

Diagnóstico Diferencial en una paciente psiquiátrica

Autora: Ana Lerda

Índice temático.

1. Introducción.....	Pág. 2
1.1 Descripción y características del lugar de residencia.....	Pág. 2
1.2 Actividades llevadas a cabo durante la residencia.....	Pág. 2
1.3 Objetivos del trabajo final de integración.....	Pág. 4
1.4 Marco teórico utilizado por los profesionales del servicio de admisión.....	Pág. 5
1.5 Relevancia.....	Pág. 7
2. Desarrollo.....	Pág. 7
2.1 Transcripción de la historia clínica; durante los periodos de internación....	Pág. 8
2.2 Descripción teórica del trastorno Bipolar II y articulación con el caso Clínico.....	Pág. 22
2.3 Descripción teórica del trastorno límite de la personalidad y articulación con el caso clínico.....	Pág. 27
2.4 Descripción teórica de esquizofrenia y articulación con el caso Clínico.....	Pág. 33
3. Tratamiento posible para la paciente C.....	Pág. 49
4. Conclusión.....	Pág. 51
5. A modo de cierre, experiencia hospitalaria y universitaria.....	Pág. 53
6. Anexo. Tests administrados a la paciente C.....	Pág. 55
7. Bibliografía.....	Pág. 59

1. Introducción

Este trabajo final de integración está basado en una experiencia de pasantía, correspondiente a la práctica y habilitación profesional, la cual forma parte de la última de las prácticas realizadas antes de obtener el título de licenciada en psicología. Dicha práctica fue llevada a cabo durante 320 horas divididas en 20 horas semanales, haciendo un total de cuatro meses. Esta pasantía es requisito para aprobar la práctica y habilitación profesional de la carrera de psicología en la Universidad de Palermo.

1.1. Descripción y característica del lugar de residencia

Dicha pasantía fue realizada en un hospital. Este nosocomio es un hospital psiquiátrico público que asiste a mujeres de clase social media y baja de entre 20 y 80 años; su objetivo es principalmente asistencial aunque también cuenta con un centro de docencia a través del cual se dictan cursos, jornadas y especialidades dirigidas a profesionales y a estudiantes avanzados a cargo de especialistas en psiquiatría.

La institución cuenta con profesionales de diferentes disciplinas por ejemplo: médicos psiquiatras, neurólogos, psicólogos, músicos terapeutas, ginecólogos y odontólogos.

1.2. Actividades llevadas a cabo durante la residencia

La pasantía fue realizada en el servicio de admisión del Hospital (pabellón de agudos), está compuesto por un equipo interdisciplinario de profesionales, el jefe de servicio, médico psiquiatra, la subrogante, médica psiquiátrica, una psicóloga, una asistente social, un musicoterapeuta, un terapeuta ocupacional, médicos y psicólogos concurrentes además del personal de enfermería.

Las pacientes son derivadas del servicio de guardia y ocasionalmente de la una unidad depende del servicio penitenciario federal, la cual se encuentra dentro del hospital. Estas pacientes tienen diferentes tipos de internación, entre las cuales puede citarse:

- Autointernación: la paciente acude al hospital sola.
- Internación de urgencia: la paciente es internada, acompañada por la familia.
- Internación judicial-civil: El juez es el que decide la internación de la paciente.

Todas estas pacientes tienen internación judicial debido a los delitos que cometieron.

Sus causas pasan de juzgado penal a juzgado civil una vez que dichas pacientes son declaradas inimputables.

La actividad llevada a cabo como pasante fue de observación y discusión junto con los profesionales que integraban el equipo del servicio de admisión.

También se tuvo acceso a la historia clínica, a las entrevistas individuales y familiares de las diferentes pacientes internadas en el servicio de admisión.

Se tuvo la oportunidad de participar de las clases dictadas por el jefe de residentes de psiquiatría y jefe del servicio de guardia.

En dichas clases se presentaban pacientes con diferentes patologías, se las entrevistaba, se trataba de establecer un diagnóstico y luego el doctor explicaba teóricamente la patología presentada por la paciente.

Diariamente se entrevistaba junto a una psicóloga o con médicos psiquiatras diferentes pacientes y se iba viendo su evolución hasta el momento del otorgamiento del permiso de paseo y finalmente del alta. También se leía y transcribía la historia clínica de la paciente que se eligió como caso único para éste trabajo final de integración.

En otros momentos también se participó de la toma de psicodiagnóstico, generalmente las técnicas administradas son: MMPI2, Persona bajo la lluvia, Bender y HTP, las cuales consisten en test psicológicos en los cuales se puede observar, rasgos de personalidad del paciente, posibles diagnósticos y nivel de adaptación al medio. Dichas técnicas consisten en realizar dibujos o responder preguntas por verdadero o falso.

Es significativo destacar que la función específica del servicio de admisión es de contención, apoyo y orientación a pacientes y familiares. Se realiza tratamiento farmacológico y psicoterapéutico breve. Aquellas pacientes que necesiten un tratamiento más prolongado o que no tuvieran familiares son derivadas a otro servicio de largo tratamiento dentro del mismo hospital. Esto se

hace teniendo en cuenta el pronóstico y el tiempo estimativo de la evolución de la enfermedad.

El alta consiste primero en una serie de permisos de paseos para observar el desempeño de la paciente, luego de su descompensación en el ambiente en el cual antes formaba parte. La paciente necesitará contención y cuidados por parte de sus familiares para poder recuperarse, sobre todo cuando no hay conciencia de enfermedad en cuyo caso la paciente necesita que alguien le administre la medicación y que la lleve a consulta. Generalmente se trata de pacientes que no pueden vivir solas, necesitan siempre de algún familiar que pueda hacerse cargo. Estas pacientes requieren de un ambiente tranquilo, libre de estrés para su recuperación.

Luego de los permisos si la paciente continúa estable en su cuadro psicopatológico, se le da el alta definitiva.

1.3.Objetivo del trabajo final de integración

En el presente trabajo se intentará arribar a un diagnóstico presuntivo para el caso de una paciente (en adelante la paciente C), que estuvo internada en el servicio de admisión durante el periodo de pasantía.

Es de suma importancia el diagnóstico presuntivo de la paciente, ya que con el mismo se podrá decidir cual es el tratamiento terapéutico adecuado según la patología.

Para arribar a dicho diagnóstico primero se tratará de establecer un diagnóstico diferencial entre los tres trastornos diagnosticados en los distintos servicios del hospital por los cuales pasó la paciente. El primer diagnóstico fue trastorno bipolar II diagnosticado un año antes de que la paciente llegara al servicio de admisión .El segundo diagnóstico fue trastorno de la personalidad Límite. Finalmente se le diagnostica síndrome esquizofrénico en el servicio de emergencia . Este último diagnóstico fue corroborado durante su internación en el servicio de admisión.

Se intentará demostrar por qué los diagnósticos de trastorno bipolar II y trastorno límite de la personalidad no son los adecuados para la paciente, y por

qué el diagnóstico de esquizofrenia es el más acorde según los signos y síntomas presentados por la paciente.

Para corroborar a la esquizofrenia como diagnóstico presuntivo y adecuado, se tendrán en cuenta tanto antecedentes familiares y sociales como también la historia clínica, los tests administrados en diferentes momentos de la internación de la paciente y la bibliografía que se tomó de diferentes autores.

1.4. Marco Teórico utilizado por los profesionales del servicio de admisión

El marco teórico utilizado por los profesionales del servicio de admisión es el psiquiátrico, basado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV y CIE-10 y psicológico, en el cual se utiliza la psicoterapia de apoyo basada en la perspectiva psicoanalítica.

Dicha psicoterapia consiste en una relación cara a cara entre el paciente y el terapeuta. Se utiliza para este tratamiento la clarificación a partir de la experiencia consciente y preconsciente del paciente y la confrontación a partir de la focalización, teniendo en cuenta el comportamiento verbal y no verbal del paciente. No se utiliza la interpretación. Las intervenciones del terapeuta tienden a reforzar los compromisos adaptativos entre el impulso y la defensa a través de la persuasión, el consejo y la contención emocional. También se hace orientación a la familia con propósitos psicoeducativos.

El objetivo de la psicoterapia de apoyo es conjuntamente con el tratamiento psicofarmacológico la mejoría sintomática, la cual produciría la compensación del paciente y posteriormente la reinserción social. Por lo tanto se tendrá en cuenta ésta misma línea de abordaje para la fundamentación teórica de éste trabajo. También siguiendo ésta misma línea se planteará un tratamiento posible para la paciente C.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente el planteo del problema y los objetivos para éste trabajo serán:

Planteo del Problema:

- a) ¿Por qué no son diagnósticos presuntivos el trastorno bipolar II y el trastorno Límite de la personalidad en la paciente C?
- b) ¿Por qué se considera a la esquizofrenia como diagnóstico diferencial o de base en ésta paciente?

Objetivo General:

- Demostrar que el diagnóstico de esquizofrenia es el más adecuado en la paciente C del servicio de admisión del hospital, luego de un análisis exhaustivo de signos y síntomas.

Objetivos Específicos:

- Lectura y evaluación de la historia clínica y test administrados para abordar las apreciaciones diagnósticas del equipo interdisciplinario de salud mental del servicio de admisión del hospital .
- Identificación del tipo de indicadores clínicos que presenta la paciente C.
- Abordaje teórico de cada uno de los trastornos, con el fin de poder discriminar los diferentes criterios diagnósticos teniendo en cuenta los indicadores evaluados.
- Definición dentro de los diferentes tipos de esquizofrenia de cual sería según signos y síntomas, el presentado por la paciente C.
- Sugerencia de un tratamiento posible a seguir según la hipótesis diagnóstica de esquizofrenia basado éste en la rehabilitación y resocialización.

1.5. Relevancia

Este trabajo es necesario porque permite realizar una descripción teórico clínica de tres trastornos: Límite de la personalidad, Bipolar II y Esquizofrenia, los cuales se han venido estudiando y cuestionando por diferentes autores, pero en

éste trabajo de lo que se trata es de establecer un diagnóstico presuntivo para el caso de la paciente C internada en el servicio de admisión del Hospital para así poder plantear un posible tratamiento psicológico, además del psiquiátrico, llevado a cabo con fármacos llamados antipsicóticos, el cual le permita a la paciente C llevar una buena calidad de vida y lograr una adecuada reinserción tanto social como familiar, luego de la externación.

2. Desarrollo

El desarrollo y análisis teórico de éste trabajo se realizará desde la perspectiva psiquiátrica para la explicación y descripción del trastorno límite de la Personalidad, Trastorno bipolar II y Esquizofrenia.

Para comenzar el desarrollo del presente trabajo se realizará la presentación del caso clínico seleccionado, detallando la evolución y el tratamiento de la paciente C en dos internaciones en el Hospital . Dicha descripción es sumamente importante, ya que a partir de la lectura de los síntomas y signos de la paciente se podrá corroborar la hipótesis diagnóstica de esquizofrenia, como también se podrá comprender el motivo por el cual la paciente fue diagnosticada como Trastorno Bipolar II y Trastorno de la Personalidad Límite.

Se trata de la paciente C, de 30 años, quien estuvo internada en el Hospital dos veces. La última de las internaciones correspondió al momento en que se desarrolló la pasantía en la que se basa este trabajo.

