

Mercè Mabres (coord.)

Mireia Escardíbul, Alberto Lasa, Adrià López,
Beatriz Martínez, M.^a Teresa Miró,
Albert Montaner, Josep Moya, Sunsi Segú

Hiperactividades y déficit de atención

Comprendiendo el TDAH

Octaedro 

Colección Con vivencias

11. *Hiperactividades y déficit de atención*

Primera edición: enero de 2012

© Mireia Escardíbul, Alberto Lasa, Adrià López, Mercè Mabres, Beatriz Martínez, M.^a Teresa Miró, Albert Montaner, Josep Moya y Sunsi Segú

© Fundació Eulàlia Torras de Beà. Institut de Psiquiatria i Psicologia del nen i de l'adolescent

© De esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.

Bailén, 5, pral. — 08010 Barcelona

Tel.: 93 246 40 02 — Fax: 93 231 18 68

www.octaedro.com — octaedro@octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

ISBN: 978-84-9921-241-8

Depósito legal: B. 1.807-2012

Diseño de la cubierta: Tomàs Capdevila

Realización y producción: Editorial Octaedro

Impresión: Novagràfik

Impreso en España - *Printed in Spain*

> SUMARIO

Introducción 9

ADRIÀ LÓPEZ

1. Aspectos sociales

relacionados con la sintomatología del TDAH 11

SUNSI SEGÚ

2. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) 19

MIREIA ESCARDÍBUL, MERCÈ MABRES, BEATRIZ

MARTÍNEZ, ALBERT MONTANER Y SUNSI SEGÚ

3. Caso clínico del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) 51

MIREIA ESCARDÍBUL

4. El supuesto TDAH: un motivo de consulta frecuente en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) 67

ALBERT MONTANER

5. Pablo: «El movimiento me sostiene» 85

BEATRIZ MARTÍNEZ

6. Discusión a partir de la Guía de práctica clínica sobre el TDAH y de los casos clínicos presentados 101

ALBERTO LASA Y JOSEP MOYA

7. A modo de conclusión 119

M.^a TERESA MIRÓ

Bibliografía 123

Sobre los autores 131

Índice 135

MUESTRA EDITORIAL

Introducción

ADRIÀ LÓPEZ

El trabajo que presentamos en este libro surgió, en un primer momento, de la necesidad de elaborar un modelo de actuación propio, ante el desbordante flujo de informaciones, muchas veces contradictorias, sobre el llamado TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y/o Impulsividad). No podemos olvidar que en todos los medios de comunicación han ido apareciendo de manera regular noticias que hacen referencia a su etiología, diagnóstico y abordaje terapéutico.

En aquel momento se elaboró en la Fundación Eulàlia Torras de Beà (FETB)¹ un protocolo consensuado por diversos profesionales de nuestra especialidad que significó el embrión y posterior camino de entrada hacia la actual Guía clínica que queremos presentar y compartir.

En abril del año 2007, en la 4.ª Jornada de Trabajo de la Fundación, con el título «Cómo entendemos el TDA/H», ya se adelantaron algunas de las propuestas y conclusiones ahora concretadas.

A finales del mismo año, la Coordinadora de los CSMIJ (Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil) de Cataluña consiguió consensuar un Protocolo de Actuación ante dicho trastorno.

1. La FETB aglutina los centros de asistencia en salud mental infantil y juvenil de los distritos de Gràcia y Sant Andreu de Barcelona, así como de la población cercana de Montcada i Reixac, entre otras colaboraciones y actividades asistenciales. Consulta disponible en <www.fetb.org>.

No fue una tarea fácil ya que las distintas bases teóricas que sustentan el trabajo diagnóstico y clínico en el ámbito asistencial a menudo son tan distantes que dificultan un mínimo entendimiento.

Era necesario, incluso imprescindible, llegar a unificar algunos criterios, aunque el resultado final no fuese del todo satisfactorio para cada uno de los interlocutores. Cuando se trabaja para la salud a nivel público estamos de una u otra manera «obligados a entendernos» pensando siempre en el beneficio del paciente (niño o adolescente) y de su familia. Decimos esto por el desconcierto y desconocimiento que muchas madres y padres nos han expresado, provocados por el creciente incremento de noticias reseñadas en los medios.

Durante este trayecto de casi nueve años (2002-2011) muchas han sido las informaciones y documentaciones revisadas, elaboradas y valoradas por sus autores y colaboradores. Un auténtico trabajo de equipo es el que ha permitido, después de muchas horas de esfuerzo, definir en forma precisa, desde una óptica psicodinámica y psicoanalítica este síndrome clínico. Esta óptica proporciona una visión y un enfoque distintos de los que actualmente se nos quieren imponer, argumentando supuestas y poco contrastadas evidencias científicas en cuanto a su origen, diagnóstico y eficacia terapéutica.

