

DEBAJO DE LOS SÍNTOMAS DEL TDHA

Tatiana Simal Galindo¹, Tina Sota Leiva, Estibaliz Pérez Fernández de Landa, Kristina Pérez Arrieta y Amaya Ajona Barandalla

RESUMEN

Tras los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad de la infancia y adolescencia existen multitud de formas de malestar psíquico y otros posibles diagnósticos clínicos. Tras recordar con unas pinceladas la psicología evolutiva del niño, se realizará una revisión del llamado TDHA y posteriormente se presentarán distintas viñetas clínicas de niños y adolescentes que fueron remitidos para su valoración en la consulta ambulatoria de salud mental infanto-juvenil dentro del ámbito público. Todos ellos cumplían criterios suficientes para TDHA, sin embargo, el estudio en profundidad de cada caso teniendo en cuenta aspectos del psicoanálisis permitió llegar a otras conclusiones que revirtieron en abordajes terapéuticos diferentes. Un diagnóstico cuidadoso y completo es necesario a la hora de poder abordar los problemas del ámbito atencional y del movimiento-impulsividad, hoy en día el motivo de derivación más frecuente en las unidades de salud mental infanto-juvenil.

PALABRAS CLAVE

TDHA, niños y adolescentes, revisión, diagnóstico, abordaje terapéutico.

ABSTRACT

Underneath ADHD symptoms in childhood and adolescence there are plenty of different types of mental suffering and other possible diagnoses. After looking briefly at some aspects of child development, a review of the so-called ADHD will be done. Then, some clinical cases will be shown, all of which were referred to the public outpatient mental health services for child and adolescents. Although all of these cases met ADHD criteria, the in-depth study of each of them, taking into account aspects from psychoanalysis, let us come to other conclusions leading to different therapeutic approaches. A thorough and comprehensive diagnosis is required to tackle and treat the attention and movement-impulsivity symptoms, which are the most prevalent issues referred to child and adolescents mental health services nowadays.

KEYWORDS

ADHD, child and adolescents, review, diagnosis, treatment.

¹ Correspondencia: Tatiana Simal Galindo. Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández, Paseo Sagasta 56. 50006, Zaragoza. Teléfono: 976 25 80 42. E-mail: tsimal@salud.aragon.es

DEBAJO DE LOS SÍNTOMAS DEL TDHA

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la demanda más frecuente en las consultas de salud mental infanto-juvenil es el llamado trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA).

Se estima que la prevalencia pediátrica actual va de un 5 a un 8% existiendo un pico en la edad escolar y siendo más frecuente en varones (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, 2008).

Incluso en algunas Comunidades Autónomas es habitual que los niños remitidos a salud mental ya hayan iniciado tratamientos farmacológicos desde pediatría y atención primaria, neuropediatría o bien otros servicios psiquiátricos.

No podemos olvidar el contexto social de nuestro siglo donde la preponderancia de lo narcisista, lo inmediato y lo individual influyen ante la tarea de valorar al niño o adolescente en su unicidad (Trechera, 1996).

2. LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO DEL NIÑO: LO INNATO Y EL AMBIENTE AL SERVICIO DEL CRECIMIENTO

El niño nace con una programación innata para su desarrollo: de los 2 a los 6 años la proliferación de la mielinización encefálica permite aumentar la velocidad y complejidad del pensamiento así como la memoria y la reflexión. Por otra parte, la maduración de la corteza prefrontal permite se regule la atención, cesen los berrinches así como el llanto o risa incontrolable, el sueño se torna más regular y las emociones tienen más matices y son más reactivas.

Para los 3-4 años hay adelantos en el desarrollo de la corteza prefrontal, según Posner y Rothbart, por lo que es más probable el control de los impulsos, el cese de la perseverancia y, por lo tanto, es más posible la educación formal (Berger, 2007a).

Además, también el sistema límbico (amígdala, hipocampo, hipotálamo, hormonas del estrés) está en desarrollo. Es el encargado de la expresión y regulación de las emociones y se va a conectar con la corteza prefrontal.

