

# ANEXOS CASOS CLÍNICOS

## 1. RETRASO MENTAL

### EL ENIGMA

Un psiquiatra especializado en enfermos con retraso mental recibió la llamada de un pediatra para permitirle a Libby, una muchacha con 17 años de edad. Se la describió como curada de una depresión y necesitada únicamente de medicamentos de seguimiento.

La llegada de Libby a la llegada de espera creó una gran conmoción. Era una muchacha pequeña, delgada, muy agitada, que gritaba de una manera ininteligible, mientras que sus padres ansiosos, intentaban calmarla, parecía muy lejos de estar curada.

Los padres explicaron la siguiente historia. Antes de que Libby tuviera un año de edad fue diagnosticada de retraso mental grave. Todas las exploraciones diagnosticadas que se hicieron no consiguieron terminar la etiología del retraso grave se ha encontrado físicamente bien. Libby es hija única, fue educada y recibía clases especiales en la escuela pública era una muchacha alegre clamada y cordial. No podían vocalizar las palabras pero conseguía comunicarse mediante gestos y sonidos. Había aprendido a realizar algunas tareas domesticas le gustaba ayudar a su madre en las tareas de casa.

Libby nunca se había separado de sus padres hasta 6 meses cuando estos fueron a Europa durante una semana y la dejaron con una canguro a su vuelta la encontraron muy agitada, no respondía a las preguntas y no tenía interés en actividades cotidianas frecuentemente lloraba, dormía mal, comía poco y para la mayor parte del tiempo deambulando por la casa. Los padres se sentían culpables por haberse ido de viaje e intentaron hacer cualquier cosas para estar con ella todo el tiempo y poder hacerla feliz.

Los padres de Libby se preguntaban si era posible que estuviese enferma, en las pruebas que su pediatra llevo a cabo no se encontró algún tipo de anormalidad. El pediatra le receto un aneolítico, pero no tuvo ningún efecto. El psicólogo escolar pensó que la conducta de Libby podía ser una manera de llamar la atención, reforzada por la indulgencia de sus padres; surgió, así mismo establecer límites firmes y enviarla a una clínica de cuidados de niños, en el centro , el psiquiatra les comunico que su hija le estaba castigando por haberse ido de viaje. Surgió que le habían proporcionado una atención y un efecto limitados.

Ya que lo único que se consiguió con todo esto fue un empeoramiento del retorno consulto otro psiquiatra. Este pensó que Libby podía estar deprimida y empezó a medicarle medicación anti depresiva. A pesar de ello la muchacha no mejoro. Desesperados, los padres acudieron a los hospitales psiquiátricos de la zona para intentar ingresar a su hija, pero fue totalmente imposible.

Un asistente social explico que los hospitales psiquiátricos generalmente no tienen experiencia para tratar a pacientes con retraso mental. Finalmente, Libby fue ingresada en una sala de pediatría donde se le hizo una historia médica completa que consiguió aclarar la causa de su trastorno.

El pediatra de Libby decidió tratarla en el hospital por una depresión psicótica. Por este motivo aumento la dosis de antidepresivos y añadió medicación anti psicótica. La muchacha empezó a tener más apetito a dormir mejor y encontrarse menos agitada. Se le dio de lata, pero rápidamente recayó. Volvió a sentirse irritada y agitada, a dormir poco y a experimentar un descenso del apetito.

Durante la entrevista con especialista, Libby se encontraba extremadamente agitada. Chillaba, no se encontraba quieta, se cogía al brazo de su madre y le indicaba que quería volver a casa.

## 1. RETRASO MENTAL

### MECIÉNDOSE Y LEYENDO

Betsy, una muchacha de años de edad, fue enviada por un especialista por los cuidadores de su hogar grupal. Había entrado a vivir en el hogar hace meses antes, como consecuencia de la orden judicial “desinstitucionalización” de una residencia para retrasados mentales, dictada por el Sr. Juez se solicito una exploración porque betsy no acababa de encajar “encajar” con las otras personas del centro y había presentado conductas problemáticas, especialmente autoagresiones y, menos frecuentemente, agresividad hacia los demás. A diferencia de las otras personas, betsy tendía a “encerrarse en sí misma” y no se relacionaba con nadie, a pesar de que lo hacía con algunos miembros del personal de la institución su conducta autolesiva y agresiva generalmente aparecía cuando se producía cambios en sus actividades rutinarias. La conducta autolesiva consistía en morderse repetidamente las piernas y en morderse las manos.

