

CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS. I CONGRESO NACIONAL DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

15-17 MARZO DE 2023, SALAMANCA.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

- Nombre y apellidos: Ana Maciá Casas
- Centro de Trabajo: Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
- Email: amacia@saludcastillayleon.es / anamacia93@gmail.com
- Ciudad: Salamanca.
- Provincia: Salamanca.
- Especialidad médica: psiquiatría.
- Número de colegiado: 3707557-7.

AUTORES: Ana Maciá Casas, Belén Refoyo Matellán, Vanesa Berdión Marcos, Julia Calama Martín, Sara Díaz Trejo, Isabel del Castillo Rebollero, Sergio Urrea Gayarre, José Antonio Alonso Sánchez, Raquel Cabezas Mesonero.

TÍTULO: “¿Y SI NO NOS ENTENDEMOS?”

RESUMEN. Se presenta el caso de un niño de 7 años con alteraciones de conducta. Originario de Ucrania, se ha trasladado recientemente a España junto con su familia por la situación bélica en su país. Barrera idiomática que precisa de la participación de traductores durante las consultas. Sin antecedentes personales ni familiares psiquiátricos. Padre fallecido por infarto agudo de miocardio. Niegan complicaciones en el embarazo y parto. Niegan alteraciones del neurodesarrollo. En el colegio y en las relaciones sociales presenta alteraciones de conducta con importantes signos de hiperactividad e impulsividad, que la madre refiere desde pequeño. Finalmente, y tras descartarse patología orgánica, es diagnosticado de TDAH. Se inicia tratamiento con metilfenidato, con buena tolerancia e importante mejoría de la clínica que presentaba. Con este caso se busca plasmar las dificultades diagnósticas ante individuos, no solo con otro idioma, sino también con una cultura diferente, así como las dificultades de manejo ante dichos casos que existen en la actualidad por parte de los profesionales sanitarios, por la falta de recursos y de formación adecuadas, así como la importancia de realizar un enfoque biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE: conducta, hiperactividad, impulsividad, metilfenidato, transcultural.

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de un niño de 7 años y 10 meses derivado desde su pediatra a las consultas ambulatorias de psiquiatría infanto-juvenil por alteraciones de conducta.

Se trata de un escolar natural de Ucrania; allí residía con su madre y sus dos hermanas (padre fallecido). Debido a la situación bélica en su país, tuvieron que trasladarse a España en marzo de 2022. Actualmente residen en un albergue a través del apoyo de una ONG nacional. Debido a la barrera idiomática (ucraniano como única lengua tanto de la madre como del escolar) existen dificultades importantes en la entrevista, existiendo únicamente una consulta con traductor presencial (voluntario de la ONG), siendo el resto de consultas presenciales con el niño y su madre pero con traductor telefónico.

Respecto a sus antecedentes personales médicos, presenta marcha en equino como secuela nerviosa postraumática en miembro inferior derecho desde los 5 años tras herida con un cristal, que precisó de intervención quirúrgica, en seguimiento actual por traumatología y rehabilitación. Niegan antecedentes personales cardíacos. Niegan seguimiento previo por Salud Mental, tanto en España como en Ucrania. Niegan tratamiento farmacológico en la actualidad ni recientemente. Su calendario vacunal está actualizado.

Su madre, de 46 años, no presenta antecedentes de patologías orgánicas ni psiquiátricas, realizó estudios secundarios y mantuvo trabajo estable en su país hasta su traslado a España. Su padre falleció hace 3 años a causa de un infarto agudo de miocardio, sin presentar antecedentes personales psiquiátricos, aunque la madre refiere que desde siempre fue "muy movido". Las hermanas del niño, de 15 y 11 años respectivamente, tampoco presentan antecedentes personales médicos de interés. Niegan otros antecedentes familiares psiquiátricos de interés. También niegan antecedentes familiares cardíacos con diagnóstico en menores de 30 años y no refieren antecedentes familiares de muerte súbita.