2.1. Transcripción de la historia clínica de la paciente C; durante los periodos de internación.

Primera internación en el hospital

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

Padres: viven

Diagnóstico presuntivo: Sobreingesta de psicofármacos

Intento de suicidio

Descompensación Psicótica

Internación por urgencia

Motivo de consulta: Descompensación Psicótica

Tipo de consulta: Espontánea

Familia: Continente

Motivo de Consulta

Paciente que es traída por sus padres. Ha hecho una sobreingesta de psicofármacos con el propósito de quitarse la vida.

Los padres de la paciente aportan los datos.

Enfermedad Actual

Los padres comentan que desde hace dos meses la paciente comenzó a presentar síntomas depresivos (tristeza, llanto, tendencia a ir a la cama, etc.).

En los últimos tiempos comenzó a presentar ideas místicas (rezaba todo el día), episodios de excitación y acentuada ideación suicida.

En el día de ayer la paciente consumió (cuatro comprimidos de olanzapina, veinte de clonacepan y diez de carbomazepina) por lo cual fue llevada por sus padres a un hospital general, desde allí fue trasladada al Hospital .

Antecedentes de Enfermedad Actual

Internaciones: si

Tratamientos: si

A los 17 años la paciente C comenzó a presentar episodios distímicos, trastornos de la imagen corporal, e intentos de suicidio.

Su primera internación psiquiátrica fue por intento de suicidio. Estuvo 10 días internada .En ése entonces C tenía 18 años.

La segunda internación fue también por un intento de suicidio a los 19 años; estuvo un mes internada . En ése momento fue medicada con Halopidol. Luego del alta los padres dicen que estuvo deprimida 2 años (estaba todo el día en la cama, no hacía ninguna actividad). Luego hizo psicoterapia durante 3 años.

A los 24 años comenzó tratamiento con el doctor X.

La tercera internación fue por presentar un cuadro de excitación psicomotriz durante el cual agredió a su madre.

Antecedentes Hereditarios

Padre: vive, sin patología.

Madre: vive, posible trastorno psicótico.

Hermanos: tiene 2 hermanos de 21 y 25 años.

Cónyuge: no tiene.

Tío materno, se suicidó.

Antecedentes Personales

Nacida a término: sí.

Parto: normal.

Deambulación normal: sí.

Instrucción: Licenciada en Ciencias de la Comunicación.

Enfermedades Padecidas: Las comunes de la infancia; varicela y sarampión.

Adicciones: Consumió marihuana y cocaína.

Estado Actual: .

Paciente aseada, excitada, grita constantemente que se quiere morir, tiene excitación psicomotriz, somnolencia por momentos. Juicio desviado.

Por el cuadro de excitación psicomotriz que presenta la paciente y por haber peligrosidad para si y para terceros, se le efectúa contención física con muñequerías hasta que cese la peligrosidad.

Se indica control estricto.

Entrevista Familiar con la madre

La madre es odontóloga y hace un año y medio que no trabaja.

Se presenta desalineada, el pelo de tres colores y con rosario color fucsia en el cuello. Su discurso está plagado de citas bíblicas, razonamientos pueriles e ideas delirantes místicas. Últimamente, por la enfermedad de C, visitó a un sacerdote que se dedica a exorcizar quien le manifestó que lo de C es un padecimiento psiquiátrico.

La madre de C dice que se separó del padre de C cuando ella tenía 9 meses.

También comenta la madre que tanto ella como su hija pertenecen a una sexta carismática.

Se le explica al familiar el funcionamiento del servicio.

Entrevista con el padre

El padre se presenta aseado y arreglado, con discurso coherente. Se culpa por el desarrollo de la enfermedad de C.

Actualmente le paga el alquiler y los servicios del departamento donde vive C, sola hace un mes.

Evolución y tratamiento

Al momento del examen la paciente se encuentra angustiada, retraída, paranoide. Sin conciencia de enfermedad.

Pensamiento desorganizado, ideas obsesivas y sobrevaloradas, juicio desviado, distimica, hipobúlica.

Al momento se encuentra medicada con: Olanzapina 10mg y Clonazepam 3 mg.

Diagnóstico: Trastorno Bipolar II.

Al otro día: Paciente que se encuentra levemente somnolienta, responde al interrogatorio. No se ha alimentado por vía oral pero refiere que lo hará luego de la entrevista.

No se observan alteraciones sensorio-perceptivas al momento del examen.

Guardia, 17hs.

Paciente que presenta un cuadro de excitación psicomotriz, está agresiva hacia terceros y mancha con sangre las paredes y los armarios del sector (está menstruando).

Se indica contención física en muñecas.

Al los dos días: . La paciente ingresa al servicio de Emergencias.

Datos aportados por los padres.

La paciente presenta múltiples dificultades para terminar sus estudios secundarios.

Actualmente se desempeña laboralmente en un periódico barrial, aparentemente con buen desempeño. Desde hace un mes está viviendo sola en un departamento alquilado por su padre.

No refiere parejas.

Sus familiares la describen como una chica sensible, inteligente y sociable aunque en éste último tiempo se había retraído.

Realiza otras actividades además de su trabajo como canto lírico y teatro.

Habría ingresado hace poco a un grupo carismático.

Estado Actual

La paciente se encuentra tranquila, en regulares condiciones de aseo y arreglo. Colabora con el interrogatorio.

Dice “Me tomé las pastillas porque me quería dormir y porque sentía que nadie me quería, quería acallar mi cabeza” (sic).

C se define como lógica y razonadora, se reconoce por momentos infantil.

Con respecto a la temática religiosa, ella se torna eufórica cuando se le aborda.

Dice “Soy una mujer de mucha fe...” “La fe es una valiente que tengo”.

Comenta que en su historia se registran diferentes estados, depresiones, manía, obsesiones, adicciones, paranoia... (Sic).

Al momento del examen se halla vigil, orientada globalmente, con conciencia de situación sin conciencia de enfermedad.

No se registran alteraciones sensoperceptivas al momento del examen. Pensamiento de curso normal y contenido coherente. Ideas sobrevaloradas. Juicio a evaluar. Labilidad afectiva.

La paciente ha sufrido una caída no abrupta desde su propia altura, sin provocarse lesión alguna.

Al momento de la entrevista se halla en cama, se encuentra angustiada y en pobres condiciones de aseo y arreglo.

Colabora parcialmente con el interrogatorio.

Dosifica la información, pero cuando emite algún comentario emite frases que impresionan, complejas, que carecen de un real significado. Sus argumentos son rebuscados, extravagantes sus modos, con lágrimas en sus ojos, habla de miedo a permanecer internada para siempre.

Manifiesta sus deseos de gritar y el temor de que ello implique una prolongación en su estadía.

Dice sentirse deprimida. Comenta que necesita un antidepresivo, manifiesta sus miedos de no poder controlarse.

C presenta ideas de desconfianza, labilidad afectiva, distimia.

Come y duerme bien. Continúa en observación. Igual tratamiento.

Luego: La paciente se muestra colaboradora y participativa cuenta que en los últimos tiempos estaba algunos días bien y otros mal. Habla de la época en que era feliz y dice que últimamente no lo lograba; sentía que luchaba contra algo (sic). Esto no sólo es asociado a su estado depresivo sino a pensamientos impuestos, ideas que pasan en mi cabeza y debo controlar (sic). Así estando con alguien se le imponía el pensamiento de insultarlo, decir algo para que esa persona se aleje. Dicho pensamiento era totalmente opuesto a lo que sentía (sic). Actualmente se le impone la idea de gritar que es frígida, esto le da miedo, tiene temor de quedar internada de por vida.

Luego habla de su trabajo, de sus intereses, de su religión también del vínculo con sus padres ubicando cuanto ama a su madre y que ausente ha estado su padre. Lloro cuando se indaga sobre el hecho de agresividad hacia su madre que motivó su anterior internación y dice” que no se perdona haber hecho eso con quien más ama”.

Un día despues: La paciente se presenta tranquila, de buen ánimo “se muestra arrepentida por la boludés que cometió” (sic), haciendo referencia al suceso que motivó su internación. Habla de la época en que era adicta ubicándola en la misma línea de la sobreingesta en tanto búsqueda de evadir lo que le pasa (sic). Así habla del vacío que siente en relación a su padre, a quien dirigía los diferentes actos (sic).

Define como “simbiótica la relación con su madre”.

En cuanto a sus relaciones de pareja dice que es “adictiva” porque se olvida de ella misma ya que el otro pasa a ser todo (sic).

Luego: Se realiza psicodiagnóstico de Rorcharch y se administran técnicas Proyectivas gráficas (HTP y Bender).

La paciente se mostró colaboradora, sus tiempos de reacción y ejecución estuvieron claramente disminuidos.

Comprendió perfectamente las consignas.

Para resultados e informe. Ver anexo

Un dia despues: La paciente se encuentra de buen ánimo. Dice que han disminuido los pensamientos impuestos. Aclara que en realidad es mentira que es frígida y nunca ha disfrutado un orgasmo (como debía gritar a partir de dichas ideas).Asocia éste pensamiento a la culpa que siente a partir de su cambio espiritual por sus miserias (sic). Ubica en ésta línea su sexualidad, su egoísmo. Habla de la relación con su padre y con quien fuera su segunda esposa, quien le haría la vida imposible (sic).

Dice que debe dejar de esperar que el padre cambie y aceptarlo como es (sic).

Habla de la época de su “semianorexia”, aunque sigue obsesionada con su imagen (sic).

Se trabaja su temor a la cura y a quedar internada de por vida.

Dos días después: Paciente llorosa, angustiada.

Refiere haber tenido una discusión con su madre, se la contiene verbalmente.

Se indica un comprimido por única vez de Lorazepam 2,5mg.

Luego: La paciente ha estado toda la mañana recostada. Dice que está angustiada debido a la discusión que tuvo ayer con su madre, en la cual se ha quejado por dejarla internada. Ahora tiene temor como días anteriores a quedarse internada toda la vida. A partir de esto se trabaja sobre cuáles son las cosas que la hacen sentirse loca (sic).

Habla del pensamiento que se le impone de decirle a todos que es frígida y nunca tuvo un orgasmo (sic). Dice que era muy egoísta y orgullosa por lo que hacer esto era una forma de humillarse ante los demás. (sic).

Dos días después: La paciente se encuentra tranquila, en regulares condiciones de aseo y arreglo, colaboradora con el interrogatorio, pero sólo responde lo que se le pregunta.

Se observa cierta latencia en sus respuestas, comentarios rebuscados, extravagante en sus modos. Presenta pensamientos obsesivos, episodios de distimia.

Un día después: la paciente refiere sentirse de mejor ánimo, con más energía (sic).

Se retoman temáticas ya trabajadas acerca de sus vínculos, insistiendo en la temática de la ausencia de su padre. Dice que “siente alivio por no darle tanta bola a sus pensamientos” (sic).

Dos días posteriores: La paciente se presenta a la consulta tranquila, estable de buen ánimo. Se muestra interesada en la idea del futuro permiso de paseo.

Luego habla de dos cuestiones que la han ayudado a salir adelante a pesar del vacío por la ausencia de su padre (sic). Su fe y su terapia.

