

INFORME DE CASO

Trastorno por déficit de atención con hiperkinesia. Realidad y retos. Informe de caso

Addys Pérez Fernández^{1*} , Aimeé Fournier Orizondo¹ , María de los Ángeles Fernández Cabezas¹ 

¹Hospital Provincial Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Addys Pérez Fernández. addys.perez@nauta.cu

Recibido: 11/08/2022 - Aprobado: 28/11/2022

RESUMEN

Introducción: dentro de los trastornos del desarrollo neurológico se encuentra el trastorno por déficit de atención con hiperkinesia. El diagnóstico de esta enfermedad es esencialmente clínico, lo que constituye un reto para los profesionales involucrados.

Información del paciente: escolar de siete años de edad, masculino, blanco, que siempre ha presentado intranquilidad marcada, difícil control conductual y baja tolerancia a las frustraciones. En la escuela su atención es muy dispersa y presenta indisciplinas frecuentes. A pesar de tener un buen nivel intelectual su aprendizaje está afectado.

Conclusiones: el diagnóstico oportuno, seguido de un tratamiento multimodal, multidisciplinario e intersectorial, es importante en casos como este.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; hiperkinesia

ABSTRACT

Introduction: attention deficit disorder with hyperkinesia is one of the neurodevelopmental disorders. The diagnosis of this disease is essentially clinical, which constitutes a challenge for the professionals involved.

Patient information: seven-year-old white male schoolboy who has always presented marked restlessness, difficult behavioral control and low tolerance to frustrations. At school his attention is very dispersed and he has presented frequently indiscipline. In spite of having a good intellectual level, his learning is affected.

Conclusions: opportune diagnosis, followed by a multimodal, multidisciplinary and intersectorial treatment, is important in cases like this one.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder; hyperkinesia

INTRODUCCIÓN

El TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) es un trastorno del neurodesarrollo que ha ganado en notoriedad en los últimos años. Su diagnóstico debe basarse en los criterios clínicos validados. Los más recientes son los del DSM-5, que lo define como un patrón de comportamiento y

cognitivo que interfiere en el funcionamiento del individuo que lo padece.⁽¹⁾ Se caracteriza por presentar hiperactividad, impulsividad y dificultad para mantener la atención, síntomas que suelen aparecer en etapas tempranas de la vida, con frecuencia antes de los 12 años.^(2,3,4,5,6,7,8,9,10,11)

Este trastorno interfiere, de manera significativa, en el desempeño escolar y en la calidad de vida del paciente y sus familiares. Afecta todas las esferas de la vida (lúdica, escolar, relaciones interpersonales, etc.) sin excepción. Suelen representar una dura carga para sus familiares que, como regla general, necesitan la orientación y el apoyo del equipo de salud mental.^(3,5,7)

La etiología del TDAH se investiga,⁽⁴⁾ es un trastorno de etiopatogenia heterogénea, multifactorial y compleja, en el que una serie de vulnerabilidades biológicas interactúan entre sí y con factores ambientales.^(1,4,6,10)

La prevalencia mundial estimada de TDAH hasta los 18 años de edad es de 5,29% y representa entre el 20 y el 40% de las consultas en los Servicios de Psiquiatría infantil. Se ha demostrado, en estudios de seguimiento a largo plazo, que entre el 60 y el 75% de los niños con TDAH continúan presentando los síntomas durante la edad adulta. La proporción entre niños y niñas con este trastorno es de 4:1 y en los adultos de 1:1, para constituir un importante problema en la práctica neuropsiquiátrica debido a su aparición precoz y a su naturaleza multifacética y crónica. Igualmente es el trastorno psiquiátrico más común de todos los que afectan el neurodesarrollo y uno de los más frecuentes en escolares de entre seis y siete años.⁽⁶⁾

El tratamiento del TDAH debe ser multimodal, con inclusión del abordaje psicoeducativo de la familia, del niño y de su entorno, en estrecha relación entre profesionales (médicos, psicólogos y profesores) y familiares a los que se debe informar, asesorar, enseñar y apoyar. Con este enfoque de tratamiento el resultado es mayor que la suma de las partes.⁽⁷⁾

Cada paciente es un individuo único con el que lejos de generalizar se deben individualizar acciones. En lo que respecta al tratamiento el metilfenidato ha sido, por un período largo de tiempo, el medicamento de elección para el TDAH. Existen disímiles drogas que por sus acciones similares son utilizadas con resultados alentadores.⁽⁸⁾

La intención de este artículo es alertar sobre la necesidad de un diagnóstico temprano de los síntomas y signos clínicos de esta enfermedad para facilitar su manejo integral por los profesionales vinculados a la atención de estos pacientes.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escolar de siete años de edad, masculino, blanco, con seguimiento por el Especialista en Psicología desde los cuatro años por hiperactividad e impulsividad. Al comenzar la escuela se agravó su comportamiento por adaptación inadecuada y presentó dificultades en el aprendizaje; tenía riñas frecuentes con sus coetáneos.