Es a través de la relación del niño con los adultos que lo innato se expresará de una forma u otra. La participación guiada desde el adulto dándole andamiaje, unido a los deseos e intereses del niño, motiva el aprendizaje.

Según los estudios de Vygotsky (1978) los niños aprenden porque los mayores les guían: presentando desafíos, ofreciendo ayuda -sin encargarse de todo- proporcionando instrucción y estimulando la motivación (Berger, 2007b).

En caso de que el estrés durante el primer año de vida y primera infancia inunde el sistema límbico se destruirán neuronas del hipocampo por lo que aparecerán déficits permanentes en aprendizaje y memoria (Berger, 2007a). De ahí que la paraexcitación por las figuras adultas principales del niño sea fundamental en esta etapa de la vida.

Si todo va bien, para el inicio de la latencia (6 -7 años) se han tenido que alcanzar ciertos hitos que permiten al niño:

- Un equilibrio entre pensamiento y acción: puede pensar antes de actuar e interrumpir su acción porque es la hora de hacer otra.
- Aparece cierta lógica aunque limitada.
- Un equilibrio entre lo afectivo y lo intelectual: la representación de la ausencia, esto es; el niño puede estar solo sin el adulto.
- Abandonar el egocentrismo para pasar a entender la perspectiva del otro iniciándose la moralidad.
- Un nivel aprendizaje de la canalización o regulación de las emociones para lo cual el tiempo de juego y el modelado parental habrán sido básicos.
- Una buena capacidad de concentración para los 9-10 años.

CONSIDERACIONES ALREDEDOR DEL TDHA: HISTORIA, DEFINICIÓN, CLASIFICACIONES Y MODELOS EXPLICATIVOS ETIOPATOGÉNICOS

Desde el S.XX los problemas de inquietud motora, dificultad para atender y tendencia a la impulsividad han sido objeto de atención por la psiquiatría infantil siendo denominado trastorno de inestabilidad motriz/ lesión o disfunción cerebral mínima. A raíz del DSM-IV-TR el diagnóstico denominado TDHA como agrupación de síntomas se extiende y pasa a considerarse enfermedad.

Las definiciones más usadas son las realizadas por dos de las clasificaciones de los trastornos mentales: el DSM IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 1997) - Figura 1- y el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades. 10ª Revisión, 1993).

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR para el TDAH*	
Inatención (al menos 6 durante 6 meses)	<ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo no presta atención en los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar u otras actividades 2. A menudo tiene dificultad para la atención sostenida en tareas y juegos 3. A menudo no parece escuchar cuando le están hablando directamente 4. A menudo no sigue las instrucciones o no consigue terminar los deberes, obligaciones... 5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades 6. A menudo evita, rechaza tareas que requieren un esfuerzo mental continuado 7. A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades 8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos 9. A menudo es olvidadizo en sus tareas diarias
Hiperactividad-impulsividad (al menos 6 durante 6 meses)	<p>A. Hiperactividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo presenta inquietud con sus manos o pies o se revuelve en el asiento 2. A menudo se levanta de la silla en clase o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado 3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas 4. A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio con tranquilidad 5. A menudo está excitado o "va como una moto" 6. A menudo habla excesivamente <p>B. Impulsividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. A menudo responde antes que la pregunta haya sido finalizada 8. A menudo tiene dificultad para aguardar turno en juego o situaciones de grupo 9. A menudo interrumpe o interfiere a los demás (conversaciones, juegos...)
<p>Puede cumplir solo el apartado de inatención o solo el apartado de hiperactividad-impulsividad. Además:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alguno de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaba presente antes de los siete años b. Los síntomas crean dificultades en dos o más situaciones (escuela, casa...) c. Afectan significativamente al funcionamiento social, escolar o laboral d. Los síntomas no ocurren durante el curso de una esquizofrenia, o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental <p>Además, se debe cumplir que:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años b. Los criterios deben cumplirse en más de una situación c. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral d. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad 	

Figura 1. Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM IV TR.

