

# Casos clínicos de trastornos somatomorfos

ÁNGELA RUIZ ARCOS

GUILLERMO DE FREYTAS RODRÍGUEZ

TUTOR: ANTONIO GARCÍA



# CASO CLÍNICO 1.

# DATOS BIOGRÁFICOS

- ❑ Padre fallecido recientemente por IAM, con antecedente de linfoma de Hodgkin y posible trastorno de la personalidad no filiado.
- ❑ Madre fallecida recientemente de Ca.mama fulminante.
- ❑ Pariente de segundo grado diagnosticado de esquizofrenia.
- ❑ La paciente nació de parto eutócico y presentó un desarrollo psicomotor normal. Concluyó estudios de secundaria.
- ❑ Ha realizado algunos cursos formativos. Trabajó 5 años en una empresa como empleada y actualmente está de baja laboral desde 18 meses antes de su ingreso.

# ANTECEDENTES SOMÁTICOS

- ❑ Diagnóstico de síndrome de ovarios poliquísticos, con clínica de hirsutismo, hiperinsulinismo, obesidad, HTA y amenorrea. Realizó tratamiento con dieta hipocalórica y, en algunos ciclos menstruales, con análogos de LHRH y ACOs, que abandonó por aumento de la tensión arterial.
- ❑ Actualmente sin tratamiento ni seguimiento en este aspecto.
- ❑ La paciente había perdido 40 kg de peso en los 3 años previos a su ingreso, que se atribuyen a la dieta hipocalórica.

# ANTECEDENTES SOMÁTICOS

- HTA diagnosticada en 1.993, de difícil control, por la que ha seguido múltiples tratamientos antihipertensivos en los años previos (diuréticos, ahorradores de K+, IECA, ARA II).
- Desde entonces en seguimiento por Nefrología para estudio de la HTA, realizándole diversas pruebas (ecografía y TAC abdominal, gammagrafía con octreótido , TAC torácica, gammagrafía con MIBG-yodo, eco-doppler de arterias renales, niveles de aldosterona y actividad de renina plasmática, catecolaminas y metanefrinas en orina y angio-TAC abdominal), **no hallándose alteraciones significativas.**

# ANTECEDENTES SOMÁTICOS

EKG Holter



Taquicardia auricular.

RMN hepática



Lesión nodular de 1cm en segmento VIII.

Renograma basal y post-captopril



Positivo para hipertensión vascular renal.

Aortografía y angiografía



Arteria renal única bilateral, sin lesiones estenosantes.

# ANTECEDENTES SOMÁTICOS

- La arteriografía renal selectiva bilateral fue estrictamente normal. Actualmente recibía tratamiento con Amlodipino 10 mg/día.
- La paciente refiere infecciones urinarias de repetición asociadas a hematuria macroscópica de años de evolución.
- Crisis de enrojecimiento facial, acompañadas de sudor y palpitaciones de años de evolución.

# ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

- ❑ Según las personas que la conocen, la paciente presenta rasgos de personalidad impulsiva, con rigidez cognitiva, dificultades en la resolución de situaciones de conflictos y conductas ocasionales de acumulación de objetos en su casa durante la adolescencia.
- ❑ Presenta frecuentes episodios de heteroagresividad verbal hacia los convivientes.
- ❑ No refiere tratamiento psiquiátrico previo.



# ENFERMEDAD ACTUAL

- Mujer de 26 años que en un contexto de importantes **estresores vitales** (muerte reciente de familiares de primer grado, cambio de domicilio), presenta episodio de inicio brusco de **parestesias en extremidades, náuseas y vómitos**, por lo que acude a Urgencias.
- Se detecta **hiperpotasemia de 8,3 mEq/L, alcalosis metabólica y alteraciones electrocardiográficas** (ondas T picudas en seis derivaciones).

# ENFERMEDAD ACTUAL

- ❑ Tras corregirse la hiperpotasemia y las alteraciones EKG mediante la administración de insulina y la retirada de losartán, es dada de alta.



