

Un puente a la distancia

Dimensión de los trastornos del neurodesarrollo

Conferencia

XXXIII Jornadas de la Unidad Académica de Psiquiatría - Facultad de Medicina. 24 al 26 de octubre de 2024

Presentación

Romina Aguerre. Tengo el honor de presentar al Dr. Francisco de la Peña Olvera, psiquiatra de niños y adolescentes. Maestro, investigador en Ciencias Médicas, profesor de Psiquiatría Infantil y de Psiquiatría de Adolescentes y Psiquiatría en la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigación CONACYT y jefe del Departamento de Investigación del querido Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de Ciudad de México. Maestro, mentor y amigo.

Es un honor enorme que estés acá con nosotros, aunque sea a la distancia. Te agradecemos muchísimo tu tiempo. Bienvenido.

Autor

Francisco de la Peña Olvera

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México.

<https://orcid.org/0000-0001-5421-2744>

Disponible en: www.youtube.com/watch?v=9M_AT-B5CrU

Conferencia

Francisco de la Peña. Muchas gracias, Dra. Romina Aguerre, por sus amables palabras.

Agradezco a todas las autoridades de este evento que me hayan invitado a participar y espero que en próximas ocasiones lo pueda hacer de forma presencial.

La Dra. Aguerre me pidió que hablara acerca del tema de trastornos del neurodesarrollo de manera general, entonces me voy a permitir compartir mi pantalla para poderles presentar a ustedes.

Le he llamado a esta presentación sobre la dimensión de los trastornos del neurodesarrollo Un puente a la distancia entre la Ciudad de México y Montevideo, en Uruguay, porque la verdad es que en las ocasiones en que he podido estar en su país me he sentido muy identificado con la gente de Uruguay, muy hermanado.

Entonces me siento muy honrado de poder estar en este foro con ustedes.

Vamos a hablar acerca del neurodesarrollo en términos generales y vamos a tratar de comprender algunos aspectos básicos.

El neurodesarrollo también puede entenderse como parte del desarrollo cerebral. Hay

que recordar que el cerebro y la mente son uno solo, y que el desarrollo va a la par de cómo se va desarrollando el cerebro y cómo se va desarrollando lo que conocemos como las funciones mentales.

Hay momentos en que se deben alcanzar ciertas metas específicas en períodos definidos, y nosotros les hemos llamado a estos períodos *críticos*, que son fundamentales dentro del neurodesarrollo.

Sobre todo, estamos hablando de los primeros años de la vida. Estamos hablando de niños preescolares. Quiero enfatizar que cuando me refiero a niños, y lo voy a hacer a lo largo de la presentación, me refiero a niñas, niños, niñas y todas las posibilidades genéricas que pueda haber, para no caer en ningún proceso discriminatorio.

La otra es que cada etapa del crecimiento global del humano requiere de un cumplimiento de demandas particulares, y estas demandas particulares muchas veces están en intensa correlación con lo que el medio ambiente ofrece. Si el medio ambiente no es estimulante, evidentemente algunos aspectos del desarrollo no van a tener la capacidad de poder manifestarse como deberían de hacerlo.

Eso se ha probado no solamente en modelos animales, sino también en modelos humanos.

De hecho, aquí quiero sacar a colación el diagnóstico que Michael Rutter quiso introducir dentro de la CIE 11, que era el cuasi autismo, que eran características muy similares a las del trastorno del espectro autista que manifestaban niños que habían estado privados de estimulación, y que después de que eran estimulados estos niños volvían a manifestar un desarrollo más o menos normal, y los síntomas del supuesto autismo quedaban atrás. Por eso le llamó *cuasi autismo*.

Para que este neurodesarrollo se presente la masa cerebral debe realizar compensaciones para cumplir dichas demandas. De alguna manera, hay ciertos procesos durante la infancia y la adolescencia de desarrollo, de poda de áreas específicas que se van generando, etc., tema en el cual no voy a entrar en detalles en este momento.

Hay algunos principios generales del neurodesarrollo y las formas en que se evalúan durante los primeros años de vida. No me voy a meter en ninguna corriente en particular. Actualmente, hay varias áreas, no nada más estas cuatro, que hablan de la motricidad gruesa, de la motricidad fina, del lenguaje y del área personal social. Son las fundamentales que siempre se han utilizado desde los últimos 40 años y que se siguen utilizando ahora con más detalles en las subdivisiones.

En torno a la motricidad gruesa hay que tener en mente algunas características generales de lo que se espera para los niños en edad. Poco después de los 12 años se puede mantener en un pie. Entonces tendremos que estar muy atentos si un niño de un año todavía no camina o no se levanta bien para poder intentar hacerlo, en la motricidad fina, pues hay que ver también la forma en cómo hasta los 1-2 años se pueden armar torres y se pueden hacer algunas otras cuestiones de manera fina.

Si un papá quiere forzar a sus hijos para que hagan acciones de motricidad fina en edades tempranas, hay que explicarle que está afuera del rango de lo que se espera.

Igual para el lenguaje. Esta parte del lenguaje yo creo que es una de las más importantes, porque es muy triste ver adolescentes que tienen todavía problemas en el desarrollo de la articulación. Que no se entiende lo que hablan y son víctimas de bullying y presentan procesos emocionales relacionados. Y, evidentemente, está el área de lo que es lo personal social y cómo se espera que estos retos, incluyendo, por ejemplo, el control de los esfínteres, se puedan hacer en los parámetros nacionales del desarrollo a determinadas edades en las diferentes áreas. Y vemos cómo esto consiste en un crecimiento continuo de mielinización, de desarrollo y, más adelante, durante la etapa de poda neuronal. Entonces estamos hablando de lo que son, pues, los principios generales de lo que entendemos como el neurodesarrollo de manera genérica.

Vamos a hablar en particular de lo que son los trastornos del neurodesarrollo y que tenemos que ver cómo empiezan desde edades muy tempranas. Esto tiene que ver con algunos principios que más adelante vamos a ver, en relación con qué es lo que podemos llamar un trastorno del neurodesarrollo. Estos se definen por la presencia progresiva de alteraciones o déficit en la función intelectual, motora o social, y que tiene que ver con lo que se espera para la edad de la persona.