Dice que su psicólogo es un referente paterno, gracias a la terapia pudo por ejemplo desenvolverse como vendedora y realizar sus estudios universitarios.

Cuenta que antes de cada examen le ocurría algo que le impedía rendirlo, por ejemplo ideas tales como que su ex novio estaba con otra, pero comenta “Con mi fe y con mi terapia pude hacerle frente a esto” (sic).

Dos días después: La paciente se encuentra tranquila, estable en su cuadro psiquiátrico. Refiere una disminución de la intensidad de sus pensamientos obsesivos. Come y duerme bien. Igual plan.

Un día después: La paciente se encuentra tranquila, estable.

Se conversa sobre el fin de semana en el que se le otorgará permiso de paseo, sobre lo que planea realizar durante el mismo.

Se trabajan diferentes temáticas: vínculos de pareja que ha tenido, su carrera universitaria, su época de adicciones. Se realiza señalamiento sobre dicho material.

Dos días después: Paciente tranquila, estable, de buen ánimo, sin ideación suicida al momento del examen. Se otorga permiso de paseo se hace responsable de su cuidado su padre.

Un día posterior: *Se entrevista a los padres de la paciente, que acompañaron a la misma en su regreso del permiso de paseo, comentan que luego del primer día en el que la madre le hablara a C de su miedo a estar con ella luego de que anteriormente la había agredido, la paciente ha estado muy angustiada, llorando y diciendo “soy un fracaso”, “estoy sola”.*

Los días restantes ha estado de mejor ánimo, no ha querido ver a su padre, manifiesta que ha tenido problemas para dormir. El domingo a la noche ha estado muy angustiada manifestando que no quiere volver al hospital porque teme quedarse internada toda la vida.

Una semana después: *Se entrevista a los padres de la paciente para plantear la modalidad de continuidad del tratamiento considerando que mañana será dada de alta. Se les explica la necesidad de que C esté acompañada.*

Se propone hospital de día o un acompañante terapéutico en el departamento de la paciente, o bien vivir en casa de su madre ya que su padre no puede hacerse cargo de ella.

La paciente se presenta a la consulta enojada por lo pactado luego del alta.

Dice que ha estado muy bien el fin de semana pero se ha angustiado al enterarse de lo hablado con sus padres.

“Yo no quiero estar vigilada, quiero estar en libertad” (sic).

Se intenta pensar con ella opciones para buscar compañía y que actividades le resultan más agradables, pero se niega y pregunta varias veces si puede abandonar éste tratamiento y retomar el que realizaba con el psiquiatra que tenía antes.

Entrevista con los padres.

Los padres de la paciente deciden que C continuará tratamiento en forma privada.

Se le otorga la externalización bajo la responsabilidad de los padres.

Segunda Internación de C en el Hospital

Esta segunda internación corresponde al momento en el que se realizó la pasantía.

Guardia. Urgencia

Paciente que es traída en una ambulancia, desde su domicilio, por presentar una descompensación psicótica, con riesgo y peligrosidad para si y para terceros.

Está acompañada por su madre y por su médico tratante.

Refiere la madre que hace 15 días aproximadamente luego de que fuera rechazada de un trabajo en el que se desempeñaría como tele marketing comenzó a presentar insomnio, agresividad hacia terceros, amenazas de suicidio y conductas bizarras (mandó un mail a un diario donde trabajaba diciendo que era frígida), luego envió otro mail en otro diario diciendo lo contrario.

En la mañana hizo una sobreingesta de psicofármacos, donde ingirió: 10 comprimidos de 2mg de Clonazepan.

En el día de ayer y hoy estuvo excitada y agresiva verbal y físicamente con su madre además se auto agredió con una hoja de afeitar.

Estado actual de la paciente

La paciente se encuentra vigil, excitada, angustiada, orientada, sin conciencia de enfermedad, reticente, agresiva con su madre. Distímica, bizarra, niega productividad delirante y alucinatoria pero por su reticencia no se descarta que la tenga, pueril, juicio desviado.

Diagnóstico: Descompensación Psicótica.

Se indica control estricto por riesgo suicida.

Diagnóstico presuntivo: ¿Trastorno Límite de la personalidad?

Al otro día: Paciente que se presenta a la entrevista tranquila, vigil, orientada globalmente, actitud desconfiada, pobres condiciones de aseo personal, no refiere alteraciones sensorio-perceptivas en el momento del examen.

Memoria y atención conservadas, pensamiento de curso y contenido normal.

Cuenta que ayer hizo una sobreingesta de psicofármacos, siempre con el deseo de llamar la atención; minimiza el hecho, asegura que nunca tuvo intenciones suicidas.

Se define como una persona con frustraciones habituales, por momentos irritable, dice "Sentía un vacío interno casi todo el tiempo". También dice que sufre de soledad y que necesita que la protejan. Manifiesta haber tenido tres parejas estables y que en un momento de su vida fue habitual en ella varias relaciones inestables.

Paciente sin conciencia de enfermedad. No se detecta ideación delirante al momento de la entrevista.

La paciente es trasladada al servicio de admisión, servicio en el cual se llevó a cabo la pasantía.

A la semana: Paciente vigil, desalineada, en actitud tranquila, indiferente, facies con poca mímica y mirada por momentos perdida. Orientada globalmente. Su discurso es lento durante el relato de su historia vital, comenta tres internaciones previas, 2 a los 18 años por trastorno de la alimentación y , por agredir a su madre con un cuchillo, sin poder definir los motivos que la llevaron a tomar tal decisión.

Realiza una sobreingesta de psicofármacos ingresando a ésta institución y siendo dada de alta al mes del mismo año.

Afectivamente la paciente se presenta indiferente, hipobúlica sin planes concretos o firmes con respecto a su futuro, sin alteraciones sensoperceptivas al momento del examen.

Diagnóstico Presuntivo: ¿Esquizofrenia?

Entrevista Familiar

Se presenta la madre de la paciente, quien refiere que su hija fue muy tímida desde chica, se separó del padre de C cuando esta tenía 9 meses. Dice que este le quemo la cabeza a C con meta mensajes y la segunda esposa de él humillándola, de esto la madre de C dice haberse enterado mucho tiempo después de que ocurriera y a través de los diferentes profesionales que atendieron a su hija.

A los 9 años C, comienza a practicar deportes, juega pelota al cesto, según su madre era una excelente jugadora.

A lo largo de la entrevista la señora elogia la belleza de C, su inteligencia superior, que fue dada (señala con el dedo hacia arriba) por el de arriba... “yo sólo la estimulé” (sic).

Cuando C tenía 13 años y estaba cursando 7° grado, al volver de un partido, presencia un accidente en la vía pública, según la señora el impacto hizo que se refugiara en la casa, estaba todo el día en cama, sin querer levantarse, su madre comenta que solucionó esto tirándole un balde de agua tibia, así se levantó y terminó la escuela.

A ésta altura de la entrevista la señora impresiona tener un trastorno psiquiátrico porque sin tener fugas de ideas, se dispersa tanto en su relato que termina preguntándome. “¿Por que le estoy diciendo esto?”

Se observa a la madre de C en condiciones de abandono personal. Culpa a su ex marido de problemas psiquiátricos.

Comenta que C entre los 16 y 17 años comienza a consumir drogas , abandona el secundario y cae en una depresión brutal (sic), Internaron a C por primera vez durante 10 días, habría querido en ése momento cortarse las venas.

La segunda internación se produce luego de haber estado dos años acostada. La internación se produce cuando C intenta suicidarse arrojándose de un balcón, en

ése momento la internan en una clínica privada y la medican con halopidol. Estuvo un mes internada y recibió entre 7 y 8 electroshock.

En julio del año pasado, mientras su madre dormía, la atacó con un cuchillo y le hizo varios cortes en el cuello; en el intento por defenderse, se lastimó las manos, por lo que tuvo que ser operada. Éste episodio correspondería a la tercera internación de C.

La cuarta internación fue en éste hospital, en el servicio de emergencias por sobreingesta de psicofármacos al igual que la quinta internación.

Entrevista con el padre de la paciente.

Refiere que hasta los 14 años mantuvo una relación estrecha con su hija, la veía todos los fines de semana, la llevaba de vacaciones con su familia - la cual está integrada por dos hijos varones medio hermanos de C y su esposa. Comenta el señor que a comienzos de la adolescencia de C deja de tener contacto regular con ella porque C prefería salir con sus amigos.

El padre desconocía el consumo de drogas realizado por C.

También manifiesta que tiene una pésima relación con su ex mujer y dice que no está en condiciones de hacerse cargo de su hija, pero se compromete a colaborar en lo posible para la recuperación de la misma.

Paciente vigil, tranquila, sin cambios en su cuadro psicopatológico con respecto al día de ayer. Igual plan farmacológico.

Risperidona 1mg - - 1

Trifluoparazina 10mg ½ ½ ½

Levomepromazina 25mg - 1 -

Acido Valproico 500mg 1 1 -

A los dods dias. Paciente tranquila, hipobúlica, indiferente. Refiere sentirse aburrida de estar aquí.

Pensamiento de curso enlentecido, latencia de respuesta alargada.

No presenta alteraciones sensoperceptivas al momento de la entrevista. Continúa negando que haya querido tomar las pastillas para suicidarse. Persiste cierta somnolencia.

Se alimenta y duerme bien.

Dos días después: Paciente que permanece la mayor parte del día en cama, dice tener mucho sueño. Se relaciona bien con las otras pacientes.

Cinco días después: Paciente desalineada y falta de higiene, orientada globalmente, refiere tener sueño. Cuando más siente somnolencia es por la mañana.

Pueril, quiere buscar trabajo como vendedora de servicios, ir al hospital de día (no sabe si quiere ir) se le explica en que consiste el hospital de día, los tipos de actividades que se realizan en el mismo, pero permanece indiferente.

Al preguntarle sobre que tema eligió para realizar su trabajo final antes de recibirse dice que fue sobre información anónima, pero no puede dar los fundamentos, ni explicar las conclusiones a las que arribó.

Dos días después: Paciente que accede a la entrevista, sonríe pero no puede explicar el motivo de su risa, reticente, abúlica, indiferencia afectiva, debilidad yoica, labilidad afectiva.

En C no se observan proyectos de futuro basados en la realidad concreta, su discurso y contenido es superficial y pueril. No se observan características significativas de un trastorno de la personalidad.

Cuatro días después: Paciente que accede a la entrevista, presenta buen ánimo, refiere querer irse a su casa.

Sus proyectos son pueriles, no cuida su aspecto, comenta que no se baña todos los días porque tiene que “monopolizar el baño” (sic).

No hay afecto a lo largo de su relato.

Al día siguiente: Paciente tranquila, mantiene una sonrisa durante toda la entrevista, pueril, no habla espontáneamente, responde con frases cortas.

Once días después: Paciente vigil, en actitud tranquila, somnolienta, marcada hipobulia, hipotímica. Pregunta cuando se irá de aquí, manifestando que está aburrida.

No tiene proyectos claros para cuando salga.

No presenta alteraciones sensorseptivas al momento del examen.

Al otro día: Paciente que comenta que el tratamiento propuesto para ir al hospital de día no le conviene, ya que su mamá dice que es muy lejos y que lo que más le conviene sería continuar tratamiento en el hospital R en el cual su madre estuvo haciendo las averiguaciones.