En esa ocasión ingresó en el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, por intranquilidad marcada y difícil control conductual en todos los aspectos de su desempeño. En la escuela presentaba atención dispersa,

indisciplinas frecuentes, resultados académicos deficientes y dificultades en el control muscular y en su comunidad problemas con varios vecinos por su mal comportamiento, lo que generaba una crisis para su familia y su vecindad.

Antecedentes evolutivos personales:

Embarazo no planificado, deseado, que cursó con alto riesgo obstétrico por amenaza de aborto en el primer trimestre, sepsis vaginal y urinaria en el segundo trimestre, anemia mantenida en los tres trimestres y hábito de fumar por parte de ambos progenitores. Parto institucionalizado, a término, a las 40,5 semanas, distócico, demorado e instrumentado con fórceps con signos de hipoxia al nacer, prueba de Apgar: 7/9. Sin otras complicaciones postnatales de interés.

Desarrollo psicomotor: acorde a su edad.

Ablactación: abandono de la lactancia materna exclusiva a las dos semanas de vida con introducción de lactancia artificial. Presentaba irritabilidad y cólicos frecuentes antes del año.

Validismo: adquirido tempranamente.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes patológicos familiares: padre/alcoholismo, abuelo paterno/trastorno psiquiátrico no precisado.

Ambiente escolar: no asistió al círculo infantil. Asistió a las vías no formales de forma esporádica. Se incorporó al primer grado en una escuela rural y presentó dificultades en la adaptación por incapacidad para recibir órdenes, cumplir normas escolares y permanecer sentado. Molestaba a sus compañeros, se frustraba y se portaba mal, tenía dificultades para aprender y riñas frecuentes con sus coetáneos. Venció los objetivos durante la etapa de aprestamiento en primer grado, pero se observaron dificultades en el control muscular, perretas frecuentes de difícil control, negativismo e impulsividad. Se concentraba poco en las actividades, habitualmente era descuidado, súbitamente se ponía de pie o salía corriendo del aula y manipulaba objetos. Era poco persistente en las tareas. No escuchaba lo que se le decía e interrumpía constantemente. Respondía las preguntas del maestro antes de que este hubiera terminado de formularlas. Presentaba dificultades en la interacción con sus pariguales, que en ocasiones lo rechazaban por molestar o interrumpir los juegos, romper juguetes, no cumplir las reglas de los juegos o tener actitud burlona hacia ellos.

Ambiente familiar:

Fue el único hijo de un matrimonio de dos años de duración. El padre vive en el extranjero y está ausente económica y afectivamente. Actualmente convive con la madre, el padrastro y un hermano menor. Predominan las discusiones en el hogar a partir del comportamiento tan desorganizado del paciente. Se constatan dificultades en la comunicación y la expresión de afecto. La madre constantemente compara el comportamiento del niño con el de su hermano o con el de otros de su edad. Es un hogar desorganizado, no tiene horarios, ni responsabilidades establecidas, el método disciplinario utilizado es el castigo con privación del juego con otros niños y el método educativo es inconsistente.

Personalidad premórbida: la madre lo describe como un remolino, intranquilo, extrovertido, desinhibido, impulsivo, distráctil, caprichoso y cariñoso.

Hallazgos clínicos

Examen físico: torpeza motora, dificultad en el control muscular fino y percepción fondo-figura.

Examen psiquiátrico: distractibilidad, hipomnesia de fijación, irritabilidad, baja autoestima, hipercinesia marcada, impulsividad, baja tolerancia a frustraciones, conducta negativista, sueño intranquilo, descuido de hábitos personales y dificultad en relaciones interpersonales.

Evaluación diagnóstica

Estudios psicométricos: prueba de Conners para maestros >16 (21 puntos) (índice de sospecha de TDAH). Prueba de Crespo: distractibilidad, con índice de exactitud por debajo de la norma para la edad y el tiempo normal. Meseta de memoria: dificultades en la memoria a corto plazo. Prueba de Bender: índices de organicidad marcada.

Dibujo libre: elementos grandes y proporcionados entre sí, con seriaciones de color de tipo desordenada. Fondo-figura: dificultad para diferenciarlo. Prueba de Rotter infantil: baja autoestima y percepción de rechazo familiar.

Estudio psicológico: niño hiperactivo, distraído e impulsivo, lenguaje amplio acorde a su edad, inicia varias actividades y no completa ninguna, impresiona intelecto normal promedio, estado de motivación variable, pobre estimulación familiar e inconsistencia en los métodos educativos. Padrastro autoritario, madre permisiva con escasa formación de hábitos elementales durante la etapa preescolar. Educado en ambiente disfuncional con inadecuada distribución e incorrecto cumplimiento de roles. Impresiona un trastorno por déficit de atención e hipercinesia.

