

Hiperactivos sin tratamiento, ¿fracaso escolar y futuros inadaptados? Papel del médico de Atención Primaria: a propósito de un caso

P. Blanco-Ons Fernández^a, L. Sánchez Santos^b, MD. Domínguez^c

^aPediatra, CS de Melide, Coruña.

^bPediatra, CS de Arzúa, Coruña.

^cPsiquiatra, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:251-6

Luis Sánchez Santos, luissanchezsantos@hotmail.com

Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en pediatría y la causa principal de fracaso escolar. Es causa y coexiste en ocasiones con procesos más graves como el trastorno oposicional desafiante (TOD) y el trastorno disocial (TC). Este último se presenta en menores de 10 años y adolescentes y produce falta de integración escolar, ruptura de normas sociales e incluso comisión de actos delictivos. Se presenta el caso clínico de un niño de 10 años que consulta por fracaso escolar y alteraciones de la conducta en casa y en el colegio. Con el diagnóstico preliminar de trastorno de conducta disruptiva, se deriva a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil donde se establece el diagnóstico definitivo de trastorno disocial en niño no socializado. El tratamiento con metilfenidato mejora notablemente tanto su rendimiento académico como su comportamiento. El papel del pediatra de Atención Primaria ante el TDAH debe consistir en la detección precoz, el inicio del tratamiento cuando sea oportuno y el seguimiento para verificar la respuesta terapéutica. En este proceso es esencial un diagnóstico precoz ya que puede facilitar el desarrollo normal del paciente y evitar la evolución hacia un trastorno más grave.

Palabras clave: Comorbilidad, Fracaso escolar, Trastorno disocial, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Abstract

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is the most common psychiatric disease in childhood and the first cause of scholar failure. It is the cause and coexist sometimes with other severe conditions like oppositional-defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD). The last one appears in adolescents and in children younger than 10 years and causes lack of school integration, rupture of social norms and even commission of criminal acts. Case report: a 10 year-old boy with scholar failure, home and school disturbances in behaviour that included physic violence directed to mates and teachers. A preliminary diagnosis of disruptive be-

haviour disorder was made and the patient was referred for specialized psychiatric evaluation. The final diagnosis was dissocial behavior disorder in an unsocialized child. Methylphenidate treatment resulted in an evident improvement of behaviour and academic performance. When faced with a possible ADHD case, the Primary Care pediatrician's role should be early detection, starting of treatment when indicated and assessment of therapeutic results. Early diagnosis is of the most importance in this disorder because it can drives to a normal development of the patient avoiding the evolution to a more severe condition.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, Conduct disorder, Comorbidity, Scholar failure.

Introducción

Pese a ser la condición neuropsiquiátrica más frecuente en pediatría, la prevalencia real del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no ha sido establecida, y se cree que es más alta de lo estimado hasta ahora¹. Además de por su prevalencia, su importancia se pone de manifiesto si tenemos en cuenta que es la causa más frecuente de fracaso escolar², que coexiste con otro tipo de trastornos psiquiátricos, y que en niños escolares con TDAH puro, no diagnosticarlo, y por tanto no tratarlo, puede conducir a trastornos más graves como el trastorno oposicional desafiante (TOD) y el trastorno disocial (TC)³.

El TC es una alteración del comportamiento que se puede presentar en menores de 10 años y en adolescentes y tiene como consecuencias a largo plazo una falta de integración escolar, ruptura de normas sociales con agresiones a personas y objetos y en ocasiones comisión de actos delictivos. Puede conside-

rarse, por tanto, dentro de las alteraciones de la conducta que podemos detectar en pediatría, el trastorno más grave.

Caso clínico

Niño de 10 años de edad que consulta por fracaso escolar y alteraciones de conducta que han ido en aumento hasta el punto de haber agredido en varias ocasiones a los profesores y a los compañeros. La última agresión realizada a uno de sus compañeros fue lo que motivó la consulta pues a raíz de la mordedura producida, los padres del niño agredido se plantearon interponer una demanda judicial.

En los antecedentes personales destacaban asma leve intermitente (sensibilización a ácaros del polvo) y enuresis nocturna primaria que fue corregida con dispositivo de alarma y refuerzo conductual. En los antecedentes familiares no había nada destacable. La escala escolar de Connors revisada⁴ fue positiva para TDAH y trastorno de conducta, tanto

cuando fue cumplimentada por los padres como por los profesores. Fue derivado a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil donde se estableció el diagnóstico definitivo de trastorno disocial en niño no socializado (CIE 10 f 91.1)⁵. Se comprobó que las alteraciones del comportamiento habían comenzado a los 6-7 años de edad, con dificultades de integración escolar y cumplimiento de las normas del centro académico, así como problemas con la disciplina en casa.

