



PASIÓN POR EDUCAR

**NOMBRE DE LOS ALUMNOS: RUBIEL LOPEZ
PEREZ, VERONICA ESCANDÓN AQUINO,
NALLELY VALDÉZ ESPINOZA Y LILIANA DE LOS
ANGELES BAUTISTA**

**NOMBRE DEL PROFESOR: RODLFO BATAZ MORALES
PSICOPATOLOGÍA**

LIC. EN PSICOLOGIA, 7MO CUATRIMESTRE

**COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS. A 29
DE NOVIEMBRE DE 2020.**

PASIÓN POR EDUCAR

PLANEACION DE CASO CLÍNICO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DEL SURESTE	UNIVERSIDAD DEL SURESTE
NOMBRES :	NAYELI. RUBIEL. ESCANDON AQUINO VERONICA. BAUTISTA LOPEZ LILIANA DE LOS ANGELES
MODALIDAD	ESCOLARIZADA
TURNO	MATUTINO
FECHA	27/11/2020

FECHA Y HORA	ACTIVIDADES A REALIZAR
026/11/20	BUSQUEDA DE INFORMACION EN CASOS CLINICOS
27/11/20	ELABORACION DE PLANEACION EN CASO CLINICO
28/11/20	ELABORACION DEL CRONOGRAMA DE TRABAJO
29/11/20	ELABORACION DEL FORMATO DE EVALUACION
30/11/30	NiNGUNA
31/11/20	OBTENCION DE DATOS
1 /11/20	ANALISI DE DATOS Y CREACION DE INFORME

EXPEDIENTE CLINICO

1 - DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE; PATRICIA BOLAÑOS RÍOS

EDAD: 19 AÑOS

GRADO CUESANDO: SEGUNDO CURSO DE BACHILLERATO DE CIENCIAS SOCIALES.

2. DIAGNOSTICADA

14-15 AÑOS FUE DIAGNOSTICADA DE UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, CONCRETAMENTE ANOREXIA NERVIOSA PURGATIVA, PARA EL QUE COMENZÓ TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, PSICOLÓGICO Y ENDOCRINOLÓGICO

3 – NUCLEO FAMILIAR

MADRE DE 60 AÑOS DE EDAD, DOS HERMANAS Y LA PACIENTE. EL PADRE FALLECIÓ (CÁNCER DE LARINGE) CUANDO LA PACIENTE TENÍA 16 MESES.

4 – ANTESEDENTES

FAMILIARES :

AMBAS HERMANAS PADECÍAN ALTERACIONES TIROIDEAS, UNA HIPOTIROIDISMO Y OTRA HIPERTIROIDISMO. EL PADRE PRESENTÓ OBESIDAD, CON SÍNDROME METABÓLICO

PERSONALES : ADECIÓ MONONUCLEOSIS Y LE PRACTICARON UNA AMIGDALECTOMÍA. DESCRIBE ALERGIA AL POLVO, AL OLIVO Y A LA GRAMÍNEA. PADECE ASMA.

5 - TRATAMIENTO

RÉGIMEN AMBULATORIO INCLUYENDO UN ABORDAJE FARMACOLÓGICO (PAROXETINA, LORAZEPAM Y LORMETAZEPAM), PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN COGNITIVOCONDUCTUAL Y CONSEJO FAMILIAR. ADEMÁS SEGUÍA EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES (EN LOS “BROTOS”), POR SU ENFERMEDAD

6 -DIAGNOSTICO .

LAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS ASOCIADAS A UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CONSTITUYEN UN FACTOR AGRAVA DICHO TRASTORNO. EN EL CASO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN UN PACIENTE CON BULIMIA, EL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES PUEDE IMPLICAR UNA MAYOR FRECUENCIA DE EPISODIOS DE SOBREINGESTA DADO EL AUMENTO APETITO QUE ÉSTOS PUEDEN PRODUCIR. COMO CONSECUENCIAS DE DICHOS EPISODIOS LOS PACIENTES AUMENTAN NÚMERO DE CONDUCTAS COMPENSATORIAS UTILIZADAS PARA IMPEDIR LA GANANCIA DE PESO.

