

CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO 1:

DATOS DEMOGRÁFICOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN:

Paciente JMP de 45 años de edad, masculino, soltero –nunca se ha casado- sin hijos, con un 9^{no} grado de escolaridad, actualmente sin ocupación pues le hicieron un peritaje médico y lo jubilaron hace 3 años por enfermedad mental. Nació en Santiago de Cuba, hijo de un matrimonio de origen humilde, su madre ama de casa y su papá panadero, fue el cuarto de seis hijos. Cuando él tenía 16 años se mudaron para La Habana, pues ya él estaba enfermo y los padres consideraban que en la capital recibiría mejor atención.

RAZONES PARA LA EVALUACIÓN:

El paciente acude a la UIC del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 10 de Octubre, conducido por su mamá y un hermano mayor, pues desde hacía unos 15 días lo notaban raro, no quería salir a la calle, dejó de comer y bañarse, se negaba a hacer el tratamiento y su manejo ambulatorio se hacía en extremo difícil. La familia lo había llevado al CCSM Lawton, que es el que le pertenece, allí fue visto por el equipo de salud mental, quienes decidieron remitirlo al servicio de urgencias del hospital de base para valorar su ingreso.

HISORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

El enfermo JMP, siempre fue un muchacho introvertido, callado, se le dificultaba establecer relaciones con los demás niños del aula y del barrio, pero la familia lo consideraba un poco tímido, pero no enfermo, por lo que nunca lo llevaron al médico por esos motivos. A la edad de 15 años fue que comenzaron a notarlo más raro de lo habitual, se pasaba horas encerrado en su cuarto, mirando el techo, a veces lo veían hablando solo por los rincones de la casa y el patio. Comenzó a decir que los vecinos hablaban cosas malas de él, que le querían controlar la mente conectándole aparatos de telepatía. Fue llevado al Hospital Psiquiátrico de San Luis en Santiago de Cuba, allí lo ingresaron, le pusieron tratamiento y mejoró algo, pero no lo suficiente. No pudo continuar sus estudios en el preuniversitario, pues decía que sus cros. de aula la tenían cogida con él. Mantuvo tratamiento al alta pero no mejoró mucho, por lo que la familia decidió traerlo para la capital.

Ya en La Habana lo ingresaron en la Clínica del Adolescente, lugar donde fue estudiado y tratado hasta que cumplió los 19 años que es remitido a su área de salud para seguimiento. Posteriormente ha mantenido tratamiento con neurolépticos orales y de depósito (IMAP primero y Decanoato de Flufenacina después), ha tenido varios ingresos en el Calixto García, Covadonga y Benéfica, ha recibido tratamiento de TECA en varias ocasiones. Hace 1 año que se mudaron para la barriada de Lawton y desde entonces lleva tratamiento en el CCSM con Decanoato de Flufenacina, participando en actividades de grupo y de rehabilitación, pues está aprendiendo el oficio de carpintero pues eso siempre le ha gustado y necesita hacer algún trabajito que lo ayude económicamente. Ahora ingresa en nuestro servicio remitido por el ESM del CCSM en la sala de agudos.

APP: Enfermedades virales de la infancia, niegan otros antecedentes.

APF: Un tío V/trastornos psiquiátricos, abuela paterna †/murió "loca", un primo V/trastornos nerviosos no precisados.

EXAMEN INICIAL Y EVOLUCIÓN POSTERIOR:

Cuando el paciente ingresó en la sala, el propio equipo que lo atendió en el CCSM, le hizo la HC y lo ha seguido tratando durante su ingreso. Al día siguiente de ser visto en la UIC y decidido su hospitalización, él manifestaba oír voces que le ordenaban cosas, pensaba que la gente en el barrio querían hacerle daño, que hablaban mal de él y de su familia, que cuando salía a la calle sentía que lo estaban persiguiendo, como si hubiera un complot en su contra, apenas podía dormir, pues le costaba quedarse dormido y además se despertaba con frecuencia durante la

madrugada, se sentía triste, sin deseos de ir a la consulta, ni participar en las “clases” de carpintería del CCSM, había dejado de afeitarse, llevaba varios días sin afeitarse, andaba sucio y nadie podía decirle que se afeara pues se ponía de muy mal genio.