Se mantiene entrevista con el padre de C quien se interesa por el estado de su hija, a la que ve mejorada.

Comenta que, luego de la segunda internación, el año pasado le alquiló a C un departamento, que se encontraba a 7 cuadras de la casa de la madre de C.

Se habla de la posibilidad de que C continúe tratamiento en hospital de día, en éste mismo hospital, aunque la paciente se niega influenciada por su madre.

El señor se compromete a hablar y convencer a su hija para que concurra a hospital de día.

Diez días después: Paciente en cama, se levanta para la entrevista, más comunicativa, dice respecto a la evaluación de mañana en hospital de día "espero que me motive".

Niega haber tenido alteraciones sensorseptivas e ideas delirantes, no puede explicar los motivos que tuvo el año pasado para agredir a su madre con un cuchillo mientras dormía.

Hoy está menos indiferente y levemente entusiasmada.

Entrevista en el hospital de día. Se presenta la paciente con sus padres y es admitida una vez que tenga el alta.

Paciente desalineada, comenta algo de la entrevista que tuvo ayer en hospital de día, dice que le gustó a ella y a sus padres. Vendrá todas las mañanas en taxi y se irá en colectivo.

Animo estable.

En los próximos días se le dará el alta para continuar tratamiento en hospital de día.

Paciente tranquila, compensada psiquiátricamente, se le otorga salida a prueba (alta médica). Continuará tratamiento en hospital de día de éste mismo hospital.

A continuación luego de haber transcrito la historia clínica de la paciente C, la cual será analizada, se procederá a la descripción teórica de los diferentes diagnósticos realizados en la paciente C en los diferentes momentos de su internación.

2.2. Descripción Teórica del Trastorno Bipolar II y Articulación con el Caso Clínico.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMVI (1995); el Trastorno Bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

Criterios para el diagnóstico del trastorno Bipolar II.

- A) Presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores.
- B) Presencia o historia de al menos un episodio hipomaniaco.
- C) No ha habido ningún episodio maniaco ni un episodio mixto.
- D) Los síntomas afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es importante especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniaco: Si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco.

Depresivo: Si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor.

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Especificaciones de gravedad /psicosis/remisión/crónico.

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el pos parto.

Para diagnosticar un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias, ni los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Además los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

El trastorno depresivo mayor se da tanto en varones como en mujeres, las tasas son más altas en el grupo de edades entre los 25 y 44 años.

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente.

Muchas veces los episodios de los trastornos depresivos mayores se dan luego de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio.

Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

No es fácil saber en que casos el primer episodio es un trastorno depresivo mayor en una persona joven va a convertirse luego en un trastorno bipolar. Algunas veces el inicio agudo de una depresión grave, con síntomas psicóticos y enlentecimiento psicomotor en una persona joven, sin psicopatología prepuberal, es probable que sea predictor de un curso bipololar. La historia familiar de trastorno bipolar también es sugerente de la aparición posterior de un trastorno bipolar.

Es también importante codificar el estado del episodio actual o más reciente.

Leve, moderado, grave, sin síntomas psicóticos graves, con síntomas psicóticos, en remisión parcial/en remisión total, no especificados, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos y de inicio en el pos parto. DSM IV, (1995).

Seguendo al DSM IV, (1995) el episodio hipomaniaco se caracteriza por:

A) Un periodo durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días, y es diferente del estado de ánimo habitual.

B) Durante el periodo de alteración del estado de ánimo, han persistido tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo.

1) Autoestima exagerada o grandiosidad.

2) Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo: se siente descansado con sólo tres horas de sueño).

3) Más hablador de lo habitual o verborreico.

4) Fuga de ideas o experiencias subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

5) Distraibilidad (por ejemplo: la atención se desvía fácilmente hacia estímulos externos irrelevantes).

6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo, los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.

7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves, (por ejemplo: hacer compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C) El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuándo éste está asintomático.

D) La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E) El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F) Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento u otro tratamiento), ni a una enfermedad médica (por ejemplo: hipertiroidismo).

Para el Doctor Silva, (2005) los pacientes bipolares II tienen por definición la posibilidad (de moderada a severa) de sufrir depresiones mayores con periodos hipomaniacos de por lo menos cuatro días de duración sin marcado deterioro. Los signos y síntomas representan una variación importante en el modo de ser habitual del paciente, se caracterizan por:

Signos y síntomas de un episodio hipomaniaco:

Alegría, jocosidad, sociabilidad y encuentro con personas, aumento de la conducta sexual, confianza y optimismo, desinhibición y actitudes descuidadas,

reducción de la necesidad de dormir, vitalidad, compromiso con nuevos proyectos.

Aunque la conducta está coloreada por el humor exaltado, confianza y optimismo, el juicio se conserva relativamente, en comparación con la manía.

No obstante el curso cíclico de la enfermedad puede involucrar periodos de disfunción significativa, incluso serios intentos de suicidio. De la misma forma el humor cíclico cambia de normal a exaltante y expresivo, un número importante de éstos pacientes puede salir de sus periodos difíciles, lograr nuevo estado conyugal o profesional.

Para Akiskal y Colaboradores, (1979) el trastorno bipolar II se caracteriza por depresiones recurrentes e hiperfagia, tensión e inquietud, labilidad del humor y virajes durante los episodios depresivos, historia de episodios hipomaniacos o ciclotimia y aspecto atractivo o llamativo.

Algunas veces se pueden plantear dudas con el diagnóstico de esquizofrenia, ya que los pacientes bipolares II también pueden presentar síntomas psicóticos (aunque sólo durante la fase depresiva). Akiskal, (1987).

Otro de los diagnósticos que presenta grandes dificultades para el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar II son los trastornos de la personalidad especialmente el trastorno borderline.

Ambos pueden coexistir pero actualmente hay una exagerada tendencia a sobre diagnosticar trastorno de la personalidad y a infradiagnosticar trastornos afectivos. Tanto en Europa como en Norteamérica (Akiskal, 1987).

Trastorno Bipolar II

Cambios del humor espontáneos

Síntomas psicóticos

Hipomanía por antidepresivos

Síntomas depresivos matutinos

Intentos de suicidio graves

Ideas de culpa

Trastorno de conducta sin objeto

Antecedentes familiares de trast bipolar

Infancia no traumática

Trastorno del deseo sexual

Disforia

Trastorno Límite

Cambios del humor reactivos

Síntomas disociativos

Respuesta parcial a antidepresivos

Sin variación diurna del humor

Autolesiones

Extrapunición

Trastornos de conducta

Antecedentes familiares de adicciones

Abusos sexuales y malos tratos

Trastorno de la identidad sexual

Ira

Articulación con el caso clínico

Síntomas que determinaron el trastorno bipolar II en la paciente C:

Intentos de suicidio (sobre ingesta de fármacos), síntomas depresivos (tristeza, llanto, tendencia a ir a la cama), episodios de excitación, labilidad afectiva, inestabilidad del estado de ánimo.

Estos fueron los síntomas que motivaron a pensar en un trastorno bipolar II en la paciente C.

C, presentó episodios distímicos desde los 17 años acompañados de varios intentos de suicidio, sus padres comentaron que estuvo con síntomas depresivos durante dos años, sin deseos de realizar ningún tipo de actividad, estaba triste la mayor parte del día, llorando y en cama. Luego cuando es internada en el hospital presenta varios episodios de excitación, donde la paciente se encontraba agresiva, esto motivaba mucha inestabilidad en su estado de ánimo pasaba de estar angustiada, triste y en cama a periodos de grave excitación donde por ejemplo una vez manchó con sangre los armarios y paredes del hospital, encontrándose en esos momentos indispueta.

Además de estos episodios de excitación la paciente permaneció la mayor parte de la internación angustiada, en pobres condiciones de aseo y arreglo y poco comunicativa.

C también tuvo previo a la internación, ideas raras y pensamiento acelerado se le imponía la necesidad de gritar que era frígida. En algunas entrevistas, C expresó querer “acallar su cabeza”. Estos síntomas hacen pensar en un posible episodio hipomaniaco; el cual acompañado con los síntomas depresivos hacen al trastorno bipolar II, pero puede observarse más adelante, en la última internación de la paciente otra sintomatología que se agrega a la antes mencionada la cual hace pensar que trastorno bipolar II no es un diagnóstico válido para la paciente C, pero si el de esquizofrenia.

2.3. Descripción teórica del trastorno límite de la personalidad y articulación con el caso clínico

No existe una definición unánimemente aceptada de personalidad. Diferentes autores sostienen un modelo teórico de personalidad. Por lo anteriormente dicho es importante citar la definición de personalidad aportada por diferentes autores. Para Jaspers “es el conjunto individualmente distinto y característico de las relaciones comprensibles de la vida psíquica”.

La personalidad supone algo más que la pura reacción ante un estímulo o situación concreta: fundamentalmente es la existencia de un sentimiento individual del yo (conciencia de la personalidad), que no debe ser confundida con sus instrumentos (inteligencia y memoria). Para Allport “Es la organización dinámica de los sistemas psico físicos, que permiten su particular adaptación al entorno”. Para Cattell “La personalidad es aquello que nos permite anunciar lo que un individuo hará en una determinada situación”. Citado por Stingo, (2002). Para Millon (1998) “Es una estructura compleja de características psicológicas profundas, generalmente inconscientes que no pueden ser erradicadas y que se expresan automáticamente en cada aspecto del comportamiento”.

Según el DSM IV (1995), los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales. Sólo cuando los rasgos de personalidad son rígidos y desadaptativos producen incapacidad social significativa, disfuncionamiento ocupacional o malestar subjetivo. De ésta manera se está en condiciones de hablar de un trastorno de personalidad. Según ésta línea teórica, éste último se caracteriza por aparecer en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable y de larga duración.

Un trastorno o disfunción de la personalidad, como sería el trastorno límite, fue descrito teóricamente por diferentes autores, como por ejemplo los que se citarán a continuación, los cuales han llamado a éste trastorno: límite, borderlaine y estructura fronteriza de la personalidad.

Para el DSM IV, (1995) el trastorno límite de la personalidad se encontraría en lo que ha dado a llamar sujetos dramáticos, emotivos o inestables los cuales se caracterizan por impulsividad, relaciones interpersonales inestables o intensas, idealización, sentimiento de vacío, inestabilidad afectiva, intolerancia a estar sólo que provoca comportamientos de auto mutilación o intentos de suicidio. También puede provocar alteración de la identidad, ideación paranoide e ira inapropiada.

Kernberg ,(1987) propone que el concepto de límite no es una personalidad ni una categoría, es una organización estructural amplia entre neurosis y psicosis. Dicha organización estructural tiene la función de estabilizar el aparato mental. También define el origen del trastorno como un desarrollo mental precoz o precipitado no como regresión sino como anticipación, esto es algo que daña el aparato psíquico.

Éste autor plantea que en los pacientes límite es importante determinar ciertas características como por ejemplo:

1) El grado de integración de la identidad, que particularmente en los pacientes límite falla hay carencia de una identidad integrada, descrita ésta última como un concepto pobremente integrado del si mismo y de los otros significantes.

Podría reflejarse a partir de la experiencia subjetiva de vacío crónico, observado habitualmente en los pacientes límite.

