

## Caso clínico

### TEMA 4

## Trastornos del comportamiento

M.<sup>ª</sup>I. Hidalgo Vicario, P.J. Rodríguez Hernández

### Presentación del caso

Pedro, un chico de 13 años de edad, acude a su pediatra por un cuadro vírico de vías respiratorias altas acompañado por su madre. Al finalizar la consulta, la pediatra pregunta por su rendimiento escolar y su comportamiento, ya que Pedro está diagnosticado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), subtipo combinado, y se encuentra en seguimiento en salud mental desde los 6 años de edad. Su tratamiento actual es metilfenidato de liberación osmótica, 54 mg, con el desayuno. La última cita en salud mental se ha realizado 4 meses antes y la siguiente está programada para 24 días más tarde. Aparte del diagnóstico de TDAH, no tiene otros antecedentes personales o familiares de interés. La pediatra conoce a Pedro desde su nacimiento y también conoce a casi toda su familia, ya que ha sido la responsable de la asistencia médica de varios de sus primos y de su hermana, de 4 años de edad.

La madre le comenta a la pediatra que ese último año Pedro, que cursa primero de la ESO, por primera vez ha suspendido varias asignaturas, y que está muy preocupada por el comportamiento de su hijo. Aunque ya se habían producido empeoramientos de su comportamiento otras veces, desde que está en tratamiento con metilfenidato (hace ya 6 años, pues empezó a tomarlo a los 7 años de edad) las dificultades se habían resuelto al aumentar la dosis; sin embargo, con el último incremento 4 meses antes (pautado por el psiquiatra infantil), de 36 a 54 mg, no ha observado ninguna mejora.

La sintomatología que presentaba en el momento del diagnóstico del TDAH y antes de comenzar el tratamiento farmacológico era la siguiente:

- Problemas conductuales leves, como peleas esporádicas con otros niños.
- Desobedecer las normas dentro del aula.
- Dificultades para esperar en una fila.
- Meterse en los asuntos de los demás.
- Levantarse mucho en clase.
- Correr y saltar en situaciones inapropiadas.
- Hablar mucho.
- Tener olvidos frecuentes con el material escolar.
- No retener indicaciones.

- No terminar los deberes escolares, no prestar atención en clase y tener dificultades para acabar las actividades en el aula.

Debido a la escasa experiencia en psiquiatría infantil que tenía la pediatra en aquel momento, decidió remitir a Pedro a salud mental. Ahora, en cambio, como tiene más experiencia, decide analizar el caso en profundidad.

Vuelve a citar a Pedro y a su madre tres días después y realiza una anamnesis detallada sobre la sintomatología. Habla con los dos a la vez y después con cada uno por separado. Los datos más relevantes de las entrevistas son los siguientes:

- Desde hace 8 meses Pedro tiene peleas con sus compañeros de clase; en los 2 últimos meses se han hecho más frecuentes.
- Desde que empezaron las peleas con los compañeros, el niño muestra también una actitud de desafío a las normas y órdenes de los profesores.
- En el entorno familiar, desde hace 6 meses, Pedro se niega diariamente a seguir las indicaciones que se le dan, muestra conductas desafiantes y retadoras, y ha amenazado físicamente a su madre varias veces, sin que se hayan producido agresiones.

Aunque no da la impresión de que consuma tóxicos, la pediatra solicita un análisis de tóxicos en orina (previamente lo ha hablado con Pedro y sus padres). También pide a la madre, al padre y a la tutora que cumplimenten el test de Conners y el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ). No existe informe psicopedagógico, por lo que la pediatra realiza un pequeño informe para la orientadora escolar en el que solicita una evaluación educativa. Los resultados del test de Conners y del SDQ indican anormalidad en las escalas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros.

La pediatra diagnostica a Pedro, además del TDAH, un trastorno negativista desafiante, y recomienda a su madre una serie de estrategias de modificación de conducta, que incluyen los refuerzos positivos, la técnica de extinción y unas pautas para realizar los castigos. Recomienda que en el entorno escolar se lleve a cabo una intervención específica, coordinada por la orientadora del centro, y que acuda a salud mental para que un psicólogo amplíe la intervención psicológica (ya que hasta el momento sólo había acudido a consulta con un psiquiatra infantil). Además, propone una reunión de coordinación con todos los profesionales implicados. Por último, le comenta a la madre que, si el comportamiento del niño no mejora en los meses siguientes, se puede añadir al metilfenidato un fármaco denominado risperidona.

**1. Indique la afirmación falsa en relación con el diagnóstico de TDAH que se le ha hecho a Pedro:**

- A. El diagnóstico es incorrecto, ya que no es posible establecer el diagnóstico de TDAH hasta los 12 años de edad.

- B. El diagnóstico de TDAH está bien realizado y el tratamiento es correcto.
- C. Es posible efectuar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente con TDAH en la consulta de pediatría de atención primaria.
- D. El diagnóstico es de TDAH combinado porque existen síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

**2. Señale la respuesta correcta en relación con el diagnóstico de trastorno negativista desafiante del paciente descrito:**

- A. Antes de establecer el diagnóstico, el pediatra debe realizar una prueba neurofisiológica (por ejemplo, un electroencefalograma).
- B. Para establecer el diagnóstico, el pediatra se ha basado exclusivamente en los datos de los test (Conners y SDQ).
- C. El diagnóstico hecho por el pediatra se fundamenta principalmente en datos clínicos.
- D. El TDAH y el trastorno negativista desafiante nunca pueden aparecer en situación de comorbilidad.

**3. Indique la afirmación correcta sobre el tratamiento del paciente de este caso clínico:**

- A. No hay que realizar simultáneamente tratamiento psicológico y farmacológico, ya que es contraproducente.
- B. La risperidona es uno de los tratamientos farmacológicos indicados en un paciente como el descrito.
- C. Es importante retrasar el tratamiento psicológico del trastorno negativista desafiante hasta que se compruebe la efectividad del tratamiento farmacológico, que debe instaurarse primero.
- D. El pediatra nunca debe iniciar un tratamiento farmacológico en casos como el descrito; debería remitir al paciente a un especialista.

**4. Señale cuál es la respuesta correcta en relación con el seguimiento del niño:**

- A. No debe informarse a los padres de los diagnósticos establecidos, para no estigmatizar al niño.
- B. No está indicada la intervención psicológica; hay que confiar en el efecto beneficioso de los psicofármacos a medio plazo.
- C. No se aconseja recabar información sobre la evolución del comportamiento del niño en todos los ámbitos posibles (colegio, familia...), porque eso puede aumentar la confusión sobre los síntomas que presenta.
- D. El fármaco de elección en el trastorno negativista desafiante es la risperidona.