



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

Lluís Niell Galmes, Rafael Ángel Baena Mures, Iñigo Alberdi Paramo, German Montero Hernández, Miriam Manuela Tenorio Guadalupe, José Rodríguez Quijano.

lluisniell@gmail.com

La paciente actualmente sufre una situación de desamparo y fragilidad social, precipitada aparentemente a raíz del fallecimiento de su abuela (con la que convivía) y que ha ido empeorando progresivamente hasta llegar a una situación de extrema pobreza y severo desarraigo social en algo más de un año partiendo de un aparentemente funcionamiento previo bueno (aunque posteriormente se objetivó un funcionamiento pobre sostenido por la baja exigencia del ambiente). La paciente experimentó un importante deterioro a pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales aunque finalmente, tras el tratamiento rehabilitador intensivo que recibió, se estabilizó en un nivel de funcionamiento suficiente al contar con supervisión.

Expongo el caso para dar luz a las dificultades que encontramos no solo para el diagnóstico sino también para el tratamiento y el manejo de la paciente.

MOTIVO DE CONSULTA

Valorada por primera vez por Psiquiatría de Urgencias de nuestro centro a principios de 2015 (contando con 33 años), por un cuadro de ansiedad y quejas somáticas inespecíficas (temblor en miembros, cefalea, mareos...), tras esa ocasión, acude con regularidad a Urgencias, tanto a nuestro centro como a otros, siempre con cuadros similares.

ANTECEDENTES SOMÁTICOS

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.

Ferropenia multifactorial, tratada con suplementos de hierro.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES

Conducta alimentaria caracterizada por atracones, restricción, obsesión por el peso... a los 20 años de edad sin que hubiera contactado con Salud Mental por ello. La conducta alimentaria se podría encajar en un aspecto más del desorden global que presenta la paciente en muchos de

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

los ámbitos de su vida, además de sufrir en este momento una situación de pobreza y pérdida de todo lazo social que dificulta en mayor medida la satisfacción de sus necesidades básicas.

Valorada por primera vez por Psiquiatría de Urgencias a principios de 2015, por un cuadro de ansiedad y quejas somáticas inespecíficas (temblor en miembros, cefalea, mareos...), tras esa ocasión, acude con regularidad a Urgencias, tanto a nuestro centro como a otros, siempre con cuadros similares.

6 ingresos, el primero en mayo de 2015 y el último en marzo de 2016. Los motivos de ingreso han sido diversos aunque relacionados con la situación social que sufre la paciente. Dada de alta con los siguientes diagnósticos: Trastorno Mental No Especificado, Abuso de fármacos, Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, Trastorno de la conducta alimentaria Sin Especificación, Trastorno psicótico No orgánico, Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo.

ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS O ADICTIVOS

No antecedentes de consumo de tabaco, alcohol u otras drogas de abuso. Tampoco se han descrito adiciones comportamentales en su biografía.

Abuso de todo tipo de fármacos, tanto psiquiátricos como no psiquiátricos. Diagnosticada de dependencia a opiáceos en CSM por un consumo abusivo de Tramadol y benzodiazepinas acompañado de cuadros ansiosos que se interpretaron como cuadros de abstinencia. Fue derivada al CAD a principios de 2015, acudiendo en muy pocas ocasiones

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

Madre con un supuesto diagnóstico de síndrome de Munchausen (no disponemos más que de la información aportada por su familia).

Padre abuso de alcohol.

No otros antecedentes reseñables en la familia

ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente contacta por primera vez con Salud Mental desde el Servicio de Urgencias de este centro en enero de 2015. Tras ese contacto, acudía regularmente a Urgencias aquejando elevada angustia así como quejas somáticas (principalmente un temblor tanto en miembros inferiores como en miembros superiores que no cede durante la mayor parte del día y que empeora de manera importante antes de acostarse dificultándole conciliar el sueño, también cefalea -que no cede con tratamiento antiinflamatorio-, dolores y molestias físicas en distintas partes del cuerpo. Sumado a esto, la paciente también verbalizaba espontáneamente, sin tratar de esconder, minimizar o normalizar un abuso de Benzodiazepinas y de Tramadol y que lo justifica como una manera de "auto-tratarse" su sintomatología, con resultados escasos.

