

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE HUNTINGTON
Y SUS DESCENDIENTES. ESTUDIO PRELIMINAR.

Dexy Prieto de Rincón y Ernesto Bonilla

*INBIOMED-FUNDACITE e Instituto de Investigaciones Clínicas. Apartado Postal
376. Maracaibo. Venezuela.*

RESUMEN

Se realizó evaluación psiquiátrica a 12 individuos de los cuales 5 corresponden a casos de Enfermedad de Huntington, y 7 a hijos de enfermos coreicos. Los criterios del DSM-III fueron aplicados para establecer los diagnósticos. En 5 enfermos coreicos y 6 descendientes se observaron trastornos psiquiátricos representados por trastornos en el área afectiva, diagnosticados como Trastornos Distímicos y Depresión Mayor, así como un caso de Depresión Atípica; se describen trastornos de la personalidad en un caso de descendiente de coreico; así como 2 casos de Psicosis Atípica, uno de los cuales es un enfermo coreico. Otro hallazgo importante lo constituye una disminución de la actividad sexual en 3 pacientes coreicos y 3 descendientes.

INTRODUCCION

La Enfermedad de Huntington o Corea de Huntington es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante, que se caracteriza por trastornos de la actividad motora y del área intelectual; es progresiva; por lo general se inicia entre la tercera y cuarta década de la vida y evoluciona hasta la muerte del paciente (2,16).

En nuestro país la Enfermedad de Huntington se ha convertido en un problema de salud pública y social, por lo que se ha constituido en un punto de especial interés y estudio; lo cual se facilita por el hecho de que nuestra población tiene condiciones especiales, difíciles de encontrar en otra parte del mundo, como son:

- 1° Todos los individuos tienen entre sí un estrecho parentesco familiar, lo cual facilita el estudio genético de la enfermedad (9,18).
- 2° Todos los casos estudiados están agrupados en un sitio determinado, bajo las mismas condiciones socioeconómicas y nutricionales, sometidos a los mismos stress lo cual minimiza la diversidad de los factores externos que pudieran influir en las manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad.
- 3° Son individuos que no ingieren ningún tipo de drogas, por lo que el estudio psiquiátrico se facilita.

En esta enfermedad se han reportado trastornos psiquiátricos (6,11), disturbios en la memoria (3, 4, 5), trastornos en la afectividad, caracterizados por síndromes depresivos, reportándose casos de muerte por suicidio (10). Otros autores reportan el suicidio en etapas tempranas de la enfermedad (16, 17). Se describen síndromes esquizofrénicos, cambios de personalidad, y otros tipos de trastornos que no pueden ser clasificados (4,5).

George Huntington en su clásica descripción de la enfermedad en 1872, ya describía trastornos de la conducta, y el suicidio como complicación de la enfermedad (12). Debido a la variada psicopatología que se describe en estos pacientes, se ha hecho difícil, hasta el momento, hacer una descripción adecuada de los síntomas característicos e inherentes a la enfermedad. A esto se agrega el hecho de que son pocos los estudios reportados, donde se ha hecho una clasificación de los síndromes siguiendo criterios de investigación estandarizados, como el DSM-III: lo cual dificulta la evaluación de estos resultados.

El diagnóstico adecuado de la sintomatología psiquiátrica que pudiera estar asociada a la Enfermedad de Huntington, podría orientar en un mo-

mento dado hacia el diagnóstico precoz o presintomático de la enfermedad y ayudar en la prevención de complicaciones de la misma. Por esta razón, decidimos realizar el estudio en individuos descendientes de enfermos y pacientes con la Enfermedad de Huntington.

En el presente trabajo se recogen datos de la historia familiar y personal, al igual que la personalidad previa, de cinco pacientes coreicos y 7 hijos de coreicos. El examen de los individuos fue realizado en sus propias casas, en el medio natural donde ellos se desempeñan, lo cual le da mayor confiabilidad ya que se les ve interactuar con los otros miembros de su familia y desenvolverse en sus tareas diarias. Las entrevistas tuvieron una duración de 2 a 3 horas por cada paciente; fueron privadas y realizadas con el consentimiento de ellos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 12 individuos, 5 de ellos con la enfermedad de Huntington manifiesta y los 7 restantes son hijos de enfermos coreicos. Diez de los casos son del sexo femenino y 2 del sexo masculino. Sus edades están comprendidas entre los 19 y los 51 años.

Todos los individuos pertenecen a un mismo nivel socio-económico, y están residenciados en un mismo lugar.

Los casos fueron evaluados y diagnosticados según criterios establecidos por el DSM-III realizándoseles historia clínica de tipo fenomenológico, lo que permite la evaluación por otros psiquiatras, haciéndose el diagnóstico de acuerdo con la clasificación multiaxial del mismo, por lo que se hace mención de los 5 ejes siguientes (1):

Eje I: Síndrome clínico

Eje II: Trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo.

Eje III: Enfermedades y trastornos somáticos

Eje IV: Intensidad del stress psicosocial

Eje V: Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año

Los ejes IV y V pueden utilizarse en trabajos de investigación ya que puede ser útil para el pronóstico. La intensidad del stress psicosocial se valora con códigos del 1 a 7, y "o" que es "no especificado"; van en escala ascendente al máximo stress.

El eje V se mide en niveles del 1 al 7, y "o" que corresponde al no especificado; en igual escala ascendente que el eje IV.

Luego se les practicó examen mental completo que incluyó las siguientes áreas: apariencia general y conducta, su reacción y actitud ante el examen, expresión facial y actividad motora; lenguaje y pensamiento, humor y afectividad. Se evaluó el contenido de pensamiento y percepción, sensorio, orientación, funciones intelectuales y juicio. Se investigaron trastornos de la memoria, sus hábitos y sexualidad.

A continuación se procede a detallar las características más resaltantes de la historia clínica psiquiátrica de cada uno de los casos estudiados.

Caso N° 1

Nombre: G.S.L.

Edad: 36 años

Estado Civil: Soltera

Grado de Instrucción: Analfabeta

Historia Psiquiátrica: Según refiere la hermana, G. presentó "un desmayo" y cayó sobre la arena; hace 18 años aproximadamente fué llevada al Hospital y cuando regresó a la casa ya no era la misma. "Es por la regla (menstruación)"; luego dice "yo pienso que fué un mal que le echaron a mi papá y le cayó a ella". Refiere que al inicio de la enfermedad, G. era tranquila, "pero había perdido el juicio", "habla sola"; "decía disparates", "no nos reconocía"; luego se fue tornando agresiva, se desvestía y salía a la calle; lo cual nos obligó a encerrarla en un cuarto.

(G) permanece encerrada, desnuda; sólo hay una hamaca en su cuarto; allí la paciente come y realiza sus necesidades fisiológicas. Tiene una ventana por donde le pasan la comida; bebe café constantemente. Su hermana le hace su aseo personal, pero en ocasiones se le dificulta ya que (G) se vuelve agresiva.

Al hablarle, no contesta; solo se observa en ocasiones una sonrisa insulsa en su rostro inexpresivo: pide constantemente café. Hay ecolalia; sólo repite la última palabra. Al decirle que se le tomaría una foto, sonrío y mira la cámara, lo cual sugiere que entiende órdenes.

Es imposible comunicarse con ella; no se obtiene respuesta; la paciente permanece **negativista** y **autista**. Está muy psicótica y hay deterioro de todas sus áreas. Permanece indiferente a lo que sucede; su afecto es inapropiado; es muy difícil evaluar el contenido de su pensamiento.

Según su hermana, permanece desorientada en tiempo, lugar y persona. Pregunta en ocasiones: ¿qué día es? Su comunicación con sus hermanos es muy escasa y se limita a pedir su alimentación.

Hábitos:

Sueño: insomnio

Apetito: normal

Alcohol: niega

Tabáquico: ocasional, cuando le dan cigarros.

Trabajo: anteriormente hacía "busacas" (bolsas de papel) que luego vendía; ayudaba a su familia.

Sexualidad .—

Nunca se le conoció novio

Personalidad previa.—

La describen alegre, con muchos amigos; formaba parte de un grupo con el cual salía.

Historia familiar.—

Padre: vivo, aparentemente sano

Madre: muerta de Enfermedad de Huntington

1 hermana con Enfermedad de Huntington

Abuela con trastornos mentales (en la vejez)

Historia personal y social.—

No asistió al Colegio: no le gustaba; no aprendió a leer ni a escribir. No tuvo novio, aún cuando tenía muchos amigos. Enfermó a los 18 años, fué llevada a varios médicos pero no hubo mejoría de su cuadro, el cual se hizo crónico.