Nuestras conclusiones fueron presentadas en la 7.^a Jornada de Trabajo de la FETB el 11 de febrero de 2011 con el título: «Jornada de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el TDAH», que ahora recogemos y ampliamos en este libro.

Nuestro agradecimiento a todos los autores, colaboradores y participantes en dicha Jornada.

➤ 1. Aspectos sociales relacionados con la sintomatología del TDAH

SUNSI SEGÚ

Introducción

Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, este es el diagnóstico que nos llevó a encontrarnos para reflexionar acerca de un síndrome de tremenda actualidad, tan actual que parece nuevo, aunque es conocido y descrito desde hace ya casi un siglo. Debido a las múltiples consultas y al impacto social que está teniendo en estos momentos, a un grupo de profesionales de la Fundación Eulàlia Torras de Beà se nos encomendó este trabajo, para poder aportar nuestra mirada teórica, y una manera de entender y abordar desde la práctica la sintomatología del TDAH.

Controversias

Pero ¿por qué trabajar con un trastorno que ya ha generado innumerables estudios e investigaciones? Las respuestas pueden ser múltiples pero quizás una de ellas sea la que nos lleva claramente al consenso: la controversia que genera. Una controversia que emerge de la diversidad de criterios alrededor de su etiología, del diagnóstico y del consecuente abordaje terapéutico. Una situación que, alimentada por los medios de comunicación, ha contribuido a la sobredifusión del síndrome, a

menudo desde una visión alarmista y que suele poner el acento en aquello más visible y distorsionador: la conducta. Un aspecto concreto dentro de un síndrome que no tiene una etiología determinada sino múltiple: social, familiar, psicológica, psicopatológica y biológica. Entonces parecería lógico, siempre que fuera posible, pensar en opciones terapéuticas igualmente multidimensionales (Icart, 2007).

Por los motivos citados, el grupo de profesionales que nos hemos reunido para elaborar la guía que se presenta en esta publicación, la entendemos como una herramienta que nos puede ser útil para encontrar un lenguaje común. Un nexo de unión no solo para la detección y el abordaje directo del TDAH, sino también para facilitar el diálogo y el entendimiento entre especialistas de diferentes disciplinas y dispositivos asistenciales de la red, recursos y profesionales que trabajan con una misma población, en este caso, niños, adolescentes y sus familias.

De aquí la importancia del trabajo con el entorno y de que se haga imprescindible la inmersión en el conocimiento comunitario del paciente y su familia, ya sea de forma directa o bien a partir de coordinaciones con las instituciones y profesionales que trabajan y/o interactúan con los mismos. Este *feed-back*, permite obtener unas informaciones que aportan una visión global y complementaria a la situación/demanda de consulta que se presenta mediante el síndrome del TDAH.

Por ello resaltamos la conveniencia de tener presente el trabajo en red con todas las áreas de influencia en las que se encuentra inmerso el paciente, pero especialmente con los profesionales del ámbito escolar, para acompañarles en la comprensión de las dificultades emocionales del alumno, más allá de la sintomatología manifiesta. Estamos hablando especialmente de maestros que deben afrontar clases caracterizadas por la diversidad: diferencias sociofamiliares, pero también individuales de cada alumno (el que es inquieto, el que no es capaz de prestar atención, el que tiene una gran dependencia del otro para organizarse, etc.). Situaciones que añaden grandes dosis de angustia al docente, quien, desbordado, nos acaba reclamando una ayuda casi mágica para resolver situaciones

a menudo desesperadas, a las que intentamos dar respuesta y orientación, expresando nuestra visión diagnóstica.

Encajar en la sociedad

Winnicott (1972-1978) dice que el niño tiene la tarea de dirigir y controlar su mundo interior y esta tarea no se puede iniciar hasta que el niño no esté bien acomodado en su cuerpo y sea capaz de diferenciar entre lo que está dentro y lo que está fuera, así como lo que es real y lo que está en su fantasía. Su dominio del mundo externo depende pues, de su mundo interno. (De Baggatini, 2007)

De Baggatini señala la importancia que esto debe tener para cualquier niño, pero especialmente cuando este presenta dificultades en el manejo del mundo exterior. Niños que viven envueltos por los reproches y por una culpa que se multiplica cuando no saben lo que les está pasando, pero son conscientes de que no son aquello que se esperaba, si pensamos tan solo en satisfacer los ideales de los padres y de la sociedad, representada en esta edad por la escuela.

