

11226
2ej
51



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

NIÑO HIPERQUINETICO

Detección en la consulta externa de Medicina Familiar de la U. M. F. No. 1, I. M. S. S. Puebla.

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Blanca Micaelina Cruz Garrido

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

1983 - 85

**TESIS CON
FALLA IS ORIGINAL**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO .

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.	2
MATERIAL Y METODO	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSION	12
CONCLUSIONES	15
RESUMEN.....	15
REFERENCIAS.....	17

INTRODUCCION

Cierto número de niños, que se estima superior al 4% de la población escolar, aunque no son retrasados, ni presentan defectos mentales, o alteraciones neurológicas fáciles de apreciar, tienen dificultades para aprender y comportarse como los demás niños. Constituye un grupo heterogéneo, y no existe una causa única o bien definida de las desviaciones de comportamiento, muchas de las cuales son parecidas en los niños afectados.

Durante el último decenio se han propuesto numerosas denominaciones categóricas para estos trastornos, basándose en la supuesta causa intrínseca o ambiental, o en las manifestaciones y síntomas o importancia de un trastorno aparente de la instrucción y la conducta.

La denominación "disfunción cerebral mínima" se emplea habitualmente para designar un síndrome en el cual un niño, a pesar de una capacidad intelectual de tipo medio, presenta dificultades para aprender o en su conducta, que pueden variar entre ligeras hasta moderadamente graves y que son atribuibles a ciertas alteraciones de la función cerebral, como dificultades de percepción, conceptualización, comprensión del lenguaje o expresión, memoria o control de la atención, impulsos o ciertas funciones motoras.

En la mayoría de los casos no pueden determinarse -- una causa específica para el síndrome de la disfunción cerebral mínima, pero algunas veces existe una relación manifiesta

con un trastorno genético, lesión en el parto, o enfermedad o lesión prenatal o posnatal del SNC.

Una guía simple en el diagnóstico de la dishabilidad perceptivo motriz con la que cursan este tipo de niños, lo son las pruebas psicométricas de Bender Gestalt y Gesell. (1,2,3,4,5,..).

A pesar de lo simple que pudiera resultar hacer el diagnóstico del niño con síndrome de disfunción cerebral mínima (niño hiperquinético), se ha observado que los casos reportados tanto en la consulta de medicina familiar como en la consulta externa de pediatría son bajos en relación a lo que se reporta en la literatura.

De ahí que dichos conocimientos motivan la realización del presente trabajo de investigación.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

No hay una sola obra importante de psicopatología infantil que pase por alto la existencia de los síndromes cerebrales. La luz de los conocimientos actuales en el campo de las ciencias médicas, así como de las de la conducta, la salud y la enfermedad, son simplemente dos fases de la vida misma. Los principales conceptos que sostienen este punto de vista han sido expuestos desde el siglo pasado, por Bernard, Freud, Cannon y Meyer.

En 1902, un médico inglés de nombre G. F. Still, describió en un artículo publicado en la revista Lancet, la sintomatología que se presentaba en los niños que padecían un daño cerebral evidente. Tuvieron que pasar 21 años para que otro autor, F. G. Ebaugh, llamara la atención sobre las secuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos, que producen, con -- frecuencia, cambios cerebrales estructurales. No fue sino hasta 1934 que los doctores Kahn y Cohen describieron un síndrome al que llamaron "orgánico cerebral", caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas. Pero la primera descripción clínica completa de este cuadro en el que se afecta principalmente el área de la conducta, fue hecha por Strauss y sus colaboradores. Y a partir de él, las investigaciones se han sucedido una tras otra y por tanto contamos hoy con un muy aceptable conocimiento de la disfunción cerebral mínima.

Se puede decir, que el descubrimiento de estos cuadros clínicos abrió un capítulo interesantísimo de la paidopsiquiatría. al mismo tiempo que proporcionó un giro en la dirección del progreso de la psicopatología. Desde entonces se fue comprobando que L. A. Lurie tenía razón cuando en 1938 se quejaba de que los paidopsiquiatras atribuiran todos los trastornos de la conducta infantil a las represiones, frustraciones, rechazos, identificaciones, sentimientos hostiles. Era -- evidente que se ejercía una excesiva influencia de las ideas psicoanalíticas en torno a la psicopatología infantil. Afortunadamente después de un largo período de dicha influencia el -

clínico ha vuelto su mirada hacia un trabajo que había quedado inconcluso: la valoración objetiva de los cambios estructurales y funcionales del cerebro como principales responsables de ciertos trastornos de la conducta del niño.