Discusión del caso.—

Joven quien a los 18 años presentó cuadro clínico caracterizado por: conducta agresiva, soliloquio, posibles alucinaciones, negativismo, autismo, aislamiento, incoherencia, desorientación y pérdida del juicio; sintomatología que ha seguido evolucionando hasta un deterioro general de todas las áreas intelectuales.

Debido a la falta de información acerca de las características de los síntomas, no se puede precisar el tipo de psicosis; lo que observamos actualmente es un cuadro crónico, donde hay pérdida de las capacidades intelectuales que interfieren con el funcionamiento social y laboral. Hay déficit en su capacidad de juicio, y todas las funciones corticales superiores. Hay cambios evidentes en su conducta desde hace varios años.

Es difícil determinar, luego de tantos años de evolución, y debido a que no es posible una recolección amplia de antecedentes, si su cuadro demencial es de tipo orgánico o es la cronicidad de su cuadro psicótico.

Impresión diagnóstica.—

- Eje I: Psicosis atípica
- Eje II: No diagnóstico
- Eje III: Ninguno
- Eje IV: 5-intenso
- Eje V: 7-alteración muy importante

Caso N° 2

Nombre: I. M. S.
Edad: 36 años
Estado Civil: Concubinato
Grado de Instrucción: Analfabeta
Ocupación: Oficios del hogar

Historia psiquiátrica:

Es agradable, afectuosa, sonriente, permanece sentada en una hamaca y se muestra colaboradora con el examen. Sonríe frecuentemente y luce amistosa, hace una rápida relación con el entrevistador. Mira directamente a los ojos.

Su vestimenta es adecuada para la casa; es limpia, no siendo así su casa, la cual no luce aseada. Su biotipo es pícnico. Su expresión facial es de tranquilidad y en ocasiones alegre. Mantiene una actitud adecuada al examen.

Su actividad motora no presenta trastornos; su lenguaje es adecuado a su nivel cultural. No se evidencian otros trastornos.

En relación a su humor y afectividad, aún cuando luce alegre, manifiesta que desde hace 2 años, ocasionalmente se siente triste y deprimida, sobre todo cuando piensa en la "enfermedad" (Enf. de Huntington); llora en ocasiones, y piensa en su marido, pero estos períodos son relativamente cortos (horas) y esporádicos. Manifiesta que siente temor a heredar el mal, "pero si me dá, no puedo hacer nada, yo se que mi marido no me abandonará". No se observa una gran preocupación por este aspecto; impresiona que la paciente lleva una vida tranquila a la cual se ha adaptado adecuadamente. No manifiesta tener problemas y está satisfecha con lo que tiene. No se observan aspiraciones, ni metas en su vida.

Los oficios del hogar los realiza con la ayuda de sus hijos; su marido es pescador y está varios días fuera de la casa. Sus hijos casados viven cerca, en el mismo barrio. La paciente no visita a sus hijos ni a sus vecinos.

Refiere que ella siempre ha sido tranquila, de buen carácter, algo apática; impresiona como si le preocuparan poco los estudios de sus hijos. Se limita a que tengan cubiertas las necesidades básicas, como alimentación y vestido.

Hábitos.—

Sueño: normal

Apetito: normal

Alcohol: niega

Tabáquico: niega

Trabajo: oficios del hogar. Es poco eficiente

Sexualidad.—.—

Al hablarle sobre este aspecto, sonríe y manifiesta que, "al tener a mí marido, siento ganas de estar con él"; refiere un aumento del interés sexual, al igual que un aumento de la actividad sexual. No se puede clasificar la cuantía de este aumento, ya que debido al trabajo de su esposo, sus relaciones sexuales son condicionadas a la estadía de él. Refiere que son normales, aún cuando no es muy comunicativa en este aspecto.

Personalidad previa.—

Se describe alegre, y en ocasiones triste aún cuando la mayor parte del tiempo es alegre. No es compulsiva ni violenta. Sus relaciones familiares e interpersonales son adecuadas. Su relación de pareja aparentemente funciona bien, de acuerdo a su medio.

Historia familiar.—

Padre: Coreico, no precisa edad

Madre: Coreica, no precisa edad

Son 12 hermanos, de los cuales 2 sufren de Enfermedad de Huntington.

Historia personal y social.—

Es de pocos amigos. Permanece estable desde que se unió a su pareja. Es dedicada a su hogar. Vive actualmente con su marido, quien económicamente mantiene su hogar. Tiene 10 hijos, de los cuales 7 son

hembras y 3 varones.

Discusión del caso.—

Aún cuando en ocasiones se deprime, la duración de los síntomas es muy breve. Se trata de un trastorno depresivo atípico, del cual a pesar de los estresores psicosociales que tiene, se restablece rápidamente a su nivel de funcionamiento normal.

Impresión diagnóstica.—

Eje I: Depresión Atípica

Eje II: No diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: 5-intenso

Eje V: 4-medio

Caso N° 3

Nombre: C. R. D.

Edad: 40 años

Estado Civil: Concubinato

Grado de Instrucción: Analfabeta

Ocupación: Oficios del Hogar

Historia Psiquiátrica:

Individuo de sexo femenino que luce de mayor edad que la que realmente tiene. Es de baja estatura, biotipo pícnico; pulcra en su vestimenta.

Su reacción ante el examen es inicialmente algo retiscente; pero luego, su actitud cambia volviéndose más accesible, aún cuando su expresión facial es de desconfianza. Se observan movimientos musculares involuntarios en la cara, sobre todo en los músculos oculares. Su lenguaje es normal, algo lento y no inicia conversación espontánea. Se dificulta hacer contacto visual ya que rehuye la mirada.

Refiere que desde hace 6 años aproximadamente su estado de ánimo ha venido cambiando; se ha vuelto triste, intranquila; llora con frecuencia; muy irritable; cambia de humor. Piensa constantemente en morir; manifiesta deseo de muerte, ya que piensa que tendrá la enfermedad y su esposo ("él ya tiene el mal"), al igual que sus hijos, la abandonará; me dice, "cuando me dé el mal me tiraré a un carro y me mataré, yo no soportaré eso"; la paciente se vuelve triste en este momento de la entrevista y se aprecia que la idea directriz de su pensamiento está dada por la enfermedad y su deseo de muerte. Refiere además pérdida de interés en las activi-

dades normales del hogar, pérdida de energía.

Manifiesta problemas con su esposo desde hace 2 años debido a que "él se echa los palos" y, además, piensa que tiene otra mujer: esto ocasiona que constantemente pelee con su esposo y tenga problemas dentro del hogar. Sin embargo, su esposo atiende económicamente a su hogar y vive con ellos.

Está orientada en tiempo, lugar y persona. Manifiesta problemas de memoria, evidenciándose disminución de la memoria de fijación al igual que de la atención espontánea. Se observa que la paciente fácilmente se distrae y es necesario llamarle la atención para continuar la conversación. No tiene conciencia de enfermedad mental.

Hábitos.—

Sueño: normal

Apetito: manifiesta disminución del apetito desde hace 2 años; no cuantifica la pérdida de peso.

Alcohol: bebe poca cantidad en reuniones sociales

Tabáquicos: no fuma

Trabajo: desempeña los oficios del hogar, aún cuando en los últimos 4 años aproximadamente se encarga solo de la cocina ya que los otros quehaceres la cansan mucho, siendo ayudada por sus hijos.

Sexualidad.—

Manifiesta tener relaciones sexuales en número de 2 por semana, las cuales describe como normales; anteriormente eran más frecuentes.

Personalidad previa.—

Se describe de carácter fuerte, impulsiva, callada; características que se han venido acentuando en los últimos años. Siente temor al rechazo, sobre todo de su esposo y sus hijos.

Historia familiar.—

Padre: muerto por cardiopatía

Madre: muerta de Enfermedad de Huntington

Hermano muerto de Enfermedad de Huntington

2 hermanos con Enfermedad de Huntington

1 sobrina con Enfermedad de Huntington

1 sobrina con Enfermedad de Huntington y trastornos mentales.

Son 10 hermanos: 7 varones y 3 hembras; la paciente ocupa el 3er lugar.

Historia personal y social.—

Tiene 8 hijos.

Manifiesta problemas conyugales y ser retraída; anteriormente le gustaban las fiestas.

