

64 CASO CLÍNICO

Los padres de Adriá, de 3 a. 4 m. de edad, nos piden consulta en nuestro servicio en enero del 98, por presentar una alteración de la comunicación y retraso del lenguaje con dificultades de comprensión; asociado a actitud y atención aparentemente inestables. Nos lo describen como un niño movido, inquieto, opositorista y obcecado, por lo que quizás presente una baja tolerancia a la frustración. El cuadro descrito se acompaña, según refieren los padres también con cambios del humor.

Clínicamente se aprecia como sintomatología asociada que: existe un déficit en el control rectal (no adquirido); insomnio de conciliación y medio (se despierta por la noche). En el área de la sociabilidad se aprecian dificultades de relación, no busca el contacto con otros niños ni adultos. Reconoce a los demás y parece capaz de establecer un vínculo de relación. Tiene rabietas cuando no consigue lo que quiere (con presencia de "ofensa capitis" o conductas de autoagresión). No acepta los límites, ni las normas. Su juego, según refiere la madre, se caracteriza por ser de tipo aislado, movido y no parece capaz de establecer un juego simbólico. Se entretiene solo en casa, y en la escuela no acepta participar en actividades organizadas, aislándose de los demás. Autoagresividad ("ofensa capitis") y heteroagresividad (pegar, pellizcar, morder a los demás).

ANTECEDENTES FAMILIARES

No se aprecian antecedentes familiares dignos de mención a excepción de que la madre está en tratamiento con corticoides por presentar un lupus eritematoso; a los 23 años presentó un cuadro de tipo psicótico secundario al lupus. El estudio de los progenitores ha mostrado un cariotipo normal.

Actitud familiar

Madre

Es una persona dependiente de su propia madre y convive la mayor parte del tiempo con sus padres. Es una mujer muy poco asertiva, sumisa, insegura y con poca capacidad para la toma de decisiones. No trabaja

fuera de casa. Presenta actitudes ambivalentes hacia Adriá, se muestra tolerante al mismo tiempo que limita, poniendo de manifiesto una actitud rechazante latente. Está muy angustiada por el comportamiento de su hijo. Existe un fracaso en el contacto afectivo.

Padre

Minimiza el problema de su hijo. Padre y madre manifiestan una actitud dispar respecto a los problemas de su hijo. El padre trabaja como obrero cualificado; está ausente durante la semana; sólo conviven familiarmente los fines de semana.

Antecedentes personales

La madre vivió el embarazo de su hijo con gran ansiedad e inseguridad respecto a la vida de éste, ya que se detectó en el feto una posible cardiopatía por una ecografía prenatal; señalándosele que existía un riesgo de 1/92 de padecer un Síndrome de Down. Se practicó un cariotipo fetal, que dio como resultado la existencia de una traslocación recíproca aparentemente equilibrada de los cromosomas 5 y 13. Parto a término, peso del RN: 4.200 g. Apgar 7/9. Se excluyó la lactancia materna debido a la existencia del lupus materno. De recién nacido ingresa para valoración del arco aórtico derecho, la evolución durante y posterior al ingreso es satisfactoria. Padece, a menudo, de cuadros bronquíticos.

El Desarrollo psicomotriz es normal. Desde siempre tiene tendencia a ser un niño movido, inestable y menos organizado de lo que corresponde por edad. La evolución del lenguaje muestra que balbuceó las primeras palabra a los seis meses, según refiere la madre y a los nueve meses emitía la misma "jerga" que en la actualidad. La anamnesis permite constatar con claridad la presencia del primer y tercer organizador psicoafectivo ("sonrisa" a los tres meses y "negativismo" hacia los dos años y medio). Conducta alimentaria normal. Dificultades en el control esfinterial anal y vesical.

Exploración

Hemos practicado una *valoración del desarrollo* con la escala de Denver; en ella, a través de la información de la madre, se valoró que en motricidad fina y gruesa presentaba un buen desarrollo, aunque en las sesiones exploratorias directas con el niño no respondía al estí-

mulo. Sí que de forma espontánea a través de su conducta se podía apreciar la verosimilitud de la información materna. Se apreció la existencia de dificultades en el área personal-social (no hay inhibición frente a los extraños; se separa fácilmente de la madre; no presenta ansiedad de separación; emite sólo una jerga). El juego es solitario; no acepta ninguna actividad compartida. Como lenguaje, tal como ya hemos indicado, sólo se aprecia la existencia de una "jerga".

Se le practicó exploración con la escala integrada de *valoración del autismo infantil Eiva*, mostrando una interacción y comportamientos alterado con: indiferencia hacia los demás, busca de aislamiento, atención dispersa, baja tolerancia a la frustración, agitación e hiperactividad. En lenguaje y comunicación, se aprecia: mirada inadecuada, estereotipias verbales (fonografismo).

En las *sesiones de juego con el niño*, se pudo apreciar que su afectividad está perturbada, además por sus cambios de humor, conductas de autoagresión y heteroagresión. El desarrollo psicomotriz y adquisición de habilidades es disarmónico. El paciente no se muestra inhibido, no responde a las consignas dadas, hace juegos de imitación y muestra interés particular hacia los aparatos eléctricos. Su nivel de receptividad es variable; se aísla en juegos estereotipados. Presenta cambios del humor, pasa de la sonrisa a la frustración y a la angustia (golpearse contra la pared, pegar a los otros). No muestra interés por la gente, pero no se incomoda ante su presencia. Rehusa el contacto físico (abrazos, besos). Le cuesta compartir cualquier cosa con los demás y presenta dificultades para participar en actividades organizadas.