Esta situación sería poco compatible con lo que describe Barudy (2010) como necesario para permitir que un niño llegue a encajar dentro de la sociedad, que se convierta en un ser social: la aportación continuada por parte de los padres de cuidados y estímulos para su desarrollo, así como de afecto y educación, que le ayuden a integrar una imagen de sí mismo contributiva y positiva. Esto no siempre es posible cuando las manifestaciones del hijo suponen unas dosis de culpa y estrés para la familia, a la que se añade la presión exterior de la escuela, espacios de ocio, familia extensa o amistades que tampoco entienden qué está pasando con este niño.

Ayudar al adulto, al niño...

Así pues, ¿no se deberían dar a los padres mejores orientaciones para que puedan aproximarse a sus hijos? Según Diller y Goldstein (2007), «la medicación funciona, pero cuando se da como primer tratamiento puede eclipsar los beneficios de las intervenciones psicosociales». Afirman que los padres que cuentan con un abordaje terapéutico combinado, desarrollan no solo una mejor comprensión de sus hijos, sino también un mejor sentimiento hacia ellos pudiendo tener un mejor juicio del problema y, por lo tanto, la percepción de un incremento del control. En cuanto al niño, los tratamientos psicosociales, especialmente la psicoterapia, no se dirigen únicamente a rebajar el síntoma o conseguir un cambio de comportamiento, sino también a organizar el pensamiento y las emociones, reduciendo o resolviendo las causas que han desencadenado el síntoma, y capacitándolo para afrontar nuevas situaciones.

Parecería indiscutible que merece la pena plantearse los tratamientos psicosociales para estas sintomatologías, más allá de llegar a una mera corrección conductual. Como muy bien resume Icart (2007), «debemos ayudar a los adultos cercanos al niño con TDAH a entender mejor sus modelos de vida, a regular las experiencias cotidianas y a mejorar su capacidad de integrar los aspectos agradables y desagradables de la relación con los demás sin romper el vínculo».

Estudios especializados muestran que el excesivo uso del diagnóstico TDAH, a veces realizado por los propios padres o maestros, ha llevado a sobrepasar las estadísticas lógicas de incidencia poblacional y esto, entre otras cosas, representa un importante problema de salud pública. Diversos artículos en diarios, revistas y comunicaciones a los padres, han popularizado este cuadro, un diagnóstico que, por lo mediático y generalizado, aporta una falsa tranquilidad a los progenitores y profesionales cercanos a los niños, ya que se habla del tema casi como si se tratara de una suerte de epidemia. Por lo tanto, no deberíamos cometer el error de tranquilizar a los adultos con

una solución medicamentosa aparentemente rápida y eficaz, sin tener en cuenta que el destino de este niño puede jugarse por otros aspectos de su personalidad (De Bagattini, 2007).

De la misma manera que hablamos de la importancia de poder acompañar, explicar, sentarnos al lado de los hijos, por ejemplo, para ver determinados programas de televisión, a otro nivel, quizás sería lo que deberíamos hacer con estos padres o maestros que derivan o hacen llegar a nuestra consulta a niños y adolescentes con un etiquetaje hecho. Sería necesario orientarles para que pudieran filtrar ciertas informaciones masivas que provienen de los medios de comunicación, foros, de la madre de «X», que a su hijo le pasaba lo mismo y toma una medicación fantástica... Enfatizaría la importancia de confiar en los profesionales y en los recursos especializados, aunque esto implique tiempo.

El contexto

Estamos hablando de controversias constantes, diversas y contradictorias opiniones que han aportado confusión a las familias, a los proveedores de salud, educadores y gestores políticos (NIH,² 2007). Todo esto genera dispersión y, a veces, falta de confianza hacia aquellos que supuestamente han de proteger y ayudar, algo que se complica substancialmente por la confrontación manifiesta entre aquellos que exageran los beneficios de un determinado tratamiento y los que exageran el peligro.

Hay que tener en cuenta que estamos en una época en la que los adultos están en crisis, y, sin embargo, determinados tipos de tratamiento pasan por alto la incidencia del contexto, a pesar de las investigaciones que demuestran la importancia de tener presente el ámbito dentro del cual el niño se desarrolla (Armstrong *et al.*, 2000, citado en IINLP,³ 2010). Por eso no podemos obviar la influencia de la familia, pero tampoco la de la

2. National Institutes of Health (NIH) Consensus Statement (ADHD).

3. Instituto Internacional de Programación Neurolingüística.

escuela, instituciones que tienen una incidencia sobre el niño y que a la vez no pueden desprenderse de las exigencias, los ritmos, el dinamismo constante... de la sociedad de pertenencia.

