

## LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA DEL ADOLESCENTE.

**AUTOR:** Dra. Mercedes Pazos.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescentes, Consulta psiquiátrica, Entrevista, Evaluación

**RESUMEN:** La consulta psiquiátrica con adolescentes tiene características propias, específicas, que tienen que ver con las circunstancias de la etapa vital que se transita, donde se intrincan aspectos de crisis inherentes al desarrollo, profundos cambios en el psiquismo, reformulación de la identidad, ajuste de los vínculos familiares, elaboración de un proyecto de vida. El adolescente requiere una mirada y un dispositivo de consulta distinto al que se realiza con niños, que tenga en cuenta estas condicionantes fundamentales.

Se recorren las características particulares de la atención psiquiátrica con adolescentes, los objetivos de la evaluación, el clima de la entrevista, el estatuto del adolescente en su contexto familiar, el valor del síntoma; atendiendo a la necesidad de autonomía e intimidad del adolescente, desde una perspectiva de derechos.

*En este mundo que corre y calla  
quiero más comunicaciones,  
otros lenguajes, otros signos,  
quiero conocer este mundo.*

*Todos se han quedado contentos  
con presentaciones siniestras  
de rápidos capitalistas  
y sistemáticas mujeres.  
Yo quiero hablar con muchas cosas  
y no me iré de este planeta  
sin saber qué vine a buscar,  
sin averiguar este asunto,  
y no me bastan las personas,  
yo tengo que ir mucho más lejos  
y tengo que ir mucho más cerca.*

*Pablo Neruda*



*Antonio Frasconi*

El proceso adolescente, que transforma al niño en sujeto adulto, implica un necesario trabajo de elaboración psíquica, tarea lenta y difícil que recorre distintos momentos y líneas de desarrollo, desde la metamorfosis corporal, la irrupción de la sexualidad adulta, el desprendimiento de la familia, la construcción de la identidad personal y de un referente axiológico propio; hasta el ingreso al mundo adulto.

Este proceso, peculiar de cada individuo en su trayectoria personal única y singular, ocurre inmerso en su contexto social y en un mundo globalizado, cuyos cambios políticos, sociales y económicos afectan a los adolescentes y a sus familias. Por otra parte, la inequidad y la pobreza dificultan su desarrollo humano y social. En este contexto, suelen emerger la angustia, el sufrimiento, los conflictos más o menos evidentes, las actuaciones, conductas de riesgo, manifestaciones ruidosas, a menudo difíciles de comprender y sostener por los adultos e instituciones próximos. De esta forma se pueden generar situaciones de marginación, exclusión, violencia, desamparo, donde la pérdida de referentes y las fallas en la comunicación obturan las posibilidades de dar sentido y construir, en intercambio con otros, la identidad y un proyecto de vida coherente.

La adolescencia empuja al sujeto a cambios. Es, por tanto, una etapa vital privilegiada para el surgimiento de crisis, con rupturas o quiebres en la continuidad existencial, pérdidas de control a través de conductas agresivas, de riesgo, violentas, problemas centrados en el cuerpo, en los procesos de mentalización, en la sexualidad, de distinta significación y entidad según los casos individuales. También es en este período donde suelen debutar algunos de los cuadros psicopatológicos más graves, las psicosis crónicas, los primeros episodios afectivos.

Por otra parte, la clínica en niños y adolescentes y el estudio del desarrollo, ponen en evidencia que los síntomas clásicos de la psiquiatría general, utilizados como criterios en las clasificaciones nosográficas corrientes, no son los más adecuados para evaluar la psicopatología en la edad pediátrica. Anna Freud insistió sobre la necesidad de dejar lugar en las clasificaciones psiquiátricas a las “variaciones de la normalidad” y entender ciertos síntomas como “subproductos del desarrollo”, testimonios de conflictos en su mayoría resueltos.

Este valor relativo de los síntomas hace necesaria una evaluación global del desarrollo del sujeto y de la organización de su psiquismo, valorando por un lado la flexibilidad, opuesta a la rigidez de las conductas, y la forma en que éstas interfieren en el funcionamiento armónico de la personalidad; por otro lado, el obstáculo que estas conductas pueden representar para la continuidad del desarrollo psíquico.