En las *sesiones de juego con el niño y con los padres* desarrolla un juego de tipo egocéntrico (propio de la edad), elige los juguetes de forma caótica e impulsiva. Muestra preferencia por juegos ruidosos (trenes, coches). El juego es estereotipado y sin creatividad. Se ausenta en alguna ocasión jugando con un solo juguete aunque, a veces, lo va cambiando (actividad más frecuente). La actividad y juego no parecen tener ninguna significación simbólica. Muestra un buen nivel de motricidad, con una adecuada habilidad para el encaje y manejo de los objetos. No parece que esté definida la lateralidad. La no satisfacción del impulso desencadena una rabieta. Acepta la separación de la madre fácilmente. No acepta ningún tipo de límite.

Del *Informe Escolar* (P1) llama la atención su nivel de dispersión, adaptación lenta a los compañeros y al

ritmo de la clase. Juega solo, no rehusa el contacto con los demás. Lo definen como "si estuviera en otro mundo". No muestra interés por las cosas.

Sensación de aislamiento, de no integración al grupo, no se comunica con la maestra ni con los compañeros y presenta dificultades de comprensión y atención.

Como exploración paraclínica se practicó: EEG: normal, Cromatografía de orina: normal, Potenciales evocados tronculares auditivos y visuales: normales. Como es conocido en la actualidad se aprecia una relación entre los trastornos del lenguaje y las imágenes del SPECT cerebral, (áreas hipocaptantes y asimetrías). El SPECT de Adriá era completamente normal.

Hipótesis Diagnóstica y Diagnóstico Diferencial

1. *Trastorno autista*: en Adriá se descarta por la respuesta positiva frente al estímulo afectivo. Por la presencia de negativismo. Por los resultados de las escalas de Autismo (EIVA).
2. *Síndrome de Asperger*: no cumple los criterios ya que el lenguaje no se encuentra preservado.
3. *Psicosis desintegrativa infantil*: el trastorno del lenguaje es desde su inicio. El resto de la maduración se establece correctamente.
4. *Retraso mental armónico*, no hay un déficit homogéneo global.
5. *Retraso mental disarmónico evolutivo en su forma psicótica, de Mises*. Sólo la evolución terapéutica podía descartarlo, aunque la sintomatología psicótica era en Adriá más incompleta y la edad más temprana.
6. *Alteraciones sensoriales auditivas*: las respuestas evocadas auditivas son normales.
7. *Hipoestimulación afectiva severa. Alteración en el vínculo materno-filial*. Nos parece la opción más aceptable.

Orientación terapéutica

A tenor de nuestra hipótesis diagnóstica se estableció una *estrategia terapéutica* de:

- a. *Sesiones de maternaje* a través de la madre; ya durante la realización del estudio se pautó con ella sesiones de maternaje y en marzo del 98 se insistió en seguirlas con mayor intensidad y regularidad, a fin de estimular el contacto psicoafectivo con Adriá. La madre registraba diariamente las sesiones, anotando los cambios, las conductas y

66

forma de comunicación con su hijo. Las sesiones debía realizarlas desnuda en la bañera con el niño y favoreciendo el contacto piel-piel durante una media hora cada día.

- b. *Sesiones terapéuticas con la madre* como entrevista de orientación, para exponer sus temores, preocupaciones, dar pautas y favorecer: la mejor comunicación y el contacto físico con el niño, disminuyendo su ansiedad (de la madre). Canalizando su angustia y reforzando su capacidad para establecer cada vez un mejor contacto relacional con Adriá.
- c. *Sesiones de estimulación global* con el paciente dos veces por semana.
- d. *Sesiones de juego y registros en vídeos* para seguimiento y control objetivado.

Resultado y evolución

Su *respuesta positiva* a la técnica del maternaje se ha visto reflejada tanto en el contexto familiar como escolar. Las primeras palabras están relacionadas con el baño y se han ido generalizando en temas relacionados con la vida cotidiana.

En el informe del mes de mayo los profesores indican un progreso en el área de la sociabilidad, se aproxima y relaciona con los demás para jugar, los busca y muestra cierto interés. Han disminuido las rabietas y está más receptivo.

Conclusión

Dada la respuesta del paciente hacia la técnica del maternaje y su mejoría en la socialización, acercamiento hacia los demás, disminución de las rabietas, menor dispersión y su ampliación de vocabulario, junto con la capacidad de establecer un vínculo afectivo y su mejor estabilidad, así como teniendo en cuenta la poca estimulación ambiental y poco contacto afectivo-comunicativo con la madre, y la angustia de ésta hacia su hijo, nuestra propuesta diagnóstica se plantearía como una: hipoestimulación afectiva severa con alteración del vínculo materno-filial.

A. Bielsa, A. Sibel, J. Tomás
Unitat de Paidopsiquiatria
H. M-I Vall d'Hebron, Barcelona