2) Los tipos de operaciones defensivas usadas por dichos pacientes muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión¹ y otros mecanismos relacionados como (formación reactiva, aislamiento, anulación, intelectuación) que protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico, pero debilitando el funcionamiento de su yo.

3) La capacidad para la prueba de realidad es definida por la capacidad de diferenciar el sí mismo del no si mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realístamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en término de las normas sociales ordinarias”.

Las tres características antes mencionadas son fundamentales de identificar, ya que son las que harán la diferenciación entre las organizaciones estructurales citadas por Kernberg: organización neurótica, psicótica y límite de la personalidad.

La organización límite no se trata de un estado transitorio sino estable, con una fachada neurótica, polisintomática y con identidad difusa.

Las características estructurales de la organización límite de la personalidad son:

a) Ansiedad cónica y difusa: Representada por ejemplo a partir de síntomas como agresividad y labilidad afectiva.

¹ Mecanismo de Escisión: “Es la división de los objetos externos en completamente buenos y completamente malos, con posibilidad concomitante de cambios completos, abruptos de un objeto desde un comportamiento extremo al otro”(Kernberg,1987)

b) Neurosis polisintomática: Corresponde a aquellos pacientes que presentan dos o más de los siguientes síntomas neuróticos:

- Fobias múltiples, en especial las que producen restricciones graves en la vida diaria del paciente, especialmente agorafobia.
- Síntomas obsesivo compulsivos
- Síntomas múltiples de conversión, gravemente crónicos.
- Reacciones disociativas como ser: estados de ensoñación, fugas y amnesia acompañada de trastorno de conciencia.
- Tendencias paranoides e hipocondríacas, con cualquier otra neurosis sintomática.
- Tendencias sexuales perversas, se trata de pacientes que presentan una desviación sexual dentro de la cual coexisten varias tendencias perversas.

c) Neurosis y adicciones por impulso: Como por ejemplo alcoholismo, drogadicción, etc.

Por otro lado Millon,(1998) otro estudioso de la personalidad, hizo numerosos aportes que fundamentan la clínica del trastorno límite de la personalidad. Algunas características del mismo son:

1) Intolerancia a estar solo: A pesar de que éstos sujetos necesitan apoyo y afecto constante, se comportan impulsivamente y manipulan a los demás, éste “Patrón interpersonal” como lo llama Millon, provoca muchas veces rechazo en lugar del apoyo que necesitan.

Los sujetos con personalidad límite son excesivamente dependientes de los demás y por esto son muy vulnerables y presentan un temor crónico a ser abandonados por las personas de las cuales dependen. Es posible que en la búsqueda de seguridad y apoyo, éstos individuos hayan estado expuestos al aislamiento, desaprobación y separación y por esto pueden haberse desencadenado en ellos sentimientos de hostilidad y desconfianza en relación a los demás.

2) Marcada labilidad del estado de ánimo: Los pacientes con trastorno límite pasan de estados de ánimo normal a ira para presentar después estados de gran excitación o euforia, dichos estados pueden durar varias horas o días.

3) Trastorno de la identidad: También son frecuentes en pacientes límite. “No están seguros de quienes son, ni donde dirigen su vida.

Frecuentemente tienen problemas de: identidad sexual, en planear su carrera, en los valores duraderos y en las alianzas”. American Psychiatric Association citado por Millon, (1998)

4) Mecanismo de defensa utilizado por los pacientes límite: es la regresión, ya que para ellos es imposible soportar y hacer frente a la ansiedad y al estrés. Por lo tanto, éste tipo de pacientes prefiere regresar a una forma de funcionamiento más primitivo, en el que la vida no era tan estresante.

Se puede citar como ejemplo de regresión avanzada: lenguaje pueril, chuparse el dedo, postura fetal, incontinencia, etc.

Stingo, (2002) dice que es común en éstos pacientes la presencia de un descontrol impulsivo, representado mediante las formas de Pasaje al acto² y Acting out.³

Articulación con el caso clínico

A partir de la historia clínica de la paciente C, se puede observar que en todas las internaciones descritas en dicha historia se evidencian un número importante de sobreingesta de psicofármacos e intentos de suicidio. Los mismos comienzan desde que la paciente C tiene 17 años, continuando hasta la última internación . Estas conductas impulsivas y autodestructivas se relacionan con lo que Stingo, (2002) plantea como acting out y pasaje al acto.

Continuando con éste tipo de conductas, se puede observar en la paciente C marcada agresividad, irritabilidad y excitabilidad. Dicha sintomatología se pudo registrar durante los primeros días de las diferentes internaciones de la paciente, y también se manifestó dicha agresividad a través de un incidente ocurrido con la madre de la paciente: mientras la madre dormía la paciente la atacó con un cuchillo, produciéndole un corte que requirió de una intervención quirúrgica.

² Pasaje al acto: Actos impulsivos de naturaleza violenta o criminal. Estos actos marcan el punto en que el sujeto pasa de una idea o intención violentas al acto correspondiente. Diccionario de Psicoanálisis, Laplanche (1987).

³ Acting out : Designa las acciones que presentan con frecuencia un carácter impulsivo relativamente en ruptura con los sistemas de motivaciones habituales del individuo aislables en el curso de sus actividades que toman con frecuencia una forma auto o hetero agresiva. Diccionario de Psicoanálisis, Laplanche (1987).

El mecanismo de defensa - regresión - descrito por Millon en los pacientes límite, también se presentó en la paciente C a través de la inmadurez afectiva, conductas infantiles y lenguaje pueril. En C no se observan proyectos de futuro basados en la realidad concreta. Esta observación fue realizada por diferentes profesionales en varias entrevistas hechas en la última internación de la paciente C.

Labilidad del estado de ánimo: Descrita por Millon, también pudo observarse en la paciente C a partir de los estados de excitación, ira y luego tranquilidad y tristeza, presentados por C a lo largo de las diferentes internaciones.

La ira, cuando se presenta en C, es inadecuada e intensa tal cual la define el DSM IV y en muchas situaciones difícil de controlar. Ejemplo de ésta situación podría ser el día en que C se encontraba muy excitada y agresiva y manchó con sangre (menstruación) las paredes y los armarios del pabellón donde se encontraba internada.

En relación a lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la paciente carece de ideas de futuro, de proyectos concretos y reales.

Sus conclusiones son pobres, no da la impresión en su expresión de ser licenciada.

Si bien se expresa con corrección; cuando está compensada, carece de profundidad. Su relato es concreto, pueril, agresivo, confuso, evitativo y por momentos tiene conductas infantiles.

Con respecto a las ideas obsesivas descritas durante el periodo de internación, se hace referencia a esos pensamientos que según relata la paciente se le imponen.

Las características de este pensamiento agresivo es la irrupción, impulsos o imágenes incontrolables que se repiten en la mente y se vivencian como intrusos e inapropiados. Estos pensamientos obsesivos ;son capaces de provocar ansiedad, duda y sufrimiento significativo. La mayoría de las veces la persona reconoce que éstas ideas son producto de su propia mente e intenta ignorarlo, suprimiéndolos o neutralizándolos a través de la realización de actos mentales o comportamientos repetitivos(compulsivos).

La paciente refiere “pensamientos impuestos” ideas que pasan en mi cabeza y debo controlar” (sic)..., estas ideas en la paciente tienen características delirantes, no le dan angustia ni duda, hay confusiones por sus alteraciones

sensorio-perceptivas, las cuales se encuentran encubiertas por su madre y el ocultamiento de la paciente.

Lo que aparece ante la compensación es la chatura afectiva, hipobulia, conductas infantiles, discurso pueril, con déficit en áreas cognitivas que aparecen empobrecidas, esto último fue observado en los diferentes tests que se le realizaron a la paciente.

La mayoría de los síntomas presentados por la paciente C a lo largo de las distintas internaciones no se corresponden al conjunto de síntomas requeridos para diagnosticar un trastorno límite de la personalidad. Es importante destacar que al momento de diagnosticarse dicho trastorno se presentaron diferentes síntomas que podían hacer pensar en ese diagnóstico presuntivo, pero a la vez en ese momento del diagnóstico no estaban presentes ciertas características sintomáticas planteadas por el DSM IV que son fundamentales para el diagnóstico de dicho trastorno como, por ejemplo:

Grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario.

Tanto la paciente como la madre desconocen una relación simbiótica que se observa a lo largo de las entrevistas.

Tampoco se registran en la paciente C otra característica como alteración de la identidad relacionado con la auto imagen o sentido de sí mismo inestable.

En relación a las características estructurales de la organización límite descritas por Kernberg, en C sólo se pudo corroborar la ansiedad crónica y difusa.

Para terminar, es importante destacar que la sintomatología presentada por C fue cambiando a lo largo de las diferentes internaciones. Esto puede constatarse a partir de la lectura de la historia clínica de la paciente, donde se puede observar detalladamente su evolución. Es a lo largo del tiempo que se podrá obtener el diagnóstico definitivo.

2.4 Descripción teórica de esquizofrenia y articulación con el caso clínico

El término esquizofrenia fue introducido por Bleuler en 1911, pero éste trastorno fue identificado por Kraepelin en 1896 bajo el nombre de “Demencia Precoz”, queriendo decir que las personas afectadas sufren graves deterioros cognitivos y

comportamentales similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en éste caso se daría en una edad juvenil.

Kraepelin propuso una división tajante al establecer una separación entre el círculo de la demencia precoz con pronóstico desfavorable y el círculo de las formas maniaco –depresivas con pronóstico favorable.

Bleuler retomó el concepto de “Demencia precoz”/ enfermedad maniaco depresiva, pero dejó de lado los aspectos del pronóstico. Fue así como mezcló una gran parte de las psicosis que Kraepelin había clasificado bajo la denominación de “enfermedad maniaco depresiva”, en el círculo de las enfermedades que llamó esquizofrenias. Monchablon, (2001).

Para Bleuler, todos los enfermos mentales, excepto los neuróticos, manicodepresivos, epilépticos y los orgánicos están incluidos en el grupo de la esquizofrenia. Ey, (1978).

Para Ey, (1978) la esquizofrenia es entendida como un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos; trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad.

La esquizofrenia es de las enfermedades mentales la más grave ya que ataca el funcionamiento de la persona en general produciéndose de ésta manera la pérdida total de la libertad.

Al alienarse, la persona no puede disponer de manera adecuada de sus propios procesos cognitivos, volitivos y afectivos, los cuales ante ésta enfermedad quedan profundamente afectados.

Para Monchablon,(2001) de lo que se trataría en la esquizofrenia es que cuestiones tales como: Mi cuerpo (lo que debo y no debo hacer para evitar dañarlo), mi persona (lo que debo y no debo hacer como individuo), mi relación con las otras personas (lo que debo y no debo hacer para evitar dañar a otros), mi relación con la cultura del momento (lo que debo y no debo hacer para estar acorde con la época), generalmente no funcionan adecuadamente, ya que el esquizofrénico no puede comprender dichas capacidades.

Para el DSM IV, (1995) son síntomas característicos en la esquizofrenia:

A) Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si fue tratado con éxito):

Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, (por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos por ejemplo: aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B) Disfunción social / laboral: Durante una parte importante del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como ser el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo están por debajo del nivel anterior al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C) Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se a tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante éstos periodos, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo. creencias raras, experiencias perceptivas no habituales.

D) Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: Estos dos trastornos con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrentes con los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activos y residual.

E) Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga, o un medicamento) o de una enfermedad médica.

G) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico

adicional de esquizofrenia sólo se realizará si la ideas delirantes o las alucinaciones también se manifiestan durante al menos un mes (o menos si han sido tratadas con éxito).

Ey,(1978) describe los siguientes subtipos de esquizofrenia:

Subtipos de Esquizofrenia.

Paranoide:

La característica principal es la clara presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas.

Los síntomas característicos son, las ideas delirantes de persecución, de grandeza o ambas, pero también pueden darse ideas delirantes con otra temática (por ejemplo, celos, religiosidad, o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. Algunas veces, las alucinaciones están relacionadas con el contenido delirante.

Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.

El sujeto puede presentar, superioridad, pomposidad, falta de naturalidad.

Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida.

El inicio suele ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.

Algunos datos muestran que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser mucho mejor que para otros tipos de esquizofrenia, principalmente en lo que se relaciona a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

Tipo desorganizado:

En éste tipo de esquizofrenia las características principales son: el lenguaje desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje

desorganizado puede ir acompañado de tonterías y rizas que no tienen conexión con el contenido del discurso.

La desorganización comportamental (por ejemplo falta de dirección hacia un objetivo) puede intervenir en la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, ducharse, vestirse o preparar la comida).

No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y si hay ideas delirantes y alucinaciones son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.

Las características asociadas incluyen, muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Algunas veces éste subtipo está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo de remisiones significativas.

En otro tipo de clasificaciones éste tipo de esquizofrenia se llama hebefrenia.

Tipo Catatónico:

Aquí la característica principal es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, ecolalia (repetición patológica o aparentemente sin sentido de una palabra o frase que acaba de decir otra persona) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona).

La inmovilidad puede darse por catalepsia (flexibilidad cética) o estupor. Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósitos y no está influida por estímulos externos.

Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den.

Existe una tendencia por parte de éstos pacientes de adoptar voluntariamente posturas raras o inapropiadas o por realizar muecas llamativas.

Tipo Indiferenciado:

Las características esenciales de éste tipo de esquizofrenia son: las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (por ejemplo incoherencia),

comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos como por ejemplo , aplanamiento afectivo. Deberán darse dos de los síntomas antes mencionados, en un periodo de un mes .No se cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

Ey, (1978) habla del comienzo de la esquizofrenia incipiens y nombra cuatro grupos entre las formas de comienzo de la enfermedad.

A) La preesquizofrenia: Se trata de una organización caracterológica de la personalidad, en la cual al agravarse, los rasgos se convierten en esquizofrénicos.

Hay dos tipos:

- La esquizoidia evolutiva: Las posiciones de inhibición y de rigidez de carácter esquizoide produce una serie de modificaciones intrapersonales e interpersonales , la característica fundamental es el debilitamiento de la actividad representada a partir de la pérdida de rapidez , por ejemplo en el alumno que era bueno, también se produce modificación de la afectividad. El sujeto se retrae sobre si mismo. Se producen muchas modificaciones en el carácter del enfermo que sorprenden a los que lo rodean, dadas por el aislamiento.
- Neurosis Prepsicótica: Aquí la conducta preesquizofrenia se detiene durante un largo tiempo, a veces durante la adolescencia o toda la infancia.
- La esquizofrenia puede tomar el aspecto de una neurosis más o menos próxima a la histeria que evoluciona por brotes.
- La Eboidofrenia: Se manifiesta a partir de que se instaura en sujetos jóvenes un comportamiento de oposición a la familia y a la sociedad que hace que sean considerados psicópatas perversos.

B) La invasión progresiva del delirio: Se puede ver la instalación progresiva del delirio que luego crece hasta constituir una modalidad estable y delirante de las relaciones y comunicaciones.

El delirio indica la fisuración del yo que se percibe en la perturbación, a veces mínima (tiempo de latencia antes de la respuesta, actitud de rechazo, de desconfianza, de ocultación, distracción, ensoñación, etc.)

Muchas veces las ideas delirantes, aparecen sin razón, ni motivo, ni condición y el síndrome del automatismo mental se instala con sus fenómenos alucinatorios (eco del pensamiento, robo del pensamiento). Generalmente se trata de temas hipocondríacos, temas de influencia, de envenenamiento, de transformación, etc. A veces el delirio se manifiesta por las rarezas del comportamiento

Comienzo por estados psicóticos agudos:

A) Crisis delirantes y alucinatorias agudas:

Algunas veces la psicosis estalla en forma de un brote delirante el cual evoluciona hacia la esquizofrenia.

B) Estados de excitación maníaca: Caracterizada por fugas de ideas, proyección en el ambiente, expansibilidad etc.

C) Estados depresivos: Se necesita ser muy prudente y experimentado para saber si tal estado de angustia con culpabilidad sexual, alucinaciones, ideas de suicidio, ambivalencia etc. se va a curar (crisis de melancolía aguda) o va a evolucionar hacia la esquizofrenia.

D) Estados confuso onírico: Podría implicar una puerta de entrada a la esquizofrenia, bajo la forma de psicosis confusional con onirismo y de estados crepusculares oniroides.

Formas de comienzo cíclico

Muchas veces sobre una base esquizoide o esquizoneurotico, aparecen brotes agudos al comienzo de la evolución esquizofrénica.

Formas monosintomáticas

Las más dramáticas son las formadas por los crímenes inmotivados de los esquizofrénicos. Estos enfermos matan a su padre o madre o a un desconocido, sin poder dar una explicación de su acto.

Otros comportamientos impulsivos como ser: bruscos desenfrenos sexuales, agresiones absurdas, fugas, tentativas de suicidio o de autocastración etc.

El carácter enigmático de estos actos impulsivos resulta evidente para que en la mayoría de los casos, se imponga el diagnóstico de esquizofrenia.

Es importante a partir de este polimorfismo de los modos de comienzo, saber analizar bien los síntomas, seguir su evolución y definir prudentemente su diagnóstico. Este polimorfismo y esta dificultad muestran claramente que la esquizofrenia no está en el comienzo de la evolución sino al final.

El síndrome fundamental del periodo de estado:

Tras las lentas progresiones o los estallidos se instaura la esquizofrenia.

En la clínica se presenta con diversas formas y grados.

Las psicosis esquizofrénicas, al igual que las psicosis delirantes crónicas, evolucionan por lo general durante años.

La disgregación de la vida psíquica, va a dar lugar a una serie de rasgos negativos, sería el modo esquizofrénico de desestructuración de la conciencia y de la persona, llamado síndrome de disociación.

Por otra parte el vacío así creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva que correspondería al delirio autístico. Estos dos polos son complementarios y están unidos por caracteres comunes: ambivalencia, extravagancia, impenetrabilidad y desapego.

Ambivalencia: Consiste en la experiencia de dos sentimientos, de expresiones, de dos actos contradictorios: deseo/temor, amor/odio, etc.

Extravagancia: Resulta de la distorsión de la vida psíquica.

Impenetrabilidad: Caracteriza la incoherencia del mundo de relaciones del esquizofrénico.

Desapego: Evoca el retraimiento del enfermo hacia el interior de sí mismo.

Características generales de la esquizofrenia:

Disgregación de la vida psíquica:

Puede definirse como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, los cuales han perdido su cohesión interna.

Trastorno del curso del pensamiento:

El pensamiento aparece como enmarañado y desordenado, lentificado.

Un fenómeno notable, es la interceptación, el relato se detiene bruscamente, durante algunos segundos y sin que el enfermo experimente molestia, el pensamiento se eclipsa, queda como en suspenso, luego la conversación se reanuda sobre el tema precedente o sobre otro surgido bruscamente.

El esquizofrénico nos indica por la forma de su razonamiento, la mala coherencia de su contenido psíquico: la estructura diferenciada e intencional del acto psíquico está dislocada.

Trastorno del lenguaje:

La conversación puede resultar imposible, mutismo, respuestas absurdas, desconcertantes con la pregunta.

La fonética, entonación, ritmo y articulación están desintegrados, lo mismo ocurre a veces con la estructura de las palabras, cuya unidad está rota.

El esquizofrénico tiende a cambiar el sentido de las palabras, fabricando neologismos o empleando en un sentido nuevo palabras ya existentes.

Desorganización de la vida afectiva:

Se produce la exclusión sistemática de la vida afectiva, se va a producir una destrucción de la realidad exterior e interior.

Hay fundamentalmente una alteración de los lazos afectivos.

Hay una apariencia de indiferencia, que se puede presentar bajo las formas del negativismo, oposición, rigidez, desorden, todo esto evidencia la pérdida de contacto con la realidad.

Formas terminales de la esquizofrenia:

Para Ey, (1978) hay tres tipos de déficit esquizofrénicos terminales:

- Lo que domina es la inercia y la regresión casi total de la vida psíquica, con comportamiento automático y estereotipado de tipo catatónico.
- El cuadro se caracteriza por la incoherencia ideoverbal, cuando el lenguaje es totalmente incoherente y el sistema de comunicaciones verbales está reemplazado por un lenguaje autístico, se habla de esquizofasia.
- Es el delirio con sus expresiones y sus comportamientos extraños lo que prevalece.

Ey, (1978) habla de las formas clínicas de la esquizofrenia dividiéndolas en dos:

Formas graves:

Hebefrenia: Es la demencia precoz de los jóvenes. Lo que la distingue es la predominancia del síndrome negativo de discordancia y la rapidez de su evolución.

El comienzo es generalmente insidioso y progresivo, sobre todo en el adolescente, (dificultades escolares, pérdida del rendimiento, fatiga creciente acompañada de quejas hipocondríacas). En meses o años se instala la enfermedad.

El enfermo vive en un estado de ensoñación, incapaz de concentrarse inclusive en la lectura.

La forma más frecuente es la de una apatía progresiva con indiferencia.

Otras veces la hebefrenia se caracteriza por un comportamiento pueril y caprichoso.

Otras veces se trata de una regresión masiva hacia un estado de decadencia demencial, rápida.

Formas menores:

Esquizofrenia simple:

Corresponde a una evolución que progresa muy lentamente. La evolución por lo general se hace en 10,15 o más años y termina en una forma de déficit. En los antecedentes del sujeto hay características de aislamiento, introversión, rareza, rigidez, etc.

Esquizoneurosis:

Se caracteriza por una evolución representada a partir de sucesivos brotes, entre los cuales el sujeto curado de su brote psicótico reemprende una existencia neurótica, o sea que ésta forma se caracteriza por crisis y por relaciones con las estructuras neuróticas: el enfermo alterna dos modos de respuesta a sus conflictos: el modo neurótico y el modo psicótico que irrumpe por accesos (bouffes).

Leonard, otro estudioso de la esquizofrenia, delineó una nítida separación de gran parte de las enfermedades esquizofrénicas. Estas tienen un comienzo insidioso, toman un curso progresivo de pronóstico desfavorable y todas muestran una característica nosológica delimitada. Monchablon Espinosa, (2002).

A continuación se plantearán dos formas de esquizofrenia descritas por Leonard, (1999).