Se inició el tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata, y mejoraron notablemente el rendimiento académico y la relación con sus padres y sus compañeros si bien a lo largo del día se apreciaban oscilaciones del estado de ánimo, empeorando a las últimas horas de la tarde, motivo por el cual se cambió el tratamiento a metilfenidato de liberación prolongada (18 mg una vez al día) manteniéndose constante a lo largo del día el efecto terapéutico.

Discusión

Encuadrado junto con el TDAH y el TOD dentro de los trastornos de conducta disruptiva (TCD) del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición revisada de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-IV TR)⁶, el diagnóstico de TC

requiere cumplir los criterios descritos en aquél y/o los criterios establecidos en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10)⁵. Se caracteriza por la combinación de un comportamiento agresivo con una profunda dificultad para las relaciones personales con otros chicos, hasta el punto de que la falta de integración efectiva entre los compañeros tiene prioridad diagnóstica sobre las otras manifestaciones. Las relaciones con adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento.

El comportamiento delictivo, cuando sucede, suele ser en solitario y se manifiesta como intimidaciones, peleas excesivas y, en chicos mayores, acciones violentas, niveles excesivos de desobediencia, agresividad, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales. El trastorno es por lo general persistente en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio o en la escuela⁵.

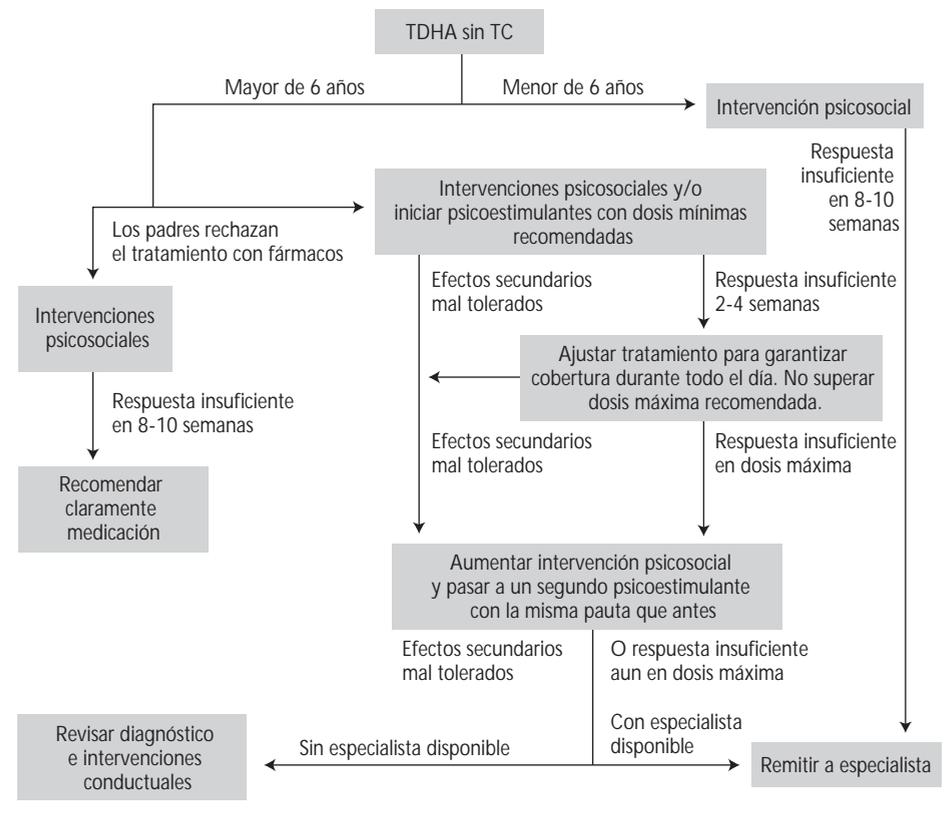
Es frecuente en los niños con TC la existencia de un antecedente de TDAH o bien la comorbilidad con éste. Asimismo, se ha comprobado el riesgo para el desarrollo del niño que representa el TDAH, y

más aún cuando éste no se trata correctamente, ya que puede conducir hacia un TC³. Además, diversos estudios han puesto de manifiesto el origen biológico y genético del TDAH y la posibilidad de normalizar el comportamiento y el rendimiento escolar del paciente mediante tratamiento médico. En la actualidad no hay ninguna prueba complementaria diagnóstica del TDAH, por lo que el

diagnóstico, como en el caso del TC, requiere cumplir los criterios establecidos en el DSM IV TR y/o la CIE 10^{4,5}. Para detectarlo en la población general, se han desarrollado diferentes herramientas, dentro de las cuales la más popular y validada en nuestro medio es la escala escolar de Conners revisada⁴.