Se le puso tratamiento con flufenacina, benadrilina y clorpromacina, a los 10 días, se sentía mejor, cuidaba de su aseo y aspecto personal, las ideas que tenía al ingreso se habían alejado, ya no oía las voces que lo molestaban y estaba durmiendo mejor. Tomaba sus medicamentos sin dificultades, por lo que el equipo decidió su alta hospitalaria y hacerle un ingreso en el hogar para mantenerlo bajo vigilancia y control.

HISTORIA PSICOSOCIAL:

Embarazo y parto:

Nacido de un parto fisiológico, deseado, a término, no antecedentes de enfermedades de la madre durante el embarazo, no se recogen elementos de sufrimiento fetal pre, peri ni post-parto.

Desarrollo psicomotor:

Considerado dentro de los límites normales.

Etapa escolar:

Comenzó sus estudios a los 5 años de edad en el pre-escolar, continuó los grados siguientes sin presentar dificultades en el aprendizaje escolar, pero siempre los maestros le decían a la madre –que era la que siempre iba a las reuniones de la escuela- que era un niño muy tímido, retraído, callado, que le costaba mucho trabajo ir a la pizarra y leer en voz alta delante de los demás. Durante los recreos siempre andaba solo y muy raras veces con un amiguito que era con el que se llevaba mejor. No repitió grados. Terminó sus estudios primarios y siguió en la secundaria básica cercana a su casa en Santiago de Cuba. No se adaptó a las escuelas al campo, por lo que la familia decidió que no fuera. Terminó el 9^{no} grado. Cuando comenzaba sus estudios de 10^{mo} grado, fue que se enfermó y lo ingresaron en el Psiquiátrico de San Luis de Jagua.

Historia sexual y marital:

El paciente JMP no se ha casado nunca. Cuando muy jovencito, conoció a una muchachita en el hospital de la que se enamoró, pero ella no le hizo caso. Comenzó a masturbarse cuando tenía 13 o 14 años de edad y esa ha sido siempre la forma que ha tenido para satisfacer sus deseos sexuales, pues nunca ha tenido relaciones sexuales con otra persona. Actualmente continúa esa práctica. Se ha sentido atraído por muchas mujeres, pero nunca se ha decidido a enamorarlas por temor a que le digan algo malo.

Historia familiar:

El paciente vive actualmente en la barriada de Lawton desde hace un año aproximadamente. En su casa conviven con él:

- Su papá de 78 años de edad. Jubilado. Salario: 140 pesos.
- Su mamá de 75 años. Ama de casa. No percibe salario.
- Un hermano varón de 38 años, divorciado, mecánico. Salario: 250 pesos.
- El paciente. Salario por jubilación 65 pesos.

Percápita familiar = 113.75 pesos.

La vivienda posee 3 habitaciones para dormir, una la ocupan los padres y las otras dos ambos hermanos respectivamente. Las condiciones habitacionales de la casa no son buenas, necesita reparación, tienen filtraciones en los techos, las paredes están rajadas, hay que reparar la meseta de la cocina y los azulejos del baño.

Las relaciones de los padres con el paciente son buenas, no así ocurre con el hermano que piensa que el paciente es un descarado, que no quiere trabajar ni ayudar en las cosas de la casa, pues el enfermo coopera poco en los quehaceres domésticos. El hermano piensa que el trabajo de la casa recae en los padres, que ya están muy viejos para eso.

Historia socio-laboral:

A la edad de 19 años, el padre del muchacho le consiguió un trabajo como ayudante en la panadería donde él trabajaba. Allí se mantuvo mientras él estuvo trabajando. Cuando el padre se jubiló, el paciente dejó el trabajo. Estuvo

varios meses sin trabajar, hasta que le consiguieron una plaza de ayudante de mecánico, pero eso no le gustaba, por lo que al año dejó el trabajo también.

Un hermano le resolvió un trabajo de ayudante en la empresa donde trabaja él. Allí se ocupa de mantener las mesas de trabajo con mercancías, llevaba recados, hacía mandados. Se mantuvo en ese puesto hasta que hace unos tres años hubo que enviarlo a peritaje médico pues tenía problemas de adaptación al trabajo por su enfermedad, se sentía muy apático y faltaba mucho. Le dieron primeramente 6 meses de reposo y posteriormente lo jubilaron. Actualmente cobra una chequera de 65 pesos, que no le alcanza, por lo que desea aprender algún oficio que le ayude económicamente.

