

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Una reflexión sobre este diagnóstico

*Pervasive developmental disorder not otherwise specified.
A reflection on the diagnosis*

Sr. Editor:

Los Trastornos generalizados del desarrollo (TGD), constituyen entidades clínicas que tienen en común la presencia de alteraciones en la reciprocidad social; falencias a nivel de la comunicación y la existencia de intereses y actividades peculiares, restringidas y estereotipadas¹. Clasificaciones categoriales como DSM IV y CIE 10 nos han orientado a aproximaciones diagnósticas para la aplicación de lineamientos terapéuticos en su enfrentamiento. Observamos que a la mayor proporción de niños consultantes se les diagnostica como portadores de un Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD NE), es decir, la presentación clínica es demasiado heterogénea como para cumplir los criterios exigidos para las patologías más específicas de este grupo, por ejemplo, Síndrome de Asperger o autismo clásico. Señalamos, como limitación objetiva, que este orden no consigna la presencia de cuadros que pudieran estar dentro de un subgrupo específico o que se constituyen en una entidad de presentación muy similar a un TGD y que tienen como peculiaridad presentar una evolución bastante más benigna, en los que las variables vinculares cumplen un rol central. Existe una variedad de conductas que se inician en edad temprana y que corresponden, a integraciones complejas entre afecto y cognición, condicionadas por la conducta de los cuidadores y que dan lugar a un conocimiento procedural alterado acerca de cómo se hacen las cosas con otros, condicionando futuras alteraciones en el desarrollo de personalidad del niño². Con frecuencia en estos casos, vemos padres con antecedentes de traumas psicológicos y/o procesos de separación-individuación tórpidos. Conjuntamente, encontramos la presencia de disfunciones neurobiológicas específicas, como por ejemplo, alteraciones en

el desarrollo del lenguaje, en especial en el nivel pragmático-semántico; dificultades en relación a integración sensorial y la existencia de falencias a nivel de las funciones ejecutivas prefrontales, como lo son planificación y memoria de trabajo. Con objeto de clarificar nuestras apreciaciones, presentamos la siguiente viñeta sobre un paciente que presentó una clínica y evolución similar a la de muchos consultantes.

“Niño, de 4 años y 10 meses al inicio de la consulta, con severas dificultades de adaptación, se aísla del entorno; presenta contacto visual esporádico; frente a modificaciones en la actividad que realiza grita y presenta pataletas; desarrolla exploraciones del ambiente físico a nivel sensorio-motor (edad lactante); no muestra intención de contactarse con pares; se arrastra frecuentemente por el suelo; dibuja con saliva en cualquier mesa; señala con certeza que los dibujos animados son reales. Indiferente a la separación de la madre y a la presencia de extraños; con los adultos, mantiene un trato horizontal; no se integra a la rutina del día. Evidencia desde lactante extrema intolerancia a los ruidos y a beber líquidos con temperaturas cálidas. Se interesa intensamente en dinosaurios y robots como temas. Al examen, impresiona desconectado del entorno; en momentos de angustia, adopta posición de cúbito lateral y luego duerme; explora los objetos con la boca. Los padres, se dieron cuenta de las dificultades del niño durante el proceso terapéutico y no antes; la madre lo ve como un niño frágil, por lo que le coloca pañales y le da la comida en la boca. El padre periférico en la crianza; madre es más activa, pero refiere sentir culpa y angustia a la hora de frustrarlo; ella se observa distante emocionalmente, con muchas dificultades en la lectura empática del niño y expresa frases como “el niño me dijo que no quería crecer para no hacerme sufrir”, “antes me lo saltaba, porque no estaba”. La psicoterapia se basa en los lineamientos de S. Greenspan (Floortime) que se resumen en interacciones que promueven la vinculación así como regulación y expresión de emociones a través de conductas comunicativas cada vez más complejas, principalmente en actividad de juego, incorporando paralelamente en este proceso a los padres³.

Se indica durante proceso risperidona en dosis de 0,8 mg por día, con objeto de optimizar el control de impulsos y la función reflexiva. A los 6 años se añade metilfenidato en dosis terapéutica, con objeto de mejorar su descendida capacidad de atención-concentración.

A partir del 6° mes de tratamiento se observan avances progresivos, que se intensifican cuando se inicia apoyo con risperidona y a los 2 años de tratamiento, vemos que la intención comunicativa alcanza un nivel promedio con pares de su curso-colegio; practica juego de roles con ellos; desaparecen conductas regresivas y bizarras; tolera cambios de rutina; no tiene episodios de desregulación emocional y presenta buen rendimiento académico.

En clínica, encontramos con frecuencia niños que presentan cuadros muy similares a TGD o que pudieran constituirse como un subgrupo “más benigno”, presentando los criterios categoriales en su ingreso, pero que con terapia dirigida a aspectos vinculares más estrategias, farmacológicas y no farmacológicas, para enfrentar disfunciones en áreas neurobiológicas específicas, presentan una evolución rápidamente favorable con funcionamiento seminormal en un período restringido de tiempo, a diferencia de los TGD en que se objetivan daños estructurales-funcionales más difusos⁴, y que se diferencian de la evolución de la mayor parte de los TGD con tendencia desfavorable y escasos avances en el tiempo⁵.

Referencias bibliográficas

1. Abufhele M. Trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro autista. En: Almonte C, Montt ME, Editores, C. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2011. p. 429-50.
2. Crittenden PM. Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr, (Eds.), John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and social significance; New York: The Analytic Press, 2011. p. 367-406.
3. Greespan Stanley I. The therapeutic Process: Developmental Psychotherapy with infants, young children and their families. En: Greespan Stanley I. Infancy and early childhood. The practice of clinical assesment and intervention with emotional and developmental challenges. International university press, IC Madison, Connecticut, 1992. P. 431-543.
4. Rong Chen, Yun Jiao y Edward Herskovits. Estructural. MRI in Autism Spectrum Disorder. Rev. Pediatric Research 2011; 69 (5): 63-7.
5. Lord C, Risi S, Di Lavore PS, Shulman C. Autism from 2 to 9 years of age. Arch Gen Psychiatry 2006; 63 (6): 694-701.

*Angélica Sandoval^{1,2},
Andrea Moyano³ y Paula Barrera³*

Recibido: 20-07-2012 / Aprobado: 31-07-2012

¹ Psiquiatra del Niño y del Adolescente. Centro de Salud de Atención psicológica. Universidad Diego Portales. Santiago de Chile.

² Psiquiatra del Niño y del Adolescente. Centro de Salud Mental San Joaquín. Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Psicóloga infantojuvenil. Centro de Salud Mental San Joaquín. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia:

Angélica Sandoval

Fono: 09-3332345

Suecia 1561, Depto. 403. Providencia.

Santiago, Chile.

E-mail: angececimay@gmail.com