En este contexto, el papel del pediatra de Atención Primaria es fundamental,

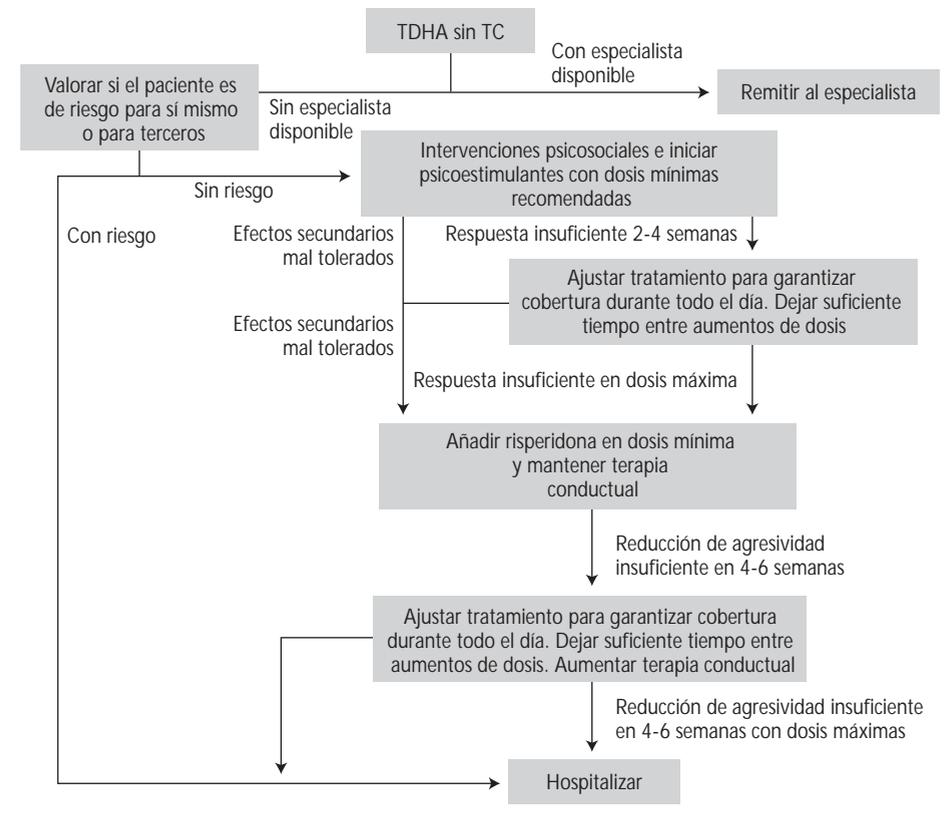
Figura 1. Algoritmo para tratamiento de TDAH sin TC (tomado de Kutcher S, et al⁷).



pues es el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario, y por tanto el responsable de poner en marcha el proceso diagnóstico de este tipo de trastornos. Se debe realizar el diagnóstico preliminar y, en aquellos casos que se considere oportuno en función de variables como la accesibilidad a servicios de neurología infantil, psiquiatría, etc., iniciar el tratamiento y

verificar la respuesta terapéutica. Las posibilidades terapéuticas varían en función de la alteración predominante en el cuadro clínico y del tiempo de evolución de éste⁷, si bien hoy se considera de primera elección el tratamiento con metilfenidato de acción prolongada porque mantiene los niveles terapéuticos en sangre sin las oscilaciones de la terapia discontinua⁸ (figuras 1 y 2).

Figura 2. Algoritmo para tratamiento de TDAH con TC (tomado de Kutcher S, et al').



Hay que insistir además en la importancia de realizar un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento cuanto antes, porque puede evitarse la evolución a un TC, reduciendo al mínimo el riesgo que el TDAH comporta para el desarrollo³.

En febrero de 2005 se creó en el seno de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria el grupo de trabajo del

TDAH⁹, lo que esperamos que represente un gran avance para sensibilizar a los profesionales de Atención Primaria acerca de la existencia de una enfermedad que por sí misma y por los trastornos con los que coexiste en unos casos y origina en otros, es probablemente la mayor causante de fracaso escolar y una de las principales de inadaptación social.

Bibliografía

1. Pedreira Massa JL. La evaluación de los trastornos mentales en la infancia en Atención Primaria. *An Esp Pediatr.* 2000;52 Supl 5:S388-397.
2. Green M, Wong M, Atkins D, Taylor J, Feinlieb M. Diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. Technical Review No 3. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research; 1999. (AHCPR publication no. 99-0049).
3. Rutter M, Maughan B, Meyer J, Pickles A, Silberg J, Simonoff E, et al. Heterogeneity of antisocial behavior: causes, continuities and consequences. *Nebr Symp Motiv.* 1997;44:45-118.
4. Farré-Riba A, Carbona J. Escalas Conners. Nuevo estudio factorial con niños españoles. *Rev Neurol.* 1997;25:200-204.
5. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación (CIE 10). Ginebra: OMS; 1992.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
7. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004;14:11-28.
8. Biederman J, Spencer T, Wilens T. Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2004;7:77-97.
9. Grupo de Trabajo para el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) [En línea] [Fecha de consulta 20 feb 2006]. Disponible en www.aepap.org/atenccion/index.htm