Es por eso que muchos papás identifican algunos síntomas en la interacción cuando los llevan a guarderías o cuando los llevan a kínderes o preescolares; entonces los comparan con otros niños, sobre todo si tienen familiares para comparar.

Se presenta durante el crecimiento humano y se manifiesta a través de anomalías que pueden ser cognitivas, sociales y que tienen un patrón más o menos lineal en cuanto a cómo se pueden ir presentando, porque hay aspectos que la persona no va adquiriendo. Y, si se fijan, este es un paradigma contrario a lo que conocemos en la psicopatología psiquiátrica clásica, en donde la persona pierde el funcionamiento, pierde la habilidad de control emocional, regulación, etc. Pero aquí es que no se adquiere.

Entonces, no es que ~~no~~ se pierda, sino que los procesos en donde se deben adquirir estas funciones están desfasados. Estos déficits en el desarrollo pueden tener una gran amplitud. Pueden ser específicos, muy selectivos, pero también pueden ser generalizados y pueden presentarse como anormalidades altamente específicas hasta por las fallas globales, como les acabo de mencionar.

¿Cuáles son los diagnósticos que actualmente integramos dentro de la dimensión de los trastornos del neurodesarrollo? Y quiero enfatizar que esta ha sido una excelente opción de armonización para las mayores clasificaciones diagnósticas en psiquiatría que son el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el famoso DSM en su quinta edición y edición revisada, y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su undécima edición. Este año fue que finalmente las estamos adaptando en casi todos los países. Y ustedes pueden bajar desde Internet, con cualquier navegador. Ponen CIE-11 en español y les va a dar las versiones que ustedes pueden tener acerca de los criterios diagnósticos que la CIE establece.

Está el trastorno por déficit de atención del cual vamos a hablar más adelante con cierto detalle, que sé que también dentro de esta presentación se han hecho algunas otras pláticas al respecto.

Está el proceso de discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual, antes llamado retraso mental, y que se le modificó sobre todo el nombre por fines de costos de aseguradoras y para evitar estigma.

Está el trastorno del espectro autista, antes conocido como el autismo. Y todas las variedades que existían antes, como el síndrome de Asperger y algunas otras. Ahora las entendemos dentro del trastorno del espectro autista, con algunos especificadores, los cuales también se los voy a mencionar más adelante.

Están los trastornos de la comunicación, del lenguaje. Están los trastornos específicos del aprendizaje. Nosotros ahora hemos hecho un esfuerzo, en el servicio de niños y adolescentes

que tenemos en este Instituto, para evaluar con más detalle los trastornos del aprendizaje, que no siempre son evaluados con precisión en el escenario clínico del psiquiatra. No estoy hablando de los psicólogos ni de los psicopedagogos ni de otros especialistas en el área de la salud mental. Pero al menos, aquí en México, no éramos tan acuciosos en detallar el nivel exacto de desarrollo de cálculo, de la escritura y de la lectura.

Están los trastornos del desarrollo de la coordinación, función motora y están los trastornos por tics. Hay que tener en cuenta que los trastornos por tics se mantienen dentro del DSM. Sin embargo, la CIE los ha ubicado dentro del espectro de los trastornos neurológicos.

Hay algunas características en las cuales me voy a detener para explicarles a ustedes lo que Michael Rutter, que falleció hace 2 o 3 años, que fue el padre de la psiquiatría infantil, sobre todo en la parte europea, habla sobre las características que tienen que tener los trastornos del neurodesarrollo. La primera es que presentan un retraso o desviación de la maduración de diversos procesos psicológicos, de desarrollo neuronal, y que es desfasado para cualquier persona que lo observa desde el punto de vista clínico. Presentan un curso diferente los trastornos del neurodesarrollo del resto de los trastornos psiquiátricos. Como les mencionaba, no existe un clásico curso caracterizado por remisiones y recaídas alternadas, y tampoco es perder una función, sino que es no alcanzarla. En los trastornos del neurodesarrollo los niños y los adolescentes y los adultos que manifiestan estas características pueden ir las disminuyendo, pueden ir mejorando y alcanzándolas de manera más tardía, pero en algunas ocasiones no las alcanzan. Piensen en una persona que tiene una discapacidad intelectual grave; va a ser muy difícil que pueda alcanzar algunas habilidades, por ejemplo, el lenguaje. Si no se alcanzó a edades tempranas, después el lenguaje verbal va a ser muy complicado que se pueda alcanzar.

El deterioro asociado presenta una disminución con la edad, aunque se mantiene durante toda la adultez, sobre todo si no requiere, si no recibe un apoyo adecuado.

Existe algún grado de deterioro cognitivo, tanto específico como general. Ustedes me pueden decir, bueno, esto es estigmatizar, que hay cierta como disminución en la cognición de estos pacientes. No estamos hablando solamente en la cognición, sino lo que podemos hablar como funciones ejecutivas o funciones mentales. Yo conozco personas que tienen trastorno por déficit de atención que son inteligentísimas. Sin embargo, se distraen fácilmente, son desordenadas, después a veces proyectan a futuro. Entonces, a pesar de que son personas con una alta capacidad intelectual, pues tienen algunos déficits neurocognitivos.

Existe una tendencia al traslape entre los diferentes trastornos del neurodesarrollo, y esto es algo en lo cual voy a estar insistiendo a lo largo de la presentación.

Esto quiere decir que, aunque cada trastorno tiene particularidades importantes, con frecuencia existe una sobreposición sustancial entre las características de los trastornos, lo cual hemos denominado nosotros como la *comunalidad sintomatológica*.

Y esto es muy frecuente. De hecho, cuando nosotros hacemos una evaluación clínica detallada en los pacientes que tienen trastornos del desarrollo, nos damos cuenta que tienen manifestaciones de varios de estos síntomas unos sobre otros, y muchas veces escogemos aquel que es mayormente presentado o que se presenta con la mayor gravedad para establecerlo como el diagnóstico principal.

Quizás el problema de eso sea que en ocasiones no observamos el resto de los diagnósticos y a lo mejor no hacemos un plan terapéutico para todas las áreas.