En cuanto a los antecedentes obstétricos-perinatales su madre refiere un embarazo sin incidencias, niega consumo de sustancias de abuso durante el mismo, con inicio de los movimientos fetales a los 4 meses (su madre refiere movimientos fetales aumentados en comparación con sus otros embarazos). El parto fue vía vaginal, a término, con un peso al nacer de 3700g. No recuerda Apgar al nacimiento, niega que hubiera precisado reanimación neonatal.

Respecto a los hitos del desarrollo, refieren que inició la deambulación a los 9 meses. No recuerda edad de los primeros bisílabos, pero no considera que hubiera un problema en la adquisición del lenguaje ni en su desarrollo posterior. Niega incidencias respecto al control de esfínteres, adquiriendo el mismo antes de los 3 años. Refiere que el desarrollo social inicial se presentó sin incidencias.

En el área académica, fue escolarizado en Ucrania a los 6 años durante unos meses hasta inicio del conflicto bélico en su país y su consecuente traslado a España, donde ha cursado unos meses de primero de primaria. Su madre lo define como un niño sociable, tanto en su país de origen como actualmente con los compañeros del albergue en el que se alojan, aunque es frecuente su tendencia a las disputas. En su tiempo libre le gusta estar con el teléfono móvil y jugar al fútbol.

El escolar de 7 años es derivado a atención especializada desde su pediatra por alteraciones de conducta, con importantes signos de hiperactividad e impulsividad desde hace tiempo, con empeoramiento reciente de su comportamiento, con dificultades para acatar las normas, lo que dificulta enormemente su escolarización para el siguiente curso (segundo de primaria), habiéndoselo comentado a su madre así desde el centro escolar. Su madre refiere que el niño se ha mostrado siempre muy inquieto, con dificultades para seguir las reglas y escuchar a los demás. Refiere que tiende a querer hacer todo muy rápido, no centrándose en las actividades que está haciendo, olvidándose muchas veces

de las cosas. Comenta que el niño no ve el peligro, dificultándole a su madre su manejo y el garantizar su seguridad. Problemas en el ámbito social por tendencia a peleas y conflictos. Debido a su lesión traumatológica algunos niños se han reído de él, lo que le dificulta aún más las relaciones sociales. Su madre refiere que es un niño contento, que disfruta de sus juegos, con adecuadas ingestas alimentarias, dieta variada y adecuado descanso nocturno.

En relación con posible sintomatología TEA, no presenta aparentes deficiencias en la reciprocidad emocional, en las conductas comunicativas no verbales ni en las relaciones; tampoco patrones restrictivos ni repetitivos de ningún tipo, ni inflexibilidad de rutinas, ni hiper o hiporreactividad a estímulos sensoriales.

En la primera entrevista el niño interactúa con su madre, el traductor y con los profesionales sanitarios, aunque con importantes dificultades por barrera idiomática. Se muestra muy inquieto, haciendo ruidos, aceptando inicialmente pintar en una hoja, pero no es capaz de mantenerse mucho tiempo sentado, y enseguida se levanta a jugar con el balón que ha traído, a pesar de que su madre intenta reconducirlo, e incluso sale al pasillo a jugar al fútbol, utilizando las paredes como porterías.

Medidas antropométricas en consulta: Peso: 26.7 kg (p40, -0.27 DE). Talla: 128 cm (p45, -0.13 DE). IMC: 16.3 % (p41, -0.23 DE)⁽¹⁾.

Exploración psicopatológica (difícil por barrera idiomática): poco colaborador. Inquietud psicomotriz importante durante toda la entrevista, sin aceptación de los límites que impone su madre. Eutímico. Discurso, según nos refieren, coherente, formalmente adecuado. No refieren síntomas sugerentes de clínica psicótica. Impulsividad, con escasa percepción del peligro, con repercusión social y académica. Sueño y orexia conservados.

En consulta, se decide realizar el cuestionario SNAP-IV⁽²⁾ a través de traductora, lo cual, a pesar de no poder considerarse como un test válido (por cuestión idiomática y no estar validada de dicha forma), sí nos permite realizar entrevista semiestructurada en relación a sintomatología relacionada con trastorno por déficit de atención e impulsividad (TDAH). De la misma se obtienen puntuaciones que superarían el punto de corte tanto para déficit de atención como para hiperactividad/impulsividad en caso de poder dar válidos los resultados.

