

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH), LOS OLVIDADOS EN EL DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD),
THE FORGOTTEN ONES IN THE DIAGNOSIS, REPORT OF CASE

TRANSTORNO POR DEFICIT DE HIPERACTIVIDADE (TSAH):
OS ESQUECIDOS NO DIAGNÓTICO. RELATORIO DO CASO

WALTER PONTÓN CORTÉS, M.D.* PSQUIATRA

A consulta llegó Manuel (M), de 11 años, que había decidido no vivir más en su casa, no quería saber nada sobre su hermano y se había trasladado a la casa de su abuela materna, muy próxima al hogar familiar. Sus padres no estaban de acuerdo pero habían aceptado la situación y lo traían a consulta por este motivo y porque adicionalmente tenía pésimas relaciones con su hermano, un año menor, que incluían agresión física y verbal, con quejas del colegio sobre peleas con su hermano por intolerancia a la presencia de este último, habiendo disminuido su rendimiento académico y sus relaciones interpersonales deterioradas.

Al examen se encontró un menor con sobrepeso, vestido con ropas de marca, bien presentado, que no establecía contacto visual, tono de voz bajo, con importante agresividad reprimida expresada al pedirle que hablara de su hermano, siendo enfático en desear vivir lejos de él y que si estaba en la casa, él no deseaba estar en la misma edificación, porque si lo veía cerca lo agredía y si le dañaba algo más, también se desquitaría, situación que expresaba se extendía incluso al colegio. Refería algo de insomnio, aumento del apetito por ansiedad, ansiedad si su hermano se encontraba cerca, ideas de muerte ocasionales, negativa de ideas suicidas, su visión del futuro adecuada pero no se visualizaba en familia sino con su abuela y su tía materna. Como antecedentes de importancia su madre padece trastorno afectivo bipolar y tricotiromania, que en ese momento estaban fuera de control. Era permisiva y se culpabilizaba de la situación de sus hijos. Su padre, rígido en cuanto a roles sexuales y muy poco expresivo afectivamente. La abuela materna sobreprotectora y sataniza al hermano del paciente.

El hermano del paciente no traía ningún diagnóstico pero al evaluarlo fue evidente que presentaba una hiperactividad con déficit de atención, su SNAP IV confirmó la impresión y también lo hicieron los realizados por padres

y profesores, apareciendo entonces múltiples reportes de dificultades académicas y sociales. Se realizó una charla de psicoeducación sobre el trastorno del hermano de M a la familia y posteriormente se realizó orientación en cuanto al manejo de autoridad por parte de los padres, en la que se incluyó a la abuela y la tía maternas con quien vivía en el momento. En ambas fue evidente el escepticismo de M con relación al cumplimiento por parte de su hermano, expresándolo de manera abierta al grupo familiar y reiterando su deseo de no vivir más en la casa familiar. M, refiriéndose a su hermano, expresaba su convicción de que este disfrutaba de molestarlo, que si tenía algo que le interesara su hermano lo dañaba o destruía, si deseaba dormir no lo dejaba, sus tareas eran dañadas, la comida en familia había desaparecido por los conflictos que generaba su hermano, su vida social había casi desaparecido por las situaciones que generaba, estudiar era imposible pues su hermano siempre estaba pendiente de cómo impedir que lo hiciera, si guardaba algo de alimento en la nevera desaparecía, si su mamá le prestaba atención su hermano generaba alguna situación que implicaba tener que dedicarle tiempo a él, las empleadas del servicio se dedicaban a cuidar a su hermano y no le prestaban atención ni le ayudaban, su tía dedicaba mucho más tiempo al cuidado de su hermano y la única que lo entendía era su abuela.

Se hizo necesaria otra sesión de psicoeducación dedicada exclusivamente a explicar el manejo de psicofármacos, pues el padre de M se negaba a tratar la hiperactividad de su hermano. Luego de una negociación importante entre los padres, se decidió iniciar el tratamiento de la hiperactividad del hermano de M, se realizó sesión con la abuela de M para evitar la triangulación y para realizar psicoeducación y se inició psicoterapia con M en forma individual. Como resultado la situación familiar ha mejorado, la madre se ha

* Correspondencia: Servicio de Pediatría, Hospital Militar Central, Tr. 3 No. 49-00, Bogotá D.C, Colombia

estabilizado de su diagnóstico de base, se recomendó que los niños realizaran ejercicio diariamente y en el momento lo practican irregularmente con excepción de la equitación. La madre ha sido más firme y a la vez más amorosa con sus hijos y el padre comparte más tiempo con ellos. M en la actualidad regresó a su hogar y refiere mejoría de la relación con sus padres y hermano, se ha trabajado en cuanto a la interiorización de que su hermano no lo odia y que su comportamiento es solo el resultado de una enfermedad que al ser tratada, hace que cambie, lo cual, pese a persistir desconfianza, se está logrando.

Posterior a este caso se decide empezar a citar a los hermanos de los pacientes con diagnóstico de hiperactividad, encontrando una gran carga de rabia y la sensación de ser incomprendidos y relegados por un hermano que según ellos, hace literalmente lo que se le antoja, con el agravante de hacerlos castigar con frecuencia y de afectar adversamente las relaciones sociales tanto familiares como comunitarias. En el momento, se está empezando a aplicar pruebas y entrevistas tanto a los pacientes con TDAH como a sus hermanos, para que esta observación pueda ser sustentada con criterios de medicina basada en la evidencia. Sin embargo y mientras se procesan los datos que generen pruebas y entrevistas, se considera importante identificar a

estos olvidados del diagnóstico de TDAH, pues la existencia de una patología crónica infantil a nivel de la familia, debe generar afectos en los hermanos no afectados por la patología pero si por sus síntomas. Entre estos efectos se ha encontrado ansiedad, síntomas depresivos, rencor, agresividad verbal y física, resistencia pasiva, retraimiento social, síntomas somáticos, bajo rendimiento académico y vergüenza.

Adicionalmente, a nivel familia, se presentan situaciones de conflicto generadas por el paciente que también son perturbadores para el hermano no afectado. El patrón cambia de acuerdo a la edad del afectado, la presencia o no de agresividad verbal y física por parte de este y los esquemas de comunicación del grupo familiar que tiende a organizarse como modo normal de existir a la psicopatología del niño, afectando el desarrollo de los niños no afectados, al acomodarse la familia a un funcionamiento inadecuado. También se encuentran algunos niños afectados positivamente en cuanto a su madurez y su resiliencia. Se considera que seguir estudiando este efecto es necesario y teniendo en cuenta la cronicidad del trastorno, se requiere intervención familiar una vez se realice el diagnóstico, a fin de evitar mayores consecuencias en los miembros no afectados del grupo familiar.