

Caso clínico

F. León Ramos; M. Serrat Francesch

Barcelona

Consultan los padres de E.H.G. sobre su hija de 16 años de edad por presentar crisis agudas de ansiedad y sentimientos depresivos.

Antecedentes personales: A los 12 años de edad consultaron a un paidopsiquiatra por presentar trastornos de ansiedad, adaptación y tristeza a raíz de pasar un mes de verano en Inglaterra con su hermana mayor. El informe medico-psicológico describe unos antecedentes personales y cuadro clínico de infantilismo afectivo, descenso en el rendimiento escolar sobre todo desde que su hermana ya no va a su colegio, retraimiento, hábitos fóbicos ordenadistas y de escrupulosidad, dificultades de adaptación a los cambios, temor a lo desconocido, aislamiento y bloqueo emocional. El estudio psicológico mostraba un CI Global al WISC de 100 con un CI de 96 y 104 en las escalas verbal y manipulativa respectivamente. En el área emocional se informaba de rasgos de ambivalencia, dependencia, agresividad reprimida y culpabilizada, debilidad yoica, necesidad de control de sus impulsos. Se diagnosticó un trastorno de personalidad con una estructura fóbico-ansiosa.

Se aconsejó efectuar tratamiento psicoterapéutico, el cual realizó durante 6 meses, con éxito según los padres, ya que su hija mejoró su capacidad de relación social y comunicación tanto a nivel personal y familiar como escolar.

Clínica actual: Desde el inicio de curso actual, cursa 3º de BUP, hace 6 meses, presenta ansiedad, insomnio de conciliación y malestar físico en situaciones pre-exámenes. A raíz de un suspenso en una evaluación, crisis aguda de ansiedad, con palpitaciones, sensación de mareo, opresión precordial, sudoración y temblor.

Se asocia bulimia ansiosa con tendencia a la obesidad, temor al ridículo y al fracaso (se pasa el día estudiando pues cree que nunca se lo sabe), necesidad de competir y sobresalir en su equipo de basket donde juega, sensación subjetiva de que pierde o se le acaba el tiempo, fobia a los relojes, ideas nihilistas respecto a su futuro y sentimientos de autorreproche. No presenta dificultades de relación social.

Historia familiar: La familia está compuesta por sus padres de 45 y 43 años, ambos de Valencia y una hermana de 21 años de edad.

El padre trabaja de funcionario y dice que toda su vida se han sacrificado para que sus hijas tengan un nivel académico que él no tuvo y que ello le ha costado algunas «depresiones» que han hecho que comprenda perfectamente a su hija e intente quitarle presión, pero sin conseguirlo.

La madre hace labores domésticas y se declara sufridora y agobiante en ocasiones, con el fin de que su hija aproveche al máximo el esfuerzo que todos están haciendo.

La hermana estudia ingeniería industrial y tiene un gran éxito académico y social.

Entrevista personal: A lo largo de la entrevista se muestra tensa, pero con buena capacidad de expresión verbal.

Explica que ella es la que ha pedido ser llevada a un «psicólogo» porque no entiende que le den esos «achuchones»; los exámenes la bloquean y siempre piensa que decepcionará a sus padres que se esfuerzan y sacrifican por ella y su hermana, mientras que ésta siempre saca buenas notas y consigue lo que quiere. Asimismo no conseguirá satisfacer las expectativas de sus padres que estudie la carrera de

medicina, pues el esfuerzo se le hace insopor-
table.

Exploraciones complementarias: Estudio psicológico:

– *Test de Inteligencia Wais*: Obtiene un CI global de 107, siendo de 103 y 107 las puntuaciones obtenidas en las escalas verbal y manipulativa respectivamente.

– *Test del dibujo de la familia de Corman*: Aparece inhibición, deseos regresivos, pasividad y falta de iniciativa con tendencia a replegarse en sí misma.

– *Test HTP*: Se aprecian rasgos depresivos, falta de confianza con temor a enfrentarse a las situaciones nuevas y refugio en la fantasía. Tendencia a la introversión. Ansiedad y excesiva dependencia de los demás.

– *Cuestionario de depresión CDS*: Obtiene una puntuación total depresiva centil 70.

– *Cuestionario de personalidad 16 PF de Catell*: Obtiene puntuaciones extremas en las escalas que reflejan aprensión, autocontrol, ansiedad y dependencia.

Diagnóstico diferencial (según DSM-III-R):

– 300.22 Trastorno por angustia (Panic disorder) sin agorafobia.

– 313.00 Trastorno por ansiedad excesiva (overanxius disorder).

– 300.40 Distimia (neurosis depresiva).

Hipótesis diagnóstica:

Dado los antecedentes personales, cuadro clínico, entrevista personal y estudio psicológico efectuados se elabora el siguiente diagnóstico:

– 313.00 Trastorno por ansiedad excesiva (overanxius disorder)

Ya que el eje central es la preocupación excesiva sobre el presente y futuro, sobre su capacidad personal, insomnio, y un sentimiento e incapacidad para relajarse.

No podemos plantear un trastorno por angustia, puesto aunque ha manifestado crisis agudas, éstas vienen determinadas por un factor desencadenante (situaciones pre-examen, suspenso).

Asimismo aunque encontramos un estado de ánimo deprimido, no reúne el criterio tiempo para el diagnóstico de distimia o neurósis de-

presiva de 1 año para adolescentes, y además parece más bien una consecuencia de los mecanismos de ansiedad ante su fracaso de adaptación.

Tratamiento y evolución: Se indicó efectuar tratamiento psicofarmacológico con alprazolán a dosis de 1,5 mg/día, propranolol a dosis de 40 mg/día y clorimipramina a dosis de 150 mg/día, consiguiéndose para este fármaco un nivel plasmático de 180 mcg/l. Progresivamente, en función de la evolución, se fue reduciendo la dosis, hasta eliminar la toma de alprazolán y propranolol. Y finalmente se está reduciendo la dosis de clorimipramina tomando en la actualidad 25 mg/día.

Asimismo se inició tratamiento psicoterapéutico que fue inicialmente en sesión individual y posteriormente de grupo.

Durante el transcurso de la psicoterapia se trabajaron los siguientes aspectos:

– *Conflicto de dependencia-independencia*: que generaba en ella una gran ambivalencia, combinándose una actitud regresiva y pasiva con intensos sentimientos de agresividad y culpa. Se fomentó la toma de decisiones, con un reforzamiento y apoyo, lo que originó una mayor autoafirmación y confianza en sí misma, disminuyendo los mecanismos de control sobre sus impulsos. Dicha situación creó ciertos enfrentamientos dentro del grupo familiar, sobre todo con la figura materna, apareciendo un empeoramiento sintomático de ésta, ante la mejoría de su hija.

– *Sentimientos de culpa*: debido a la reacción familiar fueron incrementándose y se convirtieron en la principal causa de inmovilización y retroceso en la terapia. Sin embargo, debido a la notable mejoría experimentada (disminución de la ansiedad) como consecuencia de la toma de decisiones (aplazar la decisión de hacer una carrera universitaria y empezar a trabajar) y a los controles realizados periódicamente a los padres, se mantuvo la evolución positiva, llegándose a modificar la rigidez estructural de su personalidad mediante la adquisición de mecanismos de reafirmación y compensación.