- ❑ Dos días después acude de nuevo a Urgencias con la **misma sintomatología** (parestesias, náuseas y vómitos). Se objetiva hiperpotasemia de 7,8 mEq/L y alteraciones EKG similares a las del episodio anterior.
- ❑ Se decide su ingreso en Nefrología para estudio y tratamiento.



**¿ Qué opináis con  
los datos que  
tenemos?**

# ENFERMEDAD ACTUAL

- Durante este ingreso se sospecha que la hiperpotasemia puede ser de **causa exógena** y se realiza interconsulta a Psiquiatría, que orienta el diagnóstico como probable Trastorno Facticio. La paciente es dada de alta explicándole el elevado riesgo vital de la hiperpotasemia.
- A los pocos días vuelve a acudir en diferentes ocasiones a los Servicios de Urgencias de otro hospital con la misma sintomatología, decidiéndose **ingreso en la Unidad de Psiquiatría** para estudio.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Al ingreso la paciente presenta buen estado general, consciente y orientada en las 3 esferas. Euproséxica, muestra una actitud poco colaboradora.
- Su discurso es fluído. Actitud pueriloide. Utiliza frecuentemente un tono despectivo.
- No presenta alteraciones sensoperceptivas ni ideas obsesivas.
- Niega que sea ella la que ingiera pastillas.
- En la esfera afectiva destaca leve aumento de la ansiedad basal y tendencia a la irritabilidad. Niega ideación suicida ni heteroagresiva.
- Presenta una escasa conciencia de enfermedad, aunque acepta el ingreso.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ❑ La analítica de ingreso muestra **potasio en sangre de 3,9 mEq/L** sin apreciarse alteraciones bioquímicas, enzimáticas ni hematológicas.
- ❑ El EKG es normal.
- ❑ Rx de pelvis y abdominal sin alteraciones.
- ❑ El estudio psicométrico de la personalidad no muestra alteraciones significativas.

# EVOLUCIÓN

- Al ingreso se continúa el tratamiento con el Amlodipino y se instauro Diazepam 5 mg si presenta ansiedad.
- Se le practican dos analíticas diarias (una por la mañana y otra al anochecer) para controlar el ionograma. **Los resultados analíticos durante la primera semana de ingreso son normales.**

La actitud de la paciente es ya desde los primeros días poco colaboradora, ambivalente, a veces querulante contra el equipo asistencial.

# EVOLUCIÓN

- ❑ Al octavo día de ingreso se le concede el primer **permiso de salida** del hospital durante el fin de semana.

**¿creéis que hubo algún cambio cuando regresó?**

Cuando vuelve presenta **parestesias** en las extremidades y se determina un **potasio en sangre de 7,8 mEq/L** que se normaliza en los dos días siguientes.



# EVOLUCIÓN



La familia de la paciente explica que en su domicilio había varios recipientes de bicarbonato potásico y que tras el permiso, **uno de ellos había desaparecido.**



La paciente **niega en todo momento** que se introduzca potasio en el cuerpo. Muestra una actitud opositora activa, amenazante y se niega a la realización de más pruebas complementarias. Solicita el alta voluntaria.

# EVOLUCIÓN

- Se decide cursar ingreso involuntario dado el alto riesgo vital que supone dar el alta a la paciente en estas circunstancias.
- Los niveles de potasio en la última semana de ingreso son estrictamente normales.
- Se le concede el alta con diagnóstico de **Trastorno Facticio con predominio de signos y síntomas somáticos (F.68.1)**, pues hay producción intencionada de síntomas físicos (criterio A), asunción del rol de enfermo (criterio B) y no hay ningún incentivo externo que justifique la conducta (criterio C).
- Tratamiento al alta: Amlodipino 10 mg/día y Paroxetina 20 mg/día.