En casi todos los casos existen factores genéticos consistentes que influyen en la vulnerabilidad, diferenciación individual. Y el caso más claro son los trastornos del espectro autista, el trastorno por déficit de atención y algunas condiciones de discapacidad intelectual, en donde precisamente la causa es genética.

En el caso del autismo, del trastorno por espectro autista, en particular, la heredabilidad es mayor al 80 %; entonces la presentación del interjuego gen-ambiente aquí, pues, juega más a favor de lo genético.

Hay algunos factores que contribuyen de manera ambiental. Se han estudiado, por ejemplo, si la edad paterna o incluso la edad del abuelo puede influenciar para que la tercera generación tenga más riesgo de trastornos del espectro autista, o si el consumo de ciertos alimentos o de ciertas sustancias por la madre puede estar relacionado con la presentación de algunos trastornos del neurodesarrollo, etc.

Y en todo se observa una preponderancia masculina. Se presenta más en hombres que en mujeres, sobre todo en la infancia. Pero acuérdense que en la adolescencia las mujeres se deprimen más.

Vamos a hablar acerca del constructo de las dimensiones. Porque, si ustedes recuerdan, estamos acostumbrados a tratar categorías. Las categorías son los diagnósticos establecidos: el trastorno por déficit de atención, el trastorno del espectro autista son las categorías, pero, como acabamos de ver, realmente las categorías se mezclan entre ellas y generan comunalidades; entonces, es muy frecuente que yo vea un niño llevado por déficit de atención, pero aparte identifico que tiene problemas por comunicación pragmática y que tiene intereses selectivos y estereotipados, y que aparte tiene un problema selectivo en el desarrollo de la escritura. Entonces no solamente tiene trastorno por déficit de atención, sino tiene parte de los síntomas del espectro autista y tiene un trastorno específico del aprendizaje. Entonces, verlo bajo esa dimensión nos permite orientar de una manera más asertiva los esfuerzos terapéuticos que podamos hacer.

Incluimos esta visión en un libro que publicamos hace algunos años, en el cual participó la Dra. Romina Aguerre (*Psicopatología básica de niños y adolescentes*), en algunos de los capítulos sobre cómo entender esto, y tratamos de agrupar un capítulo específico que denominamos «La dimensión de los trastornos del neurodesarrollo en donde explicamos

algunos aspectos específicos que tienen que ver con la psicopatología desde el punto de vista genético, compartido, imagenológico, no solamente en imágenes anatómicas, sino también funcionales, de resonancia nuclear magnética. Y también lo hacemos a través de los retos neuropsicológicos y cómo se encuentran comunales entre diferentes diagnósticos de los trastornos del neurodesarrollo.

Bajo esta visión podemos integrar cómo existen estas categorías.

Hay un punto en el cual, antes de entrar a hablar de cada una de ellas, me quiero detener y es en lo que tiene que ver con el estigma relacionado con esto.

Hay que tener en mente que las personas con trastornos del neurodesarrollo tienen una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud integrada en la *Clasificación internacional de las enfermedades*, o sea, es como cualquier otro problema médico. Como la diabetes o como cualquier otro que está dentro de la clasificación internacional, ahí están todos los trastornos del neurodesarrollo que acabamos de hablar. Entonces, ¿por qué no llamarlos por su nombre?

El no llamarlos por su nombre estigmatiza.

Si ustedes a mí me dijeran: «ese pelón psiquiatra de la Ciudad de México» y no llamarme como Francisco de la Peña, me estarían estigmatizando. Entonces yo pido que me llamen por mi nombre, así como realmente deberemos de pedir que identifiquemos y llamemos por su nombre y dejemos nosotros mismos como clínicos de estigmatizar. Hay una corriente muy importante en Europa, sobre todo en Alemania, que tiende a llamar a las personas con trastornos del neurodesarrollo como neurodivergentes, y entonces dicen: no tiene una enfermedad, sino una condición.

Estos aspectos creo que estigmatizan más la posibilidad de que la persona pueda recibir un tratamiento oportuno, porque evaden el esquema de atención médica, psicológica, educativa, ambiental que estas personas necesitan.

Yo no sé qué tanto el medio ambiente tenga que adaptarse a la persona. Sin duda,

podemos hacer ajustes, pero creo que es muy importante que la persona busque adaptarse al medio ambiente.

Ni siquiera hablar un poco de esto de cuando les llaman niños indigos o niños cristales. Y entonces muchos aspectos de las normas educativas se van. Es importante mencionarlo, porque vamos a hablar de diagnósticos y tratamiento de condiciones médicas.

Vamos a hablar acerca del abordaje del diagnóstico. Y en el momento de realizar cualquier valoración de un niño, un adolescente, un adulto deben tomarse ciertas consideraciones clínicas, epidemiológicas y de tratamiento que tienen que ver con lo que está buscando la familia, lo que nosotros queremos hacer y lo que nosotros podemos ofrecer.

Para el tratamiento de cualquiera de los trastornos del desarrollo deben tenerse en cuenta tres puntos:

1) Los síntomas y las conductas centradas en el padecimiento. Hay varias formas en que se pueden evaluar los trastornos del neurodesarrollo. Hay muchas escalas, instrumentos. Algunas no son costosas y algunas son abiertas. En el Kiddie-SADS (del DSM-5), que manejamos tanto en Uruguay como en México, se explora de manera propositiva, para escolares y adolescentes, el trastorno del espectro autista, los trastornos del aprendizaje, ahora que le hemos sumado, y el trastorno por déficit de atención y los trastornos por tics. Todavía tenemos algunas limitaciones, pero existen muchos otros instrumentos, sobre todo para la evaluación, no solamente por los padres, sino también por los maestros y autorreportes por parte de los niños y los adolescentes.

2) Algo importante es ayudarlos a adaptarse. La adaptabilidad debe ser uno de los elementos fundamentales, porque el hecho de que las personas no logren adaptarse evidentemente les va a generar mucho sufrimiento y dolor emocional. Y hemos visto que este sufrimiento y dolor emocional crónico es lo que muchas veces eleva las tasas de depresión en esta población.

