

“No me entienden”. A propósito de un caso.

Aparicio Reinoso, Teresa¹ ; Sanchez Berlanas, Juan Antonio²

¹ Psiquiatra Infanto-juvenil ² Psicologo Clinico

CSM Leganés. Instituto Psiquiatrico José Germain.

INTRODUCCION: Presentación del caso de un adolescente afectado de Trastorno del Espectro Autista y elevadas dificultades en su entorno social, escolar y familiar.

OBJETIVOS: Aprovecharemos el caso clínico para revisar la patología y la intervención llevaba a cabo con el menor y su familia.

CASO CLINICO:

Paciente de 16 años que acude por primera vez al CSM de Leganés, tras el fallecimiento inesperado de su padre. Tuvo un contacto puntual en Atiende Niños hace 3 años, por posible afectación emocional secundaria a la separación de los padres, sin seguimiento posterior, según refiere la madre.

APS: No RAMC. No refieren enfermedades médico-quirúrgicas de interés. Calendario vacunal al día. No consumo de tóxicos.

AFP: Padre fallecido, posible trastorno de personalidad y toxicomanía. Abuelo paterno afecto de esquizofrenia.

SB: Actualmente convive con su madre (Sonia, ayudante técnico-sanitario), su hermano mayor (Diego, ha abandonado los estudios, se encuentra en situación de libertad vigilada) y la abuela materna octogenaria en Leganés, previamente residían en otro municipio hasta la separación de los padres, que se produce cuando el paciente tenía 10 años, el padre tras la separación estuvo presente de forma irregular en la vida de los menores.

HISTORIA PSICOBIOGRAFICA.

Embarazo con estrés materno por las dificultades de relación con el padre.

Parto a término, vaginal, eutócico. Peso: 3635 gr. Talla: 52. Lactancia materna: 2 meses .No dificultades de succión. Llanto continuo durante todo el día hasta 5º mes. Patron de interacción precoz adecuado. No refieren problemas de tono muscular. Desarrollo ansiedad frente al extraño, sonrisa social acorde al desarrollo.

Cuidadora principal: la madre

Alimentación: dificultad para introducir sólidos, problemas con texturas, olores y sabores. Selectivo con las comidas, en 2012 dejo de comer ciertos alimentos, refiriendo “que asco”.

Marcha suelta a los 11 meses, sin gateo previo. Diestro. La madre describe torpeza motora que perdura en la actualidad: no sabe montar en bici. Le cuesta abrochar cordones. Coge el bolígrafo de forma inadecuada.

Frases simples al año. No requirió logopedia.

Control de esfínteres: al año. Enuresis nocturna cuando pernoctaban fuera del domicilio hasta 4 años.

Elevadas rabietas, baja tolerancia a la frustración, necesidad de gratificación inmediata.

Padre: patrón educativo más autoritario, la madre refiere que educaba a través del miedo y castigo. Madre: más permisiva y consentidora.

ESCOLARIZACIÓN:

No acudió a guardería. Escolarizado en un centro en otro municipio en 1º infantil. Dificultades de adaptación durante todo el ciclo de infantil. “Cuando le salían las cosas mal, lloraba mucho”.

Curso hasta 1ºESO en el mismo centro. En 2011, se produce la separación de los progenitores. Coincide con el agravamiento de su aislamiento, cambio de domicilio en ese municipio por dificultades económicas.

Contaba con grupo de amigos y era invitado a cumpleaños. El padre aparecía en el domicilio de forma irregular y sin cumplir la orden de alejamiento hacia la madre.

Repitió 1ºESO en IES (septiembre 2013) en Leganés, buena adaptación inicial. El hermano empezó a presentar absentismo escolar y empezó a imitar conductas de su hermano. La madre no refiere grupo de amigos.

En 2º ESO empezó a verbalizar que se sentía muy solo en el instituto y casa, empezó a aislarse más y descuidar las ingestas.

ENFERMEDAD ACTUAL: La madre relata que tras la separación y cambio de domicilio, al paciente le costó adaptarse al nuevo entorno, progresivamente se hizo con la nueva clase/barrio y tenía un grupillo de amigos.

Durante el curso 2014-2015 parece que empezó a aislarse, rechazar acudir al centro escolar, sintomatología ansiosa frente lugares donde pudiese haber mucha gente. Tras el fallecimiento inesperado del padre por sobredosis (junio 2015) se acentúa el absentismo escolar, incrementándose las conductas disruptivas, aumentando el aislamiento en el domicilio, tendencia a la inhibición, desajuste de horarios con inversión del ritmo sueño-vigilia, alteración del patrón higiénico-dietético, pasando mucho tiempo con el ordenador en juegos en red.

En diciembre de 2015, empieza a intervenir el SAED(Servicio de ayuda educativa a domicilio) recalcando el desorden de horarios/comidas, alteraciones conductuales y objetivan una dinámica familiar disfuncional.

El paciente acude en muy pocas ocasiones al centro, siendo la madre y la tía las que acuden a relatar lo que ocurre en el domicilio. Protagoniza episodios de heteroagresividad con más frecuencia, copiando la conducta del hermano. Según refiere la familia se muestra muy escrupuloso con la comida y selectivo con los alimentos, levantándose de madrugada para comer y evitando el contacto con la familia. Describen manías “los platos no pueden estar sucios, no puede ver el sofá arrugado”, ante mínimos ruidos se sobresalta y se muestra hostil. “no puede oír como mastican los demás, como se mueve una cuchara, siente mucho asco...” .