CASO CLÍNICO

Paciente, mujer, atendida por primera vez en abril de 2003, fecha en la que tenía 19 años de edad. cursaba segundo curso de bachillerato de ciencias sociales. A los 14-15 años fue diagnosticada de un trastorno de la conducta alimentaria, concretamente anorexia nerviosa purgativa, para el que comenzó tratamiento psiquiátrico, psicológico y endocrinológico. En el momento de la primera entrevista estaba siendo tratada por una psicóloga por dicho motivo. Acudió a la consulta acompañada por su madre. El núcleo familiar estaba formado por la madre de 60 años de edad, dos hermanas y la paciente. El padre falleció (cáncer de laringe) cuando la paciente tenía 16 meses. Con referencia a los antecedentes familiares, ambas hermanas padecían alteraciones tiroideas, una hipotiroidismo y otra hipertiroidismo. El padre presentó obesidad, con síndrome metabólico. Tras el diagnóstico de anorexia nerviosa purgativa, la paciente fue operada de apendicitis, tras lo que fue diagnosticada de enfermedad de Crohn, a los 17 años. Con respecto a otros antecedentes personales, padeció mononucleosis y le practicaron una amigdalectomía. Describe alergia al polvo, al olivo y a la gramínea. Padece asma. Según explicó la paciente, con 13 años comenzó a seleccionar alimentos y a restringir la cantidad de su dieta habitual (dulces, pan, pasta, arroz, patatas y alimentos grasos), consiguiendo perder 12 kilos, aproximadamente, siendo el índice de masa corporal (IMC) máximo 21.8 aproximadamente y el mínimo 17.64 según recordaba. Con el objetivo de perder peso más rápidamente, comenzó a realizar ejercicio de forma compulsiva (abdominales y baile), sin ningún tipo de control. Con 15-16 años además de la citada restricción alimentaria, comenzó a provocarse vómitos. Realizaba dos comidas al día: desayuno (muy poca cantidad) y almuerzo (adecuada cantidad, pero siempre seguido de vómitos). A los 17 años la paciente mostraba acrocianosis y, según ella refería, se le marcaban los vasos capilares y tras una discusión con un familiar eso se le extendió a la parte de la cara, motivo por el que le llevaron a urgencias asustados... Tras dicho episodio, comentaba que las conductas, antes mencionadas, fueron mejorando (por el susto...). Sin embargo, durante el año anterior a la primera entrevista, la paciente siguió perdiendo peso hasta llegar a un IMC de 16.26, calculado a partir del peso mínimo recordado por ella. En este momento seguía vomitando tras los almuerzos, practicaba ejercicio y aumentaba la restricción alimentaria. Durante dicho año utilizó además otros métodos compensatorios como laxantes, diuréticos y enemas.

Unos meses antes de acudir a la consulta comenzó a tener atracones y aumentó el número de vómitos, teniendo lugar ambos incluso en la calle (por ejemplo en el recreo del Instituto), todo lo cual duró, inicialmente, unos 2 meses. A pesar de desaparecer los atracones y los vómitos (sufrió un síndrome de Mallory Weiss), en el último mes previo a la entrevista (con un IMC de 22.84) continuaba la restricción y había aumentado el ejercicio. Sólo tomaba dos comidas al día, y si no iba al Instituto sólo una. La paciente expresó en el momento de la primera entrevista bastante

miedo a engordar, describiéndose como una persona obesa. Las partes de su cuerpo que más despreciaba en ese momento eran los glúteos y los muslos. Se miraba cada vez que podía en el espejo y los escaparates. Se compraba la ropa muy ajustada para poder verse un poco más delgada. La paciente otorgaba gran importancia al peso, llegando a pesar 2-3 veces al día (en casa y en la calle). En el momento de la evaluación, la paciente presentó un IMC de 22.04. Mantuvo amenorrea secundaria durante un año, tiempo tras el que siguió un tratamiento farmacológico que hizo que recuperara la menstruación de forma regular. Posteriormente volvió a padecer amenorrea secundaria durante tres meses. En el momento de la entrevista la menstruación era irregular. La paciente intentaba hacer alguna comida con la madre, lo que implicaba comer más despacio y para ella, por tanto, engordar. Cuando ocurría esto, intentaba evitar otras comidas como técnica compensatoria. La madre le prestaba mucha atención y esto creaba en la paciente dos sentimientos contradictorios: enfado y necesidad de atención frente a la misma persona. En el momento de la entrevista, estudiaba segundo curso de bachillerato, observándose una disminución del rendimiento académico con respecto al primer curso. Cuando estudiaba decía sentir hambre, que pasaba a convertirse en ansiedad manifestándose a través de algún ataque de asma, por lo que para evitar esta situación y los posibles atracones, no estudiaba. Con respecto al Instituto, se negaba a ir a clase, dado que creía que los compañeros se reirían de ella, ya que cuando era pequeña le llamaban "gorda". Además, evitaba situaciones sociales por igual motivo. En cuanto a posibles hábitos tóxicos descritos por la paciente, señaló que fumaba 1- 1.5 paquetes de tabaco al día, no bebía alcohol y que consumió hachís el verano anterior a la primera entrevista. Mencionó intentos repetidos de suicidio mediante ingesta de fármacos y autolesiones con cuchillas o cristales, provocados por la imagen que tenía de sí misma y por la culpa que sentía por hacer daño a los que la rodeaban, idea que el día de la entrevista seguía expresando. Manifestaba que dichas autolesiones ocurrían, sobre todo, cuando tenía ataques de ansiedad. Por otra parte, la paciente se encontraba más irritable y susceptible. Sentía ganas de llorar (lo que hacía diariamente), desmotivación y apatía. Dormía muchas horas. Era consciente de que sus conductas y actitudes no eran normales y mostraba disposición para el cambio. Con el diagnóstico de bulimia nerviosa de tipo purgativo, según criterios DSM-IV, se inició el tratamiento en régimen ambulatorio incluyendo un abordaje farmacológico (Paroxetina, Lorazepam y Lormetazepam), psicoterapia de orientación cognitivoconductual y consejo familiar. Además seguía en tratamiento con corticoides (en los "brotos"), por su enfermedad de Crohn. Durante el tratamiento, el IMC de la paciente osciló entre 20.55 y 22.97, a lo largo de 2 años y 3 meses aproximadamente, momento en el que abandonó. Se mostraba inconstante con la toma de medicación y las diferentes pautas del tratamiento. La menstruación fue irregular durante todo el proceso, por lo que a finales de 2004 comenzó a tomar Diane 35. Durante su evolución eran frecuentes los episodios de sobreingesta, provocados en gran medida por el citado tratamiento