3) Hay que tratar aquellos síntomas de comorbilidad. Por ejemplo, en la guía clínica que nosotros tenemos en el compendio de guías clínicas de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, se manejan los tratamientos farmacológicos dentro del trastorno del espectro autista solamente por comorbilidad. Es decir, si yo tengo sintomatología depresiva ansiosa, si tengo sintomatología conductual, etc.

Hay otro punto que hay que considerar y es una visión longitudinal de la psicopatología en las personas. Estamos muy acostumbrados a entender de manera transversal lo que una persona tiene no solamente en psiquiatría, sino en el resto de la medicina. Se nos olvida entender que la persona es una película, más que una fotografía que estamos viendo en ese momento. Entonces, si nosotros visualizamos cómo ha sido el desarrollo de ese escolar o de ese adolescente o de ese adulto joven, estamos evaluando por un problema de neurodesarrollo y cómo ese problema del neurodesarrollo ha sido atendido a lo largo de su vida, pues podemos entender seguramente de una manera más precisa las necesidades que ese paciente requiere.

Hay algunos correlatos que las personas que tienen trastornos del neurodesarrollo y no son tratadas pueden presentar en la vida adulta. El más grave es que las áreas que tendrían que haberse desarrollado pues no se desarrollan; entonces, verdaderamente va a ser una persona cuyo potencial nunca lo va a poder desarrollar.

Normalmente son personas que tienen menor nivel educativo, porque las posibilidades de poder progresar dentro de los retos que el sistema exige a veces no pueden ser cumplidos por ellas. Evidentemente, esto los lleva a tener una menor oportunidad laboral y, consistentemente, en los estudios que se han hecho en países desarrollados, tienen trabajos menos remunerados.

Las personas, por ejemplo, con trastorno por déficit de atención sabemos ahora que tienen, cuando no son tratadas, tasas de relaciones matrimoniales menos duraderas

que aquellas personas sin déficit de atención o cuando son tratadas.

Hay una menor participación social en actividades de ayuda o en voluntariados. Se ha podido evaluar la calidad de vida de estas personas y de las personas con trastornos del neurodesarrollo no tratadas y tienen una menor calidad de vida.

Hay un riesgo muy importante al consumo de alcohol y de drogas en todos ellos.

Algo muy interesante que se ha estudiado es cómo si yo trato medicamentosamente a los niños y adolescentes con estimulantes para el trastorno por déficit de atención, reduzco el riesgo de consumo de alcohol y drogas solo si recibieron la medicina desde la infancia. Si no recibieron la medicina desde la infancia, el factor protector de los estimulantes no funciona cuando están en la universidad.

Hay mayor comorbilidad por cualquier otra enfermedad dentro del rango de la salud mental para las personas que tienen trastornos del neurodesarrollo, no solamente dentro de la esfera internalizada, ansioso-depresiva, dentro de la esfera externalizada de los trastornos de la conducta disruptiva o dentro de la esfera de los trastornos mayores, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o incluso el trastorno obsesivo-compulsivo.

También hay mayor número de accidentes. Y algo muy interesante es que hay un estudio importantísimo de las personas que tienen trastorno por déficit de atención que, cuando no son tratadas, mueren más temprano que aquellas personas que no tienen trastorno por déficit de atención o que son tratadas. Entonces, si se fijan, no tratar a una persona que tiene, aunque sea una forma moderada, un trastorno de neurodesarrollo realmente implica muchas consecuencias negativas y, de hecho, eso último que acabo de decir de tratar las formas subsindromáticas que se presentan en las personas es muy importante, porque esas personas son las que en muchas ocasiones presentan un mayor deterioro.

Pero entonces, pues, dicho todo esto, vamos a revisar de manera general algunas carac-

terísticas de algunos de los trastornos del neurodesarrollo.

El primero es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Muchas personas piensan que aquellos que tienen este padecimiento están condenados al fracaso. Siempre utilizo el ejemplo de Michael Phelps, que ha sido la persona que más medallas olímpicas ha obtenido en la historia de las Olimpiadas de la época actual.

Y la historia de él es muy interesante, porque él fue expulsado de la escuela por sus problemas de déficit de atención. Entonces, el profesor de educación física vio que tenía buenas habilidades de natación y lo sometió a programas de entrenamiento. Y el resultado fue ese. Lo que les quiero decir es que realmente las personas con trastorno por déficit de atención pueden tener éxitos sorprendentes. No voy a entrar en detalle de algunas otras personas.

Hay criterios ampliados para adolescentes y adultos en los manuales diagnósticos, en donde el número de síntomas disminuye para los adolescentes mayores de 17 años; en lugar de necesitar 6, se necesitan 5. Ya no se llaman subtipos en el trastorno por déficit de atención; ahora se llaman presentaciones. La presentación inatenta, la presentación hiperactiva impulsiva y la presentación combinada o mixta. Se cambió de subtipos a presentaciones, sobre todo porque no hay estabilidad en el tiempo.

Los niños pequeños son más bien combinados, y al crecer la presentación puede ser, por ejemplo, inatenta. Van cambiando. Y, por ejemplo, en el caso de las mujeres, muchas persisten con inatención y con algunos síntomas de impulsividad, aunque no tengan hiperactividad, etc.

La otra es la evidencia de la continuidad en la vida adulta, y la otra es el TDAH restringido inatento, que es el famoso tempo cognitivo lento, no se incorporó dentro de lo que se conceptualizaba. Esta es una propuesta que se ha hecho desde hace muchos años. Russell Barkley es el mayor exponente de este tempo cognitivo lento.

Son algunas características generales que podemos identificar de la forma en que actualmente el DSM-5 y la CIE-11 codifican el déficit de atención. Hay algunos aspectos de neurodesarrollo muy importantes, y les voy a presentar uno en particular que el Dr. Philip Shaw ha estudiado y es acerca de las trayectorias del desarrollo cortical en niños y adolescentes, y en adultos con trastorno por déficit de atención. [Philip Shaw, *et al.* Trajectories of cerebral cortical development in childhood and adolescence and adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2013;74(8):599-606. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.04.007].

