

Cuadro suplementario 1: Ejemplo de un caso clínico para la realización de una FD (resumen)

Carlos, 7 años de edad, cursa segundo básico y ha sido suspendido nuevamente de clases por golpear a un compañero e intentar posteriormente arrancarse de la escuela. Los padres y su hijo consultan al psiquiatra por recomendación del colegio por sus reiteradas faltas de conducta y su persistente bajo rendimiento académico. Los padres nuevamente lo han sancionado manteniéndolo en casa sin juegos electrónicos y exigiéndole que estudie más. La actual crisis comenzó cuando en clases se le comunicó a Carlos otra mala nota y recibió burlas de algunos compañeros. Los profesores se han mostrado dispuestos a colaborar entregando información del paciente y a hacer los ajustes necesarios para que su alumno mejore.

En las sesiones de evaluación los padres relatan que su hijo se ha caracterizado por presentar dificultad en mantener la calma, que frecuentemente es inquieto, poco tolerante e irritable, con pocos hábitos de estudio y dificultad para seguir instrucciones, sin embargo, es sensible y cariñoso en la medida que le permitan realizar sus actividades favoritas. Carlos tiene un hermano de 9 años con dificultades escolares menores, haciéndose cargo la madre de apoyarlo en las tareas. Traen informes de evaluaciones médicas y de neuroimágenes sin alteraciones. Una evaluación psicológica recientemente realizada detectó una disarmonía cognitiva en el área intelectual, con buen desempeño en tareas de ejecución e indicadores de inmadurez emocional. Cuentan los padres que se les ha sugerido el uso de medicamentos para el control conductual del su hijo. Existe el antecedente de dificultades escolares y de aprendizaje en los padres.

En sesiones individuales sucesivas se pudo observar en el niño un comportamiento no trasgresor, frecuente dificultad en sostener una conversación sin distraerse y en mantenerse sentado; dificultad leve en su dicción y tendencia a proyectar en otros la causa de sus conductas escolares sancionadas. Se observa molesto solo cuando relata sus problemas escolares que los identifica como aburrimiento de estudiar y malas notas. No pudo dar cuenta clara de sus conocimientos escolares evitando las lecturas propuestas, sin embargo, mostró una gran habilidad y conocimiento en juegos de construcción y electrónicos los cuales pudo compartir. No se detectaron síntomas depresivos, ansiedad elevada o fenómenos psicóticos. Manifestó deseos de mejorar en el colegio y en casa.

Cuadro suplementario 2: Desarrollo descriptivo de una FD integrativa y multidimensional

La historia clínica del paciente ejemplificado es frecuente de escuchar en padres que consultan derivados desde el sistema escolar. Los profesores prontamente dan cuenta de los comportamientos alterados de sus alumnos especialmente cuando hay conducta agresiva. Los síntomas principales descritos son la hiperactividad, la agresividad y la irritabilidad. Algunos síntomas secundarios son: dificultad de aprendizaje, intento de fuga, relaciones interpersonales conflictivas, desinterés en el estudio.

Los síntomas descritos han organizado un comportamiento individual y social del niño que está entorpeciendo su adaptación escolar y convivencia familiar. Los síntomas son clínicamente significativos y las conductas han traspasado el límite de lo esperable para un niño de esa edad en términos de adaptación escolar (desarrollo evolutivo). Al examen mental son relevantes los síntomas de inquietud o actividad excesiva desorganizada (hiperactividad) y su dificultad para mantener una atención focalizada apropiada para su edad (desatención). La no presencia de impulsividad o conducta agresiva podría estar condicionada por el contexto. Se percibe un niño con intención de mejorar, no opositorista.

