

Caso clínico

F. León Ramos

Barcelona

Consulta la madre de R.C.A., varón de 11 años de edad, por presentar terror nocturno y retraimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Presenta antecedentes personales de fobia escolar al inicio de la escolarización a los 3 años de edad. Hace 2 años falleció el padre de cáncer gástrico.

Desde siempre ha presentado dificultades de adaptación social y escolar con características conductuales de tipo «enfant sage» (siendo un niño cumplidor, responsable, obediente, sufridor, dependiente, hiperadaptado, con buen rendimiento escolar, etc.). Tendencia a la somatización con vómitos matutinos y cefaleas como aspectos integrantes de un cuadro de fobia escolar (la madre interpreta y comenta que prefiere estar enfermo que ir al colegio).

CLÍNICA ACTUAL

A raíz de la muerte del padre inicia un cuadro de: somnolencia y agitación nocturna, despertándose perplejo, aterrorizado, con crisis neurovegetativa durando el episodio 10 minutos y finalizando con un vómito. Explorando las diversas áreas la madre refiere agorafobia (necesitando estar siempre acompañado), hábitos fóbicos de escrupulosidad, meticulosidad, pulcritud y de selección de comidas, di-

sociabilidad, disforia, aislamiento, ansiedad obsesiva, pérdida de interés y apatía.

Importante dependencia materna: no sale de casa para no dejarla sola, duerme con la madre y necesita para conciliar el sueño que ésta le de la mano.

La madre verbaliza una importante reacción de duelo al morir su marido, que superó, según dice, con ayuda de tratamiento psiquiátrico.

2.ª ENTREVISTA CLÍNICA

Se efectúa entrevista con su única hermana de 22 años, que vive en el domicilio familiar, la cual relata que desde siempre su hermano ha sido igual, habiendo presentado dificultades de adaptación a la escuela, con dificultades de comunicación, temor a las novedades, pasivo, dependiente y ansioso. Así mismo describe a su madre como generadora de dependencia.

ENTREVISTA PERSONAL

A lo largo de la entrevista se muestra serio, tristonso y poco comunicativo; va contestando escuetamente a las preguntas que se le hacen. Verbaliza un estado de ánimo depresivo «lo que más me fastidia es que se muera la gente» o «la felicidad total nunca se puede sentir» y su necesidad de dependencia materna «mi madre es la única persona que me comprende».

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

a) E.E.G. deprivación de sueño: Disritmia centroencefálica.

b) Estudio psicológico:

— Test de la familia de Corman: inhibición, aislamiento, sentimiento de autodesvalorización frente a la figura paterna, represión de la agresividad y sentimientos de culpa.

— Test HTP: temor hacia las relaciones interpersonales con sentimientos depresivos e importante noción de realidad.

— Test de Pata Negra de Corman: Rasgos de inhibición, tristeza, temor a la pérdida y a no ser querido, con importantes sentimientos de culpa.

— Cuestionario de depresión en la infancia (CDI): valorado como significativo.

— Cuestionario de depresión en la infancia (CDS): Obtiene una puntuación total depresiva centil 80.

Durante las exploraciones efectuadas, el paciente se mantiene serio y distante, habla de un modo lento y apagado, limitándose a hacer lo que se le pide, impidiendo esta actitud de inhibición establecer una buena relación emocional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (SEGÚN DSM-III-R)

— 309.21. Trastorno por angustia de separación.

— 313.21. Trastorno por evitación en la niñez o adolescencia.

— 313.00. Trastorno por ansiedad excesiva (overanxious disorder).

— 296.21. Depresión mayor, episodio único.

— 300.40. Distimia (neurosis depresiva).

— 307.46. Terrores nocturnos.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Dado los antecedentes personales, cuadro clínico, entrevista personal y estudio psicológico efectuados se elaboran los siguientes diagnósticos:

— 300.40. Distimia (neurosis depresiva).

— 307.46. Terrores nocturnos.

Ya que aparece un estado de ánimo deprimido e irritable durante 1 año como mínimo en los que se observa tristeza, inapetencia, inhibición, pérdida de interés, retraimiento social, somatizaciones y descenso del tono vital.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se estableció tratamiento farmacológico con Valproato sódico a dosis de 1000 mg/día obteniéndose unos niveles plasmáticos de 78 ngr/ml. Se indicó efectuar tratamiento psicoterapéutico y se dieron normas educacionales tanto a la madre como a la hermana para que favorecieran y tolerasen los procesos de individualización del paciente.

Rápidamente desaparecieron las crisis nicotámicas y progresivamente fue desapareciendo la sintomatología de dependencia, mostrándose más autónomo, abierto, comunicativo, sociable, alegre y asertivo. Se le dió el alta a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, hace ya 4 meses, y los controles clínico-evolutivos efectuados posteriormente informan sobre la continuidad de la evolución efectuada.