Estudio psicopedagógico: dificultades en los procesos de atención y memoria que afectan el aprendizaje, fundamentalmente en la lecto-escritura. Lectura silábica, pero logra una buena comprensión de textos al realizar preguntas de primer, segundo y tercer nivel de interpretación. Su caligrafía es mala, letra grande, chapucera, omite las tildes y letras en ocasiones y tiene escrituras en bloque con frecuencia, aunque realiza su trabajo con rapidez. Funcionamiento por debajo de sus posibilidades reales. Escasa formación de hábitos elementales. Dificultades importantes en el control muscular fino que afectan la escritura. Áreas de interés: dibujo y deporte.

Historia social psiquiátrica e investigación social: familia severamente disfuncional, violencia intrafamiliar y malas condiciones económicas y de vivienda. Percápita familiar bajo. En el barrio han tenido conflictos con varios colindantes porque el menor es irrespetuoso, no sabe comportarse adecuadamente y muestra predilección por tirar piedras y palos, su manejo comunitario se hace muy difícil. Crisis por desorganización y desmoralización familiar. Familia paterna ausente. Buena relación hogar-escuela.

Observación de juego: entra y sale de la consulta, se muestra negativista, hace rechazo a jugar con los objetos que se le ofrecen y prefiere salir y corretear; se necesita estimulación marcada para su cooperación. Cuando se logra negociar con él se aproxima al área de juego, toma un carrito, pero no persiste en la actividad, lanza una pelota, seguidamente toma algunas piezas de un juego armable y las ensambla, de repente se pone de pie, toma el cuño del médico y lo estampa en el buró y la pared de manera muy rápida, se irrita cuando se lo quitan, se le pide que dibuje y acepta. Dibuja un paisaje

campestre con elementos muy grandes y trazos fuertes, deja el dibujo a medias para jugar con un camión. Cuando estructura una actividad es con fantasía adecuada, se muestra irritable y caprichoso. Necesita estimulación para mantener la atención en una actividad. No interactúa con otros niños, cuando lo hace es para arrebatarle sus juguetes y romperlos, por lo que no es aceptado dentro del juego.

Electroencefalograma: signos de irritación cortical a nivel frontal.

Tomografía axial computadorizada de cráneo simple: sin alteraciones.

Al realizar la evaluación clínica en equipo de este paciente se coincide en que cumple con los criterios diagnósticos establecidos según las clasificaciones nacionales e internacionales actuales para un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.^(2,3,9)

Intervención terapéutica

En este caso específico se aplicó un sistema terapéutico integrado que incluyó acciones encaminadas a la orientación a la familia y la escuela para facilitar el manejo. Se incluyó a la familia en psicoterapia familiar y se diseñó una estrategia pedagógica multidisciplinaria que facilitara la atención individualizada y la integración grupal con la participación de todos los especialistas del centro escolar, incluidos, además del maestro, las bibliotecarias y las profesoras de Computación y Educación Física y el Instructor de Arte, para potenciar el desarrollo de intereses y motivaciones del alumno. Se incorporó a un área deportiva de fútbol y a talleres de artes plásticas. Se inició tratamiento biológico con la Medicina Natural y Tradicional a través de la auriculoterapia y tratamiento farmacológico con el metilfenidato (tab 10 mg), una tableta a las 8.00 am diaria vía oral porque se considera el medicamento de elección en este trastorno.

Seguimiento y resultados

Una vez egresado el seguimiento se realizó por el equipo de salud mental de su área de salud de conjunto con el Centro de Diagnóstico y Orientación municipal; se observaron una buena respuesta terapéutica y una evolución favorable en el paciente y su familia.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del TDAH es siempre clínico y puede ser realizado por un pediatría de la atención primaria que posea la formación, los conocimientos y la experiencia necesaria.^(1,4,7,8,10) Hasta la fecha no se dispone de ninguna prueba diagnóstica. El diagnóstico ha de ser basado en una amplia anamnesis que permita identificar no solo los síntomas nucleares del trastorno, sino sus áreas de disfunción asociada. En este sentido se dispone de diferentes escalas útiles para poder evaluar la presencia y la disfunción de los síntomas del TDAH en diferentes áreas del funcionamiento del paciente (la clínica, en casa o la escuela).⁽¹⁾

La coexistencia de síntomas de déficit de atención, inquietud e impulsividad, raramente de forma aislada e inicio de la aparición de los síntomas antes de los siete años de edad, son característicos en el trastorno. Los síntomas típicos de falta de atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo en

todas las situaciones (el hogar, la escuela y al jugar) se pueden asociar a problemas de disciplina, bajo rendimiento en la escuela y propensión a accidentes.^(3,9)