Para CIE-10 (1993) el TDAH es llamado trastorno hiperactivo, los criterios son más estrictos que los del DSM IV TR: 6 ó +criterios de inatención y 3 ó +criterios de hiperactividad y 1 ó +de impulsividad, siendo el inicio de los mismos generalmente antes de los 5 años.

En cuanto al reciente DSM-V (2013): el inicio de síntomas se amplía a antes de los 12 años en lugar de los 7, se incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista y se limita a 5 el número de síntomas en la edad adulta en vez de los 6 para la infancia. Por otra parte, se incluye el TDHA dentro del capítulo de “Trastornos del neurodesarrollo” siguiéndose un modelo biologicista.

3.1. PROCESOS EXPLICATIVOS ETIOPATOGÉNICOS

No se ha establecido una patogénesis clara pero sí es multicausal, puesto que intervienen diferentes factores (Rutter, Bishop, Pine et al., 1976):

- Genéticos: algunos estudios defienden hasta un 77% de causa genética, determinando la predisposición pero no la presencia.
- Alteraciones neuroquímicas en la neurotransmisión de dopamina, noradrenalina y serotonina.
- Ambientales: exposición intraútero a alcohol, tabaco, prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, institucionalización, patología psiquiátrica familiar, adversidad psicosocial.

Principalmente se establecen dos líneas etiopatogénicas (Avellón, 2013):

- Modelo fisiológico-biológico:
 - Se da entidad de enfermedad a un síndrome (grupo de síntomas).
 - Destaca la naturaleza neurobiológica: déficit de la neurotransmisión a nivel prefrontal, maduración retardada cerebral, menor volumen cortical de ciertas áreas e hiperfunción de ciertas áreas cerebrales con hipofunción de otras.
 - Se establece un tratamiento farmacológico necesariamente.
 - La coexistencia de problemas psicológicos es frecuente, hasta un 60%, denominándose comorbilidad.
- Modelo psicopatológico ó bio-psico-social:
 - Se trataría de un conjunto de síntomas reactivos a diferentes factores y a diferentes organizaciones de la personalidad que expresan un sufrimiento en el niño.
 - Se plantea descubrir si el sufrimiento es intrasubjetivo o intersubjetivo.
 - Se considera que el abordaje farmacológico podría cubrir rápidamente los síntomas y se mantendría el sufrimiento subyacente.
 - Los factores psicológicos tendrían peso etiológico y serían subsidiarios de múltiples abordajes psicoterapéuticos.

4. VIÑETAS CLÍNICAS: LA NECESIDAD DE LA ESCUCHA MÁS ALLÁ DE LOS SÍNTOMAS

A partir de las reflexiones de Beatriz Janin sobre *Niños hiperactivos e inatentos* (2007) y siguiendo el modelo etiopatogénico biopsicosocial se van a ilustrar las vivencias de varios niños y adolescentes atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría infanto juvenil en el ámbito público.

Mariano es un niño de 9 años de tez oscura, delgado, con ojos grandes que entra por primera

vez en la consulta con una familiaridad que llama la atención. Le han encontrado hablando solo dirigiéndose a otra persona y se tapa los oídos estando solo en su habitación. No atiende ni rinde al nivel de sus compañeros, es muy inquieto y tiene caídas habitualmente. En el despacho se me sienta encima y no puede mantenerse de forma tranquila dibujando, no tolera bien la frustración, sus cambios de humor son destacables y tiene miedo a la hora de dormir. Presenta agresividad sin motivo aparente pudiendo morder o patear, otras veces parece que “desconecta” y se queda absorto un rato sin responder a lo que se le habla. Ha presentado soliloquios “*te voy a matar*”... mientras daba fuerte sobre la tierra con una azada. En clase, mientras los demás están en silencio, grita “*callaos, dejadme en paz*”. Ha llegado a decir cosas como “*yo me mataré con un cuchillo antes de llegar a viejo...*”. De su dibujo espontáneo (figura 2) dice “*es una persona de 100 años... está muerta...*”. Destaca la transparencia del corazón, el cual aparece magullado. La impresión diagnóstica fue de Psicosis Infantil. En este niño, la confusión fantasía-realidad, las alucinaciones auditivas y la desorganización del pensamiento impedirían orientar la atención a algo externo.