con corticoides, seguidos de restricción y ejercicio cuando la paciente detectaba que aumentaba su peso. Tras un año sin acudir a tratamiento, regresó en 2006, describiendo altos niveles de ansiedad, coincidiendo con un aumento de peso (IMC de 25.41), llegando a alcanzar un IMC de 27,3 en 2008. Para intentar detectar una posible causa del aumento de peso se solicitó una curva de glucemia y análisis de las hormonas tiroideas siendo todos los resultados normales. Se concluyó que el aumento de peso era debido a sus malos hábitos alimentarios (no desayunar, cenar cereales, escaso consumo de verduras y frutas, comidas en la calle, consumo de alcohol...) y a una actividad diaria, ahora, excesivamente sedentaria. Con respecto a la enfermedad de Crohn, ésta había sido diagnosticada en 2001. Tras varios meses con dolor abdominal fue intervenida (laparotomía exploratoria), extirpándose apéndice, detectándose durante la cirugía una apendicitis. En el postoperatorio se detectó, por ecografía, un plastrón en fosa iliaca derecha. Se realizó colonoscopia evidenciándose una mucosa hiperémica en ciego y una imagen granular en íleon terminal, siendo etiquetada de posible enfermedad inflamatoria intestinal (con biopsia negativa). En gastroscopia se detectó gastritis crónica superficial. En un estudio por cápsula se detectaron lesiones aftoides en yeyuno y tramos finales de íleon. Se indicó medicación en pauta descendente en septiembre de 2001, observándose leve mejoría clínica pero sin permanecer asintomática. Desde entonces hasta marzo de 2004 siguió varios ciclos de tratamiento con Dacortin (dosis máximas de 30 mg). El tiempo máximo que permaneció sin tomar corticoides fueron 1-2 meses (tratamiento que impidió en gran medida una correcta evolución del trastorno de la conducta alimentaria). Durante todo este tiempo no llegó a estar asintomática. En marzo de 2004 acudió a otro especialista que indicó tránsito gastrointestinal y ecografía abdominal, pruebas que resultaron normales, considerando el cuadro sugestivo de síndrome de intestino irritable. Ante el desconcierto con el nuevo diagnóstico, acudió, junto con su familia, para obtener un diagnóstico definitivo (tercera opinión), a la Clínica Universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra en abril de 2004. En ese momento, la paciente refirió dolor en fosa ilíaca derecha, de presentación diaria, que mejoraba con la deposición o con la expulsión de gases. Tenía febrícula frecuente, así como náuseas sin vómitos. Aquejaba estreñimiento con una deposición semanal, acentuado en los dos meses anteriores, con presencia de moco en la deposición y ocasional rectorragia que fue atribuida a hemorroides. Suspendió el tratamiento con corticoides en marzo de 2004. Refería artralgias erráticas en rodillas y muñecas, episodios de pérdida momentánea de fuerzas en las manos, aftas orales frecuentes, ausencia de clínica cutánea, dolor epigástrico tras la ingesta y astenia intensa. Todo ello con un peso estable. Presentó un aceptable control del cuadro bulímico. En el momento de la evaluación en dicha Clínica su IMC era de 22.68. Presentaba buen estado general y buena coloración de piel y mucosas. Tras la realización de analítica completa, radiografía de abdomen vacío decúbito y ortostático, TAC de abdomen, colonoscopia, gastroscopia, informe anatomopatológico e informe

de ginecología se descartó la existencia de enfermedad de Crohn manteniéndose el diagnóstico previo de síndrome de intestino irritable. El tratamiento indicado consistió en “mantener un estilo de vida saludable, llevando a cabo una dieta sencilla y variada, evitando excitantes, picantes y comidas muy condimentadas o grasas”..