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

Tras unas pocas visitas a Urgencias, fue derivada al CSM (Centro de Salud Mental) para iniciar seguimiento con Psiquiatría.

Acudió a la primera cita en CSM con su pareja de aquel entonces, con el cual convivía. Se objetivó la posible dependencia a Tramadol así como también un cuadro subdepresivo probablemente reactivo, era llamativo el discurso extremadamente reiterativo, centrado por un lado en sus molestias somáticas y por otro en su situación socioeconómica complicada. Recientemente había empezado a trabajar como promotora, siendo despedida a los pocos días la no acudir a trabajar. Derivada a CAD (centro de atención al drogodependiente). No acudió ni a CSM ni a CAD, manteniendo las reiteradas visitas a Urgencias por malestar.

Finalmente, tras acudir en reiteradas ocasiones a Urgencias, en mayo es ingresada por primera vez, con carácter involuntario, por ideación suicida sin ninguna estructuración. En el ingreso se objetiva una situación social precaria, con importante aislamiento social. No recibía ingresos y vivía del dinero que le prestaba uno de sus hermanos (el único de los 4 que le ayuda). Se objetivó también que la supuesta dependencia a Tramadol no parecía tal dado que no había un patrón de consumo estable y continuo ni tampoco criterios de dependencia específica a fármacos potencialmente adictivos, la paciente abusa de todos, a rachas, cambiando de sustancia con frecuencia y no se objetivan conductas de búsqueda de sustancia específicas. También se vio que la ansiedad y las quejas atribuidas a síndrome abstinencial no disminuían con elevadas dosis de benzodiazepinas. La paciente finalmente fue dada de alta con juicio clínico de Abuso de fármacos, Trastorno somatomorfo indiferenciado y Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado.

Tras este primer ingreso, se sucedió un cuadro severo deterioro psicosocial, con importante desorganización conductual, episodios de hipersexualización, abuso de fármacos, incapacidad para su autocuidado, exponiéndose a situaciones de riesgo con frecuencia, cambiando de domicilio en repetidas ocasiones por impago o por alteraciones conductuales que hacían imposible la convivencia, alteraciones de los ritmos cronobiológicos, con patrones alimentarios extraños y llegando a niveles importantes de desnutrición. La paciente acudía a Urgencias cada vez con más frecuencia, objetivándose un claro deterioro en intensidad creciente.

Tras el primer ingreso se sucedieron otros cinco. Los ingresos eran o bien por ideación suicida (que una vez ingresada admitía no tener ninguna estructuración de la ideación si no más bien una medida desesperada de pedir ayuda) o bien por objetivarse en Urgencias que, dada su conducta, la paciente entrañaba un riesgo para su integridad física.

En los ingresos posteriores se objetivó una conducta similar a la descrita en el primero, caracterizada por una llamativa reiteración, queja inespecífica y ansiedad que no cede a pesar del tratamiento pautado, adherencia interpersonal excesiva...

En los tres siguientes fue diagnosticada de Trastorno Mental Grave no especificado y, en los dos últimos de Otros Trastorno Generalizados del Desarrollo. Se usaron muchas pautas

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

psicofarmacológicas, con frecuentes cambios dada la poca efectividad de los tratamientos, habiendo usado gran parte del arsenal terapéutico del que disponemos. En el quinto ingreso se intentó iniciar tratamiento con neuroleptico inyectables (Aripiprazol Depot) ya que se vió en los ingresos una mejoría con neurolepticos de perfil estabilizador y, además, con el inyectable se evitaba el abuso de fármacos de la paciente, al inicio se negó, aunque finalmente lo aceptó con reticencias.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA ACTUAL

Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. No se objetiva ansiedad manifiesta, aunque persiste en la paciente la sensación de desasosiego, inquietud, malestar... que la paciente describe como ansiedad. Abordable, colaboradora, actitud similar a la objetivada en los ingresos, pueril, simple, reiterativa, algo menos perseverante, mantiene la dificultad para respetar turnos de palabra y la invasión del espacio personal, aunque más contenida que durante los ingresos. No se objetivan criterios de TAM, no apatía, no abulia, no anhedonia, no ideas de culpa, ruina o enfermedad, no desesperanza. No se han objetivado alteraciones en la esfera de la sensopercepción ni síntomas que hubieran hecho sospechar su presencia (no se ha observado actitud de escucha, tampoco actitud suspicaz o desconfiada, no risas inmotivadas ni soliloquios). Quejas somáticas imprecisas en posible relación con un intenso malestar, inquietud, angustia imprecisa... No francas sensaciones cenestopáticas. No fenómenos de difusión de los límites del yo ni tampoco fenómenos de alienación volitiva. No se objetivan síntomas de primer rango de Schneider. No ideación delirante. Contacto llamativamente simplificado, dificultad para focalizar y mantener la atención así como actitud marcadamente infantilizada en hábitos y actitudes, caprichosa. Pensamiento caracterizado por el concretismo con dificultad para el análisis de situaciones en su conjunto así como también dificultades en la argumentación y la toma de decisiones. Anarquía en los ritmos cronobiológicos, sueño invertido, desordenado así como conductas alimentarias extravagantes, ya comentadas anteriormente. Dificultad en la planificación de objetivos a medio o largo plazo. Escasos recursos de afrontamiento a situaciones vitales cotidianas así como baja tolerancia a la frustración con tendencia a respuestas al estrés mediante conductas impulsivas y atávicas como intento de disminuir la angustia. Tendencia a la impulsividad con numerosos períodos de hipersexualidad. No episodios de agitación psicomotriz así como tampoco conductas heteroagresivas aunque sí autoagresivas en el pasado, como por ejemplo toma excesiva de medicación en contexto siempre de malestar psíquico, nunca con finalidad autolítica. No ideación ni planificación suicida, en sus múltiples visitas a Urgencias era habitual que la paciente verbalizara espontáneamente ideación suicida que, una vez hospitalizada, admitía que o cumplía cierta función instrumentalizadora o bien era consecuencia de la impotencia que sentía ante el malestar.

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

TESTS PSICOMÉTRICOS REALIZADOS

- Screening de Rendimiento intelectual. Rango bajo respecto la norma, con resultados significativamente superiores a nivel verbal (CIT 62, CIV 75, CIM 57). Este resultado puede reflejar una menor afectación de la inteligencia cristalizada, no tan condicionada por los requerimientos de concentración exigidos por los tests de mayor carga ejecutiva. Como impresión clínica: No se puede establecer un CI válido en el momento actual dado que la clínica psiquiátrica que presenta la paciente afecta en gran medida tanto a su rendimiento intelectual como a su conducta adaptativa y autonomía en distintas áreas de su vida.
- Cuestionario Disejecutivo. Autoaplicado: 20 (de 19 a 28 se considera "funcionamiento moderadamente disejecutivo que requiere identificar causa"). Tener en cuenta que en caso de jóvenes es habitual minimizar dificultades. Heteroaplicado: 43 (>28 se considera "alteración disejecutiva importante que incluiría patologías de gravedad psiquiátricas o psicoorgánicas).
- Adult self-rating scale v1.1 de la OMS para cribado de TDAH actual en adulto. Resultado significativo para TDAH actual en el adulto.
- HCL32 (Lista de valoración de Hipomanía): Resultado en el límite de significación de hipomanía.
- BDI-II (Test de depresión de Beck): Sin depresión.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

- Se le han realizado estudios de Neuroimagen (tanto TC como RMN) que no han mostrado alteraciones relevantes.
- En los ingresos o en sus visitas a Urgencias se le han realizado Analíticas, objetivándose la mayor parte de las veces Anemia ferropénica ya conocida y en ocasiones otros signos de desnutrición. Perfil tiroideo, hepático, renal... sin hallazgos relevantes en las múltiples analíticas realizadas.
- EEG: Actividad de fondo en vigilia enlentecida para la edad de la paciente aunque adecuadamente organizada, sobre la que se objetivan ritmos rápidos. Posible relación con sobreimpregnación psicofarmacológica. No se objetiva actividad epileptiforme.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Abuso de fármacos
- Trastorno somatomorfo indiferenciado