Esquizofrenias Asistemáticas

Parafrenia Afectiva:

Este tipo de esquizofrenia transcurre de un modo crónico presentando especialmente un síndrome de referencia. También se encuentran al principio y en la evolución posterior formas afectivas en el sentido de la angustia o del éxtasis. Los afectos están siempre acompañados por una formación patológica de ideas.

En la angustia se encuentran autorreferencias y alucinaciones, en el éxtasis, percepciones erróneas pero sobre todo ideas de felicidad .Las fluctuaciones afectivas se combinan muchas veces con irritabilidad que se desarrolla paulatinamente a partir de la angustia.

Catafasia (esquizofasia):

Se manifiesta en dos formas: una excitada, la cual se destaca por una logorrea confusa donde en los casos más graves las expresiones verbales se vuelven incomprensibles.

El comportamiento de los enfermos es ordenado por lo general, su actividad bien conservada, pero su afectividad disminuida.

Se puede hablar en la catafasia excitada de un severo trastorno de la lógica, que también abarca al habla, acompañada por una confusión de las palabras, neologismos y un defectuoso ordenamiento gramatical.

Otra de las formas es la catafasia inhibida en la cual se encuentran errores de la lógica, pero aquí aparece principalmente la inhibición del pensamiento.

Catatonía Periódica:

Sus ataques representan excitaciones o inhibiciones psicomotoras. En éste tipo de catatonía los movimientos se dan rígida y abruptamente, se pierde la armonía normal.

Puede existir excitabilidad que lleva a agresiones.

Esquizofrenias Sistemáticas

Catatonía paracínética:

Las acciones voluntarias se realizan de manera antinatural y los movimientos involuntarios se dan entrecortadamente, hay una falta de conexión fluida entre los procesos, se produce rápidamente un movimiento, puede detenerse y se produce otro.

Algunas veces el trastorno de la secuencia de los movimientos también se observa en las expresiones verbales. Las palabras se expresan de manera entrecortada.

Catatonía Manerística:

Aquí se produce un creciente empobrecimiento de la motilidad involuntaria, produciéndose una rigidez de la postura y del movimiento.

Se puede producir un empobrecimiento severo de los movimientos si los enfermos permanecen siempre en una postura rígida.

Catatonía Procinética:

En un estado poco avanzado de la enfermedad el habla es a media voz, pero entendible, entonces todavía pueden dar respuestas razonables aunque con numerosas repeticiones.

La iniciativa está frecuentemente disminuida, de tal forma que su comportamiento global parece pobre de movimientos a pesar de la disposición motora.

La afectividad se encuentra muy disminuida.

En los estados avanzados en los cuales éstos pacientes sólo murmuran ya no se puede evaluar el pensamiento. Cuando los enfermos pueden aún contestar, sus respuestas quedan a veces incompletas pero no ilógicas.

Catatonía Negativista:

Se destaca por una oposición o resistencia.

El negativismo se manifiesta predominantemente por omisión

En éstos enfermos también se dan estados de excitación sin causa externa, los cuales son breves y están muchas veces acompañados por violencia.

El pensamiento en éstos pacientes no está demasiado perturbado.

Catatonía Parafémica:

A veces éstos pacientes repiten palabras que fueron expresadas pocos instantes antes en otro lugar totalmente inadecuado, produciéndose una perseveración. En otras ocasiones expresan palabras incomprensibles y también puede haber neologismos.

Generalmente éstos pacientes no forman frases, emiten sólo palabras sueltas.

Catatonía Hipofémica:

En los estadios iniciales éstos enfermos responden de manera lenta y en los posteriores casi no responden, en lugar de ello miran de manera distraída de aquí para allá y a veces mueven los labios como susurrando.

En el estado final éstos enfermos no sólo son más lentos en el habla, sino que también lo son en sus otras reacciones.

Leonard también clasifica otro tipo de esquizofrenias llamadas hebefrenias y las divide en:

Hebefrenia Necia o Pueril:

Se caracteriza por aplanamiento afectivo, el cual está acompañado por un humor satisfecho característico también se da una sonrisa que aparece ante cualquier estímulo externo. Estos pacientes muestran en los estadios más tempranos una inclinación hacia las travesuras infantiles. En el estado agudo de la enfermedad son frecuentes los más variados tipos de distimia, se encuentran eufóricos, depresivos o irritados. Con el progresivo aplanamiento afectivo también es afectada la actividad, así éstos enfermos van perdiendo más la iniciativa y viven inactivos.

Hebefrenia Excéntrica:

Este tipo de esquizofrenia comienza frecuentemente con manifestaciones obsesivas, posteriormente se da un habla monótona.

El humor de éstos enfermos mayormente tiene algo de tristeza, pero resalta más el aplanamiento afectivo. Algunas veces se observan estados de distimia, los cuales pueden estar acompañados por excitaciones. El pensamiento de éstos enfermos se encuentra empobrecido.

Hebefrenia plana:

Aquí se destaca el aplanamiento afectivo. En la charla los enfermos se conservan accesibles y reactivos por lo tanto con ellos se puede llevar buenas conversaciones.

A veces éstos enfermos pasan por breves estados de distimia, durante los cuales están irritados, angustiados y también en raras ocasiones eufóricos.

Hebefrenia Autística:

Estos enfermos viven totalmente encerrados en sí mismos, no se conectan con nadie y aparentemente no les afectan los acontecimientos del entorno.

Se puede decir que su vida interior está empobrecida y que son afectivamente planos.

El estado de ánimo es mayormente de desgano con un rasgo de descontento.

Articulación con el caso clínico

C, durante el tiempo de internación se presentaba a las entrevistas indiferente, hipobúlica con el curso del pensamiento enlentecido y latencia de respuesta.

El tiempo que permaneció internada pasó la mayor parte del día en cama, decía tener mucho sueño.

Se presentaba desalineada y falta de higiene generalmente con una sonrisa en el rostro de la cual no podía dar explicación.

Su discurso y contenido eran superficiales y pueriles

No se observaban en C proyectos de futuro basados en la realidad concreta, pero sí se podía observar un marcado aplanamiento afectivo.

Se puede decir también que C presenta los síntomas negativos o de tipo II como ser aplanamiento o embotamiento afectivo (no reacción ante estímulos emocionales), pobreza del lenguaje o del contenido del discurso, escaso autocuidado, pérdida de motivación y anhedonia éstos síntomas fueron propuestos por Crow,(1980).

C presentó en anteriores internaciones síntomas positivos o de tipo I, también enunciados por Crow, como ser delirios, C hacía referencia a pensamientos impuestos, ideas que pasan por mi cabeza y debo controlar (sic).Ejemplo de éstas ideas delirantes son los mails que enviaba la paciente diciendo que era frígida y que nunca había tenido un orgasmo.

Las alucinaciones también mencionadas por Crow como síntoma positivo siempre fueron negadas por C pero no se descarta que la haya tenido y las haya ocultado.

Otros síntomas presentados por C fueron; agresiones e intentos de suicidio, éstos fueron mencionados por Ey, (1978) como actos impulsivos evidentes para que en la mayoría de los casos se imponga el diagnóstico de esquizofrenia.

En la paciente C, podría hablarse de un diagnóstico de Esquizofrenia de tipo Hebefrenia necia o pueril descrita por Leonard, (1999), ya que la misma se caracteriza por un marcado aplanamiento afectivo, síntoma presente en C durante las internaciones , también se habla de una sonrisa que aparece ante cualquier estímulo, presente también en C. Cuando se la evaluaba en las diferentes entrevistas ella nunca podía dar cuenta de su sonrisa , no podía explicar el porqué de la misma.

También se pudieron observar en la paciente variados estados en sus diferentes internaciones que pasaban por la euforia, depresión o irritación, descriptos también por Leonard, (1999).

Se puede hablar del diagnóstico de Hebefrenia Necia o Pueril porque los síntomas así lo indican.

Se pudo observar a lo largo de las tres diferentes internaciones de C como iban acentuándose los síntomas a lo largo del tiempo; como en la última internación la paciente es evaluada por diferentes profesionales con un progresivo deterioro

manifiesto a través de la falta de proyectos, la actitud pueril, el aplanamiento afectivo y la sonrisa carente de sentido.

Se llega a la conclusión luego de una exhaustiva lectura de la historia clínica que el diagnóstico diferencial en la paciente C es el de Esquizofrenia de tipo Hebefrénica.

3. Tratamiento posible para la paciente C

Se deberá privilegiar la historia del sujeto, su entorno y el contexto familiar y social en que se inscribe, teniendo en cuenta a un sujeto singular efecto de múltiples entrecruzamientos entre su historia personal, el síntoma que conlleva y las diversas instancias socio-culturales que lo atraviesan. Dichos efectos marcan su particular inscripción en la trama social. S, Koldobsky, (2002)

Es necesario crear alternativas de contención, recuperación y reinserción que favorezcan la reanudación del lazo social a corto plazo evitando internaciones y de producirse que estas no sean prolongadas.

El objetivo es la producción de su nuevo lugar desde el cual asuma protagónicamente su historia, sus vicisitudes y su futuro.

Para lograr lo anteriormente expuesto se recomienda, la asistencia de la paciente C a hospital de día.

La práctica clínica se realizará a través de un abordaje interdisciplinario con planificación de estrategias articuladas que consistirán en:

- Realizar entrevistas familiares, reconocer su estructura y el grado de continencia familiar para decidir las estrategias terapéuticas y evaluar una intervención vincular-
- Orientar a la familia para el acompañamiento de la persona asistida.
- Participar de actividades grupales (asambleas, talleres, etc.)

Realizar el análisis de las situaciones grupales y decidir estrategias de intervención y evaluar su eficacia teniendo en cuenta la rehabilitación y reinserción familiar, social y comunitaria para una recuperación de su autonomía y calidad de vida.

Los talleres como técnica de abordaje tendrán diferentes temáticas como un espacio de intercambio donde se puedan manifestar las dificultades y la posibilidad de resolución creando una instancia de producción colectiva y así facilitar una transformación individual. S, Koldobsky, (2002)

Lo antedicho está planteado en la ley número 448 de Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social y está vinculada a los derechos al trabajo, al bienestar, la vivienda, la seguridad social, la educación y la cultura.

La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psicocultural, y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico y psíquico.

4. Conclusión

Para S, Koldobsky, (2002). La esquizofrenia debe ser diferenciada de los síntomas orgánicos (por consumo de drogas) y la epilepsia. Entre los pacientes de mayor edad varias enfermedades cerebrales deben ser excluidas, lo mismo puede pasar con una demencia con ideas persecutorias prevalentes. Para excluir estos trastornos orgánicos hay que tener presente una cuidadosa historia clínica, un examen físico y psíquico con particular referencia a las anomalías neurológicas, las observaciones más cuidadosas deben dirigirse a la obnubilación de la conciencia, déficit mnésico y otros síntomas y signos que no son característicos de la esquizofrenia.

La distinción con los trastornos Afectivos-Trastornos bipolares, depende del grado y persistencia del problema afectivo, la relación de alucinaciones y/o delirios que prevalecen en las psicosis depresivas deben ser atentamente tenidas en cuenta para no confundir el diagnóstico.

En los pacientes jóvenes, la cuestión es diferenciar el trastorno afectivo ya que las alteraciones pueden asemejarse a un cuadro esquizofrénico y por consecuencia equivocar el diagnóstico y por ende el tratamiento. (DSM IV, 1995).