Discusión del caso.—

El establecimiento desde hace 6 años de síntomas como: pérdida de interés en sus labores habituales, pérdida de energía, pérdida del apetito desde hace 2 años, llanto, tristeza y deseos de muerte, conducen a incluir su cuadro clínico dentro de la categoría de Depresión Mayor.

Impresión diagnóstica.—

Eje I: Depresión Mayor
Eje II: No diagnóstico
Eje III: Enfermedad de Huntington
Eje IV: 5-intenso
Eje V: 5-mediocre

Caso N° 4

Nombre: M. D.

Edad: 17 años

Estado Civil: Soltera

Grado de Instrucción: 6to. grado

Ocupación: Oficios del hogar

Historia Psiquiátrica.—

Joven, cuya edad aparente es acorde con su edad cronológica, tranquila, agradable, colaboradora. Establece buen contacto visual y sonríe espontáneamente con frecuencia. Viste adecuadamente y su expresión facial es alegre, su lenguaje es normal al igual que su actividad motora. Su afectividad es alegre, no evidencia trastornos significativos.

El contenido de su pensamiento está dado por la planificación de su futuro; aún cuando se observa ambivalente en este punto, ya que manifiesta deseo de estudiar pero no lo hace en una forma constante. Refiere deseo de casarse o establecer pareja, pero su padre no se lo permite; tuvo un novio el cual era primo de ella y hereda "el mal", por lo cual fué rechazado

en su familia. Piensa casarse con un joven que sea aceptado por su familia y no herede "el mal". Le gustan poco los niños. Está orientada, lúcida, coherente, no se evidencia trastornos de la memoria, de la atención ni del juicio.

Hábitos.—

Sueño normal

Apetito: normal

Alcohol: ausente

Tabáquico: ausente

Trabajo: realiza los oficios del hogar, en los cuales obtiene buen rendimiento. Actualmente no estudia.

Sexualidad.—

Ha tenido 2 novios; con el primer novio, 1 año de relaciones; y con el segundo, 5 meses; actualmente no tiene novio. Niega haber tenido relaciones sexuales.

Personalidad previa.—

Se describe tranquila, alegre, afectuosa; le gustan las fiestas y la música.

Historia familiar.—

Padre: Se desempeña como vendedor de pescado. Hijo de coreico

Madre: De 40 años de edad, analfabeta. Coreica.

Tiene 2 tíos maternos con Enfermedad de Huntington

1 tío muerto con la Enfermedad de Huntington

Historia personal y social.—

Asistió a la escuela a los 7 años. Repitió el 3er. grado y aprobó el sexto grado. Manifiesta que desde hace dos años sus padres tienen problemas como pareja; pelean constantemente.

Discusión del caso.—

No presenta síntomas que induzcan a pensar en clasificarla dentro de una entidad patológica psiquiátrica. Se conduce de una manera adecuada a su edad y a su medio cultural y ambiental. Es de considerar que tiene fuertes stress psicosociales, que posiblemente en un futuro la conduzcan a evolucionar a un cuadro patológico.

Impresión diagnóstica.—

No se detectan trastornos psiquiátricos.

Caso N° 5

Nombre: N. D. de C.

Edad: 20 años

Estado Civil: Casada

Grado de Instrucción: Cuarto grado, pero es analfabeta

Ocupación: Oficios del hogar

Historia psiquiátrica:

Es una joven de baja estatura, delgada, locuaz, alegre, que habla de su problemática sin inhibiciones de ningún tipo. Su lenguaje es soez en ocasiones, y usa las palabras inadecuadamente, quizás debido a su bajo nivel cultural.

Desde el inicio de la entrevista se muestra cooperadora, su actitud es adecuada aún cuando en ocasiones luce muy desinhibida. Su expresión facial es tranquila. Actividad motora adecuada. Su humor y afectividad son adecuados durante la entrevista; ella manifiesta ser alegre; refiere que desde hace 5 años, cuando sus padres "le dijeron del mal, ya que nosotros no sabíamos nada, yo ya estaba casada, y me siento triste, me preocupa que me de esa"; "eso es muy feo, mi marido no sabía nada, el quiere que me haga exámenes para ver si lo tengo"; "ya papá lo tiene y mamá también"; "quién sabe si a mi me dará". Se observa preocupada por su marido; "eso también me tiene mal; yo creo que tiene otra mujer, y si me da ese mal, me va a dejar, tengo miedo, pero él dice que no me dejará". "Yo miro a mi tía, nadie la quiere". "La gente no lo quiere a uno cuando tiene eso". Lloro, cuando se deprime; se siente intranquila y ansiosa; en ocasiones agrede a sus hijos; "me da rabia". Refiere no querer tener más hijos "por miedo al mal"; "no me dan ganas de hacer nada".

Está orientada globalmente, lúcida; no se evidencian trastornos de la atención, memoria y juicio.

Hábitos.—

Sueño: normal

Apetito: normal

Alcohol: niega

Tabáquico: niega

Trabajo: oficios del hogar.

Sexualidad.—

Sus primeras relaciones sexuales las tuvo a los 15 años; las refiere satisfactorias y en número de cinco a la semana.

Personalidad previa.—

Siempre ha sido alegre, impulsiva, locuaz. Manifiesta tristeza y depresión desde hace 5 años, con períodos de funcionamiento normal.

Historia familiar.—

Padre: vivo, hijo de coreico

Madre: viva, coreica

2 tías maternas con Enfermedad de Huntington

1 tío muerto con Enfermedad de Huntington

Son 7 hermanos

Historia personal previa.—

Asistió a la escuela y cursó el cuarto grado, pero no aprendió a leer ni a escribir. Es analfabeta y nunca se sintió motivada por los estudios. Es de pocos amigos, mantiene buenas relaciones con los vecinos, aún cuando piensa que ellos le tienen envidia porque su marido le está haciendo la casa.

Sus relaciones conyugales han sido satisfactorias para ella; desde hace poco tiempo es que se siente mal, ya que piensa que su marido tiene otra mujer; luego dice "él duerme siempre conmigo". Tiene 2 hijos, de 3 y 2 años aproximadamente. El marido se desempeña como "cabillero". La paciente carece de confidente.

Discusión del caso.—

El establecimiento desde hace 5 años de síntomas como: tristeza, llanto, intranquilidad, ansiedad, rabia, pérdida de la energía y períodos de funcionamiento normal inducen a pensar en un trastorno de tipo Distímico.

Impresión diagnóstica.—

Eje I: Trastorno Distímico

Eje II: No diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: 5-intenso

Eje V: 4-medio

Caso N° 6

Nombre: N. C. D. de P.

Edad: 19 años

Estado Civil: Casada

Grado de Instrucción: 6to grado

Historia psiquiátrica.—

Joven agradable, atenta, arreglada para la ocasión, coopera con el examen, su actitud es adecuada y su expresión facial es tranquila. Su actividad motora es adecuada y su lenguaje normal. Su afectividad es adecuada a los temas tratados, solo cuando habla "del mal" se vuelve triste, ya que manifiesta pensar en sus padres: "ya ellos lo tienen; a papá se le nota más cuando toma alcohol; y a mamá se le ve en los ojos"; "me siento triste por mi tía; no la quieren porque tiene "el mal". Es una cosa muy fea; la gente no lo quiere a uno; mi esposo me dice que si me da el mal no me va a dejar; yo no quiero tener más hijos; me da miedo". "Si me da el mal me mato". Manifiesta preocupación constante por la enfermedad; desde hace un año se ha vuelto más apática y triste. Ha disminuido su interés sexual; se ha vuelto más callada, solo piensa en su problemática; tiene una actitud pesimista hacia el futuro; en ocasiones presenta llanto inmotivado. Está orientada en tiempo y lugar y persona, no manifiesta trastornos de la atención y memoria. Su sueño y apetito son normales, no tiene hábitos alcohólicos ni tabáquicos. Vive con sus padres; ayuda en los oficios del hogar; su marido trabaja con su papá en la venta de pescado.

Hábitos.—

Sueño: normal

Apetito: normal

Alcohol: niega

Tabáquico: niega

Trabajo: oficios del Hogar

Sexualidad.—

Disminución del interés sexual desde hace un año aproximadamente. Tiene relaciones sexuales en número 1 o 2 veces a la semana; las describe como normales.

Personalidad previa.—

Se describe callada, poco comunicativa, de pocos amigos, impulsiva en ocasiones.

Historia familiar.—

Padre: se desempeña como vendedor de pescado. Es hijo de enfermo de Corea de Huntington.

Madre: de 40 años, analfabeta, atiende los oficios del hogar. Coreica.