Desde los años, siempre había estado en algún tipo de institución, sus padres habían fallecido y no tenía ningún contacto con su único hermano. Cuando se la traslado al orfanato, se observo que su registro encefalografico presentaba varias anomalías, pero no se presentaban crisis epilépticas ni problemas debido a fármacos. Según los test psicológicos, su coeficiente de inteligencia era de con déficit comparables con los trastornos adaptivos.

Durante las evaluaciones, betsy pasaba mucho tiempo leyendo un libro infantil que encontraba en la sala de espera. Su voz es plana monótona. No es capaz de responder preguntas sobre el libro que está leyendo, y cuando se la interrumpe empieza a darse golpes en las piernas con los puños. Se mueve de un lado para otro en principio, mantiene contacto visual con el examinador lo que pasa a su alrededor. No hace absolutamente nada no responde a los intentos de hacerla jugar con otros juguetes, como, por ejemplo, muñecas. Algunas veces una frase concreta con un tono monótono, “blum, blum”. La exploración física revela la presencia de equimosis en sus piernas.

El embarazo y el parto de betsy fueron totalmente normales. Sus padres empezaron a preocuparse cuando vieron que a los dos años no hablaba, su desarrollo motor se retraso. Pensaron a lo mejor que era sorda, pero estaba claro que no, ya que estaba atemorizada

cuando escuchaba el ruido de una lavadora. Desde muy pequeña betsy ha vivido en su propio mundo, no ha tenido lazos estrechos con sus padres, ha presentado reacciones idiosincrásicas a determinados sonidos y siempre le han molestado los cambios en su entorno. A la edad de años, Betsy continuaba sin hablar y recomendó entonces su traslado estaba tras ser diagnosticada de esquizofrenia infantil. Al

Día siguiente del ingreso betsy empezó hablar sin embargo no empleaba el lenguaje para comunicarse, si no que repetía frases una y otra vez. Presentaba una capacidad especial para memorizar las cosas y le fascinaba la lectura, a pesar de que daba la sensación de que no entendía nada, mostraba una gran variedad de conductas estereotipadas como mover el cuerpo y la cabeza, algo que requería de una gran atención por parte del personal

## 2. TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

### EL CARTÓGRAFO

Los profesores de C. B., un niño de 13 años de edad, solicitan su exploración psiquiátrica. C.B. tiene un nivel medio de inteligencia según el Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC; 1974) y unas capacidades verbales superiores a las habilidades motoras. Su rendimiento es bueno en tareas que requieren leer, pero sus profesores se encuentran profundamente preocupados por su ingenuidad y por el bajo nivel de comprensión de las ideas abstractas; lo encuentran vulnerable a los peligros de la vida cotidiana.

Su madre explica que los problemas de su hijo empezaron a los 6 meses de edad cuando sufrió un traumatismo craneal. Desde entonces, se aisló de las otras personas y pasaba la mayor parte del tiempo mirándose las manos, que movía de diferentes maneras delante de la cara. A la edad de un año le gustaba ver pasar los coches, pero continuaba ignorando a la gente. Hasta los 5 años se mostró distante, no mantuvo contacto visual con las personas. Su desarrollo motor se produjo a la edad normal, y tan pronto como le fue físicamente posible empezó a correr en círculo y con un objeto en su mano; si se le intentaba detener, se ponía a gritar. Había muchos movimientos estereotipados, como saltar, palmear con las manos y moverlas en círculo.