Una sociedad en la que siempre tenemos prisa, en la que lo que prevalece es el éxito profesional y/o social, que en muchos casos es sinónimo de éxito personal. Una sociedad llena de mitos, estereotipos, ideologías de masas que condicionan en tal grado que pasan por encima de lo que uno pueda considerar individualmente. Una sociedad donde se mezcla la lucha por la igualdad o por los derechos de la mujer con el poder elegir ser ama de casa, donde decidir pasar más tiempo con tu hijo a veces es vivido como una devaluación o retroceso en la familia pospatriarcal. Unas estructuras familiares que, en tanto que diversas y adecuadas a nuestros tiempos, tienen fisuras y una de ellas es la tan comentada dificultad para conciliar la vida profesional y familiar. Cuántas veces hemos oído: «¡El día debería tener más horas!». ¿Por qué? Por falta de tiempo y facilidades sociopolíticas. Una serie de condiciones que nos llevan a funcionar de manera hiperactiva, una manera de hacer tan normalizada como extendida y que, por lo tanto, se va transmitiendo generacionalmente de forma indiscriminada.

Del libro de Torras *La mejor guardería, tu casa*, he extraído alguna idea sobre los niños que pasan largos ratos solos en compañía de la televisión, los ordenadores, etc. No obviaré la parte de satisfacción que esto genera en muchos de ellos, pero tampoco el componente de necesidad para paliar demasiados momentos de soledad. Niños que están en múltiples actividades extraescolares y en mínimos espacios familiares. Niños que la primera persona a quien ven por las mañanas o a la salida del colegio es a la canguro, y no siempre es la misma. Niños con una relación poco individualizada o que han sido escolarizados en edades muy tempranas. Niños a los cuales presionamos y obligamos a parecer maduros sin darles tiempo de crecer. Niños que se convierten en una fachada detrás de la que esconder necesidades, inseguridades, etc.

¿Hacia dónde dirigimos la mirada?

Todos estos son algunos de los indicadores que, sumados a las cambiantes y nuevas realidades familiares, a veces incluso múltiples en la corta vida de un mismo niño, deberían situarnos en un punto de vista más humilde y hacernos pensar si realmente tantos niños son hiperactivos o simplemente son lo que les queda ser; si depositamos las dificultades en el niño, en el más frágil, o entendemos que nosotros los hacemos hiperactivos y asumimos nuestra parte de responsabilidad. Como dice Mauri (citado por Torras, 2010), ¿estamos hablando de niños con déficit de atención o son en realidad niños con necesidad de atención?

Ibáñez (citado por Torras, 2007) opina que el mundo real no es idílico y hemos de resolver los problemas que emergen de la mejor manera posible. Esto implica no limitarse a poner etiquetas que no solo no resuelven el problema, sino que son perjudiciales y estigmatizan al niño.

Hace falta que nos formulemos preguntas alrededor de las dificultades que presentan los adultos para contener, transmitir y educar. En definitiva, el tipo de estimulación a la que están sujetos estos niños dentro y fuera de la escuela; padres desbordados, deprimidos, docentes sobrepasados por las exigencias, etc. Unos entornos en los que la palabra ha ido perdiendo valor y las pautas y límites, claridad.

Estaríamos de acuerdo en que no podemos mirar al niño como ser aislado, desvinculado de su entorno, de su experiencia vital... Miró (citada por Torras, 2007) hace referencia a las situaciones familiares correlativas. Explica que evidentemente se deben abordar los síntomas, pero hace falta ir más allá y, aparte de explorar la estructura de personalidad del niño, es necesario tener un conocimiento de las características de su entorno, una mirada desde la que podamos comprender las capacidades y/o limitaciones de los padres a la hora de ayudar emocionalmente a su hijo, la estructura y dinámica familiar, así como el entorno social.

Cierto es que nos encontramos con padres con dificultades y sufrimientos que les impiden poder atender adecuadamente a sus hijos. Estamos hablando también de aquellos padres con escasa capacidad de tolerancia y contención, con problemas relacionales y sociales (conflictos familiares graves, dificultades socioeconómicas, toxicomanías, trastornos mentales, institucionalizaciones precoces, entre otros). Estas situaciones, sumadas a la presión del día a día, hacen aflorar dinámicas en las que los miembros quedan enredados en unas inercias que convierten la experiencia relacional en una vivencia excesivamente estresante. Las demandas y angustias del niño chocan con la presión y exigencia de un adulto que, también necesitado, siente cómo se pone a prueba su capacidad para pensar y manejar la situación de una forma organizada. Una manera de hacer en la que predomine la interacción positiva y los límites se puedan poner con empatía.

Así pues, para la mayoría de niños con sintomatología compatible con el TDAH, es adecuada una combinación de intervenciones psicosociales y médicas para ayudar a desarrollar sus habilidades y necesidades presentes y futuras. Y es tanto un desafío y una obligación ética para todos los profesionales de la salud mental infantil, como el reconocimiento de una realidad moral, social y clínica. Coincidimos con Lasa (2007) en que es urgente acordar qué hacer, quién lo tiene que hacer y con qué orden de prioridades.