Son 8 hermanos: 2 varones y 6 hembras

Tiene un hijo de aproximadamente 2 años

Tío materno con Corea de Huntington. Muerto.

Tía materna con Corea de Huntington.

Historia personal y social.—

Asistió a la escuela a los 7 años, no tiene casi amigos; tiene buenas relaciones con sus hermanos. Carece de confidente.

Discusión del caso.—

La presencia de síntomas como: disminución del interés sexual, tristeza, llanto inmotivado, ansiedad e intranquilidad, actitud pesimista hacia el futuro, ideación suicida y períodos de funcionamiento normal induce a pensar en que se trata de un trastorno distímico, con un factor predisponente grave como lo es la Enfermedad de Huntington.

Impresión diagnóstica.—

Eje I: Trastorno Distímico (Neurosis Depresiva)

Eje II: No diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: 5-intenso

Eje V: 4-medio

Caso N° 7

Nombre: E. J. S. L.

Edad: 26 años

Estado Civil: Concubinato

Grado de Instrucción: sexto grado

Ocupación: Oficios del hogar

Historia psiquiátrica.—

Luce tranquila; aunque se aprecia desconfianza con el examen: "tanto hacer preguntas y cosas y todavía no saben nada del mal"; eso me preocupa todo el tiempo". Viste de negro, ya que lleva luto por su madre; se vuelve colaboradora con el examen, pero su expresión facial continúa siendo

de desconfianza y ansiosa. Su actividad motora es adecuada, su lenguaje es coherente.

Su afectividad durante la entrevista tiende a ser deprimida, triste; llora y manifiesta pesimismo por todo lo que le ocurre. Tiene problemas actualmente con su esposo; la trata mal, y la llama "sanvitera"; eso la deprime. Además, se aprecia que la preocupan la Enfermedad de Huntington, y su hija que tiene una cardiopatía congénita. Refiere que la muerte de su mamá le ha afectado mucho, y ella piensa constantemente en morirse aún cuando no ha intentado suicidarse. Impresiona que la idea directriz de su pensamiento está dada por la enfermedad y la muerte de su madre. Lloro y se siente ansiosa; agrede físicamente a sus hijos cuando se siente mal. Estos síntomas se han agudizado desde la muerte de su madre (hace 3 meses). Permanece orientada globalmente, lúcida y coherente. Trastornos de la memoria de fijación, la cual está disminuida. Atención: Normal.

Hábitos.—

Sueño: Normal

Apetito: Normal

Alcohol: Ingiere alcohol ocasionalmente

Tabáquicos: 1 caja de cigarrillos diariamente

Medicamentos: Niega

Trabajo: Oficios del hogar

Sexualidad.—

Tiene relaciones sexuales en número de 2 a la semana; manifiesta que son normales y satisfactorias; es poco comunicativa en este aspecto.

Personalidad previa.—

Se describe tímida, callada, de pocos amigos y poco comunicativa. "Muy apegada a su madre".

Historia familiar.—

Padre: Vivo, aparentemente sano

Madre: Muerta de Corea de Huntington hace 3 meses

Tiene 2 hijos, hembra de 6 años y otra de 4 meses la cual tiene diagnóstico de cardiopatía congénita. Planifica sus hijos, ya que tiene temor de heredar el mal.

1 hermano con Corea de Huntington

1 hermana psicótica

Historia personal y social.—

Actualmente tiene problemas con su pareja. No manifiesta trastornos perinatales ni del desarrollo. Manifiesta sentimiento de rechazo y eso la deprime. Carece de confidente y de recursos de soporte interpersonal y comunitario.

Discusión del caso.—

La presencia de síntomas como: humor deprimido, ansiedad, llanto, pesimismo, rabia ocasional, períodos normales de funcionamiento, aunado a su posible carga genética de Enfermedad de Huntington y a la pérdida reciente de su madre, lo cual se constituye en un fuerte estrés, conducen a incluirla dentro del diagnóstico de Trastorno Distímico.

Impresión Diagnóstica.—

- Eje I: Trastorno Distímico
- Eje II: No diagnóstico
- Eje III: Ninguno
- Eje IV: 6-extremo
- Eje V: 4-medio

Caso N° 8.—

Nombre: R. R. S. L.

Edad: 35 años

Estado Civil: Casado

Grado de Instrucción: Segundo año de bachillerato

Ocupación: Ninguna

Historia Psiquiátrica.—

Viste en forma adecuada para estar en su casa: su expresión facial es de exaltación a la vez que luce ansioso e intranquilo; su actitud es agresiva. Manifiesta no poder colaborar con el examen, debido a que está "muy flaco"; "todo el que se deja hacer eso se pone más flaco; mire a mis hermanos". Al explicarle que no le sucederá nada comienza a cooperar de manera espontánea. Su actividad motora está aumentada; hay movimientos involuntarios en miembro superior derecho.

Su lenguaje es adecuado; se observa perseveración, sobre todo con respecto al motivo por el cual no ha colaborado en estudios previos; su humor y afectividad son inadecuados; se observan risas inmotivadas y exaltación afectiva; manifiesta tristeza y en ocasiones se deprime cuando pien-

sa en "el mal".

Su pensamiento gira alrededor de la enfermedad; hay preocupación somática y fabula alrededor de su trabajo; refiere ser ayudante de topógrafo en una contratista con la cual viaja por 1 o 1/2 mes; actualmente dice estar de vacaciones. Lo cierto es que no trabaja, y el trabajo al cual hace referencia, es el de su hermano. Manifiesta preocupación por estar disgustado con su esposa (realmente es ella quien mantiene el hogar); "nosotros casi nunca peleamos; ella también hereda el mal".

En algunos momentos se queda en posición de "atenta escucha"; impreciona como si tuviese alucinaciones auditivas aún cuando él las niega.

Está orientado globalmente; su memoria de fijación está disminuída. La atención espontánea está disminuída; hay distractibilidad. Su juicio luce alterado, no tiene conciencia de enfermedad mental.

Hábitos.—

Sueño Normal

Apetito: Normal

Alcohol: No ingiere licor ni fuma, ya que piensa que esto lo predispone a la enfermedad.

Sexualidad.—

Es muy reservado en esta área; refiere tener relaciones sexuales una vez a la semana; no las describe.

Personalidad previa.—

Se describe violento y agresivo, callado, poco comunicativo.

Historia familiar.—

Padre: Vivo, aparentemente sano

Madre: Muerta con Enfermedad de Huntington

1 hermana psicótica

Historia personal y social.—

Tiene 2 hijos, una hembra de 16 años y un varón de 10 años; refiere su relación conyugal como estable. No aporta datos sobre su desarrollo psicomotor. No está motivado para el tratamiento.

Según refiere su hermana, desde hace un año aproximadamente, su conducta ha cambiado, se ha vuelto "peleón", ansioso, intranquilo, no trabaja, y le gusta "inventar cosas". "Es hablachento". "Habla solo".

Discusión del caso.—

Los cambios observados en el paciente desde hace un año, dados por cambios en su humor, ansiedad, intranquilidad, agresividad en ocasiones, soliloquio, y el abandono de su trabajo, aunado a lo observado durante el examen, como risas inmotivadas, perseveración en su lenguaje, alucinaciones auditivas (aún cuando las niega), los trastornos del contenido del pensamiento y los trastornos del juicio sugieren que en este momento, parece evolucionar hacia una psicosis que sería difícil clasificar debido a lo insuficiente de la información.

Otro factor importante de considerar es el establecimiento o inicio, desde hace un año aproximadamente, de síntomas que inducen a pensar que tiene Enfermedad de Huntington.

El diagnóstico definitivo de este caso estará dado por la evolución del cuadro clínico.

Impresión diagnóstica.—

- Eje I: Psicosis Atípica
- Eje II: No diagnóstico
- Eje III: Enfermedad de Huntington
- Eje IV: 5-intenso
- Eje V: 5-mediocre

Caso N° 9

Nombre: M. S.

Edad: 51 años

Grado de Instrucción: sexto grado

Estado Civil: Soltero (ha tenido 2 concubinatos).

Historia Psiquiátrica.—

Individuo quien luce más envejecido que su edad cronológica; permanece encamado; luego se sienta y atiende a nuestra entrevista.

