

NATURALIDAD ANTE LO INCOMPREENSIBLE

Oliver Hernández, S; Lacal-Alejandre, L; Sieso Gracia, B; Gracia Peligero, E M;
Luna Tolosa, E. EMAIL: sandraoliverzgz@gmail.com

Presentación del caso

Mujer de 47 años ingresada en S. de Medicina Interna de forma programada por bajo peso extremo (IMC 12) de más de 4 años de evolución, manteniendo seguimiento en MI por este motivo, habiéndose realizado gran batería de pruebas complementarias, y que en este momento se ha complicado con una posible osteomielitis en tobillo izquierdo. Durante su ingreso se realiza colaboración a Psicósomática por probable trastorno de la conducta alimentaria.

No refiere antecedentes psiquiátricos previos.

Psicobiografía: Casada sin hijos. Vive en domicilio con esposo. Trabaja como administrativa en una empresa privada desde hace más de 20 años. En proceso de adopción desde el año 2008.

Material y métodos

Examen mental: Consciente, alerta y orientada. Aspecto físico de extrema caquexia, demacrada y pálida. Conducta controlada, correcta y contenida. Habla en tono y ritmo normal elaborando un discurso no espontáneo, coherente, organizado y racionalizador centrado en contestar a nuestras preguntas y en el que transmite estrictamente la información que le solicitamos. Su relato versa sobre aspectos contextuales, biográficos e historia de las variaciones de su peso a lo largo de su vida. Aspecto éste, que minimiza y normaliza en cuanto a su gravedad y que relaciona y justifica con situaciones de aumento de estrés psicosocial en algún momento de su vida. Insiste en que la ingesta que realiza siempre ha sido normal en cantidad, variación y calidad de los alimentos no existiendo según comenta conductas purgativas ni restrictivas respecto de la alimentación. Escasa resonancia afectiva de la gravedad del problema ponderal que presenta. No se objetiva bajo estado de ánimo ni malestar emocional significativo. No síntomas de la esfera melancólica, ansiosa ni psicótica. Sí que se perciben rasgos vulnerables de personalidad con desconfianza, tendencia a la racionalización como mecanismo defensivo y necesidad de control. Nula conciencia de enfermedad.

Contexto familiar

Esposo: Actitud desconfiada con el personal, nula colaboración. Presenta minimización del bajo peso extremo de su esposa. Se muestra impasible al explicarle los riesgos físicos que corre ésta debido su situación.

Proceso de descendencia: la paciente se ha sometido a diversos tratamientos de fertilidad presentado situación extrema ponderal. Aceptación en proceso de adopción en dos ocasiones.

Resultados

Se realizan los siguientes diagnósticos:

Rasgos patológicos de personalidad Clúster A

Trastorno de la conducta alimentaria de tipo anorexia restrictiva

Conducta anómala de enfermedad.

Conclusiones

- 1 Denominamos Trastorno facticio a la producción o invención intencional de síntomas físicos o psicológicos de una enfermedad con el objetivo de asumir el papel de enfermo.
- 2 Hablamos de conducta anómala de enfermedad teniendo en cuenta tanto la actitud de la paciente como de su esposo. Mostrando desconfianza hacia el entorno sanitario, gran minimización del estado físico de la paciente y negativa al cambio por parte de ambos.
- 3 El objetivo del tratamiento de este trastorno es modificar comportamiento del paciente y eliminar o reducir el mal uso de los recursos médicos. El siguiente paso es entender los motivos psicológicos que están provocando dicho comportamiento.

Bibliografía:

1. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* – revisado (DSM-V).
2. CIE-10. *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, Panamericana, 1992.
3. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Sinopsis de psiquiatría. 11ª edición.