Prevalencia. Según ciertos autores (Stewart y cols.) manifiestan que el síndrome de disfunción cerebral tiene un alto grado de incidencia pues estima que 4% de todos los niños en edad escolar son hiperquinéticos. Con predominio de las manifestaciones conductuales afecta en mayor grado a los varones. Por otra parte, no parece que existan factores raciales importantes; sabemos que ningún grupo racial es inmune a este trastorno.

Etiopatogenia. La disfunción cerebral puede producirse a partir de conocimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención, y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento.

Las causas que se mencionan como más frecuentes, pueden dividirse en: Las que afectan al producto mientras permanecen en el útero (preparto), las que lo hace durante el parto (periparto, factores paranatales); las que afectan al niño después del nacimiento, principalmente durante los primeros meses de la vida (posparto). En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80%) de los casos, en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15 % y las restantes actúan ya durante la vi

da extrauterina.

Sintomatología. No existe ningún síndrome en este padecimiento que tenga valor patognomónico. Sólo la observación clínica puede llevarnos a constituir un verdadero síndrome -- que corresponda a la situación patológica que se llama disfunción cerebral mínima. Así se tiene: Hiperquinesia; destructividad, hiperactividad verbal, trastornos del sueño y agresividad. Inatención; distracción, hiperactividad sensorial. Irritabilidad; conducta impredecible, baja tolerancia a la frustración (rabieta, berrinche, sañete). Impulsividad; conducta antisocial (sociopática), enuresis, encopresis, temeridad. Incoordinación muscular (dispraxia) torpeza corporal, -- disgrafia, ineptitud deportiva, disartria, dislalia. Disforia; anhedonia, ansiedad (depresión) deficiente autoestima. -- Desobediencia patológica; incomprensión de órdenes, repetición de órdenes, repetición de la falta, incomprensión del -- castigo. Trastornos del aprendizaje; problemas visomotores -- dislexia, disociación, inversión del campo visual, perseverancia, memoria deficiente, pobreza de la imagen corporal.

Además de sintomatología, está la signología, que - debe tenerse en mente durante la exploración física y psicológica del niño.

Diagnóstico. Por orden de importancia, los recursos clínicos utilizables en los casos en que se sospecha la existencia de un síndrome de disfunción cerebral.

La historia clínica es, con mucho, la fuente más importante de datos. Los rubros más pródigos en la aportación de los datos son los siguientes: 1.- antecedentes personales patológicos y no patológicos; 2.- historia del desarrollo psicobiológico del niño; 3.- sintomatología actual; 4.- exploración psiquiátrica; 5.- exploración física, sobre todo la neurológica.

Exploración Neurológica.- Fácil de realizar en la consulta externa las pruebas que se describen:

Prueba dedo nariz; habilidad para mover los globos oculares; prueba del tocamiento simultáneo; simultagnosia -- (dificultad para describir la acción representada en un cuadro) pruebas relacionadas con la deambulación (caminar de -- puntas; grafestesia (identificar la letra que se escribe en su espalda); prueba de vestirse y desvestirse; buscar movimientos coreiformes en manos; sinquinesia (movimiento complicado con un miembro y al mismo tiempo se produzcan movimientos parecidos en el miembro opuesto); adiadococinesia (dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos); estereognosia (facultad para percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos); movimientos de la lengua (arriba, abajo y de lateralidad); pedir al niño que sentado flexione una pierna para que su talón toque la rodilla contraria.

Tratamiento.- Psicofármacos. Estimulantes (anfetaminas y metilfenidato). Anticonvulsivantes (difenilhidantof-

na, carbamazepina, primidona). Tranquilizantes menores (difenhidramina, meprobamato, clordiazepóxido, diazepam). Tranquilizantes mayores (todos). Antidepresivos (imipraminas).

Tratamiento psicológico tanto para el niño como para los padres, orientación en como educar al niño, e integración del núcleo familiar y del niño problema.

Tratamiento pedagógico, practicar las técnicas de enseñanza para mejorar su aprendizaje y sus dishabilidades.

La mejor de todas las terapias es la multidisciplinaria. El niño ha de ser educado con procedimientos especiales, debe recibir una adecuada psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico.