A la edad de 3 años C. B. era capaz de reconocer las letras del abecedario y podía hacer dibujos; dibujaba el pote de la sal y de la pimienta, y copiaba correctamente los nombres que estaban en los potes, una y otra vez. Durante un cierto tiempo, ésta fue su única actividad. Acto seguido, empezó a sentirse fascinado por los edificios de gran altura, y los pintaba y miraba desde todos los ángulos. C. B. no habló hasta los 4 años de edad, y durante un período solamente repetía palabras simples. Posteriormente, repetía frases y pronombres invertidos.

Después de los 5 años, la expresión y el contacto social de C. B. mejoraron notablemente. Hasta la edad de 11 años acudió a una escuela especial, donde el personal observó que hacía una serie de actos extraños y repetitivos. En una ocasión antes de que empezara la lección, C. B. insistió en que el profesor y los alumnos debían ponerse los relojes de goma que había hecho. A pesar de todos estos problemas, C. B. demostró tener muy buena memoria y ser capaz de comprender rápido lo que se le enseñaba. Fue trasladado a una escuela pública cuando tenía 3 años.

C. B. tiene un nivel de gramática y de vocabulario muy buenos, pero su expresión oral es ingenua e inmadura y sólo se preocupa de sus propios intereses.

Ha aprendido a no hacer comentarios sobre el aspecto físico de las otras personas, pero tiende a hacer preguntas de manera repetida. No es un niño aislado desde el punto de vista social. Dice de sí mismo: «temo que sufro de poca deportividad». Le gustan los chistes, pero no entiende el humor sutil. A menudo, los compañeros de clase le molestan.

El interés principal de C. B. se centra en los mapas y en las señales de tráfico.

Tiene una memoria impresionante para recordar las carreteras y es capaz de dibujarlas con exactitud y en un santiamén. Todo aquello que le cae en las manos lo cambia de forma y lo convierte en algo largo y de forma extraña. Se encuentra profundamente atraído por un animal de peluche con el que habla como si trata de una persona adulta.

La destreza de los dedos de C. B. es buena, aunque es un niño patoso y no puede realizar correctamente grandes movimientos; por esta razón, nunca es elegido para participar en juegos de equipo.

## 2. TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

### ECO

A requerimiento de sus padres, se examinó a Richard, un niño de 3 años y medio de edad que presentaba un desarrollo desigual y una conducta anormal.

El parto había sido difícil y requirió que se le aplicara oxígeno al bebé. Tanto su apariencia física como su desarrollo motor y su capacidad para desenvolverse eran normales, pero sus padres habían estado preocupados desde los primeros meses de vida por la falta de respuesta a los contactos sociales y a los juegos infantiles usuales. El hecho de que su segundo hijo disfrutara de las relaciones interpersonales desde el principio confirmó sus temores.

Richard era un niño reservado y parecía autosuficiente. Por la mañana, no saludaba a su madre, ni tampoco saludaba a su padre cuando llegaba del trabajo.

Sin embargo, si se le dejaba al cuidado de otra persona, se pasaba la mayor parte del tiempo chillando. A los 3 años, era capaz de entender instrucciones sencillas.

Su lenguaje consistía en repetir palabras y frases que había oído en el pasado, imitando el acento y la entonación originales. Podía utilizar una o dos de estas frases para indicar sus necesidades más simples. Si, por ejemplo, decía «¿quieres algo para beber?», significaba que tenía sed. No utilizaba expresiones faciales, gestos ni mímica, excepto cuando arrastraba a alguien para colocarle la mano sobre el objeto que deseaba.

Le fascinaban las luces brillantes y objetos de tela, a los que miraba fijamente mientras reía, movía las manos y bailaba de puntillas. También hacía estos movimientos cuando oía música, que le gustaba desde pequeño. Estaba intensamente unido a un coche de juguete, que mantenía cogido en sus manos todo el día, aunque nunca jugaba creativamente con éste ni con ningún otro juguete. Podía hacer rompecabezas con facilidad (y con una sola mano, ya que en la otra sujetaba el coche), incluso cuando le escondían el modelo. A los dos años había recogido varios objetos de cocina que colocaba en todo el suelo de la casa formando figuras. Esta actividad, junto con andar vagabundeando por la casa, constituía todo su repertorio espontáneo.