En cuanto al diagnóstico diferencial del caso expuesto⁽³⁾, no parece existir consumo de ninguna sustancia farmacológica y/o de abuso que pudiera justificar el cuadro actual, sobre todo teniendo en cuenta su edad y el control materno sobre él, así como el entorno seguro en el que se encuentra actualmente, aunque nunca pudiera ser totalmente descartable. Tampoco impresiona de sintomatología manifiesta clara, ni de un trastorno oposicionista desafiante, sobre todo teniendo en cuenta la importante hipercinesia e impulsividad que presenta, objetivado en consulta. También podría considerarse la posibilidad de un trastorno de ansiedad y/o reacción adaptativa a su situación vivencial (reciente cambio de ciudad, con el consecuente cambio respecto al idioma y a su entorno habitual, así como el fallecimiento de su padre unos años atrás). La clínica podría ser sugerente de patología orgánica; para ello es imprescindible asegurar la no presencia de déficits visuales ni auditivos (los niega su madre), así como realizar una adecuada exploración física y detectar rasgos dismórficos (no objetivados por su pediatra), por ejemplo para detectar un posible síndrome alcohólico fetal. También cabría considerar la discapacidad intelectual como diagnóstico principal y/o comórbido, el cual a priori se descarta dados los resultados en las tests cognitivos aplicados. Finalmente, cabe destacar la gran posibilidad de que el cuadro clínico sea compatible con un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), cumpliendo, en principio, los criterios del DSM-5⁽⁴⁾ y de la CIE-11⁽⁵⁾ para ello.

Teniendo en cuenta la historia clínica recogida y el diagnóstico diferencial realizado, se plantea iniciar protocolo de coordinación con su centro escolar para disponer de información directa sobre su situación en el centro, presencia de sintomatología TDAH en el mismo y valorar su capacidad cognitiva en la

medida de lo posible (barrera idiomática). Se plantea como primera impresión diagnóstica un TDAH. Dada la importante sintomatología que presenta y su repercusión a nivel familiar, social y escolar, se acuerda iniciar tratamiento psicofarmacológico con metilfenidato de liberación inmediata, en pauta ascendente, para valorar tolerancia y respuesta. Dado el antecedente paterno de infarto agudo de miocardio y siguiendo las recomendaciones de la ficha técnica del fármaco, se considera oportuno que, previamente al tratamiento, su pediatra valore el riesgo cardiológico, así como extensión del estudio orgánico. Se realiza psicoeducación, se recomienda realización de ejercicio físico de forma periódica y se facilitan pautas de manejo de la conducta en domicilio.

Su pediatra realiza electrocardiograma, toma de constantes vitales y analítica de sangre con bioquímica, hemograma, perfil tiroideo y perfil férrico, sin encontrarse alteraciones significativas en ninguna de las pruebas realizadas. Se inicia entonces tratamiento farmacológico con metilfenidato en pauta ascendente, con adecuada tolerancia, sin referir efectos secundarios. En consultas de revisión refieren importante mejoría de la clínica que motivó su derivación a nuestro Equipo de Salud Mental, con gran disminución de la hipercinesia (objetivado en consulta) y de la impulsividad que presentaba. Ya entiende mejor el castellano, aunque no participa mucho en la consulta. Ha iniciado el curso escolar con adecuado comportamiento. Puntualmente ha presentado algún enfado en el centro ante alguna frustración, pero no de la forma explosiva con la que reaccionaba otras veces. También han mejorado las relaciones sociales, tanto en el colegio como con los otros niños del albergue en el que se alojan, con disminución importante de las disputas que antes generaba. Están pendientes de valorar volver a su país si la situación bélica mejorara.