**¿cómo creéis que  
reacciona ante el  
diagnóstico  
y la propuesta de  
seguimiento?**

# EVOLUCIÓN

- Una vez dada de alta la paciente **rompe el informe** y verbaliza su intención de **buscar una segunda opinión y de no volver a este hospital**. Rechaza cualquier tipo de seguimiento. Asegura que no irá a las visitas de seguimiento ambulatorio psiquiátricas ni psicológicas que se le ofrecen.
- Inicialmente sólo la familia acudía a las visitas de seguimiento ambulatorio, pero posteriormente la paciente acude a algunas de las visitas con el psiquiatra y, posteriormente, solicita iniciar visitas con el psicólogo.

# EVOLUCIÓN

- ❑ Se inicia tratamiento farmacológico con Paroxetina 20 mg/día y muestra remisión parcial de la sintomatología depresiva y ansiosa, aunque revela en las sucesivas entrevistas haber acudido a Urgencias en nuevas ocasiones por hiperpotasemias (no tan elevadas como en otras ocasiones).

# COMENTARIOS

- ❑ Los trastornos facticios se caracterizan por **síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo.**
- ❑ La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por **comprobación directa** como por la **exclusión de otras causas**. En este caso se ha realizado de ambas formas (tras descartar otras patologías se comprobó que la ingesta la realizaba la paciente de forma voluntaria).
- ❑ Es importante **diferenciarlo de la simulación**, en la que pueden identificarse con facilidad incentivos externos y ganancias como evitar dificultades o responsabilidades, recibir una compensación económica, evitar obligaciones laborales, etc.

# COMENTARIOS

- ❑ La sintomatología en los trastornos facticios puede ser:
  - **inventada**
  - **autoinflingida** (como en este caso)
  - **exageración** de un trastorno físico preexistente
  - **combinación** de todas las anteriores.
  
- ❑ Cuando se les confronta con la evidencia de sus síntomas facticios, estos pacientes o bien **los niegan, o abandonan rápidamente el hospital**, incluso en contra de la prescripción médica.

# Criterios para el diagnóstico de F68.1

## Trastorno facticio [300.xx]

**A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.**

*“Parestesias, náuseas y vómitos con alcalosis metabólica y alteraciones electrocardiográficas por una hiperpotasemia provocada al ingerir bicarbonato potásico.”*

**B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.**

**C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento** (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

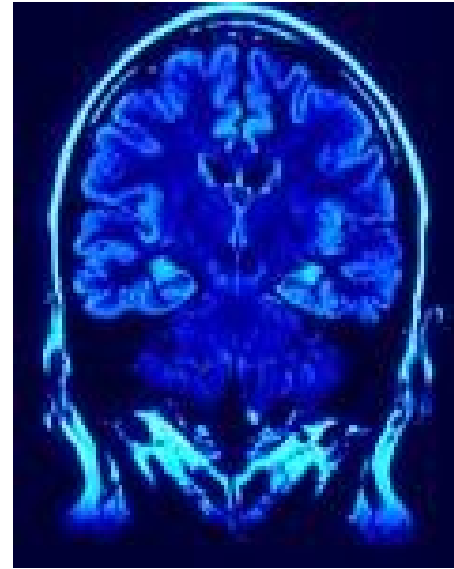


## TIPOS:

- **Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos [300.16]:** si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.

- **Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos [300.19]:** si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.

- **Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos [300.19]:** si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.



## CASO CLÍNICO 2.

# PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de **62 años** que **tras sufrir un síndrome coronario agudo** ingresa en el servicio de Cardiología, presentando durante la hospitalización un episodio de hemiparesia izquierda.

Se realiza un estudio neurológico de la paciente en el que se refieren los siguientes hallazgos:

- Funciones corticales normales aunque con **quejas verbalizadas de pérdida de memoria** continuas desde que ha ingresado.
- Hemiparesia izquierda.**
- Refiere **cefalea resistente** de características tensionales.

# PRESENTACIÓN DEL CASO

- ❑ La hemiparesia **no era congruente** por:
  - **No distribución piramidal.**
  - **Fluctuaciones durante la exploración**, siendo la gesticulación manual aceptable.
  - Prácticamente anestesia global hemicorporal izquierda hasta línea media.
  