Debido a la escasa adherencia al centro y las dificultades referidas por la familia y el SAED, realizamos una visita a domicilio en julio 2016 donde nos encontramos a última hora de la mañana al paciente en la cama, tapado con un edredón nórdico en verano. Poco abordable y escasamente colaborador, esconde su rostro bajo la almohada y durante la entrevista hay momentos de hostilidad verbal y agresividad contenida, negando que tenga ninguna dificultad/necesidad de ayuda. No es posible realizar una adecuada exploración psicopatológica. Destaca la palidez cutánea y delgadez. Impresiona de abandono del autocuidado. Aislamiento e inversión de ritmo sueño-vigilia. Ausencia de horarios/rutinas. No verbaliza expectativas vitales. Niega ideas de muerte. Nulo insight.

Dada la situación y las dificultades se plantea derivación a Unidad de Media Estancia, si el paciente no acude al CSM, momento en el que empieza a acudir a las citas.

A partir de septiembre de 2016 se realizan sesiones psicoterapéuticas con el paciente donde se trabaja una estructura diaria, organización de horarios, elaboración de su propia identidad, hábitos higienico-dietéticos saludables con visitas semanales. Del mismo modo se introduce risperidona a dosis bajas para calmar la angustia, alteraciones conductuales, disminuir las obsesiones y facilitar la dinámica diaria con buena adherencia farmacológica y sin efectos adversos.

Así mismo se coordina intervención con SAED, facilitando una adaptación progresiva al centro escolar con la finalidad de incorporarle en su aula, recibiendo informes semanales de la evolución. Para ello el centro escolar habilita un aula para que el personal del SAED pueda impartir la clase de forma individual, al inicio acudía acompañado por un familiar y a día de hoy va solo al centro. Marcada resistencia a integrarse en el aula, evita contacto con sus iguales, no queriendo permanecer en los recreos en el centro. A nivel académico, se adaptan los contenidos a sus intereses “la clase de geografía y matemáticas se mezclan con capítulos de Juego de Tronos”, destacando muchas dificultades en el pensamiento abstracto y tendencia al concretismo. Se empieza a integrar al aula de música, siempre que sea en grupo reducido.

Se abordan las dificultades familiares, dando una visión real y desde el entendimiento de las dificultades del paciente. Se trabaja el duelo por el niño imaginado por la familia y se permite a la familia poder elaborar las disarmonías para poder recomponer el núcleo familiar, que se encontraba muy desestructurado.

A día de hoy, el paciente muestra inhibición, evita el contacto ocular, escasas habilidades sociales y preferencia a actividades en solitario. Patrón rígido de comportamiento, tolera mal las variaciones en la rutina y le cuesta adaptarse a los cambios. Escasa capacidad en lenguaje abstracto y tendencia al concretismo. No tolera las bromas. Intereses restringidos y repetitivos en ocasiones. Dificultades en la psicomotricidad fina. Atención y memoria conservadas. Hipersensibilidad a estímulos auditivos. Momentos puntuales de irritabilidad que son reconducidos sin mucha dificultad. No ecolalias ni estereotipias. No se objetiva sintomatología de la esfera afectiva, obsesiva, ansiosa ni psicótica en el momento actual. Apetito y sueño conservado.

JUICIO CLINICO: Sintomatología compatible con Trastorno del Espectro Autista.

TRATAMIENTO: Risperdal 0-0-1.5mg

PLAN: Fomentar habilidades sociales y la incorporación al aula en el Instituto.

Dotar de estructura y anticipar cualquier variación de la rutina.

Actividades en grupos reducidos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Trastorno esquizoide
- Fobia social
- Psicosis de causa psiquiátrica: Trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico no especificado, trastorno depresivo con síntomas psicóticos, trastorno bipolar.
- Trastorno obsesivo compulsivo

SINTOMAS CLINICOS EN LA ADOLESCENCIA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:

- Trastorno de la interacción social: respuestas emocionales inadecuadas y respuestas inadecuadas al contexto social.
- Trastorno del lenguaje y de la comunicación: el lenguaje no sirve como medio de comunicación, ausencia de lenguaje imitativo, falta de creatividad e imaginación dificultades de abstracción.
- Resistencia a los cambios con actividades repetitivas, restrictivas, rígidas y estereotipadas.

RESULTADOS: A pesar de compartir características con el resto de patologías, el trastorno del espectro autista tiene sus peculiaridades.

Es un trastorno de inicio en la edad infantil, como bien se puede apreciar por los diferentes síntomas que han ido apareciendo a lo largo del desarrollo a nivel del fracaso del desarrollo social, manifiesto sobretudo por la falta de contacto visula, alteración del sueño, alimentación, destrezas motoras, patrones de interacción, comunicación, intereses peculiares, ausencia de interés en el entorno.

También hay una buena evidencia de que la detección precoz y un tratamiento temprano reduce la morbilidad y la mortalidad asociada con este grupo de enfermedades mentales.

CONCLUSIONES: A pesar de que los trastornos del espectro Autista cada vez son mas conocidos e investigados, todavía se desconocen aspectos fundamentales en su etiología y patogenia. Es conveniente que las intervenciones educativas y psicoterapéuticas estén coordinadas para facilitar una adecuada adherencia y consistencia en la intervención. Así mismo es muy necesario realizar un abordaje familiar ya que muchos patrones se encuentran sin estructura que facilite la autonomía/ organización del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- DIATKINE, R., DENIS, P. (1985). Les psychoses infantiles. In S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (Eds.), Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, vol. 2. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mardomingo, Maria Jesus. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Diaz de Santos 2015.
- Manual diagnostico de los trastornos mentales. 5ªedicion.