ANALISIS DEL PROBLEMA

Se ha observado que el número de casos reportados de niños hiperquinéticos en la consulta de medicina familiar en la U. M. F. No. 1 I. M. S..S. Puebla, es reducido. Este bajo índice, puede ser debido al desconocimiento que se tiene del padecimiento por parte de los padres, maestros y del mismo médico de primer contacto.

HIPOTESIS

Se plantean hipótesis de nulidad y alternativas, --tratando de demostrar esta última.

Ho.- La hiperquinesis es un padecimiento orgánico -- complejo, para su diagnóstico es necesaria la intervención del médico especialista y requiere de estudios paraclínicos especializados.

Hi.- La hiperquinesis es un padecimiento orgánico de fácil diagnóstico a nivel de consulta de medicina familiar, no es necesaria la intervención del médico especialista ni de estudios paraclínicos especializados.

MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron al azar niños en edad escolar, que asistieron a la consulta de Medicina Familiar de la U. M. F. No. 1 del I. M. S. S. de Puebla, adscritos al consultorio 23 horario A-C, en el período comprendido de Agosto a Noviembre de 1984.

Se les aplicó tests psicométricos del tipo del Bender Gestalt y Gesell.

Elaboración de historia clínica completa, para investigar acerca de antecedentes prenatales y/o posnatales; trastornos de la conducta y del aprendizaje. Y los casos que resultaron positivos, visita domiciliaria, para realizarles un estudio integral de la familia, buscando psicopsicopatología por parte de los padres.

Se incluyen en el estudio a niños de 5 a 10 años, -- que se encuentren cursando actualmente el año escolar, y hayan asistido al consultorio sin importar la patología que motivó -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

s entrevista; tanto del sexo masculino como del femenino.

Se excluyen a los niños que no estén cursando el año escolar actual, así como los menores de 5 años y los mayores de 10 años.

Los resultados recabados serán analizados comparativamente a los reportes que se tienen de los últimos 3 años.

RESULTADOS

Se estudiaron durante 4 meses a 37 niños de ambos sexos, en edades que comprendieron entre los 5 y 10 años, cursando el actual ciclo escolar.

De estos 37, se encontró a 3 niños previamente diagnosticados por otras instituciones como niños hiperquinéticos.

En los 34 restantes, se detectó que 5 de ellos cursan con hiperactividad, trastornos de la conducta, trastornos del aprendizaje, y por medio de pruebas psicométricas, examen clínico, se estableció el diagnóstico de hiperquinesis. Correspondiendo al 21.6% en frecuencia de los niños estudiados. (Gráfica 1).

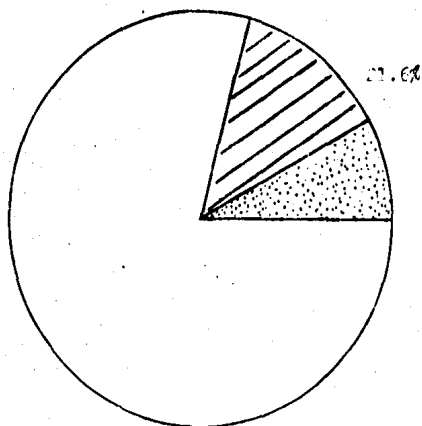
Los resultados que se obtuvieron, fueron los siguientes:

- Hubo un total de 8 niños con diagnóstico de hiperquinesis, de los cuales, todos correspondieron al sexo masculino y ninguno al femenino:

GRAFICA I.

Detección del riko hiperarctico.

Grupo: 27 niños.



Casos Conocidos: 19 (70.4%)



Casos Detectados: 5 (18.5%)



tot 27 (100%)

- El número de casos por edades fué de 2 casos en niños de 5 años de edad; un caso de 6 años; 2 casos en 7 años; - otros 2 casos en niños de 8 años; ningún caso en 9 años y por último un caso de 10 años.

- Entre los antecedentes prenatales, se niega alguna patología durante el embarazo de la madre, de los perinatales se encontró, que 6 niños se obtuvieron por parto eutócico 4; casos son atención médica y 2 casos atendidos por partera empírica; y los otros 2 niños obtenidos por parto distócico (uno - por cesárea y el otro con fórceps), atendidos en el I.M.S.S. - se desconoce la indicación médica. Ninguno de los casos -- ameritó maniobras de reanimación.

Los antecedentes posnatales en los 8 casos fueron negativos.

- El desarrollo psicomotor en los 8 niños aparentemente fue normal.

- Por lo que respecta al rendimiento escolar, 5 de los niños fueron repetidores de año escolar y los otros 3 no.