Desde el Equipo de Orientación Escolar remiten al Equipo de Salud Mental los resultados de su evaluación. Para la valoración de la capacidad intelectual global, y debido a la barrera idiomática existente, se aplica la prueba de Matrices del Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT)⁽⁶⁾, no verbal, obteniéndose una puntuación de 104, observándose un desarrollo cognitivo medio respecto a la edad cronológica. Indican que el niño se está iniciando en el aprendizaje de la lectoescritura, presentando menor dificultad en el área de matemáticas. Consideran conducta desajustada previa con baja tolerancia a la frustración que ha mejorado considerablemente con el inicio de curso actual, persistiendo alguna dificultad para acatar las normas, aunque va aceptando mejor las indicaciones del profesor y trabajando correctamente en el aula. Recalcan las dificultades vivenciales recientes como importante desencadenante de las alteraciones de conducta que presentaba inicialmente.

Durante todo momento se ha mantenido el anonimato del niño y su entorno, evitando utilizar cualquier dato susceptible de uso para su identificación.

DISCUSIÓN:

El caso clínico expuesto constituye un reto diagnóstico, entre otros motivos, por la barrera, no solo idiomática, sino también cultural existente, la cual resulta más grande aún al tratarse de un niño de 7 años, con una inquietud importante, que dificulta todavía más la fluidez de la entrevista y la comprensión de la misma. Actualmente en el Sistema Nacional de Salud, y según la Comunidad Autónoma, Provincia, o incluso centro hospitalario, es posible disponer o no de un servicio de traducción más o menos aceptable, en la mayoría de los casos en forma de traducción vía telefónica. Este tipo de traducciones, y más aún en una consulta en Salud Mental, no alcanza a ser, ni tan siquiera, satisfactoria. Esto resulta aún más complejo si se trata de un menor de edad que, además, ha sufrido una situación traumática como es un conflicto bélico en su país de origen, con la consecuente necesidad de traslado a otro lugar, con otras costumbres y, por supuesto, otro idioma. Lo correcto sería poder contar con un traductor presencial en consultas monográficas mediante una organización y preparación previas y, más ideal aún, sería la opción del trabajador bicultural. Esta figura actuaría como parte del equipo terapéutico, y no únicamente como intermediario neutro ni realizando únicamente un servicio

de traducción, sino siendo capaz de interpretar y contextualizar culturalmente la entrevista y la situación sobrevenida⁽⁷⁾.

Además, las dificultades derivadas de la barrera idiomática también se objetivan a la hora de realizar cuestionarios y test validados a un idioma concreto, como puede ser al castellano. En el caso clínico expuesto esta dificultad apareció ante la posibilidad de realizar algún test de screening de TDAH, así como a la hora de evaluar otros parámetros, entre ellos las funciones cognitivas del niño, mediante la aplicación de, por ejemplo, la Escala de Inteligencia de Weschler para niños (WISC-IV)⁽⁸⁾, que además permite valorar la existencia de perfil TDAH en los resultados de la Escala. Resultó también imposible la realización de tests en idioma ucraniano, dado que no disponíamos de traductor presencial en el equipo que pudiera facilitar el mismo, asegurar su comprensión y su correcta contestación. Según el colegio oficial de psicólogos⁽⁹⁾, las versiones de los distintos idiomas de un cuestionario deben elaborarse mediante metodología rigurosa, siendo sensibles a los aspectos de contenido y culturales, resultando imprescindible que, quienes apliquen los tests, sean capaces de comunicarse perfectamente en el idioma en el que se aplica. Actualmente existe la posibilidad de aplicar un control de calidad para guiar la traducción y adaptación de los tests de unas culturas a otras, mediante la aplicación de una serie de directrices de carácter general, de acuerdo al formato del ítem analizado, según la gramática y la redacción, para la traducción de pasajes y teniendo en cuenta diferentes aspectos culturales⁽¹⁰⁾.