Su actividad motora está aumentada; hay movimientos involuntarios generalizados. Cooperar con el examen. Su lenguaje en ocasiones es difícil comprenderlo, debido a que presenta trastornos propios de su enfermedad y porque, además, habla en voz baja. Su expresión es de tristeza y sus ojos se humedecen con facilidad; llora fácilmente; realmente está tris-

te. Refieren sus familiares que llora todos los días y en ocasiones habla solo. Tiene problemas para conciliar el sueño.

Habla de su madre, quien murió hace varios años; llora y refiere que él se comunica con ella (impresiona que es producto de su cultura); luego nos muestra unas "clinejas" de su madre, las cuales guarda con gran celo debajo de su colchón. Refieren los familiares que M. permanece encamado, sale poco de su cuarto, come poco, y además es poco comunicativo. Siempre está deprimido.

El contenido de su pensamiento está dado por hechos del pasado, referentes a su madre; y además tiene ideas depresivas y un humor triste.

Está orientado en persona y lugar, aún cuando da la impresión de que el tiempo no le importa. Se observan trastornos en la memoria de fijación, con aumento en la memoria de evocación. Su atención es lábil, y fácilmente se ensimisma en sus problemas. Su juicio está alterado, no tiene conciencia de enfermedad mental.

Hábitos.—

Sueño: Insomnio tardío

Apetito: Disminuído

Alcohol: Anteriormente ingería gran cantidad de licor, en forma recurrente.

Tabáquico: No refiere

Trabajo: Se desempeñaba como marino. Según sus familiares era responsable y atendía económicamente de su hogar.

Sexualidad.—

No se exploró, debido a lo difícil de la comunicación con el paciente

Personalidad previa.—

Tranquilo, responsable, aún cuando ingería licor casi a diario. Lo describen como "buen padre".

Historia familiar.—

Padre muerto en Caracas, de Enfermedad de Huntington. Esto lo afectó mucho y tiene gran resentimiento. Madre muerta por cardiopatía. No suministran otros antecedentes.

Historia personal.—

Tiene 8 hijos, 6 hembras y 2 varones, producto de dos uniones concubinarias. Viven todos. En su desempeño como marino trabajaba 3 ó 4 días a la semana. Lo describen como buen amigo.

Discusión del caso.—

Individuo quien desde hace varios años presenta cambios en su conducta como: aislamiento social, insomnio, llanto frecuente, humor depresivo y pérdida de interés.

Impresión diagnóstica.—

- Eje I: Depresión Mayor
- Eje II: No diagnóstico
- Eje III: Enfermedad de Huntington
- Eje IV: 5-intenso
- Eje V: 5-mediocre

Caso N° 10

Nombre: O. E. S. L.

Edad: 28 años

Grado de Instrucción: Sexto grado de primaria

Estado Civil: Soltera

Historia Psiquiátrica.—

Luce físicamente de mayor edad; biotipo leptosomático; viste ropa adecuada y aseada; impresiona como cuidadosa de su persona.

Su reacción ante el examen es inicialmente de desconfianza, mostrando una actitud pasivo-agresiva, aún cuando posteriormente coopera. Su expresión facial al inicio de la entrevista, es de ansiedad y desconfianza, pero luego se vuelve triste. Su actividad motora, al igual que el lenguaje, es adecuada. Luego se siente más confiada, aún cuando mantiene la mirada baja; se le dificulta hacer contacto visual; comienza a hablar de su vida; se vuelve triste y llora. Refiere que ha tenido 2 parejas; la primera unión la estableció a los 17 años con un joven del barrio con el cual tuvo un hijo; luego la abandonó para casarse con una prima de ella, y ella regresó con su padre. Años más tarde, establece una nueva unión; procrea dos hijos, siendo abandonada nuevamente; al preguntarle el por qué, manifiesta: "debe de ser por mi carácter, a mi me llaman la perra". Actualmente vive con su padre y mantiene relaciones sexuales con su primera pareja: "a él es a quien yo quiero de verdad". Tiene un joven ena-

morado, de menor edad a la de ella; "si me ofrece casa me voy con él"; hay un dicho que dice: "El amor no nace sino que se hace". Se observa muy ambivalente afectivamente; piensa que aún cuando no quiere al joven puede establecer relación con él.

Sus relaciones interfamiliares son muy agresivas; pelea constantemente con su padre y un hermano; la llaman "puta" y a élla eso le disgusta. Con sus hermanos tampoco mantiene relaciones cordiales: "yo no sé por qué somos así, bravos; todos tenemos el carácter de papá". A sus hijos los agrede verbal y físicamente; sobre todo al mayor; "no puedo con él, lo encierro y rompe la ventana". "Me da mucha rabia".

Manifiesta sentimientos de minusvalía: "uno no sabe si tiene el mal"; "la gente lo mira mal a uno"; "es castigo de Dios". Lloro al hablar de sus problemas; se siente rechazada por todos; piensa que heredará el mal y eso la deprime; piensa constantemente en matarse. Lloro durante casi todas las noches; "las mañanas son las peores, me da rabia, me siento intranquila y ansiosa". "Me cuesta concentrarme". Refiere insomnio. Lloro, y su llanto es realmente triste. El pensar en su situación y la posibilidad de padecer el mal, le han inducido a realizar dos intentos suicidas; no especifica el tiempo de ellos; muestra las heridas en su muñeca.

Esta sintomatología la describe desde hace aproximadamente 6 ó 7 años. Se ha ido agudizando en los últimos años, ya que piensa que la edad del "mal" le está llegando.

Realiza los oficios del hogar, su casa es muy aseada y ordenada: "me gusta tener todo limpio"; "por eso peleo con mis hermanos cuando vienen los domingos"; "ellos me desordenan todo". Atiende a su hermana, la cual está psicótica, siendo ella la encargada de su cuidado.

Su padre le dá Bs. 500.00 (\$ 25.) a la semana y élla vende cervezas en su casa.

En todo momento está orientada en persona, tiempo y espacio; no manifiesta trastornos sensorceptivos. Su memoria está conservada; no tiene conciencia de enfermedad mental.

Hábitos.—

Sueño: Insomnio frecuente

Apetito: Normal, hay aumento de peso reciente, no cuantificado

Alcohol: Niega

Tabáquico: 1 1/2 caja de cigarrillos diariamente.

Sexualidad.—

Su vida sexual se inicia a los 17 años cuando establece su primer concubinato. Refiere relaciones sexuales en número de dos a tres a la semana; las describe normales y satisfactorias. En su segundo concubinato, continuó con igual frecuencia, pero no le resultaron satisfactorias ya que pensaba en su primer marido. Luego de su último parto disminuyó su interés sexual; siempre tiene temor a quedar embarazada, y al "mal".

Trabajo.—

Oficios del hogar, tiene buen rendimiento.

Personalidad Previa.—

Se describe callada, poco comunicativa. No le gusta "hablar de sus cosas". De "mal carácter", "agresiva y violenta", "impulsiva". Manifiesta hipersensibilidad al rechazo; de pocos amigos..

Historia familiar.—

Padre vivo, de 56 años, aparentemente sano, responsable económicamente de su hogar; ingiere alcohol ocasionalmente. Tiene otra mujer con la cual convive.

Madre: muerta a los 54 años, con Corea de Huntington.

Son 10 hermanos, seis hembras y cuatro varones. La paciente ocupa el quinto lugar.

Un hermano con Corea de Huntington.

Antecedentes psiquiátricos.—

Tiene una hermana, G., psicótica.

Historia personal y social.—

Su escolaridad se inicia a los 9 años. Alcanzó el sexto grado de primaria. Tiene 3 hijos, dos varones de 9 y 2 años, una hembra de 4. Manifiesta ser ella la que fracasa con sus parejas, por "su mal genio". No recuerda problemas perinatales ni en su desarrollo. Su hogar paterno lo describe como agresivo y violento; pero, a la vez dice: "padre como ese no hay otro, él no abandonó a mamá por el mal; la acompañó hasta la muerte".

Discusión del caso.—

El establecimiento o desarrollo, desde hace 6 ó 7 años, de síntomas

como: aumento de peso significativo, cansancio, sentimientos de inutilidad, pensamiento repetitivo de muerte, ideación suicida y dos intentos suicidas, disminución de la capacidad de concentración, pesimismo y humor depresivo, inducen a pensar que el caso pertenece a la categoría de Depresión Mayor.

Impresión diagnóstica.—

- Eje I: Síndrome Clínico: Depresión Mayor
- Eje II: Trastornos de la personalidad por evitación
- Eje III: Ninguno
- Eje IV: 5-intenso
- Eje V: 5-mediocre

Caso N° 11

Nombre: D. D.