El problema más grande a la hora de tratar a Richard era su tremenda resistencia a cualquier intento de cambiar o ampliar sus intereses. Si se le quitaba el cochecito, o se

interferían en sus rompecabezas o actividades, aunque sólo fuese darle una cuchara para utilizarla debidamente, o se lo obligaba a mirar un libro de dibujos, cogía una rabieta que podía durar una hora o más, durante la que chillaba, pataleaba e incluso pegaba, a sí mismo o a otros. Estas rabietas se podían a cortar si se dejaba que el niño volviera a lo que estaba haciendo. También era eficaz ponerle su música favorita o llevarle en coche de paseo, pero esto no siempre funcionaba.

Sus padres se preguntaban si Richard podía ser sordo, pero su amor por la música, sus imitaciones verbales tan exactas y la sensibilidad que mostraba por algunos sonidos suaves, como los provocados al desenvolver una chocolatina en la habitación de al lado, les convencieron de que ésta no era la causa de su conducta anormal. Las pruebas psicológicas le dieron una edad mental de 3 años para las habilidades no relacionadas con el habla; pero, en cambio, le dieron una edad mental de 18 meses en comprensión del lenguaje.

### 3. TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO

#### PETE EL VIETNAMITA

El día antes del decimosexto cumpleaños de Pete, éste fue ingresado en el departamento de psiquiatría de un hospital general de un suburbio de Detroit en el cual vive. Se había hecho un corte profundo en la muñeca con un cuchillo de cocina, y se había cortado varios nervios y tendones de su mano izquierda; asimismo, había perdido el conocimiento durante la noche de manera intermitente, y, a la mañana siguiente, había llamado a un amigo de su madre para que le ayudara.

Pete es el hijo de una mujer vietnamita y de un obrero americano. Vivió con su madre en Saigón hasta los 2 años de edad, y, por medio de una agencia de adaptación de Vietnam, fue a Estados Unidos para ser adoptado por una familia americana. Aparentemente, su familia había abusado de él (presentaba quemaduras y mordiscos), le habían llevado a una casa en el bosque por un breve período de tiempo y, a la edad de 2 años y medio, sus padres adoptivos lo acogieron.

A pesar de ser una persona algo reservada y poca comunicativa con sus padres adoptivos, Pete se comportaba bastante bien con la gente que le rodeaba. Era un niño brillante, buen muchacho, y era amable con los otros niños. Siempre se había llevado bien con sus amigos, pero la relación con sus padres era difícil, de ahí que éstos explicaran que era el más difícil de tratar de los cuatro hijos adoptivos que habían acogido.

Durante la época en que se encontraba en la escuela superior, el grupo de amigos de Pete estaba formado por muchachos que llevaban el pelo muy largo, que se oponían a la cultura y a las costumbres tradicionales y que se escapaban de la escuela para fumar marihuana; consideraban el nihilismo una filosofía de vida, robaban cerveza de los supermercados y se llevaban las joyas y los objetos de valor de sus padres y de sus profesores. Sus notas fueron cada vez peores, empezó a tener problemas por disparar con su revólver a las ardillas y por hacer explotar los buzones con petardos.

Cuando Pete tenía 14 años sus padres se divorciaron: El prefirió irse con su padre y sus hermanos a otro estado. Los delitos que cometía, aunque pequeños, iban en aumento. ÉL y sus amigos fueron arrestados por coger el coche de un vecino para ir a corre un poco y divertirse. A la edad de 15 años, pasaba más tiempo en la calle que en la escuela, y consumía drogas que sus amigos le proporcionaban, principalmente LSD,

mescalina, pegamento y marihuana. Sus padres le enviaron a una escuela militar, pero le expulsaron un mes antes de ingresar al hospital, debido a su permanente ausencia a las clases.