Se sabe que más del 50% de los niños y los adolescentes diagnosticados con TDAH presentan, como mínimo, un trastorno mórbido asociado que puede enmascarar el diagnóstico y retardar el tratamiento, lo que ensombrece el pronóstico. Entre los trastornos asociados se destacan los problemas de conducta, los trastornos emocionales y las dificultades escolares y de relación con los compañeros y con la familia, y de adaptación. Los trastornos de conducta representan siempre un factor de agravamiento de estos problemas, con más posibilidades de externalización de las conductas y las dificultades emocionales. La morbilidad asociada aumenta según la edad en que se diagnostica el TDAH: en adultos jóvenes, según estudios realizados, se asocia a abuso de sustancias (14%), trastorno disocial (22%), trastornos psicopatológicos y problemática social -o ambos- (31%) y fracaso escolar (44%).⁽⁶⁾

El diagnóstico diferencial se debe realizar con condiciones médicas y con afecciones psiquiátricas. Dentro de las condiciones médicas a descartar se encuentra la epilepsia, el síndrome de alcoholismo fetal, la enfermedad tiroidea, la anemia y el sueño insuficiente o su mala calidad. Todas estas condiciones físicas pueden ser comórbidas con la hiperactividad pero, además, la epilepsia puede ser confundida con ella. Dentro de los trastornos mentales y del comportamiento deben descartarse los trastornos disfóricos y los trastornos específicos de ansiedad, en particular, el trastorno crónico de ansiedad por separación; además, los trastornos del espectro autista, los trastornos de conducta y la discapacidad intelectual o del aprendizaje específico.⁽⁹⁾

El tratamiento es complejo y multidisciplinario. En el caso de los niños se precisa la intervención de pediatras, psiquiatras, profesores, psicólogos, pedagogos; y entre sus objetivos se encuentra mejorar las funciones cognitivas, conductuales y sociales, así como aumentar la autoestima. Se basa principalmente en dos componentes: las terapias conductuales y el tratamiento farmacológico.^(4,6,7,8,10)

Son importantes la detección y el tratamiento precoz de los niños con TDAH porque ayudan a controlar los síntomas, mejoran el aprendizaje escolar y las interacciones sociales y, en consecuencia, la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar. Diversos estudios refieren que la no identificación y la falta de tratamiento oportuno de este trastorno conllevan a un deterioro en la calidad de vida del paciente, su familia y su entorno, relacionado a bajo rendimiento escolar, problemas familiares, aumento de la actividad antisocial y delincuencial.⁽¹¹⁾

Consentimiento Informado

Se solicitó el consentimiento informado de los padres siguiendo los protocolos establecidos al ingreso del paciente en nuestra institución hospitalaria. Se eliminó la información identificativa del paciente y su familia respetando su privacidad. Finalmente la investigación se aprobó por el Comité de Ética Médica de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero J, Castaño de la Mota C. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatr Integral* [Internet]. 2014 [citado 03/02/2020];18(9):600-608. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/introduccion-y-etiotopogenia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah/>
2. Swedo SE. Trastorno del neurodesarrollo. Trastorno por déficit de atención-hiperactividad. En: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5 R. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 31-85.
3. Otero Ojeda AA, Rabelo Pérez V, Echazábal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, et al. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3) [Internet]. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2001 [citado 03/02/2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/tercer_glosario/completo.pdf
4. Consejería de Salud. Protocolo de abordaje del TDAH en el sistema sanitario público de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2017 [citado 03/02/2020]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/Prot_TDAH_17022017.pdf
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. Atlanta: CDC; 2022 [actualizado 09/08/2022; citado 11/02/2023]. Información básica sobre el TDAH; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/adhd/facts.html>
6. Portela Sabari A, Carbonell Naranjo M, Hechavarría Torres M, Jacas García C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *MEDISAN* [Internet]. 2016 [citado 03/02/2020];20(4):553-563. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016
7. Villa Mata L. TDAH Estudio de caso [tesis]. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I; 2015 [citado 03/02/2020]. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/136365/TFG_2014_Villa_MataL.pdf
8. Francia Vasconcelos A, Miguez Ramírez M, Peñalver Mildestein Y. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Acta Méd Centro* [Internet]. 2018 [citado 03/02/2020];12(4):485-495. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec184l.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. 6A05 Trastorno por hiperactividad con déficit de la atención. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (versión 01/2023) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 11/02/2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f821852937>
10. García Cruz JM, González Lajas JJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2016 [citado 03/02/2020]. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/adjuntos/TDAH.pdf>
11. Velarde Inchaustegui MM, Vattuone Echevarria JA, Gomez Velarde ME, Vilchez Fernandez L. Nivel de conocimiento sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en médicos del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2017 [citado 03/02/2020];80(1):3-11.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000100002

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.