Él lo que hizo fue evaluar cuáles eran los cambios en el grosor de la corteza cerebral por la persistencia de los síntomas. Y se dio cuenta de que hay un adelgazamiento de la corteza cerebral que es proporcional al número de síntomas y que este es de -0.007 mm por año por la persistencia de cada síntoma de inatención en la vida adulta. A mí me parece sorprendente, porque, evidentemente, tenemos evidencias cada vez más objetivas de la necesidad de que las personas reciban el tratamiento.

Se los presento rápidamente aquí. Tenemos los 3 grupos. Aquí tenemos el hemisferio derecho y el izquierdo. En azul tenemos a las personas con neurodesarrollo típico; en rojo tenemos a aquellas que persisten con síntomas, y en verde tenemos a aquellas que remiten. Y vemos en aquellos que persisten con síntomas cómo con la edad el adelgazamiento de la corteza es más importante, sobre todo a expensas del hemisferio derecho.

Son datos que nos invitan a tener mucha más consideración en torno a la necesidad de un tratamiento oportuno.

De manera resumida. El trastorno por déficit de atención es un problema que se caracteriza por inatención, hiperactividad, impulsividad. Se tiene que tener algunos de estos síntomas. De acuerdo a la CIE, 6 o más para menores de 17; 5 o más para mayores de 17. Y que es un problema de salud pública: se presenta en más del 5 % de la población. Su etiología es

variable, fundamentalmente genética. La primera línea de tratamiento fundamentalmente es con estimulantes. Yo tengo muchos pacientes con sus papás que me dicen: «Francisco, no quiero la medicina. Quiero que intentemos otras estrategias». Evidentemente, yo les hago saber que la medicina es la primera opción y que ellos están en su derecho de poder probar otras estrategias. Normalmente yo les sugiero que probemos un tiempo y veamos qué tanta reducción de los síntomas y control de estos puede haber sin las medicinas, pero que en un momento puedan darse la oportunidad.

Hay otros clínicos que son más estrictos y dicen: «Bueno, si no te tomas la medicina ve a que otro te trate». Muchos dicen que si no hacemos eso no somos lo suficientemente éticos, porque la primera opción del tratamiento es la medicina. Yo creo que hay que ser flexibles en cuanto a poder seguir ofreciéndole una oportunidad de tratamiento a las personas.

De hecho, esto ha sido tan interesante que hemos desarrollado una guía de tratamientos coadyuvantes para los trastornos del neurodesarrollo, en donde tratamos de exponer la evidencia científica que pueda haber para otro tipo de tratamientos, por ejemplo, la equinoterapia. Las dietas, la actividad física y la meditación, el mindfulness son muy importantes para tratar también los trastornos del neurodesarrollo, pero para algunos no son la primera línea, como es el caso del trastorno por déficit de atención.

En México, tenemos el metilfenidato. Antes teníamos la lisdexanfetamina, la atomoxetina y la clonidina también —prácticamente creo que todos la tenemos—, y hay algunas otras opciones de tipo cognitivo conductual, sobre todo organizacionales, en este caso.

Vamos a pasar a otro de los trastornos del neurodesarrollo. Vamos a hablar de la discapacidad intelectual, que es un problema muy importante, porque lo presenta muchísima gente y sobre todo porque aquellos casos leves, e incluso algunos moderados, pueden tener una reinserción social muy positiva.

La discapacidad intelectual se define por una baja en el funcionamiento intelectual. Depen-

diendo del punto de corte de la sensibilidad o la especificidad, y la política dentro de la salud pública, se puede establecer por debajo de 70, de 65, de 75. Esto cambia, pero esto implica el involucramiento de millones de personas.

Debe de haber una baja en las habilidades adaptativas, en la comunicación, en el cuidado personal, en el hogar, en la sociedad, en el autogobierno, en la salud, en la seguridad, en lo académico, en el trabajo, en el ocio o en el uso de la comunidad. Y sobre todo existen algunos dominios que el DSM marca en cuanto al nivel de gravedad.

Miren ustedes. Hay 4 niveles: leve, moderado, severo y profundo. Y cada uno de ellos se debe evaluar en 3 niveles: conceptual, social y práctico.

En el caso del moderado, en el dominio conceptual requiere asistencia continua para actividades conceptuales básicas del día y puede necesitar que otros asuman algunas responsabilidades con respecto a ellos. En lo social, en el lenguaje oral es poco complejo. Dificultad para interpretar claves sociales. Necesitan apoyo comunicativo y social. Y en el práctico, pueden desarrollar habilidades y destrezas con larga enseñanza y apoyo adicional.

Hay un libro que a mí me gusta recomendar en el caso de la discapacidad intelectual moderada, que es *El jardinero* (no me acuerdo ahorita su autor). De hecho, hay una película que se llama así: *El jardinero* (*The Gardener*). Y es muy interesante, porque es una persona con discapacidad intelectual que vivió en una familia con muchos recursos en Nueva York, que siempre fue muy educado dentro de su casa con normas sociales de alto nivel. Y su cuidador primario fallece y entonces se queda solo en la calle, sin nada. Pero pues parece como un caballero, y resulta que alguien lo atropella y se dan cuenta que es una persona que nadie conoce, pero que es supereducado. Habla como con refranes. Muy básico, pero muy profundo para algunos, porque dice: «Bueno, sí, después de la primavera va a seguir el verano y después viene el otoño». Y entonces dicen ¡cuánta profundidad! Pero realmente se estaba refiriendo

a lo más básico, a lo que veía de acuerdo a lo que él era, un jardinero.

Se los comento, porque de la estimulación y de la rehabilitación que tenga la persona con discapacidad intelectual dependen los alcances que se puedan tener. Y esto es muy importante.

A manera de resumen, podemos decir que la discapacidad intelectual se caracteriza por ausencia de funciones específicas. El diagnóstico no solamente requiere la capacidad intelectual, sino también la capacidad adaptativa y la serie de recursos que esa persona necesita.

La etiología puede ser múltiple, porque está desde la trisomía 21, hay algunos adquiridos por trauma y hay otros que tienen que ver con condiciones ambientales, etc.

Hay otros padecimientos, como son los trastornos específicos del aprendizaje, en donde hay historias de grandes personas que han tenido este problema del aprendizaje. Todos sabemos que Maradona, si no me equivoco, pues creo que tenía problemas y que nunca aprendió bien las tablas de multiplicar, ¿no? Entonces era un problema clásico de desarrollo del cálculo. Sin embargo, llegó a ser quien fue.