La entrevista psiquiátrica es un acto creativo, subjetivo, inaprensible, a la vez complejo y sutil, perteneciente a la intimidad de la práctica clínica. La entrevista es nuestro microscopio, nuestro “scanner”; instrumento que nos va a permitir encontrar aquello que buscamos, de acuerdo a nuestra experiencia, a los parámetros seleccionados y a nuestro bagaje teórico.

La evaluación psiquiátrica de adolescentes incluye también al entorno familiar y, a menudo, con autorización de los padres, utiliza otras fuentes de información, incluyendo educadores, pediatras, historia clínica y evaluaciones previas; así como la observación de las interacciones familiares, requiriéndose habitualmente varias entrevistas diagnósticas. En ocasiones se necesita también valoración paraclínica, como análisis de sangre, radiografías o pruebas especiales (estudios psicológicos, psicopedagógicos,

evaluación del lenguaje y del habla).

El objetivo de las consultas es triple: valorar los síntomas que presenta el adolescente y la dinámica familiar; intentar poner al joven en contacto con el origen de sus conflictos psíquicos, mostrándole que es a la vez el depositario y el agente; y desarrollar la curiosidad del adolescente por su mundo interno, creando poco a poco las condiciones para un proceso psicoterapéutico ulterior<sup>1</sup>.

Antes de comenzar la evaluación psiquiátrica propiamente dicha, hay que considerar y clarificar los objetivos y contexto de la entrevista. A menudo, y en forma más o menos explícita, algunas consultas están motivadas por razones como discordia parental, maladaptación escolar, decisiones del sistema penal juvenil, requiriéndose luego la contrarreferencia correspondiente. El motivo de consulta suele estar fuera de la familia: las instituciones educativas y el sistema judicial son fuentes frecuentes de derivación del adolescente a consulta.

La valoración apunta a determinar la presencia o no de trastornos, las causas y qué tratamientos se necesitan. A veces los síntomas representan más un problema de "ajuste" entre padres e hijo o entre el adolescente y el liceo, que verdaderos trastornos psiquiátricos. Otras veces, el problema puede representar la reacción ante un ambiente que es estresante y adverso para ese adolescente particular.

La entrevista, tiene, por un lado los objetivos de evaluación en las diversas áreas de la clínica del adolescente (semiología, nosografía, psicopatología, psicodinámica individual, interindividual familiar). Por otra parte, ya el propio hecho de develar, la enunciación, la tentativa de clarificación de las dificultades, puede tener un efecto terapéutico determinado. Una buena entrevista diagnóstica, debería ser siempre también una entrevista terapéutica. La interacción que se desarrolla durante la entrevista constituye el instrumento de este doble proceso diagnóstico-terapéutico. La particularidad de la entrevista con el adolescente es que la interacción adolescente-psiquiatra está, desde el inicio del encuentro, teñida de un aire transferencial inmediato e intenso<sup>2</sup>. De entrada el adolescente "atribuye" al psiquiatra un estatuto, unos juicios, una función que depende estrechamente de sus propias relaciones con los padres interiorizados y la forma en que él integra el curso de su proceso adolescente.

La experiencia del adolescente y su familia en las consultas, a su vez, va a influenciar el cómo son atendidas y comprendidas las recomendaciones terapéuticas<sup>3</sup>. De la calidad de los primeros contactos puede depender la alianza terapéutica futura y el investimento puesto por el adolescente y su familia en la consulta. El psiquiatra, por su parte, está frecuentemente animado por el sentimiento de que el potencial evolutivo es muy abierto y dependiente en parte de la interacción que se pone en marcha. Este

---

1 Marcelli, *op. cit.*

2 Mäle P, citado por Marcelli.

3 Lewis M, *op.cit.*

sentimiento refleja uno de los aspectos esenciales del trabajo con el adolescente: la masividad y la inmediatez de las relaciones transferenciales, pero también contratransferenciales<sup>4</sup>.