- ❑ Por tanto, en la exploración neurológica se concluye que existen **datos discordantes** que no explicarían todo el cuadro.
  
- ❑ Por ello, se solicita valoración psiquiátrica de la paciente.

# ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

- ❑ Nace en un ambiente rural siendo la novena de 11 hermanos. Acerca de su niñez comenta «no haber tenido infancia por haber tenido que trabajar en el campo desde los 9 años».
- ❑ Esta situación le impidió aprender a leer y escribir, circunstancia a la que le da mucha importancia en la actualidad, sintiéndose frustrada por ello.
- ❑ Con la excepción de los varones y una de sus hermanas, los cuales fueron a la escuela, el resto de los hermanos (mujeres), compartieron una situación similar.

# ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

- Señala cómo en ocasiones **durante las intensas jornadas de trabajo** sólo podía ausentarse en caso de enfermedad y en alguna ocasión experimentó mareos y desmayos.
- Refiere que a lo largo de su vida ha vuelto a sufrir esos síntomas **ante diferentes dificultades** (por ejemplo, en el funeral por la muerte de su padre).
- Está casada y describe la relación con su esposo como buena, sin conflictos importantes.
- Tiene dos hijas de 38 y 30 años, ambas casadas y con hijos. Refiere que su relación con ellas siempre ha sido «de amigas» y que siempre le han contado todo; aunque reconoce que en ocasiones la tachan de sobreprotectora.

# ANTECEDENTES PERSONALES

- ❑ Fue diagnosticada de HTA e hipotiroidismo y ha sufrido numerosas intervenciones quirúrgicas (matriz y ovarios, vesícula, cifoescoliosis, tromboflebilis).
- ❑ Ha tenido **3 episodios anteriores de hemiparesia y todos han coincidido con períodos en los que ha estado hospitalizada.**
- ❑ No ha recibido asistencia psiquiátrica o psicológica previa. Hace 10 años por un problema de insomnio su MAP le pautó mianserina. Estuvo tomándolo hasta hace un año, cuando se lo cambió por paroxetina y bromazepam.

# ANTECEDENTES FAMILIARES

En la familia hay varios antecedentes de hemiplejías izquierdas:

- 1.El padre, a quien describe como una persona muy autoritaria y rígida («era un dictador»), aunque a la vez lo disculpa y justifica aclarando que la situación que les tocó vivir fue muy dura.
- 2.Dos de sus hermanas, las únicas que, según la paciente, se revelaron y enfrentaron a su padre y que tenían un carácter más fuerte.



# ANTECEDENTES FAMILIARES

El resto de las hermanas son más sumisas y aceptaban sus normas, aunque todas coincidieron en que se casaron a edades muy tempranas para salir de casa lo más pronto posible.

❖ Su hija menor se encuentra en la actualidad en tratamiento por episodios de ataques de pánico.

# MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 62 años derivada tras ser valorada por el servicio de Neurología por presentar hemiparesia izquierda de cuatro días de evolución, con antecedentes de haber padecido tres episodios similares **coincidiendo con ingresos hospitalarios**, (dos de ellos remitieron espontáneamente y el primero, y más largo -3 meses- remitió con rehabilitación).

□ La sintomatología (de instauración súbita) se caracterizaba por una parálisis mixta (sensorial y motora) que afectaba al hemicuerpo izquierdo y que fue **evolucionando de día en día afectando a diferentes localizaciones**.

# MOTIVO DE CONSULTA

- ❑ Acompañando esta clínica, refiere sensación de acorchamiento en las extremidades y pinchazos en la planta del pie al levantarse que describe como punzadas de alfileres.
- ❑ Todo esto no le impide manejarse en la habitación, aunque requiere de la ayuda de algún familiar para desplazarse.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ En el primer contacto, la paciente se muestra ligeramente confusa, con latencia de respuestas larga y dificultades para el recuerdo de nombres propios y fechas, que **mejoran a lo largo de la entrevista.**
- ❑ **No se encuentra preocupada en exceso** a pesar de que le comunican que se desconoce el origen de la hemiparesia (belle indifference). **Se centra más en las secuelas del síntoma que en la etiología.**
- ❑ Describe la situación familiar quitando importancia a los problemas existentes e **idealizándola.**

