internarlo.

El paciente estaba retraído y tenso y pidió disculpas por los problemas que estaba causando. Se relajó cuando se le dijo que podía permanecer en el hospital, y no tuvo objeciones cuando se le indicó la habitación que por el momento debía compartir con tres pacientes mayores.

Antecedentes: Nació y creció en un pueblo de campo. A los cinco años perdió a su padre quien murió en un accidente de autos. Después de la muerte de su padre, su madre logró obtener ingresos trabajando de camarera en una confitería local. El paciente era hijo único y le había ido bien en la escuela y nunca había dado a su madre ningún tipo de problema. Ella no se volvió a casar. Eran muy unidos y él hacía todo lo posible para satisfacerla. Aún de niño, solía entender que la vida no era fácil para ella y que ella era todo lo que él tenía.

Se comportaba bien en la escuela, y siempre hacía lo que las maestras le pedían, todo el tiempo estaba dispuesto a aceptar las tareas adicionales que sus compañeros no querían realizar y aparentemente siempre estaba contento de complacer a los demás. A los 16 años quiso ser técnico en computación, pero esto significaba irse a una ciudad a más de 100 millas de su casa y a su madre no le gustó la idea. Dejó la escuela y comenzó a trabajar en un supermercado. Trató de hacer su trabajo lo mejor posible, siempre dispuesto a reemplazar a sus colegas y nunca se quejaba de tener que realizar horas extras. Se lo consideraba un empleado confiable y varias veces se lo propuso para promoverlo para un ascenso, pero de alguna manera luego se lo dejaba de lado. Durante su adolescencia le hubiera gustado salir con amigos pero comprendía su responsabilidad de pasar casi todas las tarde con su madre. Ella se sentía orgullosa diciéndoles a sus vecinos que él era “realmente bueno”.

A los 20 años tuvo la primer pelea con su madre. Ella estaba totalmente en desacuerdo con que saliera con una chica que a ella no le gustaba. Cuando su madre le dijo que tendría que irse de la casa si deseaba continuar viendo a “esa chica”, entró en pánico, le rogó a su novia que tuviera paciencia y finalmente permitió que ella lo dejara por otro. Su madre aprobó a la segunda chica que él llevó a su casa y lo apuraba para que se case con ella, aunque a él personalmente no le entusiasmaba la idea. Cuando su esposa lo abandonó dos años más tarde se sintió destruido y volvió a vivir con su madre. Ella murió poco tiempo después, de un ataque al corazón. Desde entonces, el paciente fue hospitalizado varias veces por depresión, generalmente sólo por uno o dos días. Se hacía atender por un psicoterapeuta dos veces por semana y le pedía a su asistente social que lo aconsejara acerca de las cosas más triviales, casi todos los días.

No se conocían historias de trastornos mentales en la familia.

Caso 25

Datos actuales: El paciente estaba orientado con respecto al tiempo, espacio y persona. La mañana de su internación, estaba indeciso con respecto a quedarse o irse a su casa y pidió consejo. Explicó que se había sentido con pánico la noche anterior y que había reaccionado mal pero que ahora se sentía bien de nuevo. Dijo que su psicoterapeuta le había aconsejado que no buscara refugio en hospitales. Su asistente social por otro lado, le dijo que buscara un "tratamiento real", esta vez, y que se quedara ahora un par de semanas o aún de meses. No estaba ni deprimido ni ansioso, se lo veía cómodo durante la entrevista y hablaba en forma coherente.

Cuando se le preguntó por su actitud para con los demás, el paciente declaró que le gustaba estar con otra gente. Dijo que no le gustaba estar solo y que en realidad se sentía perdido cuando lo estaba. No tenía dificultad para relacionarse con otra gente y se sentía comfortable con casi toda la gente. Aseguró que no tenía problemas con algunos colegas que eran considerados difíciles por otras personas. A menudo se estaba deprimido, pero estos sentimientos se iban después de un par de horas, especialmente cuando podía hablar con alguien. También sentía "pánico" cuando tenía que tomar decisiones. En el curso del examen, no se hicieron evidentes síntomas de ansiedad característicos de una crisis de pánico.

El examen físico no reveló anormalidades. Las pruebas de sangre, incluyendo las de función tiroidea, estaban dentro de los límites normales, tal como lo fueron otros estudios especiales como el EEG y el mapeo cerebral.

Evolución: Cuando se le dijo que no había necesidad de que se quedara en el hospital pero que siempre habría alguien disponible cuando sintiera que no podía hallar soluciones sólo, aceptó irse a su casa. Durante las siguientes dos semanas, llamó dos veces para preguntar sobre cosas triviales y luego retomó sus sesiones con su psicoterapeuta.

Caso 25

Discusión:

La característica mas significativa del trastorno de este paciente es perturbación severa en la constitución de su personalidad y sus modelos de comportamiento, que coinciden con los criterios del trastorno de la personalidad establecidos en la CIE-10 . No había historia de trastorno depresivo o de ansiedad, tampoco ideas delirantes, ni alucinaciones u otros síntomas psicóticos.

El paciente presenta un comportamiento enraizado y de larga data caracterizado por permitir que otras personas tomen sus decisiones mas importantes, subordinando sus necesidades a las de los otros, excesiva complacencia con los deseos de los demás, capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin un consejo permanente por parte de otros, preocupación con temores de tener que cuidarse a de sí mismo y sentimientos de abandono cuando se encuentra solo. Este es el modelo típico de comportamiento observado en el trastorno dependiente de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.