Edad: 46 años

Estado Civil: Concubinato

Grado de Instrucción: Analfabeta

Ocupación: Oficios del hogar

Historia Psiquiátrica.—

Individuo del sexo femenino quien representa más de su edad cronológica, viste ropa adecuada para la casa, y es muy pulcra en su vestimenta. La paciente colabora con el examen; se observa tristeza en su mirada, y sus ojos están humedecidos; evita llorar al hablar de su situación. Se observan movimientos musculares involuntarios en todo el cuerpo, los cuales trata de disimular y controlar. Sonríe ocasionalmente, y se observa muy afectuosa. Tiene problemas del lenguaje; el cual, además, es lento, por lo que se hace difícil comprender lo que dice. Refiere que su enfermedad (Corea de Huntington) empezó hace 11 años y ha ido avanzando progresivamente, dificultándosele cada vez más realizar labores pequeñas y su cuidado personal.

Manifiesta cambios notables en su humor; se ha vuelto triste, abatida, pesimista; llanto frecuente, sentimiento de inutilidad, disminución de la autoestima; ha sido rechazada por su esposo y sus hijos y desde hace 15 días vive con su hermana; no recibe visitas de ellos, sólo se limitan a enviarle dinero y comida. El contenido de su pensamiento está dado por ideas depresivas e ideas suicidas. Hace 1 año intentó suicidarse ingiriendo unas pastillas. Refiere oír la voz de su madre, la cual oye proveniente de su cabeza; no impresionan como alucinaciones sino como ideas de tipo cultural. No hace referencia a otro tipo de trastornos senso-perceptivos.

Se observa deterioro del área intelectual, y sobre todo en su capacidad de concentración y comprensión. No está orientada en tiempo, pero si lo está en lugar y persona; hay trastornos de la memoria, encontrándose disminución de la memoria de fijación y evocación; hay disminución de la atención espontánea y voluntaria; se observa ensimismada en su problema y eso la hace distraerse fácilmente de la entrevista. Hay pérdida de interés en todo lo que sucede a su alrededor; y por la vida. Hay desmotivación total; sólo se observa tristeza y depresión.

Hábitos.—

Sueño: Manifiesta insomnio tardío desde hace varios años.

Apetito: Disminuído; pérdida significativa del apetito durante los últimos años.

Alcohol: Bebe ocasionalmente

Tabáquico: 8 cigarrillos diarios

Trabajo: Debido a sus movimientos musculares, la paciente no puede desempeñarse en ningún oficio y se le dificulta cumplir con sus funciones habituales, siendo necesario, en ocasiones, que se le ayude.

Sexualidad.—

Disminución notable del interés sexual; manifiesta que desde hace 1 año no tiene relaciones sexuales, aún cuando da la impresión, por su forma de enfocar el tema, que es desde hace más tiempo, ya que refiere no querer hablar porque se le olvida. Manifiesta peleas constantes con su esposo y refiere que éste tiene 3 hijos en otra mujer.

Personalidad previa.—

Se describe, antes de la enfermedad, tranquila, alegre; le gustaban las fiestas y la música; luego se ha vuelto agresiva, en ocasiones, y violenta, sobre todo con su esposo; la mayor parte del tiempo permanece triste y deprimida.

Historia familiar.—

Padre: Muerto por cardiopatía.

Madre: Muerta por Enfermedad de Huntington

Son 8 hermanos, 3 hembras y 5 varones

Marido: de 56 años de edad; le gusta el alcohol y las mujeres

Historia personal y social.—

Se casó a los 14 años de edad, ha tenido una sola pareja, siendo una

unión estable hasta el inicio de la enfermedad de la paciente. Actualmente están separados.

Tiene pocos amigos; carece de confidente y de soporte interpersonal. No está motivada para el tratamiento.

Discusión del caso.—

La instalación de síntomas como: insomnio, falta de interés y desmotivación, tristeza e intento de suicidio, pérdida significativa de peso y sentimiento de inutilidad, síntomas que tienen su aparición desde hace más de 2 años, inducen a pensar que se trata de un caso de Depresión Mayor cuyo pronóstico es reservado. La paciente tiene alto riesgo suicida.

Impresión diagnóstica.—

- Eje I: Depresión Mayor
- Eje II: No diagnóstico
- Eje III: Enfermedad de Huntington
- Eje IV: 6-extremo
- Eje V: 6-muy mediocre

Caso N° 12

Nombre: A. D. S. Y.

Edad: 43 años

Grado de Instrucción: Analfabeta

Estado Civil: Casada

Historia Psiquiátrica.—

Luce enflaquecida, de mayor edad a la cronológica, atenta, cooperadora con el examen. Muy afectuosa y cariñosa; se observa que necesita hacer contacto de "piel a piel" para sentirse aceptada. Me abraza y me toca constantemente en el brazo. Su lenguaje es entrecortado, y hay una actividad motora aumentada, dada por movimientos involuntarios generalizados en todo el cuerpo. Es necesario, en ocasiones, que repita lo dicho para entender su lenguaje. Ella comprende perfectamente, y se muestra colaboradora. Refiere que todo empezó hace 15 años después del parto; "me empezó el mal"; "todas las cosas se me caían"; "me volví triste"; "me preocupaba por la enfermedad" (en este momento la paciente llora, luego se tranquiliza y continúa hablando); "perdí la naturaleza"; (interés sexual); "ya no era lo mismo"; luego "éso fué progresando y ya no podía hacer nada"; "yo era muy limpia, todo me gustaba tenerlo aseado, y ahora ya no lo puedo hacer, tengo que pagar"; "la comida me la hace mi hermana (M.) y me la manda todos los días". Lloro en algunos momentos de la

entrevista; sobre todo cuando habla de su esposo y de su pasado. "Ahora duermo poco, me cuesta dormir"; "oigo una voz que me dice que mate a mi esposo"; "lo salgo a buscar de noche"; "yo sé que tiene una querida por aquí"; "por eso lo quemé" (le echó agua caliente cuando el esposo dormía, hace 3 meses); "la voz me lo dijo". Persiste con su idea delirante de celos; se le trata de rebatir pero vuelve nuevamente a ella. Permanece orientada en tiempo, espacio y persona; manifiesta trastornos de la memoria de fijación, "todo se me olvida", que se ponen en evidencia en el examen. Su atención está conservada. Juicio alterado. Según refiere la hermana, tienen que cuidarla constantemente, ya que intenta salirse a la calle a agredir nuevamente a su marido, debido a sus ideas delirantes de celos; según información obtenida de sus familiares, eso es producto de su imaginación, ya que no es cierto. Se ha vuelto más triste, y ha perdido interés en todo. Era evangélica, y desde hace 3 meses no asiste al culto, ya que piensa que pecó con lo que le hizo a su marido.

Hábitos.—

Sueño: Insomnio tardío

Apetito: Disminuído, con pérdida de peso no cuantificada pero si significativa.

Tabáquico: Niega

Alcohol: Ocasional, en poca cantidad

Trabajo: Oficios del hogar; desde hace varios años, debido a su imposibilidad física, no los realiza.

Sexualidad.—

Refiere sus primeras relaciones sexuales a los 18 años. Cuando se casó, eran normales y satisfactorias para ambos; luego, desde hace 15 años "se me murió la naturaleza"; "ya no sentía nada". Se niega a tener relaciones sexuales y envía a su marido a tener relaciones con otras mujeres (a las cuales pagaba). Ella se negaba a tener más hijos y usaba métodos anticonceptivos; le daba miedo "el mal".

Personalidad previa.—

Alegre, comunicativa, responsable de su hogar. Tenía amigos y sus relaciones interpersonales eran buenas. Siempre ha sido muy pulcra. Su mejor amiga es su hermana.

Historia familiar.—

Padre: Vivo, cardiópata

Madre: Muerta con Corea de Huntington

Son 5 hermanos, de los cuales 3 tienen Corea de Huntington

Historia personal y social.—

Inició su escolaridad, pero no le gustaba estudiar. A los 18 años se casa, tiene 3 hijos, 2 varones y 1 hembra la cual está casada. Aparentemente tenía un hogar estable, hasta los 30 años cuando enferma y se inician sus problemas de pareja.