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ En cuanto a su personalidad, la paciente se describe como una persona sociable, ansiosa, muy activa, autoexigente y controladora. Manifiesta repetidamente que intenta presentarse como una persona fuerte y evita pedir ayuda a sus familiares para no preocuparlos.
- ❑ No impresiona de histrionismo o teatralidad aunque sí se advierte una actitud seductora en el trato con los terapeutas a los que tiende a idealizar, a la vez que coloca al resto de profesionales en el otro extremo, desvalorizándolos.



**¿Qué diagnóstico daríais  
a esta paciente?**

# JUICIO CLÍNICO

**La paciente cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de conversión. F.44.x(300.11)**

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las **funciones motoras voluntarias o sensoriales** y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

*Hemiparesia izquierda + anestesia global hemicorporal izquierda.*

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que **el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos** u otros desencadenantes.

*“En ocasiones durante las intensas jornadas de trabajo sólo podía ausentarse en caso de enfermedad y en alguna ocasión experimentó mareos y desmayos.”*

# JUICIO CLÍNICO

*Refiere que a lo largo de su vida ha vuelto a sufrir esos síntomas ante diferentes dificultades (por ejemplo, en el funeral por la muerte de su padre).*

*La paciente ha tenido 3 episodios anteriores de hemiparesia y todos han coincidido con períodos en los que ha estado hospitalizada.*

C. El síntoma o déficit **no está producido intencionadamente y no es simulado** (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit **no se explica** por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.



# JUICIO CLÍNICO

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o **requieren atención médica**.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

**Código** basado en el tipo de síntoma o déficit:

- .4 Con síntoma o déficit motor
- .5 Con crisis y convulsiones
- .6 Con síntoma o déficit sensorial
- .7 De presentación mixta



**¿Cómo creéis que será  
su evolución?**

# PRONÓSTICO

Los síntomas de la paciente cumplen los siguientes factores de buen pronóstico:

- 1.Existencia de un factor estresante identificable (hospitalización).
- 2.Buen funcionamiento premórbido.
- 3.Inicio brusco.
- 4.Ausencia de otros trastornos mentales.
- 5.Ausencia de procesos legales.
- 6.Breve duración de la sintomatología en los episodios anteriores.

La recuperación de la sintomatología neurológica se produjo a los pocos días de ser dada de alta del hospital.



## **CASO CLÍNICO 3.**

# ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

- ❑ **DATOS DE FILIACIÓN:** es un joven de 29 años, tiene un hermano dos años menor que él. La relación con sus padres es conflictiva, tiene hostilidad con la figura paterna a quien lo describe como autoritario y frío, y una madre muy sobreprotectora y controladora, que se dedica a la estética.
- ❑ **ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES:**  
Suicidio de su abuela paterna por envenenamiento cuando su padre tenía 13 años.  
Padre con trastorno depresivo (actualmente en tratamiento psiquiátrico).

# ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

- ❑ Ha tenido en su adolescencia problemas dermatológicos consistentes en brotes de acné resistentes a varios tratamientos que se desarrolló no sólo en su rostro sino también en su espalda y torso, dejando como consecuencia algunas cicatrices que el paciente **percibe de forma exagerada**.
- ❑ Hace un par de años padeció un brote de acné purulento, abandonando su puesto de trabajo. A partir de este episodio, debido al estrés vivido, aparecen una serie de **obsesiones** (vividias como egodistónicas) que le producen mucha angustia y a modo de defensa de las mismas, establece una serie de **rituales** que cada vez le ocupan más tiempo.

# ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS

- ❑ Al mismo tiempo, en su adolescencia ganó peso **deteriorando su autoestima**. Comienza así a consultar a varios especialistas en dermatología y nutrición por ese tema, llevado por su madre.
- ❑ Consigue mejorar su peso a través de dietas y presenta fluctuaciones en el tema dermatológico, **reactivándose en situaciones de estrés**.
- ❑ Ha tenido antecedentes de tratamientos de abordaje psicoanalítico, donde según refiere el paciente, no se observaron cambios significativos en su comportamiento.