Para finalizar, diría que no se trata de buscar culpables, ni de depositarlo todo en la familia, o en la escuela, o en las múltiples formas de entenderlo. Nada más lejos de lo que pretendemos, ya que se trata de reflexionar, de tenerlo presente como tema de conciencia social y no solo de unos cuantos, porque cuando hablamos de bienestar y personas, vamos más allá de la socioeconomía. Hablamos de prevención y atención para proteger la sociedad del bienestar, una sociedad que, aunque frágil en la actualidad, es de la que depende el futuro. Un futuro que no se puede crear a partir del azar, ni dejar en manos de otro, supeditado a la búsqueda de soluciones rápidas que no impliquen un proceso, en definitiva, de forma no pensada, hiperactiva.

2. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)

MIREIA ESCARDÍBUL, MERCÈ MABRES, BEATRIZ MARTÍNEZ, ALBERT MONTANER Y SUNSI SEGÚ

1. Presentación

Esta Guía surge de la necesidad de consenso entre profesionales de diferentes disciplinas, a partir de la integración de un enfoque psicodinámico y de la práctica clínica realizada en la Fundación Eulàlia Torras de Bea (FETB).

Esperamos que pueda ser una herramienta útil para encontrar un lenguaje común en la detección y abordaje de este diagnóstico, además de facilitar el diálogo y el entendimiento entre especialistas de diferentes disciplinas y dispositivos asistenciales de la Red.

El diagnóstico y abordaje del llamado *Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (TDAH) está rodeado de una cierta controversia; en parte debido a la difusión del diagnóstico, que ha promovido un abuso del mismo, en ocasiones entendido como un etiquetado rápido tanto en su etiopatogenia, como en la terapéutica a seguir. Esto ha generado una dificultad en la comprensión de la problemática latente del niño, en el abordaje terapéutico y en el de las dinámicas del ámbito familiar y escolar, debido a que esta visión determinista pone el acento en la conducta.

2. Introducción

El TDAH, según nuestra manera de entender al niño desde una perspectiva global, es un diagnóstico sintomático que puede constituir, tal como expondremos, la manifestación más externa o conductual de diversas patologías psíquicas.

A menudo, solo es considerado como un trastorno básicamente neurobiológico caracterizado por problemas de falta de atención y/o conducta hiperactiva-impulsiva, más frecuente y severa que la observada habitualmente en niños de la misma edad que no presentan esta problemática (APA,⁴ 2000). Esta conducta interfiere en la actividad escolar, familiar y/o social del niño.

El hecho de considerar diversas patologías psíquicas como factores «comórbidos», tal como aparece en muchas guías, supone un reduccionismo del trastorno. Los avances actuales en neurociencias ponen de manifiesto, cada vez más, la influencia del desarrollo neurofisiológico, la dotación genética y la interrelación con los factores familiares, como aspectos que configuran el psiquismo humano. Queda abierto un cambio de paradigma en la relación biología-psiquismo, entre la clásica oposición de la etiología psíquica y la etiología orgánica de los fenómenos. Este nuevo paradigma considera que el hecho psíquico y el hecho biológico, pese a no tener una medida común, tienen un área de intersección.

De la consideración de una etiopatogenia multicausal o únicamente neurobiológica dependerá su abordaje terapéutico. En este último caso el tratamiento será farmacológico, acompañado de terapia cognitivo-conductual, entreno de las llamadas funciones ejecutivas, así como recomendaciones a los padres y maestros. Si se considera que esta sintomatología tiene también una base psicológica, en función de la interacción establecida entre el niño y su entorno, se dará especial énfasis al diagnóstico diferencial. El abordaje

4. American Psychological Association.

terapéutico combinará la orientación a los padres, para que puedan desarrollar las funciones parentales adecuadas, y el trabajo terapéutico con el niño, tanto a nivel de pensamiento como relacional. Dentro de este enfoque se puede incluir en algunos casos el tratamiento farmacológico, ya sea para deshacer un círculo vicioso establecido por la falta de contención del entorno hacia el niño, ya sea por la intensidad de los síntomas, que no permite que el niño pueda participar adecuadamente de la dinámica familiar, escolar y social.

En esta guía trataremos, pues, de reflejar nuestra visión de la etiopatogenia multicausal que da lugar a esta sintomatología, así como la importancia de un diagnóstico diferencial que no solo contemple las capacidades intelectivas, la atención y los aspectos conductuales, sino también la patología subyacente que se manifiesta a través de diferentes hiperactividades y del déficit de atención. Al efectuar la recogida de la anamnesis daremos tanta importancia a los datos evolutivos, como a los aspectos que nos den idea del clima emocional y relacional en el que se ha desarrollado el niño desde el inicio de la vida hasta el momento de la consulta.