Además de las dificultades psicosociales ya comentadas por la barrera cultural e idiomática existentes, cabe destacar la posibilidad de aparición (y/o empeoramiento) de la clínica del niño consecuente con su situación vivencial actual, como por ejemplo, al hecho de vivir en un albergue, con personas con las que no está acostumbrado a convivir, y lejos de su hogar, teniendo en cuenta, además, ya no solo la situación bélica que haya podido vivir, sino la situación de pandemia y el fallecimiento de su padre recientes. También sería interesante valorar la situación actual de su entorno más cercano (madre y hermanas), entendiendo al individuo como sistema dentro de su familia (e incluso de su sociedad). También habría que considerar las diferencias en cuanto a la escolarización entre España y en Ucrania, siendo en este país la escolarización obligatoria a partir de los 6 años⁽¹¹⁾. Al respecto, el niño del caso clínico no inició su escolarización hasta unos meses antes de venir a España, por lo que tampoco había tenido la oportunidad de adaptarse a lo que implica acudir a un centro escolar, mantener la atención en el mismo y cumplir unas normas, lo cual no tiene por qué resultar un problema en su sociedad de origen, pero sí en el nuevo entorno en el que el resto de niños llevan más tiempo en ese tipo de sistemática.

Para el diagnóstico diferencial, algunos aspectos de la historia clínica resultan de gran interés para el diagnóstico final de TDAH, como son los factores genéticos (sospecha de padre con posible TDAH). Además, ya desde el embarazo su madre relata la existencia de movimientos fetales aumentados, habiendo llegado a presentar el niño una secuela neurológica derivada de una lesión con un cristal, habiéndose observado en niños con TDAH una mayor tendencia a presentar accidentes⁽³⁾.

Finalmente, será de gran importancia el acompañamiento del menor durante su infancia y adolescencia, no solo a nivel farmacológico, sino para valoración de posibles comorbilidades y/o necesidad de otros recursos, con el fin de prevenir y mejorar el pronóstico del TDAH.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Resulta primordial la formación de los profesionales sanitarios, no solo en cuanto a las diferentes presentaciones clínicas del TDAH, sino al abordaje de la misma desde diferentes culturas.

Es indispensable aumentar la investigación en técnicas y métodos de abordaje de la patología psiquiátrica y psicológica desde una perspectiva transcultural, facilitando, no solo la recogida de información clínica, sino la realización de test y cuestionarios aptos, que permitan la igualdad a la hora de la atención de los diferentes usuarios.

La importancia de disponer de recursos de tipo transcultural en la atención en Salud Mental resulta imprescindible, con el fin de mejorar la atención sanitaria y la calidad de la misma, mediante un enfoque biopsicosocial, revirtiendo consecuentemente en un menor gasto sanitario y de recursos humanos si se realiza una adecuada planificación previa.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Web PEDIátrica 2022. EndocrinoPED: Antropometría [Internet]. España [consultado agosto 2023]. Disponible en <http://www.webpediatrica.com/endocrinoped/antropometria.php>.
2. Cibersam. Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental: SNAP-IV [Internet]. España [consultado enero 2023]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=156>.
3. Herreros Rodríguez O, Monzón Díaz J, Rubio Morell B. Capítulo 21: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. 1ª Ed. España: Elsevier; 2021. P196-216.
4. American Psychiatric Association, APA. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
5. Organización Mundial de la Salud, OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 revisión, CIE-11. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. [Internet]. Disponible en: <https://icd.who.int/es>.
6. Kaufman AS, Kaufman NL, Calonge Romano I, Cordero Pando A. Test breve de inteligencia de Kaufman (K.BIT). 2ª Ed. Madrid: TEA, 2000.
7. Pérez Sales, P. Capítulo 10: Planificación de servicios desde una perspectiva transcultural. Comparación de sistemas médicos e integración de recursos. En: Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción. 1ª Ed. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.; 2004. p131-146.
8. Cibersam. Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental: WISC-IV [Internet]. España [consultado enero 2023]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=452>.
9. Colegio Oficial de Psicólogos, COP. Directrices Internacionales para el uso de los Tests [Internet]. España [consultado enero 2023]. Disponible en: <https://www.cop.es/index.php?page=directrices-internacionales>.
10. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK; International Test Commission. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. Psicothema. 2013;25(2):151-7. Spanish. doi: 10.7334/psicothema2013.24.
11. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Trámites para escolarizar a los niños desplazados de Ucrania. [Internet]. Última actualización 07/06/2022. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/web/ucrania-urgente/w/escolarizar-desplazados-ucrania#:~:text=Si%20bien%20de%206%20a,de%20accesos%20en%20cada%20caso..>