# MOTIVO DE CONSULTA

- ❑ Varón de 29 años que acude a consulta acompañado por su madre. Ésta refiere que presenta una serie de **obsesiones y compulsiones recurrentes** que enlentecen el desarrollo de cualquier actividad que realiza, junto con **preocupación excesiva en relación a su físico**.
- ❑ Comenzaron a modo de defensa por la angustia que le produce la posibilidad de sufrir un nuevo brote de acné. Refiere que establece una serie de rituales que cada vez le llevan más tiempo.
- ❑ Está **recluido** dentro de su cuarto, sólo sale para hacer deporte, evitando todo contacto con las personas.



# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ El paciente presenta pensamientos recurrentes relacionados con lo físico, ya que se auto percibe con fealdad, rechaza verse en los espejos, **le repugna su imagen**.
- ❑ Respecto a su personalidad cumple criterios de **personalidad de tipo esquizoide** (cluster A del DSM IV). Presenta pobreza en las relaciones interpersonales y ausencia de deseo de socializar, viendo a los demás como intrusivos en su vida, incluso a nivel familiar, no permitiendo que sus familiares entren en su cuarto y toquen algo que puedan contaminar o romper el orden con que mantiene sus pertenencias.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Debido también a su comorbilidad depresiva, la vida para él **no despierta interés**, denotando mucho aburrimiento, "no me resulta divertida la vida, mas bien monótona".
- ❑ Su **coeficiente intelectual** es **medio**, con mucha destreza en lo referente al manejo de herramientas **informáticas e idiomas**.
- ❑ Refiere **nulo deseo de mantener relaciones sexuales** con otra persona en el presente. Ha tenido experiencias heterosexuales hace ya tiempo, pero refiere que jamás tendría una familia debido a su "alteración genética", "no toleraría tener un hijo que tenga los problemas dermatológicos que tengo yo".

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Se muestra en el tratamiento frío, distante, poco expresivo, autosuficiente.
- ❑ Su estilo de diálogo es **sumamente controlado**, poco emocional y con respuestas de tipo intelectual, muy observador y detallista en la elección de los términos.
- ❑ Las obsesiones más frecuentes en el paciente son las de **contaminación**. Expresa que todo lo que ha tocado antes del brote de acné lo ha desinfectado (teclado del ordenador, etc.), no permitiendo que nadie de su familia lo toque. Si bien entiende que la respuesta es exagerada, no puede dejar de pensarlo de esta manera.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Tiene el mismo comportamiento con los vasos y utensilios de su casa. Tampoco puede tocar al perro por **miedo a la contaminación**.
- ❑ Tiene **obsesiones agresivas**, como por ejemplo, miedo a atropellar por un impulso a alguien, motivo por el cual ha dejado de conducir.
- ❑ Sus compulsiones mas fuertes se encuentran en las **comprobaciones** respecto al cierre de puertas, debiendo asegurarse varias veces, al igual que con la llave del gas.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Tiene una **meticulosidad extrema**. Por ejemplo, en su habitación tiene una colección de camisetas de fútbol originales ordenadas por año dentro de una funda para que no "se deterioren". Refiere no haberlas usado por este mismo motivo, al igual que su colección de música "heavy" que la ordena por autor y año de emisión. Muchos de los CDs jamás los ha escuchado.
- Al indagar frente a su conducta el paciente refiere que "**odia el paso del tiempo, el deterioro**". Su figura alegórica es el vampiro, ya que jamás se altera.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Tiene **compulsiones de lavado extremo** que lo han llevado a tener dermatitis por lavado. El ritual implica enjuagarse seis veces, ante el temor que le produce su obsesión de contagio.
- ❑ Pensamiento: dubitativo debido a sus obsesiones, hay pensamientos que operan a modo de presagio orientado a futuras contaminaciones.
- ❑ Conciencia: En estado de vigilancia, con una atención selectiva introceptiva.