3. Definición

El TDAH es un síndrome o agrupación de síntomas que se manifiesta en diferentes estructuras de la personalidad, es decir, en la organización psíquica del niño/a, a partir de las interacciones entre sus competencias y el entorno desde el inicio de la vida. No tiene una causalidad determinada y los factores etiológicos que hay que considerar son múltiples: sociales, familiares, psicológicos y biológicos. Los principales síntomas son la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad y, aunque habitualmente coexisten en grado menor o mayor los tres síntomas, hay patrones en los que predomina uno de ellos. Hay síntomas asociados, como la labilidad emocional y los trastornos específicos del desarrollo, que afectan al proceso de aprendizaje escolar y de adaptación al medio. Estos síntomas

principales no pueden ser explicados por ningún otro proceso, deben estar presentes por lo menos durante seis meses, haberse iniciado después de los 4 años y antes de los 7 y tener una repercusión importante en las funciones sociales, académicas o laborales como indicadores en la historia evolutiva del niño/a (APA, 2000).

3.1 Principales síntomas

- *Déficit de atención*: el niño se distrae muy fácilmente, no puede concentrarse en una tarea ni finalizar ninguna actividad. Le cuesta prestar atención y a menudo parece que no escuche ni se dé cuenta de lo que se le dice. No sigue instrucciones y mantiene una actitud despistada, con olvidos y desobediencias muy frecuentes.
- *Hiperactividad*: movimiento constante sin objetivo concreto, tiende a tocar y a manipular todos los objetos sin una actividad organizada. Inquietud excesiva: corre, salta y habla en exceso o en situaciones en las que no es adecuado.
- *Impulsividad*: interrumpe bruscamente su actividad y la de los otros. Pasa constantemente y de manera súbita de una actividad a otra. Interviene y responde de manera intempestiva. Necesita control constante por su tendencia a ignorar el peligro y el riesgo. No tiene respeto por las normas habituales.

3.2 Síntomas asociados

- *Labilidad emocional*: oscilaciones entre tristeza y euforia; baja tolerancia a la frustración que genera irritabilidad y oposición, que pueden llegar al descontrol de la impulsividad.
- En casos extremos se puede plantear el diagnóstico diferencial con los llamados *Trastornos disociales y del comportamiento*, caracterizados por conductas destructivas, actitudes desafiantes y retadoras, y la transgresión de normas e

imposiciones sociales y familiares: robos, fugas, absentismos, etc.

- *Trastornos específicos del desarrollo*: afectan al aprendizaje y a la adquisición del lenguaje, derivados del mismo fallo en la organización precoz que afecta a los esquemas básicos sensoriomotores y a las funciones cognitivas y de simbolización.
- *Alteración secundaria del rendimiento escolar*: problemas de adaptación al entorno derivados del comportamiento. Generan en el niño un descenso de la autoestima, vivencia de desvalorización y desánimo, dudas sobre su capacidad intelectual, sentimientos de marginación injusta y comportamientos de sumisión-pasividad agresiva (si predomina el humor depresivo) o actitudes de revancha desafiante y de negación de las dificultades (si predomina la euforia hipomaníaca).

Moya (2007) refiere que, dentro de la perspectiva categorial, la aproximación europea a la definición y clasificación del TDAH difiere de la norteamericana. A pesar de haber adoptado criterios casi idénticos en la identificación de los síntomas, el DSM-IV⁵ requiere la presencia de seis síntomas de inatención o seis síntomas de hiperactividad-impulsividad o de ambos. En cambio la CIE-10⁶ establece que deben existir como mínimo seis síntomas de falta de atención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad y no se permite el diagnóstico si no hay síntomas de falta de atención. Lógicamente existen también diferencias que afectan a las prevalencias, ya que según el DSM-IV, que permite la presencia de comorbilidad, las prevalencias estarían entre el 5 y el 10%; en cambio, cuando se utilizan criterios CIE-10 y el diagnóstico está restringido a la presencia del síndrome completo sin condición de comorbilidad, se encuentran niveles del 1 o el 2%, aproximadamente. El trastorno es más frecuente en niños que en niñas, en una proporción que oscila entre 2,5:1

5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Clasificación norteamericana.

6. Clasificación de los Trastornos Mentales. OMS.

y 5,6:1. Se considera que hasta un 65% de los casos persiste en la edad adulta.

3.3 Etiología

La causa del TDAH es heterogénea y multicausal. Podríamos decir que nunca se encuentra un único factor etiológico que explique el síndrome; por el contrario, los factores implicados son variados y numerosos. En todo caso, los estudios actuales se decantan hacia aceptar la combinación e interacción de múltiples factores (Biederman y Faraone, 2005; Guía de Práctica Clínica del SNS,⁷ 2010).