En los trastornos del aprendizaje ha habido una transición y ahora podemos entenderlo tanto dentro del DSM como en la Clasificación Internacional de Enfermedades en 3 áreas: la lectura, la escritura y el cálculo, en donde la persona no adquiere lo que se espera para su edad. Por ejemplo, si yo tengo un niño que va en tercero de primaria, pues yo esperarí que supiera sumar; si no sabe sumar, seguramente tiene un trastorno del cálculo. Si yo tengo un niño en quinto de primaria y no sabe multiplicar, seguramente tiene un problema del cálculo. Si yo tengo un chico en séptimo año, o sea, nosotros le llamamos secundaria, y no sabe hacer fracciones, seguramente tiene un problema del cálculo. Si yo tengo un chico en la preparatoria y le es imposible entender o despejar una ecuación, seguramente tiene un trastorno del cálculo.

Entonces hay que ser muy cuidadosos en cómo lo establecemos, ¿no? Y sobre todo la forma en que se evalúa, porque acuérdense del nivel conceptual y del nivel de interpretación.

Es decir, por ejemplo, yo podré sumar, porque me sé muy bien la operación, pero si yo te hago un cálculo en donde te pido que tengas cierto dinero, que compres y que me devuelvas, cuánto te queda, y no lo sabe hacer, entonces también tiene un problema dentro del cálculo.

La escritura y la lectura. Evidentemente, lo podemos hacer mucho más fácil poniéndolo a leer y escribir y viendo que cumpla o no las reglas que se establecen. Sé que hoy en día muchos de nosotros podemos decir: ¡híjole! Creo que yo mismo puedo tener un problema dentro de la escritura, sobre todo porque pues ahora los correctores nos ayudan muchísimo y entonces ya no nos fijamos realmente cómo le hacemos.

Estos trastornos evidentemente provocan un deterioro en el funcionamiento de la persona. Y hay que recordar que las escuelas para los niños y los adolescentes implican más de la mitad, a veces, de sus vidas y, sobre todo, están asociados después a baja autoestima, a baja confianza y tienen que ver con el desarrollo de problemas, tanto internalizados como externalizados.

Vamos a hablar brevemente del trastorno de la coordinación o función motora. Aquí el DSM considera el trastorno de la coordinación motora como la adquisición o la ejecución de habilidades motoras y de la coordinación que está por debajo de la edad esperada cronológicamente. Está el trastorno del movimiento estereotipado, que se caracteriza por presencia de movimientos recurrentes, voluntarios, no funcionales y que no forman parte de otra condición psicopatológica. Por ejemplo, puede ser el clásico aleteo de los niños cuando están muy contentos o algunos otros tipos de movimientos estereotipados. Están los trastornos por tics, ya sean vocales, ya sean motores o los mixtos como el famoso Gilles de la Tourette.

La etiología. Igualmente es múltiple, tanto desde el punto de vista de lo genético como de lo ambiental. Y quizás aquí, en particular, tendremos que considerar el fenómeno del de los pacientes PANDAS, para poderlo tener como un diagnóstico diferencial, porque es este problema de Pediatric Autoimmune

Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections, que tiene que ver con una reacción inmunológica después de infecciones estreptocócicas y que son los movimientos anormales con conductas obsesivas, etc.

Vamos a hablar brevemente de los trastornos de la comunicación o los trastornos del desarrollo del lenguaje. Estos son evidentes, pero también son un motivo de bullying muy importante, sobre todo porque si el niño en la primaria no habla bien sus compañeritos no se lo van a permitir. Hay alteraciones en el nivel de la semántica, que puede ser entendimiento compartido del significado de la palabra. Puede haber alteraciones a nivel de la morfología, que es la capacidad de cambiar palabras, por ejemplo, del singular al plural. Puede haber problemas en la sintaxis, que son las reglas que gobiernan el orden de las palabras y la forma en que decimos las cosas. Y la pragmática, que es el lenguaje como una herramienta social. Este último es muy común dentro de nuestros pacientes. Y son estos pacientes que de repente empiezan a hablar como si fueran maestros en todo. Se les olvidan las claves sociales, no saben esperar su turno y es más o menos frecuente en pacientes que tienen trastorno por déficit de atención.

Hay 4 categorías de los trastornos de la comunicación. El tartamudeo o el trastorno de la fluidez del lenguaje, el cual está, en ocasiones, asociado también a problemas de ansiedad y se presenta más cuando el niño o el adolescente están sujetos a retos de comunicación social. El trastorno del lenguaje o trastornos específicos del lenguaje, que incluye la dispraxia verbal del desarrollo, la disfasia lingüística y la disfunción del lenguaje pragmático.

En los trastornos del habla o de la voz se presentan alteraciones en el tono, en la resonancia, en el volumen, en el rango, la flexibilidad de la conexión del habla, incluyendo la entonación o la prosodia. Muchos pacientes con trastornos del espectro autista pueden tener estas características en algunas formas del lenguaje y están los trastornos de la comunicación pragmática social, que es la dificultad para entender y seguir las reglas

de la conversación, como se los acababa de mencionar. Y utilizar el lenguaje o selección de palabras inusual para comunicarse.

A muchos pacientes dentro del consultorio yo les enseño un poco esta situación de la comunicación no verbal. «Mirá, si mantienes un poco más el control y te mantienes más derecho y más firme, es muy seguro que los demás se acerquen con menos agresión hacia ti». «Si a lo mejor hablas más despacio y un poco más fuerte, es seguro que a lo mejor la gente se mantenga un poco en retirada». Entonces muchas veces hay que enseñarles estrategias que tengan que ver no solamente con la comunicación verbal, sino con la comunicación no verbal.

Voy a pasar a las reflexiones finales con el objetivo de dar tiempo después hacia el momento de preguntas o de comentarios, que yo creo que a mí me enriquecerían mucho.

Podemos decir que los trastornos del neurodesarrollo constituyen un nuevo grupo de padecimientos. Hay que entenderlos desde la perspectiva de las comunalidades y son el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos, epigenéticos, ambientales y que realmente se presentan con muchos síntomas entre ellos, en los casos reales. No conozco un solo paciente que tenga un solo problema exclusivo de un trastorno del neurodesarrollo. Por lo menos va a tener algunas características de alguno de los otros.