Sale poco a la calle, no le gusta asistir a fiestas ni a las actividades sociales. Prefiere quedarse en la casa, dice que la gente no lo entiende y a veces le parece que se ríen de él. Está asistiendo a las actividades del CCSM y al taller donde aprende el oficio de carpintero, pero cuando se enferma, deja de ir.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

A) Formulación Multiaxial Estandarizada

Eje I. Diagnóstico .

Diagnósticos:	Códigos

Eje II: Discapacidades

Áreas de funcionamiento	Escala de discapacidad						
	0	1	2	3	4	5	D

* 0 = Ninguna, 1 = Mínima, 2 = Moderada, 3 = Sustancial, 4 = Seria, 5 = Masiva, D = Desconocida, de acuerdo a la intensidad y frecuencia de la presencia reciente de los diferentes tipos de discapacidades.

Eje III: Factores ambientales y personales (Adversos). [Pertinentes a la presentación, curso o tratamiento de los trastornos del paciente o como objetivos de atención clínica. Se pueden indicar con códigos Z de la CIE-10]

B) Formulación Personalizada (Idiográfica)

Eje IV: Otros factores ambientales y personales.

Eje V: Mecanismos y necesidades psicopatogénicas.

Eje VI: Otras informaciones significativas.

CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO 2:

DATOS DEMOGRÁFICOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN:

Paciente JMP de 45 años de edad, masculino, soltero –nunca se ha casado- sin hijos, con un 9^{no} grado de escolaridad, actualmente sin ocupación pues le hicieron un peritaje médico y lo jubilaron hace 3 años por enfermedad mental. Nació en Santiago de Cuba, hijo de un matrimonio de origen humilde, su madre ama de casa y su papá panadero, fue el cuarto de seis hijos. Cuando él tenía 16 años se mudaron para La Habana, pues ya él estaba enfermo y los padres consideraban que en la capital recibiría mejor atención.

RAZONES PARA LA EVALUACIÓN:

El paciente acude a la UIC del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 10 de Octubre, conducido por su mamá y un hermano mayor, pues desde hacía unos 15 días lo notaban raro, no quería salir a la calle, dejó de comer y bañarse, se negaba a hacer el tratamiento y su manejo ambulatorio se hacía en extremo difícil. La familia lo había llevado al CCSM Lawton, que es el que le pertenece, allí fue visto por el equipo de salud mental, quienes decidieron remitirlo al servicio de urgencias del hospital de base para valorar su ingreso.

HISORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente M, B, S, 27 años, APE, que visita por primera vez una consulta de Psiquiatría hace 1 mes. De profesión Médico General Integral y es traído por su esposa, la cual nos dice que lo conoce hace 2 años. Desde que lo conoce ha notado que APE, es “un poco raro”, pero a su vez considera que es un hombre bueno, trabajador y honesto.

Acude ahora porque últimamente además de sus rarezas, está teniendo dificultades en sus relaciones sexuales, ya que desde hace pocos meses, el paciente tiene dificultades para satisfacerla sexualmente (la esposa es también médico). Plantea que eyacula antes de tiempo, esta más nervioso que nunca y no duerme bien.

APP: Enfermedades virales de la infancia, niegan otros antecedentes.

APF: APF: Madre : Trastorno nervioso (desconoce diagnóstico)

EXAMEN INICIAL Y EVOLUCIÓN POSTERIOR:

En la primera entrevista con APE se muestra muy intranquilo, no puede dejar de mover las piernas y gesticular y lo primero que nos dice es que “no cree ni en psicólogos, ni en psiquiatras, pues a su mamá nunca la curaron.

Se muestra poco cooperativo y nos dice que vino por complacer a su esposa. Intranquilo todo el tiempo de la entrevista. A nuestra insistencia nos dice que desde niño es así, muy nervioso, pero el solo ha podido enfrentar sus problemas. Reconoce que siempre tiene ansiedad y que no duerme bien.