Se considera que existen factores biológicos, como una disfunción de la corteza prefrontal y de los ganglios basales que provocan un menor consumo de glucosa y de flujo sanguíneo.

Existen múltiples estudios de los factores genéticos en el TDAH que muestran, a través de estudios genéticos moleculares, la complejidad de dichos factores. Biederman y Faraone (2005), entre otros, identificaron diversos genes que se relacionan con los receptores de la dopamina DR4 y DR5 implicados en la patofisiología del TDAH.

Otros signos no genéticos sino neurológicos, estarían relacionados con antecedentes de encefalopatía por hipoxia y prematuridad, por ejemplo. Coincide con una de las denominaciones y etiología que se reflejaba en formulaciones anteriores a la inclusión en las clasificaciones diagnósticas del TDAH, que era el concepto de disfunción cerebral mínima.

Respecto a los factores relacionados con el entorno relacional-afectivo, según Miró (citada por Torras, 2007), «la compleja interacción entre la dotación del recién nacido y la conducta específica de los cuidadores —incluyendo la conducta intrusiva, la que descuida o la sobre o infraestimulación— saca a la luz, en estos casos, la reactividad e hipersensibilidad del niño». Además, la atención es una función notablemente compleja del

7. Sistema Nacional de Salud.

Yo, se desarrolla en un contexto relacional específico y está influida por factores genéticos, intercambios emocionales primitivos, temperamento y microtraumas.

En recientes investigaciones, Fonagy (2006) ha estudiado los trastornos de la vinculación afectiva, concluyendo que:

- El trastorno del vínculo produce discontinuidades en la estructura del *self* que son, por lo tanto, discontinuidades en la identidad.
- Cuando hay una pobre mentalización de los padres, frecuentemente la encontramos también en los hijos y la interacción se da en términos físicos, corporales...
- Cuando no existe la función especular (*mirroring*) en la madre, reflejando los estados mentales del hijo, predomina la evacuación de las tensiones en forma somática y/o motriz.

Brown (2003) y Goldman (1998) señalan en sus aportaciones que las primeras manifestaciones del TDAH las debemos encontrar en los primeros tiempos de vida del niño y sus dificultades para tolerar la frustración.

Berger (1999), desde el punto de vista de las teorías psicoanalíticas, señala cuatro ejes principales de funcionamiento psicopatológico que pueden manifestarse a través de la sintomatología de hiperactividad:

- La hiperactividad como una defensa frente la depresión.
- La hiperactividad dentro del marco de la psicosis infantil.
- La hiperactividad como fallo en la envoltura corporal.
- La hiperactividad como fruto de un funcionamiento operativo.

En todos los casos podemos observar alteraciones en las primeras relaciones del niño con su madre que no le permitieron desarrollar un aparato mental suficientemente capaz de contener, procesar y elaborar las emociones. Los niños con TDAH tienen además un funcionamiento psíquico similar al de los niños psicósomáticos (Icart, 2007).

Icart (2007) destaca las aportaciones de Berger (1999) que, a raíz de una investigación hecha con 60 casos y a partir de constataciones teórico-clínicas, propone dos hipótesis teóricas:

- *Un fallo en la relación con el objeto primario.* Comportaría un *holding* (Winnicott, 1960) defectuoso, un fracaso en la vivencia de la indispensable *experiencia de la omnipotencia* (Winnicott, 1962): «no solo el objeto está allí, sino que también está allí para él»; además de la aparición de los «procedimientos autotranquilizadores» (Szwec, 1993, 1995, 1999) para atenuar su angustia. Detrás de un niño hiperactivo encontramos una madre con muchas características hiperactivas.
- *Una dificultad para estar solo en presencia del otro* (Winnicott, 1960). Capacidad que se adquiere después de superar el narcisismo primario y que permite al niño poder representarse absolutamente diferente del otro. Los fallos en el proceso de separación *self-objeto* tienen relación con los fallos en la relación madre-hijo y pueden originar desestructuraciones de tipo psicótico o, menos graves, de tipo psicossomático.

Para Burgin y Leutzinger (2006), el déficit de atención del niño es la manifestación de una disfunción precoz del Yo. Debido a que falló la función de contención (*holding*) del objeto para:

- Ayudar a centrar la atención.
- Desarrollar un espacio transicional.
- Tolerar progresivamente la frustración.
- Simbolizar las experiencias.

Torras (2007) afirma que estas carencias tan primitivas afectan a la estructuración y organización cerebral, ya que se producen en momentos claves del desarrollo y serán probablemente las que más tarde se detecten en los estudios, por ejemplo, de neuroimagen.