- Acerca de antecedentes de psicopsicopatología en los padres, tenemos que en 5 casos el padre es alcohólico, uno en que la madre cursa con psicopatología (neurosis), y dos casos más con desintegración familiar, por separación de los cónyuges.

- Además hay 5 casos en que la madre tiene que abandonar el hogar para buscar una remuneración económica, y así me-

mejorar las condiciones de vida de su familia, (Cuadro I).

DISCUSION.

En el presente trabajo de Investigación fue posible demostrar, que la hiperquinesis es una patología más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, coincidiendo con los reportes de la literatura médica. (1).

El índice de frecuencia que se tiene, es de un 4% de la población infantil, en edad escolar; encontrando en este -- trabajo un porcentaje de 21.6% de los niños estudiados. Demostrando que, en realidad la incidencia de esta patología es mayor, de lo que se reporta en la consulta de medicina familiar.

Realmente se ha observado que los antecedentes de -- psicopsicopatología familiar en el niño hiperquinético, es un factor importante (6), tal y como se observó en todos los casos que resultaron positivos en el estudio; así como el hecho de que son más severos los trastornos de conducta, aprendizaje dishabilidades, mayor agresividad y resistencia a la disciplina. (3, 4, 7, 14.).

Hay datos que no es posible verificar su certeza, ya que debido al desconocimiento y falta de atención por parte de la madre, se nos reportan los antecedentes pre-peri-posnatales negativos, así como, su desarrollo psicomotor.

Por lo que estos parámetros no deben ser excluidos - del estudio del niño hiperquinético.

La hiperactividad o hiperquinesia es el más aparente de los trastornos de la conducta; es un verdadero estado de movilidad casi permanente que los padres reportan como algo -- que exhibe desde muy pequeño tachandolos de inquietos y traviesos . Como en la edad escolar el síntoma es más notorio, frecuentemente son los maestros de enseñanza primaria quienes les detectan; estos niños tienen un coeficiente intelectual normal aunque su rendimiento escolar es bajo. (7).

De ahí que los trastornos de aprendizaje se deban -- más que a un retraso mental, a una falta de atención y por lo tanto son repetidores de año escolar, coincidiendo este antecedente en 5 de los casos encontrados.

CUADRO I

CASO	EDAD	SEXO	ANT. PERI NATALES	DESARROLLO PSICOMOTOR	APROVECH. ESCOLAR	PAT. PSICO SOCIAL.
1+	5a.	M	P.E.	Normal	Bueno	Alcoholismo
2	6a.	M	P.D.	Normal	Bueno	Neurosis
3	6a.	M	P.E.	Normal	Bueno	Alcoholismo
4+	7a.	M.	P.D.	Normal	Repetidor	Desintegro ción Familiar
5	7a.	M	P.E.	Normal	Repetidor	Alcoholismo
6+	8a.	M.	P.E.	Normal	Repetidor	Alcoholismo
7	8a.	M	P.E.	Normal	Repetidor	Alcoholismo
8	10a.	M	P.E.	Normal	Repetidor	Desintegro ción Familiar

NOTA:

M: Masculino

P.E.: Parto Eutócico

P.D.: Parto Distócico

+: Casos ya conocidos

CONCLUSION

En este trabajo de investigación se observó que realmente es alto el índice de desconocimiento que se tiene de la patología disfunción cerebral mínima o hiperquinesis, por parte de los médicos, maestros y padres; que califican a estos niños como traviosos, inquietos y tontos, tal y como sucedió en las entrevistas de los niños problema.

Además se pudo demostrar con los niños estudiados la hipótesis alternativa que se planteó y es de que si se tiene conocimiento de la existencia de este padecimiento y tomando en cuenta parámetros importantes como lo es la historia clínica con los antecedentes prenatales, del parto y desarrollo psicomotor; la detección de psicopatología familiar en estos niños y la aplicación de pruebas sencillas psicométricas así como examen físico, el diagnóstico de hiperquinesis en estos pacientes es fácil y no hay necesidad de utilizar estudios paraclínicos sofisticados ni la intervención directa de médicos especialistas como psiquiatras o neurólogos.

RESUMEN.

Como hemos visto en la investigación, no hay gran dificultad para establecer el diagnóstico de esta patología, sólo basta tenerla en mente y hacer una investigación minuciosa acerca de los antecedentes personales y familiares, historia prenatal y del parto, desarrollo psicobiológico, estudio Psiquiátrico, historia individual de los padres, dinámica fa-

miliar, examen médico y psicológico en pruebas psicométricas.