Discusión del caso.—

Individuo con Enfermedad de Huntington, en la cual se aprecian cambios de conducta, los cuales se han ido estableciendo desde hace varios años, haciéndose más evidentes desde hace 6 meses aproximadamente, cuando se vuelve agresiva; oye voces que le dan órdenes, ideas delirantes de celos, concomitantemente con humor depresivo e ideas de minusvalía, insomnio y falta de motivación, hay una conducta agresiva contra su marido, basada en sus ideas patológicas de celos, lo que ha hecho que él haya abandonado el hogar. Toda esta sintomatología, que rige la conducta de la paciente, dan la impresión de trastorno paranoide atípico; agregado a su cuadro distímico y a su padecimiento de Enfermedad de Huntington.

Impresión diagnóstica.—

Eje I: Trastorno Paranoide Atípico. Trastorno Distímico.

Eje II: No diagnóstico

Eje III: Enfermedad de Huntington

Eje IV: 6-extremo

Eje V: 6-muy mediocre

RESULTADOS

Podemos observar que del total de 12 casos estudiados, 5 tienen enfermedad manifiesta (casos Nos. 3, 8, 9, 11 y 12) y 7 son hijos de enfermos de Corea de Huntington (casos Nos. 1, 2, 4, 5, 7, 10). El estudio psiquiátrico evidencia que las áreas más afectadas son la afectividad, el pensamiento, la memoria, la atención, el juicio, la sexualidad, el sueño y el apetito (Tablas I y II). Son resaltantes los trastornos observados en el área afectiva, donde se notó un humor deprimido, en 4 de los enfermos coreicos y 5 descendientes (Tabla III) a la vez que 3 de los enfermos manifestaron ideación suicida. Estos trastornos se observaron antes del inicio de las manifestaciones motoras y se agudizaron con la instalación de las mismas.

TABLA I

NIVEL COGNITIVO Y SENSORPERCEPTIVO

| Caso N° | Juicio | Alteraciones de la memoria | Trastornos del pensamiento | Alucinaciones | Ideas delirantes | Ideación suicida | Alteración Atención | Alteración Lenguaje | Trastornos de la orientación |
|---------|--------|----------------------------|----------------------------|---------------|------------------|------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|
| 1 | + | + | + | ? | ? | | + | + | +(global) |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | + | | | | + | + | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | + | | | +(tiempo) |
| 7 | | | | | | + | | | |
| 8 | + | + | + | | | | + | | |
| 9 | + | + | + | | | | + | + | |
| 10 | + | | + | | | + | | | |
| 11 | + | + | ! | | | + | + | + | +(tiempo) |
| 12 | + | + | + | | + | | + | + | |

TABLA II

HABITOS Y SEXUALIDAD

| Caso N° | Trastornos del sueño | Trastornos del apetito | Trastornos de la sexualidad | Hábitos alcohólicos |
|---------|----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 1 | + | | | |
| 2 | | | + (↑) | |
| 3 | | + (↓) | + (↓) | Ocasional |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | + (↓) | |
| 7 | | | | Ocasional |
| 8 | | | | |
| 9 | + | + (↓) | | |
| 10 | + | | + (↓) | |
| 11 | + | + (↓) | + (↓) | Ocasional |
| 12 | + | + (↓) | + (↓) | Ocasional |

↑ Aumentado

↓ Disminuído

TABLA III

NIVEL AFECTIVO DE LOS CASOS ESTUDIADOS

| Caso N° | Depresión y Distimia | Ansiedad Temor | Labilidad Irritabilidad | Afecto inadecuado Hipcafectividad |
|---------|----------------------|----------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 | | | | + |
| 2 | + | | | |
| 3 | + | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | + | + | | |
| 6 | ± | | | |
| 7 | + | + | + | |
| 8 | | + | + | + |
| 9 | ± | | | |
| 10 | + | | | |
| 11 | ± | | | |
| 12 | ± | | | |

Otro hecho llamativo lo constituye la esfera sexual. Tres de nuestros pacientes coreicos manifestaron disminución de su actividad sexual; uno no refiere actividad alguna y el otro no reporta cambios; los individuos con riesgo manifestaron disminución por temor a un embarazo y a tener hijos con la Enfermedad (Tabla II).

En la Tabla IV observamos que dentro de los pacientes con la enfermedad, hay un cuadro de psicosis atípica, cuyo inicio coincidió con la manifestación de la Enfermedad de Huntington. Además, se produjo un trastorno paranoide atípico, de inicio posterior a la enfermedad, donde las ideas delirantes parecen estar sustentadas por sentimientos de minusvalía ocasionados por la enfermedad; ya que, al sentirse inútil e incapacitada elabora ideas patológicas de celos.

En el caso N° 1, la instalación del cuadro psicótico es a edad muy temprana y su evolución insidiosa, hasta la cronicidad del síndrome. La poca información suministrada, dificulta la clasificación y etiología del trastorno.

El caso N° 4, desde el punto de vista psiquiátrico, parece estar dentro de los límites normales; aún cuando es importante señalar que fué el paciente de menor edad, lo cual quizás influiría en la adecuada visión de su realidad.

Los síntomas (Tabla V) se inician a edades tempranas en 5 de nuestros casos con riesgo (entre los 15 y 30 años), y su evolución es larga en algunos de ellos. En los enfermos coreicos observamos la aparición de los mismos después de la tercera década de la vida.

De los casos estudiados, solo un paciente presentó trastornos de la personalidad (Tabla IV). Es de observar que el stress psicosocial de estos individuos es alto, intensidad 5 y 6 (Tabla IV); y su nivel de adaptación en el último año en ninguno de los casos es bueno o superior; lo cual influye de manera negativa sobre su pronóstico.

DISCUSION

Luego del análisis de las 12 historias clínicas psiquiátricas observamos que la resultante es un Trastorno Distímico y Depresión Mayor en ocho de nuestros casos, más un caso de Depresión Atípica. Nuestros hallazgos coinciden con los reportados por otros investigadores (4, 5). Se evidencia el hecho que de los 4 individuos con Trastornos Distímicos, 3 son hijos de enfermos, y es posible que evolucionen a una Depresión Mayor, lo cual nos dá una medida de la importancia que pudiera tener el Trastorno Distímico como síndrome prodrómico de la enfermedad.

TABLA IV
CRITERIOS DIAGNOSTICOS (DSM-III)

| Pac. N° | Eje I | Eje II | Eje III | Eje IV | |
|---------|-----------------------------|---|------------|-----------|-----------------------------|
| 1 | Psicosis Atípica | No diag. | Ninguno | 5-intenso | 7-alteración muy importante |
| 2 | Depresión Atípica | " | Ninguno | 5-intenso | 4-medio |
| 3 | Depresión Mayor | " | Enf. de H. | 5-intenso | 5-mediocre |
| 4 | No trastornos | " | | | |
| 5 | Trast. Distímico | " | Ninguno | 5-intenso | 4-medio |
| 6 | Trast. Distímico | " | Ninguno | 5-intenso | 4-medio |
| 7 | Trast. Distímico | " | Ninguno | 6-extremo | 4-medio |
| 8 | Psicosis Atípica | " | Enf. de H. | 5-intenso | 5-mediocre |
| 9 | Depresión Mayor | " | Enf. de H. | 5-intenso | 5-mediocre |
| 10 | Depresión Mayor | Trastorno de la personalidad por evitación | Ninguno | 5-intenso | 5-mediocre |
| 11 | Depresión Mayor | No diag. | Enf. de H. | 6-extremo | 6-muy mediocre |
| 12 | Trast. Paranoide Atípico | No diag. | Enf. de H. | 6-extremo | 6-muy mediocre |
| | Trastorno Distímico | | | | |

Cinco de nuestros casos tienen ideación suicida y dos han reportado intentos suicidas; otros estudios reportan que la rata de suicidios en paciente con Enfermedad de Huntington está aumentada en comparación con la población general, pero no así en comparación con pacientes que sufren otros tipos de enfermedades (Cáncer por ej.) (16). De los casos con ideación suicida solo 2 tienen la enfermedad y los 3 restantes no, lo que pudiera sugerir un índice de mayor riesgo suicida en hijos de enfermos.

TABLA V

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

| Paciente | Sexo | Edad | Evolución de los Trast. psq. (años) |
|----------|------|------|--|
| 1 | F | 36 | 18 |
| 2 | F | 36 | 1 |
| 3 | F | 40 | 6 |
| 4 | F | 17 | |
| 5 | F | 20 | 5 |
| 6 | F | 19 | 1 |
| 7 | F | 26 | 0.25 |
| 8 | M | 35 | 1 |
| 9 | M | 51 | 7 |
| 10 | F | 28 | 7 |
| 11 | F | 46 | 2 |
| 12 | F | 43 | 0.50 |

Se observó una disminución de la actividad sexual. Esto pudiera deberse a su mismo trastorno depresivo, porque los cuadros depresivos, en general, cursan con disminución de la motivación sexual. Sin embargo, no debemos descartar el hecho de que debido a su bajo nivel cultural, y a la carencia de métodos anticonceptivos a su alcance, y al temor manifiesto de procrear hijos enfermos, se abstengan de una mayor actividad sexual. Es muy poca la literatura reportada en este aspecto, por lo cual no tenemos patrones comparativos; observamos que la etiología del problema es multifactorial. La disminución franca de la motivación y actividad sexual, observada en los individuos estudiados, es un hallazgo importante de este estudio.

