

Caso clínico

S. Arxé i Closa

Barcelona

Acude a la consulta una chica de 18 años, acompañada de una amiga del trabajo. Se queja de que pasa repetidas fases de estado de ánimo deprimido alternadas con otras en las que se siente muy bien. Le molesta haber engordado con regularidad desde hace un año aproximadamente.

Antecedentes personales: A los 15 años, inicia una sintomatología significativa, con amenorrea, pérdida de apetito y un adelgazamiento progresivo. Consulta entonces con un ginecólogo y con un endocrino, los cuales la tratan farmacológicamente con un complejo vitamínico y dieta de control. Recuerda problemas con la alimentación desde pequeña, la reñían mucho porque casi no comía.

Clínica actual: Presenta cefalagias habituales desde hace unos 5 meses aproximadamente, mareos con cierta palidez, visión borrosa, insomnio de conciliación, algún episodio sonámbulo esporádico y pesadillas. Se siente triste, y aunque verbaliza que no sería capaz, ha pensado en matarse. Le sudan mucho las manos, tiene palpitaciones y taquicardias y fácilmente se angustia por cualquier cosa. Dice que bebe mucho café. Tiene ideas obsesivas, necesidad de comprobar constantemente lo que hace y se muestra extrañada ante el hecho de tener que entrar necesariamente en las iglesias por las que pasa, tocar 3 veces la tapa de water, beberse un líquido en 3 sorbos y poner los dedos en los tornillos de la baranda de la escalera de su casa, también 3 veces. Se lava frecuentemente las manos y le es difícil cambiar de idea o forma de hacer las cosas. Cambia fácilmente de estado de ánimo, pasando en pocas horas (o incluso en minutos) de estar alegre a triste o viceversa.

Historia familiar: Es la menor de un total de 6 hermanos, los dos mayores varones. El padre falleció de cáncer hace dos años, era un obrero de la construcción. La madre, cose para otras personas y se dedica a sus labores domésticas (tiene 65 años). Ambos procedían de Andalucía.

Hay antecedentes diabéticos en la madre y en parte de su familia. Aunque han pasado malos momentos, siempre han conseguido superar los problemas económicos, ya que han sido una familia unida. Todos los hermanos están casados y ya no viven en casa, únicamente permanecen con la madre las 2 hermanas más jóvenes.

Entrevista personal: Comenta que ha acudido a la consulta por que no se siente bien cuando pasa por la fase «triste» como ella dice. Con un nivel intelectual clínico normal parece fluida a nivel verbal, hablando sin temor y relatando su historia con naturalidad y seguridad. Comenta que desde la muerte de su padre duerme con su madre, y justifica el hecho a través de la compañía que se hacen las dos, lo que según ella, es beneficioso para ambas.

Exploraciones complementarias: Estudio psicológico: Se solicita un EEG, en el cual se observa un trazado de características normales, con actividad alfa posterior, simétrica y estable a la hiperpnea.

– *Test MMPI:* tendencia a la inestabilidad, a un posible intento de causar una mala impresión, existen preocupaciones somáticas y tendencia a la somatización, abundantes signos histriónicos, hipersensibilidad, tendencia perfeccionista, desadaptación y agresividad e irritabilidad ante las frustraciones.

– *Test HTP*: necesidad de refugiarse en la fantasía, compulsividad y excesivo control, rigidez emocional, fuerte dependencia, defensiva e insegura, rasgos paranoides, narcisismo y egocentrismo, ambivalencia afectiva y tendencia a mostrar ansiedad.

– *Test D-70*: obtiene un Centil 20, estando por debajo de la media de la población de su misma edad y condición.

– *Test CEP*: inestabilidad, extraversión, agresividad y una concepción pesimista de las intenciones ajenas.

– *Test TAT*: dependencia materna, apoyo excesivo en la fantasía, inseguridad, inmadurez afectiva, cierto aislamiento y tendencia a comportarse infantil y regresivamente.

Diagnóstico diferencial (según DSM-III-R):

– 300.30 Trastorno obsesivo-compulsivo.

– 300.01 Trastorno por angustia sin agorafobia.

– 300.02 Trastorno por ansiedad generalizada.

– 300.81 Trastorno por somatización.

Hipótesis diagnóstica:

El diagnóstico escogido en función de los síntomas clínicos valorados es el trastorno obsesivo/compulsivo, por la presencia de ideas persistentes invasoras sin sentido, el intento de ignorarlas, el malestar que producen y la interferencia que suponen en la vida cotidiana.

En el trastorno por angustia sin agorafobia, faltarían una o más crisis de angustia (miedo o molestias intensas inesperadas).

El trastorno por ansiedad generalizada se descarta por la ausencia de preocupación excesiva por dos o más circunstancias vitales y porque no tiene una duración de al menos 6 meses. En el trastorno por somatización, falta-

rían más síntomas físicos de los descritos.

Tratamiento y evolución: Se indicó iniciar tratamiento psicofarmacológico con clorimipramina a dosis de 75 mg/día y con alprazolam 0,75 mg/día, en pauta ascendente y progresiva.

Paralelamente se aconsejó la necesidad de realizar un proceso psicoterapéutico de una sesión semanal.

A los dos meses de tratamiento, la mejoría global de la paciente había sido significativa. Por una parte, la ideación obsesiva era mucho menor, así como los rituales de necesidad de comprobar y el hecho de tocar 3 veces las cosas. Su estado de ánimo era algo más estable y no manifestaba dificultades para conciliar el sueño. Las cefalalgias y los marcos, se habían reducido considerablemente.

Por otra parte, la psicoterapia favoreció la toma de decisiones, empezando por reafirmar un poco su yoicidad, en disminuir la dependencia con la figura materna y en la desaparición de la tristeza y la tendencia al aislamiento.

Empezaba a mostrarse algo más sociable y a tener ganas de salir con amigos y amigas del trabajo. A nivel personal, se sentía más capaz de realizar mejor sus tareas y de ser más regular y constante de lo que era anteriormente.

A los 6 meses, por problemas económicos relativos, dejó de asistir al Centro, manteniendo una evolución satisfactoria a todos los niveles en ese momento. Después de la interrupción voluntaria del tratamiento, no ha vuelto a asistir a controles de ningún tipo, por lo que no se sabe su estado actual.