Al análisis clínico psicopatológico (delimitación sindromática) destaca un Síndrome Hiperkinético o de hiperactividad (patrón principal); los síntomas (triada sintomática: hiperactividad, desatención e impulsividad) han persistido por varios meses, ocurren en diversos contextos y causan problemas al paciente como a los otros. Se asocia a lo anterior un déficit del rendimiento escolar (*inmadurez escolar*) y un *síndrome de conducta agresiva*. Esta última de *tipo reactivo no encubierta* probablemente ligada a una reacción emocional e impulsiva y no a un patrón persistente de conducta antisocial. Su cuadro de base se exacerba con la asociación de dificultades de madurez intelectual (disarmonía cognitiva) lo que dificulta el ajuste social o en responder a las demandas del medio. Su reacción emocional no contempla situaciones de desafío o trasgresiones de relación directa con la autoridad y pareciera ser una alteración reactiva asociada o secundaria a frustraciones o restricciones. Por el momento, con un análisis clínico diferencial se hace conveniente un plan de trabajo teniendo en cuenta una hipótesis diagnóstica de TDAH (Trastorno de déficit Atencional e Hiperactividad) descartando inicialmente comorbilidad con trastornos opositoristas o de conducta. Los TDAH son frecuentemente comórbidos con trastorno opositorista desafiante y de conducta. Esta coocurrencia debe ser diferenciada de un trastorno de desregulación emocional y éste de un trastorno bipolar infantil, ya que los síntomas de irritabilidad e inquietud excesiva puede estar presente en todos los trastornos mencionados. Dado el bajo rendimiento escolar, se debe investigar el grado de desarrollo de habilidades de aprendizaje y la presencia de dificultades psicopedagógicas específicas si las hay.

Se suma al análisis clínico sintomático un análisis de la dinámica interactiva del paciente considerando modelos o perspectivas de comprensión psicopatológica. En el caso observamos que ha sido significativo el impacto relacional entre la conducta del paciente en casa y las respuestas de manejo por parte de los padres los cuales ha recurrido a un estilo de crianza punitivo (perspectiva interactiva relacional). Estas medidas pueden actuar como factor precipitante y perpetuante de irritación, desmotivación y respuesta impulsiva en el paciente (temperamento, sensibilidad a la crítica y autoestima). También es posible que los padres hayan sido inicialmente ambivalentes en el manejo conductual de su hijo, identificándose ellos con las dificultades escolares debido al antecedente familiar de dificultad de rendimiento escolar. Este antecedente puede actuar tanto como un factor predisponente biológico (herencia) y psicológico ya que puede producir una identificación con la dificultad escolar del niño la que a su vez puede generar una frustración parental (perspectiva intrapsíquica). En relación a la utilización de la suspensión de clases y a permanecer en casa como medidas disciplinarias e idea de cambio conductual, estas medidas al aplicarlas podrían generar en el paciente una ganancia secundaria alejándolo del colegio y del estudio y distorsionar el fin que se busca. Estar en casa sin escuela lo refuerza al alejarlo de una conducta no placentera para él como estudiar concentrado y hacer tareas (perspectiva cognitivo conductual). Que se haya manifestado ahora con mayor notoriedad la sintomatología (factor presentación) especialmente en el colegio (dificultad para organizar tareas), puede deberse a que está cursando 1º básico, un programa escolar de mayor exigencia comportamental y cognitiva en que al niño se le exige mayor autonomía y autorregulación (perspectiva escolar social).

El hecho de descartar cuadros médicos asociados (metabólicos o genéticos y neurológicos) vislumbra un mejor potencial de cambio madurativo en el paciente; su mejor capacidad de habilidad de ejecución lo pueden ayudar en su aprendizaje como también en su autoestima (factores potenciales). La colaboración de los padres y del colegio en superar las dificultades del paciente, así como el hecho de que ellos estén presentes participando en actividades de la comunidad escolar, facilita las medidas de apoyo terapéutico (factor potencial en perspectiva socio cultural).

Los niños con TDAH responden clínicamente con reducción sintomática significativa al uso de psicoestimulantes o atomoxetina. Una vez reducido los síntomas, se debe asociar una terapia parental de entrenamiento y manejo conductual que enseña a los padres a cómo adaptar su estilo de crianza a las necesidades especiales del niño. Debemos considerar medidas de apoyo y ajuste conductual escolar. Una evolución favorable (factor pronóstico) estará determinada por la intervención temprana. Los niños que continúan presentando problemas conductuales con deterioro escolar y social son principalmente los casos no tratados o tratados parcialmente. En este caso, la condición de disarmonía intelectual, si se asocia a falta de apoyo familiar y escolar, pueden entorpecer el pronóstico. Un plan de tratamiento efectivo para nuestro paciente debería ser multimodal, es decir, considerar el uso de fármacos sumado a una terapia parental de manejo conductual y a un apoyo psicológico individual de fortalecimiento de regulación emocional y autocontrol conductual, además de un apoyo escolar ajustado a las capacidades del paciente. Se debe considerar en su momento adecuado una evaluación neuropsicológica y psicopedagógica dada su inmadurez de aprendizaje. Estos objetivos terapéuticos iniciales deben ser paulatinamente llevados a cabo en una alianza de confianza y colaboración con los padres que asegure adherencia al proceso terapéutico.