Su importancia radica en la optimización y seguimiento de estos, ya que su evolución es longitudinal en su tratamiento. Y de esto depende el pronóstico, ya que habitualmente presenta el acompañamiento con otras comorbilidades, las cuales deben integrarse al plan de manejo.

Su incorporación en el DSM-5 ha sido bienvenida igual que en la CIE 11, pues ayuda a que podamos comprender de una manera más clara estas patologías.

La CIE 11 y el DSM se han armonizado, y esto permite que nosotros podamos entender mejor estos fenómenos.

Agradezco muchísimo su atención y creo que tenemos unos momentos para preguntas y respuestas.

Muchas gracias.

Romina Aguerre. Hola. Muchísimas gracias, Dr. Francisco de la Peña, por la excelente conferencia que acabamos de escuchar. Por tu tiempo, por tu experiencia, por tu generosidad. Y no sé si alguien quiere hacer alguna pregunta...

¿Nadie?...

Francisco, vos nos querés comentar algo. Contanos.

Francisco de la Peña. Pues yo creo que, aunque tengamos la necesidad de evaluar en particular un padecimiento, en este caso, por ejemplo, si llegan al consultorio porque el niño es inatento y la escuela lo manda por eso, no quedarnos solamente en evaluar el trastorno por déficit de atención, sino hacer un examen lo más amplio en torno a lo que pueden ser otras condiciones del neurodesarrollo.

Como les comentaba, estamos evaluando de manera mucho más propositiva esta cuestión de lectura y de escritura de nuestros adolescentes, y nos hemos dado cuenta de que casi no encontramos alguno que no tenga un problema dentro del desarrollo de la lectura o de la escritura o del cálculo. Y nos damos cuenta del peligro que ha significado la política que se ha mantenido después de la cuarentena por la covid 19, en donde no se podía reprobar a ningún alumno de primaria. Entonces tenemos una cantidad de alumnos en secundaria que acaban de llegar, que ya están en primero o segundo de secundaria, pero no saben las tablas de multiplicar o no saben leer bien. Es sorprendente, y es algo que normalmente no se evalúa de manera detallada.

Gabriela Garrido. Bueno, Paco. Primero, muchas gracias por sistematizar tan bien un tema tan complejo. Como tú hablabas de que están empezando a evaluar de una manera particular es muy interesante, porque nosotros tenemos una alta prevalencia en lo que llamamos dificultades en la adaptación al medio escolar. Porque en realidad son variables donde intervienen muchos temas. A veces hay dificultades claramente específicas asociadas,

y en otros momentos se van constituyendo con estas condiciones que tú decís que puede ser el ausentismo, pueden ser variables sociales, económicas.

De cualquier manera, un poco la experiencia nos ha llevado a hacer una evaluación integral donde interviene todo un equipo para la evaluación; no empezar, por ejemplo, solo con lenguaje o con el estudio psicológico, sino hacer una evaluación integral. Eso igual es un tema controvertido. Acá hay opciones diferentes, pero desde la Facultad de Medicina y desde el Servicio del Pereira Rossell, ese es el modelo.

Entonces me interesaba mucho saber cómo están trabajando, cómo están pensando en esas evaluaciones desde el punto de vista de los equipos, de la constitución de equipos, y también, por supuesto, de las herramientas para la evaluación.

Francisco de la Peña. Muchas gracias, Gabriela, por tu amable comentario. Antes de darte respuesta, quiero aprovechar el momento para reconocer esta amistad de más de 16 años, desde que nos conocimos en las primeras reuniones de la Liga para Trastornos por Déficit de Atención, cuando éramos muy jóvenes —no es que seamos grandes ahora.

La verdad es que dentro del Kiddie-SADS resultaba un poco complicado incorporar la evaluación de los trastornos del aprendizaje, pero uno de nuestros residentes deseaba hacer un estudio de confiabilidad con un reactivo que también agregamos al BPRS [Brief Psychiatric Rating Scale] que tenemos aquí. Entonces se abocó para lograrlo y la situación es que ahora hemos generado la necesidad de contratación de personal que pueda dar apoyo psicopedagógico a nuestra población de niños y adolescentes, porque eso lo contábamos en el instituto. Entonces, evidentemente, es a través de lo observado, generar la necesidad e ir presionando cada vez más a las autoridades para que las políticas públicas sean más integrales en cuanto a la atención de los servicios de salud mental.

Estamos nosotros ahorita en el país en una época, quiero llamarle «oscura», por no

llamarle de una manera más dramática, en donde de alguna manera estamos en algo que se ha denominado la austeridad republicana, que ha pasado a ser pobreza franciscana.

No tenemos la posibilidad de contratación ahorita, y lo poco que hemos podido hacer es a través de recursos propios, que nosotros hemos generado, que le llamamos recursos de terceros, por donaciones, por convenios con otras instituciones, y contratamos por honorarios al personal que nos asiste. Entonces no es algo que se garantice, porque parece ser que las plazas en estas instituciones están condenadas a no seguir creciendo. Pero no quiero oscurecer su mañana con tiempos oscuros que pasan en este país, pero las dificultades existen y la posibilidad de crecimiento es muy limitada.

Nosotros estamos tratando de generar con los propios recursos la mayor cantidad de opciones, tanto diagnósticas como de tratamiento, para nuestra población.

No sé si te contesté de forma adecuada, Gabriela.

Gabriela Garrido. Sí, sí. Bueno, en realidad me interesa mucho, porque acá se ha avanzado, ahora que tú me comentas esto, en este trabajo interdisciplinario. Se ha avanzado mucho y hay como modelo de las evaluaciones y se había logrado inserción de equipos interdisciplinarios, cuando había una interdisciplina para este tipo de dificultades en neurodesarrollo. Acá pensamos, en, por supuesto, psicólogos capacitados en las evaluaciones y en los tratamientos, psicopedagogos, fonoaudiólogos y psicomotricistas. Además, el trabajo del psiquiatra de niños en el equipo.

