Implicaciones diagnósticas y terapéuticas de las preocupaciones obsesivas en un caso de Trastorno del Espectro Autista

Anna Massó Rodríguez y Lucia Pérez Golarons

INAD- Parc de Salut Mar. Barcelona
Contacto: 61751@parcdesalutmar.cat

Introducción

En el trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pueden aparecer fijación en rutinas, patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, resistencia al cambio, e intereses restrictivos. La diferenciación entre los rituales, estereotipias y adherencia a rutinas de los TEA de las obsesiones y compulsiones propias del TOC, es un reto de gran importancia por sus implicaciones en el tratamiento.

Método

Estudio de caso único.

Motivo de consulta: varón de 13 años con diagnóstico de TEA ingresa en la UCA (Unidad de Crisis Adolescente) del Parc Taulí (Sabadell) por bajo peso (IMC 13,7) debido alteraciones en la conducta alimentaria.

Antecedentes psiquiátricos familiares: Primo y hermano menor con diagnóstico de TEA.

Antecedentes psiquiátricos personales: Enuresis (diurna y nocturna) hasta los 10 años y encopresis (diurna y nocturna) hasta los 11 años. A los 4 años recibe el diagnóstico de TEA (lenguaje y CI normal) y TDAH e inicia seguimiento ambulatorio (CSMIJ de zona) que mantiene hasta la actualidad. En 2015 los padres refieren ingestas selectivas con hipersensibilidad a algunas texturas, lentitud al comer y rituales en las comidas por miedo a vomitar. Aparecen conductas fóbicas y preocupaciones hipocondríacas.

Situación sociofamiliar: Mayor de una fratría de dos hermanos. Padres separados en 2007. Custodia compartida. Cursa 1ero ESO. Acude a Unidad de Soporte a la Educación Especial (USEE).

Conductas problema observadas durante el ingreso
Alteración de la conducta alimentaria: Desmenuza la comida, realiza mordiscos muy pequeños, no se pone el cubierto dentro de la boca, regurjita la comida, separa alimentos, elevada lentitud. Quejas con algunos alimentos o presentaciones. Pensamientos obsesivos de contaminación. Temores hipocondríacos y de contaminación de difícil reconducción. Rituales conductuales (orden). Rigidez cognitiva. Tendencia al aislamiento en la unidad.

Tabla 1. Conductas problema observadas durante el ingreso

Diagnóstico diferencial: Se valora si la alteración de la ingesta, puede encuadrarse únicamente en bajo el diagnóstico de TEA debido a la elevada rigidez cognitiva, la hipersensibilidad alimentaria y la resistencia al cambio, prototípica de estos pacientes, o, por el contrario, si se debe realizar un diagnóstico comórbido de TOC.

Orientación diagnóstica: Trastorno obsesivo-compulsivo en un paciente con diagnóstico de TEA. Se concluye, debido a la observación durante el ingreso de la presencia de rituales conductuales de orden y limpieza, así como, pensamientos obsesivos de contaminación con la comida, la necesidad de realizar un diagnóstico comórbido.

Tratamiento psicológico	Tratamiento farmacológico
Psicoeducación e intervención en hábitos de alimentación. Condicionamiento de las visitas al cumplimiento de la dieta. Psicoeducación sobre el TOC adaptada a las características del sujeto y su diagnóstico TEA. Pautas para la identificación y el manejo de pensamientos intrusivos. Exposición con prevención de respuesta con una jerarquía muy progresiva. Extinción de la búsqueda de re-aseguración.	Introducción progresiva de sertralina y olanzapina, gasta 150 mg de sertralina y 150 mg de olanzapina. Buena tolerancia.

Tabla 2. Tratamiento psicológico y farmacológico.

Resultados

Evolución del paciente durante los 2 meses de ingreso en la UCA:

- Normalización progresiva de las ingestas (mejoría tanto en la cantidad, variedad como el tiempo que tarda en realizar las ingestas).
- Aumento de peso. Peso al alta: 31.3kg; IMC al alta: 15.7
- Reducción de conductas de comprobación y orden.
- Reducción de la interferencia de los pensamientos obsesivos de contaminación.
- Mejora en el contacto interpersonal.

Conclusiones

La presencia de rituales conductuales, la rigidez del pensamiento, los intereses restringidos y otros rasgos típicos de los sujetos con diagnóstico de TEA, junto con la dificultad para explorar y valorar adecuadamente la clínica de ansiedad en éstos pacientes (debido en parte a los problemas de comunicación, de lenguaje y cognitivos, así como el bajo nivel de insight) puede hacer, en ocasiones, que la sintomatología ansiosa que justifique un diagnóstico comórbido, pase desapercibido por el clínico. De ahí, la importancia de realizar una adecuada evaluación y exploración del caso, es esencial, ya que la presencia de comorbilidad puede generar nuevas posibilidades de tratamiento, tanto psicológico como psicofarmacológico.

Bibliografía

[1] Paula-Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*, 6(4), 178 -186.

[2] Zaboski, B. A. & Storch, E. A. (2018). Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review. *Future Neurol.* 13(1), 31–37.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addicions

Parc de Salut MAR Barcelona