En la Enfermedad de Huntington se han reportado trastornos importantes de la memoria, en etapas tempranas de la Enfermedad (7, 13).

Estos trastornos son manifiestos en 7 de nuestros casos; de los cuales 5 padecen la Enfermedad.

En todos los individuos estudiados observamos alteraciones de la atención, desmotivación y pérdida de interés en las labores habituales; falta de concentración y, en algunos casos, apatía; lo cual podría correlacionarse con el cuadro de "apatía situacional" descrito en pacientes con la Enfermedad de Huntington (4, 5).

Los dos casos de psicosis atípica y el caso de síndrome paranoide, representan una muestra de la mayor significación, especialmente si observamos que 2 de nuestros pacientes coreicos presentaron los trastornos psiquiátricos luego de la aparición de la enfermedad. Esto ha sido reportado por otros autores (4, 5, 7), quienes describen síndromes psiquiátricos que incluyen la demencia, así como trastornos de la personalidad. En nuestro estudio solo 1 caso de los 12 estudiados mostró este último tipo de trastorno.

En el área de los hábitos, observamos trastornos importantes del sueño, insomnio, y además una disminución franca del apetito, con pérdida importante de peso en los pacientes que padecen la Enfermedad de Huntington.

En nuestra población, aún cuando la uniformidad de los estresores psicosociales facilita la medición de los factores externos, el hecho de que sean tan altos (escala 5, DSM-III) dificulta la interpretación de los resultados; ya que se podría constituir en un factor predisponente para la instalación del Trastorno Distímico o Depresivo Mayor. Este hallazgo nos sugiere que sería interesante hacer un estudio comparativo con otro grupo de la población que estuviese sometido a los mismos estresores, pero no a la Enfermedad de Huntington, para ser más validera la interpretación de los resultados y dilucidar si la enfermedad, o su predisposición a padecerla, es el factor desencadenante de los trastornos afectivos.

Otro hecho resaltante fue el nivel mediocre de adaptación que muestran estos individuos, lo cual aunado a sus escasas posibilidades de actividades recreativas y de establecer relaciones sociales, influye de manera negativa sobre su pronóstico.

Once de nuestros casos mostraron trastornos psiquiátricos que incluyen nueve con trastornos del humor y afecto, 4 de los cuales son enfermos coreicos; seis con trastornos de la sexualidad, mostrando 3 de los pacientes coreicos una disminución de la misma; siete presentaron trastornos del pensamiento y juicio, incluyendo 4 de los pacientes coreicos: de los 7 ca-

sos donde observamos trastornos de la memoria 5 pertenecen a enfermos coreicos, que exhiben, además, trastornos de la atención.

Estos resultados nos dan una medida de la magnitud de la importancia que pudiese tener el estudio de los trastornos psiquiátricos en los enfermos coreicos y en sus descendientes; ya que hay una gran diversidad de áreas afectadas.

Es de considerar, sin embargo, que nuestro estudio tiene ciertas limitaciones, entre ellas el escaso número de individuos analizados.

Nuestros hallazgos de trastornos afectivos en los enfermos coreicos y sus descendientes, coinciden con los reportados por otros autores (4, 5, 16, 17), y pueden servir de apoyo para continuar en la búsqueda de una relación entre los trastornos psiquiátricos y organicidad, en la Enfermedad de Huntington.

ABSTRACT

Psychiatric Aspects of Huntington's Disease patients and their offsprings. A preliminary report. Prieto de Rincón Dexy, Bonilla E. (INBIOMED-FUNDACITE. Apartado Postal 376, Maracaibo), Invest Clín 27(3): 165-201, 1986.— A psychiatric evaluation of 12 individuals of whom 5 were Huntington's Disease patients and 7 offspring of choreic patients, was made. The DSM-III criteria were applied to establish the diagnosis. Five choreic patients and 6 descendants showed disorders in the affective area diagnosed as Dysthymic Disorders and Major Depression as well as a case of Atypical Depression. A case of Personality Disorder in a descendant of a choreic patient and two cases of Atypical Psychosis of whom one had Huntington's Disease, were also observed. Another important finding was a decrease in the sexual activity of three choreic patients and three of the offspring.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1— AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd. Ed. Washington, DC: APA, 1980.
- 2— BRUYN G.W.: Huntington's Chorea: historical clinical and laboratory analysis In: Handbook of Clinical Neurology, Vol 6 p. 298-377 North-Holland Publishing Co. 1968.
- 3— BUTTERS N., SAX D., MONTGOMERY K., TARLOW S: Comparison of the neuropsychological deficits associated with early and advanced Huntington's disease. Arch Neurol 35: 585-589, 1978.

- 4- CAINE E., HUNT R., WEINGARTNER H., EBERT M.: Huntington's dementia. *Arch Gen Psychiatry* 35: 377-384, 1978.
- 5- CAINE E., SHOULSON I.: Psychiatric Syndromes in Huntington's Disease. *Am J Psychiatry* 140: 728-733, 1983.
- 6- DEWHURST K., OLIVER J., TRICK K.L.K.: Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease. *Confin Neurol* 31: 258-268, 1969.
- 7- FISHER J., KENNEDY J., CAINE D., SHOULSON I.: Dementia in Huntington Disease: A Cross-Sectional Analysis of Intellectual Decline. In the *Dementias* (Mayeux and Rosen, ed) New York, Raven Press, 1983.
- 8- FOLSTEIN S., FOLSTEIN M., MCHUGH P.: Psychiatric Syndromes in Huntington's Disease. In *Advances in Neurology*, Vol 23 (T.N. Chase y col, ed) New York, Raven Press, 1979.
- 9- GUSELLA J.F., WEXLER N.S., CONNEALLY P.M., NAYLOR S.L., ANDERSON M.A., TANZI R.E., WATKINS P.C., OTTINA K., WALACE M.R., SAKAGUCHI A.X. YOUNG A.B., SHOULSON I., BONILLA E., MARTIN J.B.: A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease. *Nature* 306: 234-238, 1983.
- 10- HAYDEN M.R., EHRLICH R., PARKER H., FERERA S.: Social Perspectives in Huntington's Chorea. *S Afr Med J* 58: 201-203, 1980.
- 11- HEATHFIELD K.W.G.: Huntington's Chorea. *Brain* 90: 203-232, 1967.
- 12- HUNTINGTON G.: On Chorea. *Medical and Surgical Reporter* 26: 317-321, 1872.
- 13- JOSIASSEN R.C., CURRY L., MANCALL E.: Development of Neuropsychological Deficits in Huntington's Disease. *Arch Neurol* 40: 791-796, 1983.
- 14- LIEBERMAN A., DZIATOLOWSKI M., NEOPHYTIDES A., KUPERSMITH M., ALEKSIC S., SERBY M., KOREIN J., GOLDSTEIN M.: Dementias of Huntington's and Parkinson's Disease. In *Advances in Neurology*, Vol 23 (T.N. Chase y col, ed) New York, Raven Press, 1979.
- 15- MINDHAM R.H.S., STEELE C., FOLSTEIN M.F., LUCAS J.: A comparison of the frequency of major affective disorder in Huntington's disease and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry* 48: 1171-1174, 1985.

- 16- NEGRETTE A.: Corea de Huntington. Estudio de una sola familia investigada a través de varias generaciones. Talleres Gráficos de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, 1963.
 - 17- SCHOENFELDM, MYERS R., CUPPLES L., BERKMAN B., SAX D., CLARK E.: Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry* 47: 1283-1287, 1984.
 - 18- YOUNG A., SHOULSON I., PENNEY J., STAROSTA-RUBINSTEIN S., GOMEZ F., TRAVERS H., RAMOS-ARROYO M., SNODGRASS R., BONILLA E., MORENO H., WEXLER N.: Huntington's disease in Venezuela: Neurologic features and functional decline. *Neurology* 36: 244-249, 1986.
-