Un prerrequisito de la anamnesis es el conocimiento del desarrollo normal y sus variaciones, y de las reacciones psicológicas normales ante distintos estresores del desarrollo. Es esencial también el conocimiento de los trastornos mentales. La historia clínica y la evaluación psiquiátrica apuntan a comprender cómo este adolescente particular se encuentra en este punto de su vida. Luego, a partir de los datos sincrónicos y diacrónicos esbozaremos un diagnóstico sintomático, lo que en general es bastante fácil, (por ejemplo: anorexia nerviosa, depresión, episodio psicótico agudo), pero también acerca de la organización psicopatológica subyacente, lo cual es más delicado (a prevalencia neurótica, psicótica, limítrofe, narcicista, anaclítica), y el pronóstico, que es en ocasiones muy difícil<sup>5</sup>.

En ninguna otra edad como en la adolescencia es tan crucial la comprensión clínica en la habilidad del psiquiatra para ayudar a los pacientes. Debido a las tareas del desarrollo con las cuales está lidiando, el paciente adolescente tiene una sensibilidad exquisita ante la autoridad del psiquiatra para interrogarlo. Es esencialmente importante que los adolescentes se sientan reconocidos como sujetos, ellos necesitan experimentar al psiquiatra como alguien interesado en conocerlos como personas y no como “casos” o como portadores de una psicopatología<sup>6</sup>.

El psiquiatra debe mostrar un interés genuino hacia el adolescente, y brindarle en una relación continente, acogedora, no invasora, la posibilidad de crear un lazo afectivo que abre espacio para lo lúdico, para lo imaginario, facilitando el acceso al mundo psíquico. Sin embargo, son frecuentes el rechazo, la hostilidad en las primeras consultas; esta actitud puede ser una manera de probar la confianza del psiquiatra, una defensa contra la ansiedad, o un fenómeno de transferencia. El encuentro con un psiquiatra moviliza siempre un temor o un fantasma omnipresente en todo adolescente: ser anormal o estar loco. El adolescente frecuentemente se pregunta, como mínimo, si sus pensamientos, deseos, sueños, “son normales o anormales”. “¿Soy normal?” es una cuestión que se plantea regularmente<sup>7</sup>. En estas condiciones el clínico debe reconocer los sentimientos del adolescente, diciendo algo que habilite la comunicación. No ayudan los silencios prologados, que inquietan o desafían al adolescente, debiéndose ajustar el “timing” y la duración de la entrevista a cada situación particular.

La evaluación incluye la organización psicopatológica del adolescente, ligado al funcionamiento dentro de las interacciones familiares y del entorno social próximo; el papel de los factores externos en función de la organización psíquica anterior, la

---

4 Marcelli D y Braconnier A, *op.cit.*

5 Marcelli, *op.cit.*

6 Pearson G, *op. cit.*

7 Marcelli, *op.cit.*

historicidad de los síntomas, su inscripción en el “mito familiar”; para la formulación de hipótesis psicopatológicas. La exploración de los funcionamientos parental y familiar son también de fundamental importancia en cuanto a las posibilidades de reajuste relacional ante los cambios y necesidades del adolescente, enfrentado a un nuevo proceso de separación y construcción identitaria.

La primer tarea en la consulta es alentar al paciente adolescente a establecer una relación en la que pueda experimentar respeto e interés en él como persona. En el contexto de ésta relación el adolescente permite el acceso a su mundo psicológico y social, a sus puntos de vista, y por último, a su “trastorno”. Al inicio de la evaluación, se asegura la confidencialidad de las informaciones intercambiadas con el psiquiatra, bajo el secreto médico, y se explicitan las circunstancias en que se debe comunicar a los adultos responsables: cuando existe peligro para sí mismo u otros, situaciones en que se debe informar a terceros, los padres o un Juez.

Es importante habilitar el encuentro con el adolescente sólo, donde el psiquiatra propone un espacio de tratamiento basado en una relación intersubjetiva, entre el adolescente y el adulto. El psiquiatra opera como un referente confiable, que abre un espacio a la escucha del joven, posibilitando la construcción de un relato de su sufrimiento y de los conflictos condensados en actos. Intenta desplazar la construcción de su individualidad a través del “hacer” o “tener”, tomando el riesgo como malestar y búsqueda, de modo de permitir al adolescente “ser”, sujeto de su trayectoria personal.

