



CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO: ¿AUTISMO O PSICOSIS EMERGENTE?

María Rosario Pérez Moreno, Alfonso Ladrón Jiménez

Exponemos el caso de un varón de 17 años y medio que comienza su tratamiento en salud mental tres años antes tras ingreso hospitalario por conducta suicida. Previo al ingreso el paciente mostró un cambio de conducta tras haber tenido varias peleas con compañeros de clase y empezó a mostrar rechazo a ir al colegio, escapadas de casa y amenazas autolíticas, llegando a rodearse un cable al cuello en una discusión familiar en estado de agitación, por lo que fue valorado en Servicio de Urgencias (SU). Estando de vuelta en el domicilio, ante la persistencia de reacciones coléricas y una nueva amenaza autolítica (defenestración) y agresión a su padre hubo intervención policial y posterior traslado a SU donde, esta vez, indicaron un ingreso. En su historia previa, había comenzado a mostrar conducta rebelde y tendencia al aislamiento marcado, incluso sin salir de su habitación, cuando cursaba 1º de ESO, donde además refiere haber sufrido bullying. En el momento en que contacta con salud mental cursaba 3º de ESO con un buen rendimiento académico. Una vez dado de alta del ingreso inicia tratamiento intensivo en Hospital de Día, que lleva a cabo durante 14 meses sin mejoría, con un aislamiento cada vez mayor. De sus antecedentes destaca una dificultad detectada con 3 años, en su primer año escolar, para integrarse en su grupo de iguales, dificultades con el contacto ocular y una hiperlexia. Intereses restringidos y estereotipados: banderas, marcas de coches de miniaturas, señales de tráfico, astronomía. Evaluado con 4 años en gabinete psicológico privado con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Terapia de psicomotricidad. Evaluado con 5 años en otro gabinete privado con diagnóstico de "Inmadurez social". Convive con padre de 47 años, sano, madre de 47 años, sana y hermana de 12 años, sana. No hay antecedentes familiares de interés a excepción de un tío materno con problemas de comportamiento y carácter introvertido sin diagnóstico filiado. En la exploración psicopatológica destaca: No mantiene contacto ocular. Parcialmente abordable. Discurso coherente, parco, monocorde, poco espontáneo. Estilo cognitivo rígido y paranoide. Ánimo disfórico, irritable con episodios coléricos y baja tolerancia a la frustración. Ideas suicidas de larga data de manera intermitente. No alteraciones del apetito, no alteraciones del sueño. No se objetivan alteraciones del curso ni contenido del pensamiento. No alteraciones sensoperceptivas. No hay consumo de tóxicos. Conciencia parcial de enfermedad. Discusión: Exponemos este caso que ilustra la dificultad del diagnóstico diferencial entre Trastornos del espectro del autismo y Trastorno del espectro esquizofrénico, debido a que las alteraciones del Neurodesarrollo pueden ser comunes a ambas patologías. La conducta suicida emerge en el contexto de la dificultad del manejo del estrés y las emociones en este tipo de pacientes.