

Vimos en consulta a un varón de tres años y siete meses de edad, por presentar un importante retraso del lenguaje y cierta torpeza motriz. Los padres relataban que su lenguaje era prácticamente gestual. Referente a su psicomotricidad, comentaron que era bastante patoso, con frecuentes caídas desde que empezó a caminar, aunque nunca se había ninguna fractura. Era un niño con un desarrollo estado-ponderal significativamente superior a la media de otros niños de sus edad cronológica.

CLÍNICA: SÍNTOMAS PRESENTADOS

Su retraso del lenguaje era muy importante y con tendencia al mutismo. Presentaba una enuresis nocturna secundaria de seis meses de evolución, que se inició al nacer su hermana. En diversas ocasiones se despertaba a media noche sin causa aparente. Necesitaba tener la puerta de su habitación abierta. No tenía pesadillas ni terrores nocturnos. Era inhibido, generalmente tranquilo, lento, pasivo y con una constante necesidad de llamar la atención. Cuando se enfadaba, reaccionaba con mucha agresividad, especialmente con la madre, a la que incluso llegaba a pegar. Se resistía a dormir fuera de casa.

Existía una deambulación excesiva, rituales de balanceo y en ocasiones, presentaba ofensa capitis.

Relataron que había tenido convulsiones febriles. Mostraba irritaciones en la barbilla posiblemente debidas a una sialorrea manifiesta.

Los padres adjuntaban un EEG en el que aparecía un trazado deficitario en estructuración y frecuencias sin alteraciones de carácter específico (realizado cuando tenía tres años), un timpanograma y audiometría normales y un informe de un centro de atención a niños con necesidades especiales, en el que señalaban que su edad de desarrollo era de dos años y nueve meses (Brunet-Lezine) con un CI equivalente de 84 y una adaptación práctica inferior a los tres años (EDEI).

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Embarazo deseado y aceptado. Parto rápido. Tardó en llorar. Coloración amarillenta que requirió fototratamiento. Pesó 4 Kg. Lactancia materna durante el primer mes y medio. Toleró bien los cambios en la alimentación. Empezó a caminar a los 16 meses y medio. Los dos primeros años dormía mucho, lo cual dificultó una estimulación general adecuada.

La familia no seguía pautas regulares ni en comidas ni en horarios. Reconocían tenerlo sobreprotegido y le dejaban hacer lo que quería. Sobreprotegido, se mostraba intransigente, egoísta, intolerante y manipulador. A los dos años, a raíz de llevarlo al parvulario, manifiesta angustia de separación, con

lloros diarios durante casi un año. Posteriormente, parece que fue contento y que desaparecieron dichos lloros.

Tendía a aislarse y a jugar solo, aunque en ocasiones podía integrarse en grupos reducidos.

SESIÓN DE OBSERVACIÓN Y EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Debido a su corta edad, la batería realizada se basó en la administración de pruebas de desarrollo evolutivo y psicomotor (Wintrebert, Gesell, Picq-Vayer), valoración de su lenguaje y observación de juego y dibujos. Era distráctil, disperso y con dificultades de atención. Su comprensión era adecuada. Comunicación gestual. Obedecía órdenes sencillas (tres mandatos). Su mutismo parecía disminuir en función de la confianza establecida con el examinador. Su integración neuromuscular era inmadura, existiendo evidentes dificultades en la motilidad y en la correcta coordinación motriz (hipotonía muscular). Déficit perceptivo y práxico. Juego agresivo. Reconocía y relacionaba similitudes establecidas a modo de normas. Diferenciaba el juego asociativo con el juego paralelo. Fantasía inhibida. Dibujo poco preciso, pobre y torpe.

DIAGNÓSTICO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La valoración diagnóstica realizada con los criterios del DSM-III-R fue: Eje II: 299.80. *Trastorno generalizado del desarrollo no* (diagnóstico principal).

Para el diagnóstico diferencial se tuvieron en cuenta los siguientes trastornos:

- No existía un CI suficientemente bajo para considerar la posibilidad de un retraso mental.
- No se consideró trastorno autista porque existía búsqueda de apoyo, capacidad de imitar, juegos sociales y necesidad de atención y dependencia constantes.
- Los trastornos de conducta excluyeron puesto que la clínica presentada se correspondía al trastorno generalizado del desarrollo.

Otros trastornos incluidos en el DSM-III-R y en la ICD-10 no se incluyeron puesto que, por definición, quedaban excluidos al considerar que la sintomatología presentada era debida al propio trastorno generalizado del desarrollo.

ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO

Se recomendó a los padres la necesidad de empezar un proceso psicoterapéutico de estimulación global de dos sesiones semanales, trabajando conjuntamente con la pro-

fesora de la escuela maternal, a la vez que dábamos normas de comportamiento y actuación a los padres respecto al niño.

Se aconsejó igualmente realizar un EEG de control y un estudio cromosómico. Ambas pruebas resultaron normales, si bien se observaban puntas lentas de predominio temporal posterior izquierdo de carácter inespecífico, las cuales indicaban una mejoría en la estructuración basal con respecto al EEG anterior realizado cuando tenía tres años.

EVOLUCIÓN

A los dos años de tratamiento, se le realizó otro estudio psicológico, a la edad de cinco años y siete meses, en el que se observaba un CI normal en las matrices progresivas de Raven y en los laberintos de Porteus, y un CI de 90 en la escala NEMI. Su organización grafo-perceptiva (Santucci, Bender, Rey) se mantenía por debajo de la media de su edad. La lateralidad cruzada y su normal-baja evaluación psicomotora, correlacionaban con dificultades en la adquisición de conceptos básicos y con dismadurez en el área de lecto-escritura (Piaget-Head, predominio lateral, EPP, CMP, BOEHM, BADYG-A, ABC, Reversal).

A nivel afectivo, la evolución había sido positiva, advirtiéndose cambios importantes, tanto en el ámbito familiar como escolar.

Actualmente, han remitido totalmente la sialorrea, la enuresis nocturna secundaria y la agresividad (tanto hacia sí mismo, como hacia los demás). Su relación interpersonal es satisfactoria, con muestras emocionales adecuadas a su entorno. Sigue una escolarización normal (enseñanza activa) en un colegio privado. Está aprendiendo a leer y a escribir y su actitud es de estar motivado e interesado por los nuevos aprendizajes.

Mantenemos tratamiento psicoterapéutico de estimulación global, asociado a una ayuda pedagógica. Las dificultades motrices persisten en menor grado.

Si el pronóstico era en principio reservado, en función de la evolución producida, podemos considerarlo como favorable, pero debe tenerse en cuenta que su capacidad de aprendizaje será más lenta, sin necesidad de plantearse una educación especial.

¿Se mantendrá el mismo diagnóstico del principio?

R. Fornieles
C. Guillén
S. Arxé

Centre Psicològic Gaudí, Barcelona