La imprecisa demarcación entre lo normal y lo patológico coloca a menudo al psiquiatra ante disyuntivas diagnósticas que requieren un análisis cuidadoso, tomando en cuenta el plano conductual, objetivable, y fundamentalmente el funcionamiento global de la personalidad singular del adolescente, su devenir diacrónico, y el entramado de relaciones que le rodea. Con frecuencia hay una distancia considerable, entre la gravedad objetiva de los actos, y la de sus determinaciones subjetivas. No sólo lo más aparatoso no es lo más grave, sino que una conducta adquiere repentinamente un valor decisivo por las significaciones de que está cargada. El riesgo es que se produzca una cristalización, a partir de la cual se reorganiza el conjunto de la personalidad. De este modo, la epilepsia, la delincuencia o la anorexia mental son capaces de comprometer el desarrollo, en un proceso psicopatológico que tiende a amarrarlo, sustituyendo los avatares y la flexibilidad que hacen fecunda la crisis<sup>8</sup>. Un mismo síntoma o conjunto sintomático puede presentar relaciones muy diversas con las transformaciones de la adolescencia: de pura contingencia, relativamente exterior, unido por la existencia de relaciones recíprocas, o bien indisociable, con lo que adquiere entonces a la vez la significación de un intento de solución de la crisis y del fracaso de la tentativa.

Si bien la nosografía clasifica trastornos, no pacientes, los psiquiatras no tratan trastornos sino a los adolescentes como personas. El diagnóstico psiquiátrico es una

---

<sup>8</sup> Brusset B, *op. cit.*

información necesaria pero no suficiente para organizar un plan de tratamiento. La formulación clínica, que integra la comprensión del adolescente como participante de la relación terapéutica y como miembro de su sistema familiar y social, provee el marco donde basar un tratamiento global. En el momento de la devolución, por último, se le restituyen al adolescente en términos simples y adaptados la información y el conocimiento que hemos podido obtener sobre él; la impresión clínica, recomendaciones, opciones terapéuticas, requiriendo su consentimiento informado y haciéndolo parte activa en el proceso de su tratamiento; integrando luego a sus referentes familiares en las propuestas de abordaje.

La perspectiva actual del niño o adolescente como sujeto de derechos, establece un cambio de paradigma en cuanto reconocer la titularidad de sus derechos fundamentales: a la vida, a la integridad física, a la salud y al libre desarrollo de la personalidad. Así, se establece el derecho del adolescente a ser escuchado y a expresar su opinión acerca de las propuestas terapéuticas. Cuando se trata de pacientes que reúnen condiciones de madurez suficiente y en los que, por tanto, su capacidad de juicio y entendimiento les permite conocer el alcance del acto médico para su propio bien jurídico, deben ser ellos mismos quienes autoricen la intervención terapéutica. Si los adolescentes no poseen las condiciones de madurez suficiente, serán sus padres o tutores quienes han de recibir la información precisa para otorgar su consentimiento, y ello siempre en beneficio del menor. Del mismo modo, la elección dentro de las distintas opciones de tratamiento corresponde al interesado, siempre que reúna las condiciones necesarias para la autodeterminación.

El tema de la madurez o capacidad de entendimiento necesario para dar el consentimiento a determinada intervención o tratamiento, ha de evaluarse al margen de la edad, de acuerdo a la doctrina actual, que destaca la promoción de la autonomía del menor, el reconocimiento pleno de sus derechos y el progresivo ejercicio de los mismos<sup>9</sup>.

Se establecen como derechos específicos del niño o adolescente, como paciente y usuario de los servicios de salud, “a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento le ofrece”. En caso de conflicto entre la voluntad del menor, con suficiente capacidad de juicio (“menor maduro”), y la de sus padres, tutores o representantes legales, debe prevalecer la voluntad del menor, por cuanto estamos ante un acto que afecta a bienes como la libertad, la salud y la vida del paciente, y por consiguiente, ante derechos de la personalidad.