En el momento del ingreso se le describe como un joven atractivo, que llama la atención de todas las adolescentes en la escuela. Él dice que no intento suicidarse cuando se hizo el corte en la muñeca. Cuando se le continuó preguntando e insistiendo, nos contó finalmente la siguiente historia: se encontraba vertiendo ácido mientras estaba con unos amigos. Cuando éstos se fueron, le pareció oír la sirena de un coche de policía y pensó que la única manera para que no le arrestaran podía ser hacerse un corte en la muñeca y después perder el conocimiento. Niega sentirse deprimido, pero explica que su vida no tiene ningún tipo de interés y le da absolutamente igual vivir que estar muerto.

### 3. TRASTORNO DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO

#### **SIN FRENOS**

Jeremy es un niño de 9 años de edad que es llevado a un centro de salud mental por su madre debido a su progresiva desobediencia y su mal comportamiento en la escuela. Diversos acontecimientos que sucedieron el mismo mes convencieron a su madre de que tenía que hacer algo para que el niño cambiara su conducta. Hacia algunas semanas insultó a su profesor y fue expulsado de la escuela durante 3 días. La semana pasada fue reconvenido por la policía por ir en bicicleta por la calle, algo que su madre le tenía prohibido hacer; en otra ocasión no usó frenos y se empotró contra el cristal de un escaparate, agrietándolo; No ha cometido ningún acto de mayor gravedad, aunque una vez antes rompió una ventana cuando montaba en bicicleta con un amigo.

Ya desde que iba a la guardería, Jeremy había sido un niño problemático. Los problemas habían ido en aumento lentamente cuando no se le vigila, Jeremy se metía siempre en líos. En la escuela le han castigado y reñido por molestar, insultar y pegar a los otros compañeros: Se le describe como un niño irritable y con muy poco carácter, a pesar de que algunas veces parece pasárselo bien en la escuela. A menudo molesta de manera intencionada a sus amigos de clase, pero refiere siempre que han sido ellos siempre quienes han empezado. No se ha visto envuelto en peleas bien serias, si bien en ocasiones ha intercambiado algunos golpes con algún niño. Jeremy a menudo se niega a hacer lo que los profesores le dicen, y este año ha resultado ser especialmente complicado con el profesor que por las tardes le enseña aritmética y ciencias naturales. Da muchas excusas para no realizar los trabajos y se enfada si se le está encima diciéndole que trabaje. También sufrió muchos de estos problemas el año pasado, cuando solamente tenía un profesor. A pesar de esto, sus notas son buenas y han sido cada vez mejores a medida que ha ido pasando el curso, especialmente en aritmética y en arte, asignaturas impartidas por el profesor con el que Jeremy tiene tantos problemas.

En casa, la conducta de Jeremy es variable: algunos días se muestra desafiante y mal educado con su madre, haciéndose repetir las cosas varias veces antes de hacerlas; otros días, en cambio, se muestra amable y encantador. Pero predominante sus días malos. (El más pequeño detalle le altera y entonces grita y chilla.) Rickie su hermano menor, le describe como malo y rencoroso; incluso durante los días en que está de buen humor, la manera de comportarse con él es horrible.

Capacidad de concentración de Jeremy es buena y no deja nunca las tareas a medio hacer. Su madre le describe como "siempre activo", pero no inquieto. Sus profesores están

preocupados por su conducta y no por su nerviosismo y e intranquilidad. Su madre explica, a si mismo, que dice pequeñas mentiras; pero cuando se trata de asuntos de importancia no miente.

#### 4. PARASOMNIAS

##### PESADILLAS

Martha de 35 años de edad, ha venido sufriendo pesadillas cada noche desde sus primeros años de adolescencia. Acude a un especialista en problemas de sueño ante la insistencia de su marido, harto de su conducta tanto nocturna como diurna. De una a cuatro veces por noche se despierta en medio de una pesadilla, el contenido de la cual siempre resulta perturbadora. A menudo sueña estar gritando a otras personas o encontrarse en peleas amenazadoras. En los sueños está enfadada y frustrada. De forma típica se despierta en medio de estos sueños sintiéndose extremadamente tensa.