Tal y como explica Ansermet (2006), desde los recientes estudios de las neurociencias, se ha demostrado que la huella dejada por la experiencia (y como experiencia nos referimos a las interacciones relacionales, intercambios emocionales de vinculaciones vividas subjetivamente según la dotación del niño) produce una huella psíquica y una huella sináptica. Las huellas psíquicas no serían solamente conscientes, sino que además estas huellas se asocian entre ellas yendo más allá de la experiencia y construyendo una realidad inconsciente, en continuo cambio por las remodelaciones de las huellas ya inscritas. Todo este dinamismo juega un papel determinante en la constitución del sujeto. Por lo tanto, no podemos quedarnos en un modelo de tipo reflejo, según una causalidad simple y lineal, para explicar los fenómenos mentales. No nos podemos quedar en una biología que deje de lado la dimensión del sujeto (Magistretti y Ansermet, 2006).

Revisión sobre los factores etiológicos del TDAH

Después de la revisión de diferentes autores y partiendo también de nuestra experiencia clínica, podemos concluir que se llega al diagnóstico sintomático de TDAH a partir de la interrelación de factores de predisposición genética, factores biológicos y aspectos deficitarios en la compleja interacción del niño con la madre o cuidador primario.

La función especular del cuidador primario hace que el niño pueda crear representaciones de sus diferentes estados mentales, a partir de la devolución por parte del cuidador primario de imágenes modificadas, pero reconocibles, de los estados afectivos que está experimentando.

El sistema de representaciones mentales nace y se va haciendo más complejo mediante la internalización de las respuestas de la madre a los estados emocionales del bebé. Este desarrollo del sistema representacional es indispensable para adquirir la capacidad de mentalización, necesaria para que el individuo diferencie sus afectos y los de los otros, regule los propios estados afectivos y dé continuidad y flexibilidad a la conducta interpersonal.

> ÍNDICE

Sumario 7

Introducción 9

ADRIÀ LÓPEZ

1. Aspectos sociales relacionados con la
sintomatología del TDAH 11

SUNSI SEGÚ

Introducción 11

Controversias 11

Encajar en la sociedad 13

Ayudar al adulto, al niño... 14

El contexto 15

¿Hacia dónde dirigimos la mirada? 17

2. Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit
de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) 19

MIREIA ESCARDÍBUL, MERCÈ MABRES, BEATRIZ

MARTÍNEZ, ALBERT MONTANER Y SUNSI SEGÚ

1. Presentación 19

2. Introducción 20

3. Definición 21

3.1 Principales síntomas 22

3.2 Síntomas asociados 22

3.3 Etiología 24

4. Diagnóstico 28

4.1 Entrevistas a los padres	29
4.2 Evaluación psicológica del niño	31
4.3 Evaluación del entorno	34
5. Diagnóstico diferencial	36
6. Modalidades de abordaje	38
7. Tratamiento	40
7.1 Intervenciones con el niño	40
7.2 Intervenciones con la familia	41
7.3 Intervención social	42
7.4 Intervenciones con el entorno	42
7.5 Tratamiento farmacológico	43
8. Algoritmo de manejo	47
9. Anexo	48
Test diagnósticos	48
3. Caso clínico del Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP)	51
MIREIA ESCARDÍBUL	
Primera entrevista	51
Motivo de consulta	51
Antecedentes	52
Exploración psicológica	53
Hiperactividad: sintomatología en la primera infancia	54
Síntesis diagnóstica	54
Funciones parentales	56
Indicación terapéutica	58
Tratamiento psicoterapéutico individual	58
Viñeta clínica	60
Tratamiento de grupo: niños y padres	63
Conclusiones	65
4. El supuesto TDAH: un motivo de consulta frecuente en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ)	67
ALBERT MONTANER	
Carlos, «pasos hacia la integración»	67
Primera visita	68
Proceso exploratorio	69

Síntesis diagnóstica	71
Tratamiento	73
Álex, «camino hacia la hoguera»	75
Primera visita	75
Proceso exploratorio	76
Síntesis diagnóstica	78
Tratamiento	79
Conclusiones	83
5. Pablo: «El movimiento me sostiene»	85
BEATRIZ MARTÍNEZ	
Primera visita y motivo de consulta	85
Proceso exploratorio y síntesis diagnóstica	87
Tratamiento	89
«¡¡¡Pero si yo no me muevo!!!»	89
«Si paro... ¡me aburro!»	93
«¡Si paro me pongo triste...!»	96
Conclusiones	98
6. Discusión a partir de la Guía de práctica clínica sobre el TDAH y de los casos clínicos presentados	101
ALBERTO LASA y JOSEP MOYA	
Introducción	101
Reflexiones sobre los aspectos sociales y clínicos de la Guía	101
Dr. Lasa	101
Dr. J. Moya	110
Discusión de los casos clínicos	113
Dr. Moya	113
Dr. Lasa	115
7. A modo de conclusión	119
M. ^a TERESA MIRÓ	
Bibliografía	123
Sobre los autores	131