

202 CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico de una adolescente que viene remitida a nuestro centro por otros profesionales. La traen sus padres, los cuales están convencidos de que su hija puede volver a intentar suicidarse. El caso parecía complejo en su inicio, pero se consiguió una buena respuesta terapéutica. Se describen las características más relevantes de éste, para finalmente llegar a una reflexión referente al diagnóstico del mismo.

Motivo de consulta

A, una adolescente de 17 años y 1 mes de edad, acude a nuestro centro acompañada de sus padres tras su tercer intento de suicidio. Los padres explican que la ven triste, deprimida e incluso agresiva, especialmente fuera de casa. Creen que realmente quiere matarse.

Descripción del grupo familiar

A es natural de un pueblo de Barcelona y la mayor de dos hermanas. El padre tiene 42 años y es ingeniero, la madre tiene 43 años y trabaja en un banco. La hermana y ella siempre han estado muy unidas, pero A se siente comparada continuamente con ella.

La paciente mantiene una relación de pareja desde hace 8 meses. Estudia 4º de ESO, curso que repitió, lo cual le hizo sentirse muy deprimida. Los padres no la consideran una buena estudiante, en cambio, a su hermana pequeña sí. A dice no tener celos de su hermana.

Quiere dejar de estudiar a final de curso, porque los estudios le agobian mucho. Su intención es ser "Mosso d'Esquadra".

Antecedentes personales

Todo parece indicar que el desencadenante principal fue la intervención practicada en septiembre de 1995, para extirparle un quiste de ovarios. En menos de 24 horas tuvo que volver a ser intervenida de urgencia debido a una hemorragia provocada por la misma operación.

A raíz de estas intervenciones comenzó a verse gorda y realizaba conductas como esconderse para cambiarse de jersey. Estaba acomplejada. A partir de ese momento, se inician las reiteradas amenazas e intentos de suicidio para los cuales se sirve en una primera ocasión de fár-

macos, posteriormente de una mezcla de alcohol y pastillas y en el último realiza un intento de inyectarse aire con una jeringuilla.

En el centro donde fue atendida por su último intento autolítico se le recetó fluoxetina, cloracepato, clomipramina y clorpromacina.

Exploración psicopatológica

La primera vez que la vemos en consulta muestra síntomas depresivos y ansiosos.

Específicamente se observa lo siguiente:

- *Síntomas depresivos*: anhedonia, deterioro del humor a medida que transcurre el día (presentándose más irritable por la noche), insomnio intermitente y sueño agitado. Ideación suicida e intentos autolíticos.
- *Síntomas de ansiedad*: temblor de manos, taquicardia, sensación de mareo, migrañas, tensión muscular, irritabilidad, temor a perder el control.
- *Otros síntomas (de contenido fóbico-obsesivo)*: ideas obsesivas relacionadas con una serie de accidentes respecto al fuego y miedo a ir en coche; temor a enfermedades como el SIDA, el cáncer y la leucemia, esta última en relación a la muerte de una amiga.

En la entrevista con los padres, éstos explican que la ven deprimida. Observan, en ocasiones, su mirada perdida y en los últimos cuatro días se muestra inestable y confundida. Consideran que es el periodo con síntomas más graves.

Exploración psicológica

Aptitudinales

- | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|
| WAIS: | C. I. Total = 100. |
| RAVEN: | Centil 10. Grado IV |
| TOULOSSE: | Centil 1 (no se aprecia ni rechazo, ni desmotivación al hacer la prueba). |
| REY: | COPIA CENTIL 100.
MEMORIA CENTIL 30. |

Personalidad

- Inadaptación social, personal y escolar. A nivel familiar adaptación normal.

- Tiende a reprimir todo tipo de expresiones emocionales en su comportamiento.
- Irritabilidad.
- Sentimientos de inadecuación y autodesprecio.
- Baja autoestima, sentimientos de inseguridad, de abandono y pérdida.
- Necesidad y reclamo de afecto.
- Tendencia intrapunitiva. Se muestra temerosa y está obsesivamente preocupada por sus déficits personales.
- Temor a las enfermedades crónicas y a la muerte. Somatizaciones.

Hipótesis diagnóstica. Diagnóstico diferencial

Visto el cuadro clínico, la entrevista personal y el estudio psicológico efectuado, se consideró que manifestaba un trastorno límite de la personalidad, como diagnóstico principal, al que iban asociados un trastorno depresivo no especificado y un trastorno de ansiedad generalizada.

Los síntomas que nos llevaron a este diagnóstico fueron: el esfuerzo que A realizaba para evitar el abandono, mostrando dependencia hacia los que la rodeaban. Presentaba un patrón inestable de conductas impulsivas, caracterizadas por el consumo de alcohol y la falta de autocontrol, muestras de ira inapropiada, mal genio, autoimagen negativa, sentimientos de vacío y amenazas e intentos de suicidio.

El Tr. de ansiedad fue diagnosticado por su preocupación excesiva por todo lo relacionado con el ámbito escolar, familiar y social, y que interfirió durante más de 6 meses su actividad general.

El Tr. por depresión no especificado venía manifestado por sus sentimientos de tristeza y los intentos de autólisis. Se consideró este Tr. porque no cumplía con los requisitos temporales del Tr. distímico, ni con los criterios del Tr. Depresivo Mayor.

Aunque en un principio se pensó en la posibilidad de un Tr. histriónico de la personalidad, posteriormen-

te se descartó, puesto que las conductas autodestructivas, los sentimientos de vacío y la inestabilidad que caracterizaba sus relaciones interpersonales no apoyaban este diagnóstico.

El Tr. por dependencia también fue otra de las hipótesis que descartamos, debido a que las reacciones frente al abandono, se caracterizaban más por manifestaciones de rabia, sentimientos de vacío y continuas demandas, que no por una conducta de sumisión o mansedumbre, ni por la búsqueda de otras relaciones que la suplan.

Evolución

Se inicia la terapia con una sesión semanal. Nos encontramos con una persona extremadamente obstinada y con graves problemas de comunicación, lo que dificulta la elaboración de sus conflictos.

En el transcurso del proceso terapéutico, que duró poco más de un año, fue adquiriendo mayor confianza en sí misma y en los demás. Empezó a tomar sus propias decisiones, enfrentarse a los problemas (con sus padres, con el alcohol, ...) y a relacionarse con su entorno de manera más adecuada.

Su labilidad emocional inicial mejoró progresivamente, así como la ideación depresiva (que manifestaba mediante indiferencia, aburrimiento, tristeza, ...).

La mayor seguridad en sí misma (mejor autoconcepto personal) contribuyó a una evolución más positiva, venciendo su timidez y el miedo.

La pauta farmacológica fue reducida paulatinamente. A los 2 meses de iniciarse la psicoterapia se le administraba fluoxetina (40 mg/día) y cloracepato (5 mg/día). Tres meses después estaba únicamente con fluoxetina (20 mg cada dos días).

Al año y dos meses se le da el alta. Actualmente se está preparando para superar las pruebas de admisión para Mosso d'Esquadra.

*M. Morales, M^a J. Serrano, S. Arxé
Centre Psicològic Gaudí (Barcelona)*