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Orientación: correctamente orientado en tiempo, espacio y persona.
- ❑ Memoria: anterógrada y retrógrada conservada.
- ❑ Atención: con hipoproxexia, refiere **la imposibilidad de concentrarse** en la lectura y aprendizaje (deja la universidad por ese aspecto).
- ❑ Esfera afectiva: **estados disfóricos recurrentes**, estado de tristeza, agotado y **desesperanzado por el tema de su piel** (en el momento de la entrevista **sin alteraciones dermatológicas**).

# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Hábitos: En lo referente a la **alimentación** es **muy estricto y controlado**, no consume carnes rojas, su alimentación es hipocalórica basada en alimentos derivados de soja. No le produce placer comer.
- ❑ **Insomnio de conciliación e intermedio**, presentando con frecuencia **pesadillas** (la mayoría de las veces con contenido persecutorio).
- ❑ Ausencia de deseo sexual.



# EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- ❑ Consigo mismo se siente **mal por su aspecto físico**, con los demás demuestra **poco interés en establecer vínculos sociales**.
- ❑ Físicamente se trata de un joven apuesto, su **aspecto es pulcro**, de contextura mediana, **se observan mínimas señales de cicatrices** producto de su enfermedad previa.



**¿Qué diagnóstico/s  
daríais  
a este paciente?**

# JUICIO CLÍNICO

## Trastorno obsesivo compulsivo asociado a dismorfofobia en un paciente con rasgos de personalidad cluster A:

- ❑ En los cuadros obsesivos compulsivos es frecuente encontrar **comorbilidades** con otros trastornos del Eje I como puede ser la depresión y la dismorfofobia corporal, que es una de las variantes del espectro del TOC.
- ❑ El trastorno dismorfofóbico corporal consiste en una **preocupación fuera de lo normal por algún defecto físico, ya sea real o imaginado**. Si dicho defecto existe, la preocupación y ansiedad experimentada por estas personas es excesiva, ya que lo perciben de un modo exagerado.

# JUICIO CLÍNICO

## *Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7):*

A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva:

**“No se observan señales de cicatrices producto de su enfermedad previa, pero el paciente sí las percibe, además de forma exagerada.” “Rechaza verse en los espejos, le repugna su imagen pese a ser un hombre atractivo y de aspecto pulcro.”**

# JUICIO CLÍNICO

B. La preocupación **provoca malestar** clínicamente significativo o **deterioro social, laboral** o de otras áreas importantes de la actividad del individuo:

**“Dejó su trabajo hace dos años. Está recluido en su cuarto. Evita el contacto con la gente.”**

C. La preocupación **no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental** (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

# TRATAMIENTO

- ❑ Se le pautó **tratamiento** con:  
Venlafaxina 150 LP 1 comp/día.  
Aripiprazol 15 ¼ por la mañana.  
Quetiapina 25 mg/ noche.
- ❑ **Psicoeducación** para los síntomas ansiosos con entrenamiento en técnicas de relajación.
- ❑ **Disminución gradual de los rituales de lavado.**
- ❑ **Técnica de prevención de respuesta ritualizada.**

# EVOLUCIÓN

- ❑ El paciente fue descentrándose gradualmente en las obsesiones.
- ❑ Se trabajó en varias sesiones la asertividad, en principio para combatir la idea de que todas las relaciones sociales son desastrosas y que había que mantener distancia.
- ❑ Comienza a aparecer la idea de retomar el estudio o buscar un trabajo (envía varios CV por internet).

Comprometido a seguir el tratamiento farmacológico, el paciente ha presentado un evolución aceptable.

A decorative background featuring a stylized green floral and vine pattern. The design includes large, rounded leaves, clusters of small circles representing berries or flowers, and elegant, swirling lines that create a sense of movement and grace. The colors are various shades of green, from light to dark, set against a white background.

**GRACIAS POR  
VUESTRA  
ATENCIÓN**