

Caso clínico

Josep M^a Illa Taulats

Consultan los padres de L.R.G. de 10 años 4 meses de edad por presentar tics palpebrales, miedo a estar solo y déficit en el rendimiento escolar.

Llama la atención, en la entrevista mantenida con los padres, la parquedad y el desconocimiento de los hábitos y costumbres de su hijo, y la enorme fijación en los síntomas que señalan.

ANTECEDENTES PERSONALES

A los 3 años, al iniciar la escolarización tuvo una mala adaptación con lloros y dificultades a desprenderse de la madre y en la adaptación al ritmo de socialización. Tendencia a estar aislado y retraído desde siempre (sin que a los padres parezca inquietarles).

Padeció de bronquitis espásticas desde que inició la escuela y provocando ausencias prolongadas (la madre consideraba que no podía ir, a pesar que el médico no se lo indicara).

Siempre se ha mostrado temeroso, tímido, cauteloso, precavido, acobardado, servicial y sufridor. Ante brotes de ira (que ocurren esporádicamente) inmediatamente pide perdón de forma compulsiva.

A los 8 años, los padres, refieren un cuadro de astenia, cansancio, abatimiento y fatiga que fué tratado por el generalista como una «anemia».

Los padres (la madre) siempre encuentra una explicación a las perturbaciones de su hijo. Refieren que ha sido un niño de buen «manejo» a diferencia de su hermano de 7 años que es «muy rebelde y contestón».

ANTECEDENTES FAMILIARES

La madre es una mujer que parece decidida y autosuficiente, que lleva la entrevista cortando constantemente al padre que aguanta estoicamente dándole la razón en todo momento. Queda evidenciado que ha sobreprotegido y facilitado a su hijo (¡pobrecito!) a causa de su «asma». Se muestra distante y fría ante lo que se dice y se comenta.

El padre, a título de confesión, cuenta que él también tuvo (¿tiene?) miedos y comprende lo que le ocurre al niño. Tiene un aspecto subdepresivo. Siempre ha sido poco decidido y con poca iniciativa (que evidentemente lleva su mujer). Su madre padeció episodios depresivos siendo tratada en una institución en su tiempo.

ENTREVISTA PERSONAL

El niño se muestra inhibido, temeroso y acobardado, siendo incapaz de elaborar un dibujo que se le pide. Su discurso es monosilábico y espástico. Severo bloqueo emocional y verbal. El aspecto es inexpresivo, triste, apagado; los movimientos son lentos y parsimoniosos aunque denotan una hipertonia ansiosa (temblor, rigidez y torpeza). Se aprecian los tics palpebrales. Interrumpe su tarea para preguntar de forma compulsiva si su madre lo esperará o no.

En una entrevista posterior se le pregunta acerca de los miedos verbalizando que teme que su madre se marche; se le pregunta si piensa en alguna cosa que no se la pueda quitar de la cabeza y le preocupe mucho, y cuenta que «reza cuando piensa que su madre le va a abandonar».

Fué sólo más adelante cuando se pudo averiguar que, en realidad el niño le venía una idea (ser abandonado) que no se podía quitar de la cabeza y que lo conjuraba con palabra como «no ocurrirá» o rezando.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Se nos planteaban tres diagnósticos posibles (y/o asociados)

- 1- Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-III 300.30)
- 2- Trastorno distímico (DSM-III 300.40)
- 3- Trastorno por angustia de separación (DSM-III 309.21)

En función de la evolución del cuadro nos pareció que se podía valorar a distintos nive-

les. Había una patología de fondo afectivo (distímias) evidentes que se asociaban con un componente ansioso-fóbico (evitación) complicándose con elaboraciones conjuratorias (mecanismos obsesivos anancásticos). Se trató con clorimipramina a dosis de 3 mg/kg de peso disminuyendo el componente afectivo, ansioso y obsesivo, persistiendo un cuadro subevitativo, y subansioso que se está tratando a través de medidas psicoterapéuticas.

REFLEXIONES APRECIATIVAS

1.- Hay que evaluar la patología asociada y la comorbilidad jerarquizando la patología de fondo (en este caso la afectiva) y la fenomenología originada por los altos niveles de angustia.

2.- Evaluar la disociación entre el motivo de consulta y la fenomenología clínica (los padres nunca aceptaron ciertos mecanismos haciendo atribuciones orgánicas)

3.- La necesidad de preguntar directamente al niño los mecanismos patológicos en la exploración.

4.- La dificultad de hacer el diagnóstico diferencial en los procesos de depresión-ansiedad.

5.- La necesidad de evaluar las relaciones dinámicas del entorno como factores de mantenimiento y co-etiotopogénico (la actitud de nuestra madre -con una patología de personalidad obsesivoide- y la del padre -depresivo-tuvo que ser motorizada de cerca).

6.- La necesidad de la psicoterapia en psiquiatría infantil para solucionar los problemas de rasgo.