Se había logrado equipos a nivel de los territorios, o sea, que una serie de equipos de salud mental, que tiene el psiquiatra y tiene el psicólogo, pudieran derivar cuando teníamos este tipo de niños complejos, donde había dificultades en la adaptación escolar y problemas de salud mental, y que recibieran esa evaluación integral y ahí mismo los tratamientos.

También acá hay inflexiones. Como parte de las inflexiones se desmantelaron, y entonces ahora los tenemos que volver a implementar.

Así que eso es un poco para que te quede: mal de mucho consuelo de tontos. Pero igual está bueno seguir conversando. Acá hay compañeras, justo ahora en este auditorio, que han sido parte de este proyecto.

¿Qué tiene que ver un poco para el resto? En que muchas veces los niños transitan; supóné que se deriva al psicomotricista o se deriva al psicólogo, y después pasa tiempo hasta que surge que en realidad la dificultad venía por otro lado. Entonces esos son tiempos que los niños pierden. A pesar de que hay una inversión de tiempo de varias disciplinas en ese primer momento de la evaluación, este proyecto muestra una mejor racionalización de los recursos y de los tratamientos.

Francisco de la Peña. La Dra. Patricia Zabaleta es egresada del curso de Psiquiatría de aquí, de primera generación hace 15 años. Su tesis, precisamente de maestría, tuvo que ver con los tiempos que tardan los pacientes del espectro autista en recibir desde los primeros síntomas encontrados por los papás hasta que reciben la primera atención y el promedio es como de 3 años. Entonces, sí, es terrible el tiempo que hay desde que se identifican los problemas a que reciban tratamiento. Pero creo que hay algunos comentarios por ahí.

Romina Aguerre. Quería preguntarte en relación con el tratamiento del déficit de atención con hiperactividad. ¿Cómo se están arreglando? Porque tengo entendido que el Vyvanse no está llegando a México tampoco, que volvería el año que viene y que habría otra molécula de metilfenidato, y que Medikinet, ¿puede ser?

Teníamos cuando yo fui Concerta nada más, de 18, que ya no la tenemos tampoco. Entonces lo que nos está quedando es Ritalina de liberación inmediata y prolongada. Y Rubifen, nada más. Pero ¿qué está sucediendo ahora en México con eso? Era mi pregunta. Gracias.

Francisco de la Peña. El Medikinet, que lo trajo un laboratorio mexicano que se llama Corne, va a ser lanzado el 15 de noviembre como

parte de los eventos del Congreso Mundial de Psiquiatría que se va a llevar a cabo en el World Trade Center de la Ciudad de México, al cual todos ustedes están cordialmente invitados. Es una molécula de liberación prolongada que tiene un sistema parecido al SODAS o al diffucaps. La diferencia entre el SODAS y el diffucaps, es que el SODAS, que maneja el Ritalin, tiene proporción 50/50 de acción inmediata y acción prolongada, mientras que el diffucaps tiene 70/30 y ayuda mucho más al problema de la taquifilaxia, que es la tolerancia rápida en el día. Y entonces parece ser que tiene un mejor efecto aquel de presentación de diffucaps.

En México lo que sucedió es que después de la pandemia nos quedamos sin nada. Y algunos particulares importaron el metilfenidato de la India. Y ahora ellos formulan sus cápsulas, y tanto de acción inmediata como de liberación prolongada. Y se llaman laboratorios de fórmulas magistrales. Tú les mandas la receta y los pacientes los llaman por teléfono y ellos se los llevan a sus casas, y sale más económico que el Concerta, que a veces hay y a veces no hay. El Ritalin de liberación prolongada está ahorita agotado en México. El Tradea, que es de un laboratorio nacional que se llama Psicofarma, y se llama Tradea por trastorno por déficit de atención, está a la venta, y es también de liberación inmediata y liberación prolongada. Parece ser, como tú lo comentas, que el año que entra puede regresar la lisdexanfetamina, que sé que ahorita la tienen a la venta Chile y Colombia a través de Abbott. Pero no sé qué otros países de Sudamérica la tengan a la venta.

Romina Aguerre. En Brasil, hay por ahora. No tengo conocimiento si en otro lugar.

Magalli Guerrini. Buenos días. Muchas gracias por la conferencia. Una simple pregunta: ¿qué peso le dan a los estudios neuropsicológicos cuando se realiza el diagnóstico en adultos?

Francisco de la Peña. Yo creo que los estudios neuropsicológicos forman parte de una serie de baterías que algunos pacientes necesitan desde el principio. Nosotros aquí evaluamos

cuando hay una clara variabilidad, o hay una heterogeneidad neuropsicológica, clínicamente observable, y nos damos cuenta de que algunas áreas están muy bien desarrolladas y en otras hay unos déficits importantes. A esos pacientes les hacemos la evaluación neuropsicológica con el objetivo de poder diseñar una estrategia de rehabilitación para sus características particulares, pero no tenemos la capacidad de hacer sistemáticamente a todos nuestros pacientes una evaluación neuropsicológica. Acabamos de capacitar a una de nuestras maestras en psicología para que pueda aplicar WAIS y algunas evaluaciones básicas y, sobre todo, lo hacemos como parte de los protocolos de investigación, pero, como no tenemos tantos recursos, es la forma en que hemos logrado optimizar.

Magalli Guerrini. Muchas gracias.

Francisco de la Peña. De nada.

Romina Aguerre. ¿Alguien más?
Bueno, Paco, parece que ya quedó todo claro.

Francisco de la Peña. O nadie entendió nada.

Romina Aguerre. ¡No, clarísimo!: quedó espectacular. Gracias. Para nosotros fue muy importante, porque fue como un resumen importante de todo lo que veníamos hablando. Te agradecemos, como siempre.

Francisco de la Peña. Gracias a todos ustedes por su atención. Muchas gracias a la Dra. Romina Aguirre, a la Dra. Garrido, por su amabilidad al invitarme. Me despido de ustedes con un fuerte abrazo desde la Ciudad de México.

Romina Aguerre. Claro que sí. Gracias por todo y saludos a todos por allá.

Vanessa Ems. Vamos a dar cierre entonces a la actividad del día de hoy.
Muchas gracias.