Las depresiones psicóticas en particular, tienen dos características:

A) Las formas congruentes en donde las ideas delirantes, llamadas típicas que prevalecen son: de ruina, enfermedad y culpa.

B) Las formas incongruentes en donde son frecuentes las ideas persecutorias y de autorreferencia, por lo que no es de extrañar que se produzca el error diagnóstico si se toman en cuenta las ideas delirantes.

El diagnóstico diferencial con trastornos de la personalidad puede ser difícil, cuando los cambios insidiosos son dados en personas jóvenes debe requerirse la observación prolongada de los síntomas para su diferenciación.

S, Koldobsky, (2002)

Para finalizar es importante mencionar que actualmente, la paciente C, se encuentra compensada y asiste diariamente a hospital de día.

No ha tenido ninguna internación, desde la última en abril del año 2005.

Desde hace algunos meses, C tiene trabajo estable relacionado con su profesión en un periódico reconocido.

5. A modo de cierre. Experiencia Hospitalaria y Universitaria

Considero que la instancia de trabajo final de integración, requisito último para obtener la habilitación profesional de la carrera de Psicología en la Universidad de Palermo, fue una etapa muy interesante y determinante en mi carrera. Valoro mucho que la universidad en la cual realicé mis estudios me haya brindado la posibilidad de elegir un lugar al cual concurrir como pasante durante cuatro meses, ya que esto me dio la oportunidad de conocer el ámbito hospitalario, el cual siempre fue de mi interés.

Mi paso por el hospital fue muy importante y enriquecedor ya que me permitió formar parte de un equipo interdisciplinario.

Otro aspecto que quisiera destacar y que me pareció uno de los más importantes es haber mantenido un contacto tan cercano con diferentes pacientes, con contacto cercano me refiero a haber participado de las entrevistas que día a día les realizaban los diferentes profesionales para evaluar su evolución. Esto fue muy importante porque de esta manera pude ver la evolución en diferentes tiempos de enfermedades psiquiátricas.

También considero importante la posibilidad que me dieron en el hospital de acceder a la historia clínica y a las entrevistas de la paciente que elegí para la realización de éste trabajo final ya que sin ello hubiera sido imposible la realización del mismo.

Elegí el caso de C porque se trataba de un caso controversial, cuyo diagnóstico fue discutido en más de un ateneo. Otro factor que pesó en la decisión de elección fue que el ingreso de la paciente C al servicio de admisión coincidió con el inicio del periodo de pasantía.

Considero muy importante la realización del trabajo final de integración ya que implica un cierre de lo trabajado en la práctica y además permite repensar y replantearse todo lo estudiado teóricamente, a lo largo de la carrera.

Resulta interesante poder establecer un diagnóstico de la paciente que se eligió para éste trabajo y un tratamiento adecuado según dicho diagnóstico ya que esto implica un primer acercamiento a lo que será la profesión del psicólogo.

Quisiera destacar también que éste tipo de experiencia de práctica, establecido como requisito académico por la universidad no debería ser obligatoria para la

carrera de Medicina solamente, sino también para Psicología ya que pienso que es fundamental que antes de recibir un título habilitante para el tratamiento de diferentes patologías psiquiátricas y psicológicas, los profesionales de salud mental realicen una práctica obligatoria y tengan un primer contacto con pacientes.

5. Anexo

Test Administrados: Entrevista; Bender; persona bajo la lluvia y MMPI

Actitud durante la administración: Mostró buena predisposición, aunque se quejó constantemente de no saber dibujar. Reticente al comienzo, habló muy sintéticamente sobre los motivos que condujeron a su internación y sobre otros temas relacionados directamente con lo que le ocurría. Durante la administración del MMPI, contestó en forma fluida por “V” o “F” aunque por algunas de las proposiciones su tiempo de respuesta resultó aletargado (v.g.nro.297) aclarando ella con posterioridad “que algunas cosas que leía le pasaban a ella”,y preguntando “si tenía que contestar con la verdad o no”

Tiempo y espacio: orientada parcialmente.

Conducta verbal: expresión muy limitada para el nivel de estudios alcanzado. No se detectaron neologismos.

Alteraciones de la sensopercepción: refirió no tenerlas, aunque expresó que “sentía cosas en la cabeza que no podía precisar, como ideas que se le agolpaban” o “exceso de pensamientos”

Memoria: no presentó fallas

Trabajo: refirió haberlo tenido, mas no da explicaciones cuando se le pregunta por los motivos por los cuales dejó de trabajar, respondiendo con una lógica muy personal.

Vida de relación: Tiene problemas para establecer contactos fuera de la relación familiar.

Sueño: conservado.

Conducta alimentaria: se alimenta en forma correcta

Test de Bender:

Ubicación de la figura 1: Normal

Tamaño: Con excepción de las figuras Ay 7 –que son normales-, extraversión.

Posición de la hoja: rotada entre 45 grados a 90 grados, intentos de manejar la situación dentro de sus propios términos.

Uso del espacio: el empleo inadecuado del mismo indica problemas para planificar y manejos psicopáticos.

Cierre: la presencia de figuras que no termina de cerrar indica dificultades para relacionarse en forma adecuada con el entorno.

Pérdida de oblicuidad: aparición de elementos depresivos, e inestabilidad del ánimo que intenta controlar sin éxito.

Gestalt: si bien las figuras son reconocidas a simple vista, hay tendencia a rectangular (ángulos), orejas de burro, dificultades en el cierre, repaso y perseveración motora (fig.1), ejecución descuidada.

Conclusión: Fallas en la actitud organizativa, tendencia a la hostilidad, manejos psicopáticos que fracasa cuando intenta instrumentarlos, evitación, agresión presente que intenta controlar. Relaciones interpersonales inadecuadas

Persona bajo la lluvia

Tiempo: El empleo de verbalizaciones (v.g. "que no sabía dibujar", etc.), es indicador de dificultades para enfrentarse con nuevas situaciones o tomar decisiones.

Emplazamiento: la figura ubicada en el tercio superior de la hoja indica rasgos psicóticos, comportamientos maníacos, defensas pobres y dificultad en la aceptación de los límites.

Secuencia: presenta dificultades en la resolución de problemas, no puede organizarse; perturbación del pensamiento (secuencia: persona, lluvia, paraguas).

Lluvia: la forma de lagrima es indicador de angustia, aunque no hay correspondencia entre lo graficado y su expresión.

Paraguas: ligeramente hacia la izquierda, se defiende de la figura materna. El tamaño mayor que la persona dibujada, muestra una toma de distancia con el entorno y un escaso criterio. Mango débil: defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse.

Figura: transmite pobreza, los ojos vacíos, dependencia materna, inmadurez emocional, negación de si misma o del mundo. La boca (una línea curva) muestra pasividad y el intento por complacer. Las manos denotan torpeza y falta de sutileza. La gráfica de una persona del sexo opuesto indica problemas en su identificación sexual.

MMPI

Casi finalizando la administración, C manifestó sentirse identificada con algunas de las afirmaciones o frases del test; dijo que le resultó interesante y que muchas de las cosas expresadas allí eran cosas que le pasaban a ella. La demora frente a determinadas frases se debió a que preguntaba si tenía que contestar por falsa o decir la verdad.

Los cálculos arrojan el siguiente resultado: en las escalas L, F, K obtiene un puntaje transformado de: para L=3 el P, T.47 (-), F=23 P.T117 (+) y K=10T.P=10(-)

Combinación:(-+-).Trató de ser espontánea en sus respuestas. Vive intensamente sus conflictos, hay tensión interna y tiene necesidad de recibir ayuda. Esta combinación se da en personas que tienden a exagerar sus conflictos.

Las escalas clínicas arrojan el siguiente resultado: los valores por encima de la media considerada normal se ubican en las escalas (7-8)788/87, seguida por la (6-9)69/96.

Para el valor diagnóstico se tiene en cuenta las escalas de mayor valor (7-8): C experimenta malestar y angustia, con defensas inadecuadas para su manejo; podría tener dificultades para adaptarse y relacionarse; es rígida, presentando

alteraciones en la identificación sexual, alberga sentimientos crónicos de inseguridad, inadecuación e inferioridad, con tendendencia al aislamiento. La mínima diferencia obtenida en ésta escala (puntaje t) pudo deberse a que la paciente al inicio del inventario no contestó con sinceridad algunas de las frases con las que se identificaba. El puntaje t de la escala 8 por encima del valor 75, se da en personas que tienen o tuvieron adicción a las drogas, alcohol o fármacos.

Análisis general

La paciente presenta indicadores de aislamiento, inadecuación en las relaciones interpersonales, manejos psicopáticos que no operan exitosamente, evitación, dependencia, y de agresión encubierta, así como problemas con las figuras parentales. Sus defensas están pobremente constituidas, recurriendo a la evitación.

Diagnóstico presuntivo: Esquizofrenia de tipo Hebefrénica y elementos psicopáticos.

6. Bibliografía

Leonard, K. (1999). *Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada*. Buenos Aires: Polemos.

Ey, H, Bernard, P, & Brisset, CH. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson, S.A.

Kaplan, R. (1999). *Simposio de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta Psiquiátrica Clínica*. Madrid: Medica Panamericana.

Akiskal, H. (2000). Actualización de Trastornos Bipolares. *Vertex, Suplemento Especial*. (XII): 5 - 40

Fenichel, O. (1966). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós.

Millon, T & Roger, D. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson

Pichot, P. et al. (1995). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, S.A

Monchablon Espinosa, A. (2002). Las Esquizofrenias. *Actualización del diagnóstico y tratamiento en Psiquiatría*, 5(5): 6 – 36

Akiskal, H. (2002). Actualización en Trastornos Bipolares. *Vertex, Suplemento Especial* (XII): 5 – 40

Stingo, N. (2002). Trastorno Borderline de la Personalidad. *Actualización del Diagnóstico y Tratamiento en Psiquiatría*, 3(1): 16- 23

Bengochea, L. (2002). Manía. *Actualización del Diagnóstico y Tratamiento en Psiquiatría*, 4(2): 6- 12

Corral, R.(2002).Hipomanía. *Actualización del Diagnóstico y Tratamiento en Psiquiatría*,4(2):13 – 14

Corral, R.(2002).Trastorno del Estado de animo. *Actualización del Diagnóstico y Tratamiento en Psiquiatría*,4(2): 14: 23

Kernberg, O.(2001).”Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de apoyo: Controversias Contemporáneas”.En: Bernardi y R y Defey, D (eds) et al. *Psicoanálisis, focos y Aperturas*. Montevideo. Uruguay: Psicolibros-Librería Editorial.

Laplanche,J&Pantalis,J.(1987).*Diccionario de Psicoanálisis*.
Barcelona: Labor, S.A.

Kernberg, O. (1987).”*Trastornos graves de la Personalidad*”. México: Manual Moderno.

Silva, A(2002). Clínica del Espectro bipolar. Hipomania y Depresión Bipolar. *Actualización del Diagnóstico y Tratamiento en Psiquiatría*. 6 (2): 1- 24

Millon, T.(1998).”*Trastornos de la personalidad-Más allá del DSM-IV*.
Barcelona: Masson

Koldobsky, S (2002). “Introducción a la Psiquiatría”. “*Desordenes de la Personalidad*”. Cap.III .La Plata:Slider.