Estos nuevos paradigmas plantean el desarrollo y la salud como derechos humanos inalienables, procesos continuos a través de los cuales el adolescente satisface sus

---

<sup>9</sup> Galán Cortés, *op. cit.*, Cap. II: *Presupuestos del consentimiento informado*.

necesidades, potencialidades y habilidades. Tener acceso a los puntos de vista y perspectivas de los jóvenes es un punto nodal para la creación y organización de programas e intervenciones que apuntan a promover la salud del adolescente, generalmente diseñados desde perspectivas adultas. Recién comenzamos, en Uruguay, a instaurar espacios institucionales que promuevan la salud, las habilidades para la vida, que reconozcan las particularidades y las dificultades específicas y den participación a los adolescentes; pasando de verlos como “problema” a concebirlos como un recurso, agente de cambios en su familia, grupo de pares, o sistema comunitario.

Para finalizar, señalamos que en el proceso de la consulta psiquiátrica se trabajan, además de lo específico de la salud mental de los adolescentes, otros aspectos más generales de promoción de salud, como el control de los factores determinantes de la salud, a fin de promover el autocuidado y una buena calidad de vida; y también orientación en prevención de la deserción educativa, del embarazo adolescente, de las conductas de riesgo y antisociales, de los hábitos tóxicos, del suicidio, del desempleo. Son objetivos de nuestra tarea instrumentar, empoderar<sup>10</sup> a los adolescentes en destrezas y habilidades para lidiar mejor con condiciones de vida difíciles y fortalecer la resiliencia, entendida como la capacidad humana de salir fortalecido ante la adversidad. Asistimos a una creciente conciencia de la magnitud y las consecuencias de los problemas mentales en niños y adolescentes (se calcula de 13 a 20% la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en todo el mundo<sup>11, 12</sup>), por lo que la adecuada atención y diseño de políticas de salud mental para esta población se hacen imprescindibles<sup>13, 14</sup>. Planteamos acompañar al adolescente en su búsqueda y en su construcción, como propone la poesía de Neruda, contribuyendo a generar espacios de protección y respeto<sup>15</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Aggleton P. Trabajando con jóvenes: implicancias para la pesquisa y la organización de programas. Adolescencia Latinoamericana. 1414- 7130/ 2- 138-147. Vol 2. N° 3. Abril 2001.
- Brusset B. Psicopatología de la adolescencia. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Biblioteca Nueva. Madrid, 1990.
- Declaración de Ottawa de la Asociación Médica Mundial sobre el Derecho del Niño a la Atención Médica. Adoptada por la 50ª Asamblea General de la AMM. Ottawa, Canadá, octubre 1998
- Brusset B. Diagnostic psychiatrique et difference du normal et du pathologique. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), *Psychiatrie*, 37-102-E-20, 1999, 10 p.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo veintiuno

---

10 González- Molina, *op.cit.*

11 WHO, *op cit.*

12 Remschmidt H. *President's message.*

13 IACAPAP, *Declaration of San Francisco 1992.*

14 IACAPAP, *Declaration of Venice 1996.*

15 “El sello de una sociedad civilizada son la protección y el respeto hacia los niños”. IACAPAP, *Declaración de Rome 2003 “El sello de una sociedad civilizada son la protección y el respeto hacia los niños”*



editores. 14° ed. México, 1991.

-Galán Cortés JC. Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado. Civitas, Bilbao, 2001.

-González-Molina J. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Rev Med Uruguay 2002; 18: 192-197

-IACAPAP. Declaration of Rome 2003. Caring for Children Affected by Maltreatment, War, Terrorism, and Disaster. [www.iacapap.org/rome\\_03.htm](http://www.iacapap.org/rome_03.htm)

-IACAPAP, Declaration of San Francisco 1992. Assuring the mental health for children. [www.iacapap.org/san\\_francisco\\_92](http://www.iacapap.org/san_francisco_92)

-IACAPAP, Declaration of Venice 1996. Principles for Organizing Mental Health Systems for Children and Adolescents. [www.iacapap.org/venice\\_96.htm](http://www.iacapap.org/venice_96.htm).

-Levisky D. Adolescencia. Reflexiones psicoanalíticas. Lumen, Buenos Aires, 1999.

Lewis M. Psychiatric assessment of infants, children and adolescents. En: Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Second edition. Lewis M. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.

-Marcelli D. Entretien avec l'adolescent et son évaluation. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-213-A-10, 1999, 9p.