Desde pequeño no se relacionaba bien con lo demás niños, se mantenía casi siempre solo. Su mamá lo sobreprotegía y no dejaba que otros niños fueran a jugar a su casa. No presentó ninguna dificultad en su aprendizaje, todo lo contrario, se considera inteligente y siempre obtuvo en toda su vida estudiantil notas excelentes.

Desde su adolescencia, comenzó a sentirse mal, le aparecieron pensamientos raro “raros”. Pensaba que alguien de su familia iba a morir “si él no era bueno” y que a su mamá le pasaría algo malo. Estos pensamientos iban y venían pero nunca han desaparecido desde entonces.

Siempre muy ansioso y no duerme bien desde hace años. Él siempre trato de dominar esto y no acudió a ningún especialista. Siempre le gustó estudiar y se decidió por medicina en la que obtuvo a pesar de sus “dificultades” excelentes resultados. No tuvo novias en su adolescencia por su “timidez” y solo hace dos años mantiene relaciones con su pareja actual las que al principio sexualmente iban “bien”, aunque él no tenía experiencia previa pero ella siempre los ha ayudado.

Hace algunos meses, aprox. 3 meses, los pensamientos malos en relación con su mamá se han intensificado y piensa que morirá si él no es buen hijo. Además piensa que los compañeros de trabajo lo miran, le quieren hacer daño, aunque reconoce que no existen razones. A intentado “luchar contra estos pensamientos, pero cada día está más tenso y duerme mal. La real razón por la que acepto venir a consulta son las serias dificultades en el sexo (“tengo eyaculación precoz”) por lo que siente culpabilidad y teme perder a su pareja.

En los últimos días está pensando en matar a su madre y se siente mal hijo, por lo que se pone muy nervioso. Decidió no trabajar y se buscó un certificado con un amigo. Apenas sale de la casa y las relaciones con la esposa están mal.

HISTORIA PSICO-SOCIAL

Nacido por cesárea, con sufrimiento fetal, cuidados especiales durante una semana después del nacimiento. Íctero fisiológico. Es el segundo hijo de un matrimonio estable. Su hermano dos años mayor es un Síndrome de Dawn.

DSM- Normal

Aprendizaje: Normal

Convivencia: las relaciones familiares las describe buenas, su madre lo ha protegido siempre y él cree que se debe a que su hermano es un “enfermo”

Hábitos tóxicos: Fumador. Últimamente bebe ocasionalmente para calmar la ansiedad.

Vida laboral: Le gusta su carrera, es organizado, cumplidor, se considera responsable en su trabajo, a veces demasiado. Actualmente rechaza el trabajo y no desea reincorporarse. Los pensamientos en relación a sus compañeros lo hacen sentir mal pero reconoce no tiene razón, aunque viene una y otra vez a su mente.

Vida Sexual: Primera relación a los 25 años con su pareja actual. Siempre ha tenido a las mujeres y le ha costado mucho establecer relaciones con ellas. Actualmente presenta eyaculación precoz. Tiene “miedo” perder esta relación y tener que volver a su casa, pues ahora vive solo con ella y no desea volver a su casa.

Rasgos del carácter: Organizado y responsable.

Nota: No relaciona sus síntomas con eventos biográficos en su vida. Considera que es así desde hace años.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

A) Formulación Multiaxial Estandarizada

Eje I. Diagnóstico .

Diagnósticos:	Códigos

Eje II: Discapacidades

Áreas de funcionamiento	Escala de discapacidad						
	0	1	2	3	4	5	D

* 0 = Ninguna, 1 = Mínima, 2 = Moderada, 3 = Sustancial, 4 = Seria, 5 = Masiva, D = Desconocida, de acuerdo a la intensidad y frecuencia de la presencia reciente de los diferentes tipos de discapacidades.

Eje III: Factores ambientales y personales (Adversos). [Pertinentes a la presentación, curso o tratamiento de los trastornos del paciente o como objetivos de atención clínica. Se pueden indicar con códigos Z de la CIE-10]

B) Formulación Personalizada (Idiográfica)

Eje IV: Otros factores ambientales y personales.

Eje V: Mecanismos y necesidades psicopatogénicas.

Eje VI: Otras informaciones significativas.