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

- Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado
- Otros Trastorno Generalizados del Desarrollo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Otros Trastorno Generalizados del Desarrollo

TRATAMIENTO ACTUAL

- Aripiprazol Depot 400 mg IM mensual

EVOLUCIÓN

Tras el último ingreso, a finales de marzo de 2015, la paciente mantuvo una actitud similar, algo más estabilizada conductualmente aunque sigue precisando de la continua supervisión de su hermano. No acudió a CSM ni a las distintas citas de valoración de Discapacidad e Incapacidad. Dadas las dificultades que presenta para su autocuidado, se solicitó una plaza en Miniresidencia (recurso rehabilitador en régimen de ingreso) en donde estuvo 6 meses. Tras un tratamiento rehabilitado en todas las esferas (social, familiar, laboral...) así como el contar con un soporte externo importante, la paciente ha experimentado una importante mejoría en su funcionamiento vital, siendo capaz de realizar en este momento trabajos sencillos dentro del circuito de trabajos con afán rehabilitador así como se mantiene independiente para la mayor parte de las tareas, requiriendo una mínima supervisión por parte de su hermano. Dada la mejoría clara de la paciente así como su tendencia a consumir psicofármacos de manera compulsiva se le retiró gran parte del tratamiento manteniendo únicamente el tratamiento depot, asegurando así un seguimiento mensual en CSM por parte de enfermería (acudiendo a todas sus citas).

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Los trastornos del espectro autista representan uno de los retos más importantes de la psiquiatría actual. A pesar de los importantes avances diagnósticos y de tratamiento para esta población en edad infanto-juvenil, existe escasa literatura sobre la evolución y el tratamiento de estos pacientes en la etapa adulta. Se trata de un grupo de trastornos del neurodesarrollo englobados en el apartado de trastornos generalizados del desarrollo según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico para trastornos mentales, texto revisado (DSM-IV TR), incluye el Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. Aunque los diagnósticos incluyen diferencias en la presentación clínica, existen tres grandes núcleos afectados que comparten estos trastornos: la alteración cualitativa de la interacción social, la alteración cualitativa de la comunicación, y un patrón de comportamientos, intereses y/o actividades restrictivas,

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO VS TRASTORNO PSICÓTICO, DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO Y DE MANEJO

repetitivas y estereotipadas. La presentación clínica y el curso evolutivo son heterogéneos. Además, en el caso de las mujeres, muchas veces las conductas repetitivas y estereotipadas escapan de lo habitual, objetivándose con frecuencia conductas que emulan un Trastorno de la Conducta Alimentaria así como también conductas de desinhibición sexual.

Por ello, cuando se presenta una paciente que contacta por primera vez con Salud Mental en la edad adulta el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista no está el primero en el diagnóstico diferencial, se suma además que al ser un tipo de paciente que no se ve con frecuencia en la edad adulta, muchas veces los clínicos intentan encuadrar la sintomatología del paciente dentro de cuadros clínicos que uno ve con mayor frecuencia. Consecuencia de ello, nos encontramos con que el abordaje y el tratamiento que se decide pocas veces favorece al paciente, experimentando generalmente una tórpida evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morbidity Risk for Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders in First-Degree Relatives of Patients With Eating Disorders. Bellodi L, Cavallini, MC, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi C, Smeraldi E. *Am J Psychiatry* 2001; 158:563–569.
2. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: prevalence, explanatory theories, and clinical characterization. Frías A, Palma C, Farriols N, González L. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015;11 2233–2244
3. Do girls with anorexia nervosa have elevated autistic traits? Baron-Cohen et al. *Molecular Autism* 2013, 4:24
4. Is Anorexia Nervosa a Version of Autism Spectrum Disorders? Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia T, Schmidt U. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 19 (2011) 462–474