

Caso clínico

R. Ferrer Gelabert

Consulta la madre de V.C.H., —varón de 8a. 5 m. de edad—, porque el niño, a los 4-5 días de iniciar el curso escolar, deambulaba llorando por el patio del colegio pidiendo volver a su casa; algunos días más tarde, se fuga de la escuela presentándose en casa a la hora de comer.

Hace algunos días tiene cefaleas y abdominalgias de predominio matutino.

Por la mañana, antes de ir al colegio, coge tremendas rabietas, con agitación psicomotora, llorar desconsolado, insultos y agresiones físicas a los padres, que éstos califican de «ataques de rabia»; cuando se consigue llevarlo a la escuela, cede la crisis bruscamente y el niño mantiene un estado como ausente, perplejo y bloqueado (no responde a nada, mirada ausente, rigidez muscular, inmovilidad, temblores, etc.).

Llora desconsoladamente cuando los padres deben ausentarse.

ANTECEDENTES PERSONALES

A los 4 años presentó ya un cuadro de rechazo a asistir a la escuela.

Se muestra como un niño muy dependiente, con miedos irracionales, enequético, sufridor, sensible, preocupado, aislado, introvertido y cohibido, con ocasionales pero tormentosas rabietas con irritabilidad extrema, agitación y violencia física, en especial ante situaciones de separación o alejamiento de los padres o bien ante frustraciones cotidianas.

Ocasionalmente ha presentado crisis de angustia ante la inminente separación de los padres (para asistir a una fiesta escolar, a una excursión, a casa de unos familiares, etc.).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Los padres parecen atravesar una difícil situación de su relación afectiva, existiendo una latente amenaza de separación matrimonial; el padre es muy ausente de la vida familiar, absorto por su trabajo; la madre aparece resignada, culpabilizada, refiriendo una franca identificación con lo que le ocurre a su hijo y que a ella también le pasaba de pequeña.

V.C.H. tiene 3 hermanos:

— César (14 a.) afecto de Trastornos por evitación y bloqueo emocional.

— Iván (8 a.) afecto de trastornos del aprendizaje escolar imputables a disfunciones perceptivo-práxicas.

— Carmen (16 m.) afecta de masturbación compulsiva, con EEG focal y buena respuesta a la carbamacepina. A los 11 m., Carmen presenta una clínica franca de angustia de separación.

ENTREVISTA PERSONAL

Acude el niño con su padre; inicialmente colabora pasivamente en la realización de un dibujo pero a los pocos minutos llora en silencio y con la mirada baja; al ser interpelado, ex-

plota bruscamente en una crisis de agitación, con temblores, agresión a personas y objetos, gritos de «me mataré», etc. Al ser contenido, cae bruscamente en estado de inmovilidad «cerea», facies inexpresiva, llanto silencioso, temblor y aparente desconexión del entorno.

Al ser devuelto a su padre, persiste el llanto silencioso, agarrándose a éste y cubriéndole de besos de manera compulsiva.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (SEGÚN DSM-III-R)

- 309.21. Tr. por angustia de separación.
- 313.21. Tr. por evitación en la niñez o adolescencia.
- 313.00. Tr. por ansiedad excesiva (overanxious disorder).
- 299.80. Tr. generalizado del desarrollo no especificado.
- 300.01. Tr. por angustia (panic disorder) sin agorafobia.
- 300.20. Fobia social.
- 300.29. Fobia simple.
- 300.02. Tr. por ansiedad generalizada.
- 300.00. Tr. por ansiedad no especificado.
- 309.40. Tr. adaptativo con alteración mixta emocional y conductual.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (SEGÚN CLASIFICACIÓN FRANCESA DE TR. MENTALES DEL NIÑO Y ADOLESCENTES. R. MISES. 1988)

- 2.00. Tr. neurótico evolutivo de dominancia ansiosa.
- 2.02. Tr. neurótico evolutivo de dominancia fóbica.
- 4.01. Manifestaciones reactivas diversas.
- 9.00. Angustias, rituales, miedos.
- 9.06. Aspectos originales de la personalidad.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Este caso parece ajustarse a la categoría «309.21. Trastorno por angustia de separación» del DSM-III-R, mejor que a otras categorías con las que, en muchos casos, mantiene estrecha relación.

La evolución —en la edad adulta— hacia otros tipos de trastornos de ansiedad, como los trastornos por angustia (panic disorders), fobias, conductas de evitación fóbica e incluso trastornos afectivos depresivos —aunque discutida— parece probable e incluso atribuible a etiologías «endogénicas» (biológicas).

TRATAMIENTO

Se efectuó tratamiento psicofarmacológico con alprazolam 1.5 mg./día, al que se le asoció una semana después imipramina 50 mg./día, observándose una remisión progresiva del cuadro en un período de unos 2 meses.

Los niveles plasmáticos de imipramina alcanzados se situaron en un máximo de 190 ng/ml.

Se mantuvo la imipramina durante 8 meses.

A las 2 semanas de iniciado el tratamiento farmacológico, se efectuó también tratamiento psicoterapéutico, a razón de 2 sesiones semanales, manteniéndose durante 8 meses.

EVOLUCIÓN

La evolución, con controles periódicos durante un espacio de 4 años, ha sido satisfactoria, no presentando el niño nuevas crisis de ansiedad de separación ni otras manifestaciones ansiosas.