Durante el día, Martha suele presentar ataques de ira incontrolables. Pueden venir precipitados por frustraciones poco importantes, como no recordar donde tiene las gafas. En pleno ataque puede tener conciencia de no estar actuando correctamente o de hacerlo sin motivo, pero no es capaz de detenerse. Después de uno de estos ataques pide disculpas.

Martha duerme de forma excesiva, algunos fines de semana hasta 12-13 horas consecutivas, y suele echarse siestas de 3-4 horas . Padece somnolencia en situaciones como conducir por una autopista, pero consigue permanecer despierta manteniendo fría la temperatura del coche o poniendo la radio "a toda potencia".

Niega haber experimentado ataques repentinos e irresistibles de somnolencia, cataplejía (perdida brusca del tono motor) , alucinaciones hipnagógicas (alucinaciones que aparecen al despertarse) o parálisis del sueño (debilidad motora y breve incapacidad para moverse después de despertarse de forma súbita) , todo ello característico de la narcolepsia. Niega sentirse confusa o desorientada cuando se despierta en mitad de un sueño (como sucede en los estados de deterioro de la activación, como por ejemplo, en los episodios asociados a disfunciones del lóbulo temporal) . Su marido ha constatado que últimamente han aumentado de forma espectacular el movimiento de vibración de sus parpados y los movimientos oculares poco después de haberse quedado dormida. Siempre duerme de forma inquieta y ocasionalmente golpea a su marido en mitad de la noche (un síntoma frecuente acido a las parasomnias).

En la evaluación inicial Martha parecía abatida, pero no lloraba. Contestaba con detalles y de forma bien organizada. Cometió tres fallos en la serie de los sietes, pero su sensibilidad estaba, por otra parte intacta. Comento que trabajaba de archivadora en una pequeña universidad, empleo que le gustaba y al que consideraba su salvación. Su Hija de 4 años de edad era una niña inteligente y se encontraba perfectamente bien.

Martha fumaba un paquete diario de cigarrillos desde hacía 25 años, y tomaba una taza de chocolate y 1.5 litros de bebidas de cola cada día. Solo bebía alcohol un par de veces al año.

El registro total de su sueño nocturno revelaba un sueño de 9 horas interrumpido continuamente por actividades de entre 10 y 30 seg que frecuentemente empezaban en un

complejo K (un patrón de activación) , y la mayor parte de ellas no se asociaban a movimientos corporales previos. Estos por su parte tenía lugar unas 35 veces por hora durante las fases del sueño I y II y durante la fase REM, pero solo cuatro veces durante la fase del sueño profundo. Por el contrario la latencia REM (tiempo transcurrido hasta la aparición inicial del sueño REM), su densidad y su cantidad eran normales, y el resto de las fases, aunque interrumpidas, tenían un patrón y un porcentaje normales. No obstante, nada sugería la presencia de pesadillas durante la noche. (Las constantes activaciones llamaban la atención probablemente se relacionaban con las anomalías detectadas en el EEG).

#### 4. PARASOMNIAS

##### ZOMBIE

Una niña de 11 años le pidió a su madre que fueran al psiquiatra porque tenía miedo de estar “enloqueciendo”. A lo largo de los últimos meses, se ha despertado desorientada, dándose cuenta de que se encuentra en el sofá de la sala de estar o en la cama de su hermana pequeña, aunque ella se acostó en su cama. Cuando hace poco se despertó en la cama de su hermano mayor, empezó a preocuparse mucho y se sintió culpable. Su hermana pequeña dice haber visto a la enferma andando por la noche en numerosas ocasiones, como si fuera un fantasma. Refiere que no contesta cuando la llama y que suele volver a su cama después del paseo. La enferma tiene miedo de tener “amnesia” porque no recuerda nada de lo sucedido durante la noche.

No hay antecedentes de ataques epilépticos o de episodios similares durante el día. La exploración médica y un electroencefalograma dieron resultados negativos. El estado mental de la enferma no llama la atención, excepto por la ansiedad que le produce su enfermedad y los problemas normales de la adolescencia. La vida escolar y familiar son excelentes.