En relación a este padecimiento, algo que llama la atención fue el total rechazo de los padres en aceptar que - su hijo cursa con una enfermedad. De ahí que tanto padres, - maestros y médicos deben estar conscientizados a que todo ni ño con trastornos de la conducta, bajo rendimiento escolar, dishabilidades e hiperactividad pueden ser niños con síndrome de disfunción cerebral.

Como ya comentamos el tratamiento debe de ser multi disciplinario y no basta solo el tratamiento farmacológico o psicopedagógico sino además, es importante la dinámica familiar, que los padres acepten incondicionalmente a su hijo y - su problema, recibiendo los 3 apoyo psicológico.

Por lo que respecta al médico, éste debe tener presente la existencia de esta patología, hacer la detección oportuna para que el niño sea controlado tempranamente con un tratamiento psicopedagógico y médico y así evitar que el niño problema desequilibre la dinámica familiar o lo que es aún -- más grave, que sea castigado, ignorado o rechazado por su núcleo familiar.

R E F E R E N C I A S.

- 1.- Patrick F. Bray.: Trastornos de la conducta. En: Neurología Pediatría. Patrick F. Bray. (Eds.). Salvat. Barcelona, España. 1973. Págs. 13-17.
- 2.- Victor C. Vaughan III.: Disfunción Cerebral. En.: Tratado de Pediatría. Nelson, Vaughan, Mc. Kay. (eds.) Salvat Mexicana. México. 1978. Págs. 109-111.
- 3.- Levine, M.D.: Hyperactivity, AM J Dis Child 134: 409-413, 1980.
- 4.- Rutter, M.: Syndromes Attributed to "Minimal Brain Dysfunction " in Childhood, AM J Psychiatry 139: 21-31,1982.
- 5.- Gustavson, et al: Catechol- O - methyltransferase activity in erythrocytes and plasma dopamine- B - hydroxylase - activity in familial Minimal Brain Dysfunction, Clin Gen 23: 75-77, 1983.
- 6.- Gerald, J.A.: Stewart, M.D.: Familiar Subtypes of Childhood Hyperactivity, The J of Nerv and Ment Dis 171: 362-367, 1983.
- 7.- Melvin, D.L.et al: The Dimension of Inattention Among -- Children With School Problems, Pediatrics 70: 387-395, - 1982.
- 8.- Khan, A.U.: Sleep REM Latency in Hyperkinetic Boys, AM-- J Psychiatry 139: 1358 - 1359, 1982.
- 9.- Shekim, W.O. et al: Platelet MAO in Children with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity: A Pilot Study, - AM J Psychiatry 139: 936-938, 1982 .
- 10.- Wood, D.et al: The Prevalence of Attention Deficit Disorder, Residual Type, or Minimal Brain Dysfunction, in a Population of Male Alcoholic Patients, AM J Psychia--

try 140: 95-97, 1983.

- 11.- Satterfield, J.H. et al: A Prospective Study of Delinquency in 110 Adolescent Boys with Attention Deficit Disorder and 88 Normal Adolescent Boys, AM J Psychiatry 139: 795 - 798, 1982.
- 12.- Gualtieri, C.T. et al : Minor Physical Anomalies in Alcoholic and Schizophrenic Adults and Hyperactive and -- Autistic Children, Am J Psychiatry 139: 640 -642, 1982.
- 13.- Elena Boder; M. Foncerrada; L. Berlanga.: Disfunción -- Cerebral Mínima. En: Manual de Pediatría. Rogelio H. -- Valenzuela. (Eds.). Interamericana. México. 1980. Págs. 634 - 643.
- 14.- Richard J. Schain; Charles D. Schoenwetter.: Learning Disorders in Children. En: Familial Medicine. Cohn et al. (Eds.). Interamericana E.E.U.U. 1979 Págs. 329.333.
- 15.- Cox, W.H.: An Indication for use of Imipramine in Attention Deficit Disorder, AM J. Psychiatry 139: 1059 --- 1060, 1982.
- 16.- Friedmann, N. et al: Effect on Growth in Pemoline Treated Children with Attention Deficit Disorder, AM J Dis Child 135: 329 - 332, 1981.
- 17.- Rafael Velasco Fernández.: "Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima. En: El niño Hiperquinético. Rafael Velasco Fernández. (Eds.) Trillas. México 1976. Págs. 9 - 110.