-Marcelli D y Braconnier A. Manual de psicopatología del adolescente. Masson, 1986.

-Neruda P, Frasconi A. Bestiario. Spiral Press, New York, 1965.

-Pearson G. Psychiatric Classification and Diagnosis in Adolescence. En: Handbook of Child and Adolescence Psychiatry, Volume 3, Adolescence: Development and Syndromes. Noshpitz J. John Wiley & Sons, Inc. USA, 1997.

-Programa Nacional de Salud Mental. MSP. 1986.

-Ratner R. Legal Issues: Legal Status of Adolescents. En: Handbook of Child and Adolescence Psychiatry, Vol. 3, Adolescence: Development and Syndromes. Noshpitz J. John Wiley & Sons, Inc. USA, 1997.

-Remschmidt H. President's message. [www.iacapap.org/bulletins/nr09/article01.htm](http://www.iacapap.org/bulletins/nr09/article01.htm)

-Scheiber S. La entrevista psiquiátrica, la anamnesis y el examen del estado mental. En: Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición. Hales H, Yudofsky S y Talbott J. Ancora, S.A. Mallorca, España. 1996.

-Tonkin R. Desenvolvimento na área internacional da Saúde do Adolescente. Adolescencia Latinoamericana. 1414- 7130/ 2- 126-127. Vol. 2 N°3 Abril 2001.

-Ulriksen de Viñar M. Presentación. Adolescencia bajo riesgo. Cuerpo a cuerpo con el mundo. Ediciones Trilce. Montevideo, 2003.

-World Health Organization. "Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions". Geneva, 2003. [www.who.int/entity/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/785.pdf)



## FAMILIA CON SÍNDROME DE X FRÁGIL.

**AUTOR:** Dra. Nilda Rebuffo.

**PALABRAS CLAVE:** Cromosoma X Frágil, Retardo Mental, Autismo, Expresión Fenotípica, Citogenética.

**RESUMEN:** A raíz del análisis clínico y genético de 5 integrantes de una familia que consultó en una policlínica de psiquiatría infantil por retardo mental y trastorno profundo del desarrollo nos interrogamos acerca de la diversa expresión fenotípica de un mismo factor patológico, el X frágil. Se hace un recorrido por los aspectos clínicos, la forma de herencia y las bases moleculares del trastorno.

### OBJETIVOS.

Es la comunicación de nuestra experiencia con una familia en la que 5 integrantes de ella, 4 hijos y la madre consultaron en el Servicio de Psiquiatría Infantil.

Dos de ellos llegaron enviados desde la policlínica de neuropsiquiatría, con diagnóstico de trastorno del desarrollo e inquietud.

De las peculiaridades de esta familia aprendimos mucho y nos iniciamos en dominios hasta ese momento poco conocidos por nosotros.

Esta familia nos muestra el extremo más anclado en la organicidad de la multicausalidad que habitualmente da cuenta de la etiología de la patología psiquiátrica, sin que descartemos las dificultades que esta patología severa imprime en la funcionalidad de la familia, cuya carga emocional hemos tratado de acompañar y mejorar.

También nos habla de la diferente expresión clínica de un mismo factor patológico que de acuerdo al grado de afectación bioquímica produce diferentes fenotipos, una forma nueva de pensar los pacientes a nuestro entender.

La sospecha que condujo a la investigación que derivó en el diagnóstico etiológico correcto partió de la sobrecarga de patología neuropsiquiátrica de la familia materna y de la concentración de patología en la propia familia de los niños que consultaron en el Servicio.

La madre de 39 años, en el momento de la primera consulta, tenía 10 hermanos de los cuales 5 tenían retardo mental o patología psiquiátrica con internaciones en Hospital Psiquiátrico, de los cuales no pudimos avanzar más en el conocimiento diagnóstico.

La primera en consultar fue una niña de 9 años, por retardo mental.

Un año después consulta un hermano de 5 años enviado por neuropediatra con diagnóstico de trastorno del desarrollo con hiperactividad.

Seis meses después consulta otro varón de 4 años con el mismo diagnóstico: trastorno del desarrollo con hiperactividad, enviado de la misma fuente.