Figura 2. Dibujo espontáneo infantil

Iván tiene 13 años, en su historia previa los padres refieren que era un bebé intranquilo, “*era una lucha ponerle el pañal*”. Muy inquieto desde que comenzó a caminar, con 13 meses. Con 2 años comenzó en el colegio, “*el primer día se lió a golpes*”. Le costó hablar, comenzó sobre los 3 años. Tardó también en controlar esfínteres. Había acudido a sus 6 años a la unidad por retraso general en habilidades motoras, verbales y sociales, estableciéndose un diagnóstico de alteración mixta del comportamiento y de las emociones. Repetía dibujos con temática agresiva

oral y anal: animales prehistóricos, monstruos con pinzas, pinchos y dientes, de tamaño desproporcionadamente grande respecto a la figura humana, personas enrejadas o en gran desventaja respecto a los monstruos, culos... No podía pasar a la aceptación de normas, tenía rasgos de omnipotencia, a veces presentó neologismos y escritura en espejo. Con 7 años pegó a un profesor y en una ocasión persiguió con un hacha a unos niños que le habían tirado globos de agua. De siempre descrito como despistado. Presentaba episodios de inquietud motora y malestar considerables que no asociaba a nada externo.

En su exploración y relato actual: Entra sin saludar y deja la puerta abierta, escasamente me mira, se tumba y bosteza sobre la mesa. No hay demanda por su parte. Mantiene distancia afectiva, con restricción en sus afectos. No hay adecuado manejo de frustraciones, con un pobre control de impulsos, no acepta límites en la escuela, tampoco en casa (cuenta que llega a dar golpes y cabezazos contra la pared y también ha llegado a autolesionarse de forma superficial con desconexión emocional). No tiene amigos, no puede describirse a sí mismo, utiliza proyecciones continuamente y casi no reconoce dificultades propias. Sin embargo, juega a las damas e incluso compite en ello con bastante éxito. Relata proyectos futuros que toma prestados directamente del padre, no habiendo una diferenciación entre ambos.

En el test desiderativo eligió ser un águila *“porque es el depredador, a él no le cazan... podría volar, es muy rápido y tiene muy buena vista”*. En su primera catexia negativa: *“un pollo, porque se comen y te matan después de estar encerrado y enjaulado”* frase que recuerda a los dibujos repetitivos que realizaba de pequeño mostrando ansiedades persecutorias.

Impresión diagnóstica: organización límite de la personalidad.

¿Cómo atender al aprendizaje si se está inundado de fantasías agresivas y cómo frenar la impulsividad si no se han podido construir límites internos y no se ha introyectado la norma?

Pablo es un niño de 4 años de raza negra, de aspecto jovial, con cráneo grande, puente nasal ancho y fenotipo peculiar. Su contacto visual es de breve duración y su nivel de inquietud es elevada. No tiene juego simbólico, observa juguetes, los manipula, tira al suelo, buscando hacer ruido, se le ve que disfruta de esa manera, con los sonidos, por lo que se podría pensar que su juego corresponde a la etapa de los dos primeros años, donde prepondera lo sensorio-motriz. No se mantiene con ningún juego. La exploración del espacio se hace a veces peligrosa porque no mide qué toca ni qué hace: coge la lámpara de pie, lanza una silla... Manipulación torpe y mala coordinación. Habla sin intención comunicativa, sólo repite algunas frases diferidamente: *“leche desnatada, caliente hamburguesa...”*. No le gusta masticar y prefiere líquidos. El colegio refiere lentitud en los aprendizajes escolares y todavía no dibuja. Le cuesta responder a su nombre y parece que no escucha.

Impresión diagnóstica: Trastorno del espectro autista.

¿Cómo atender a lo exterior: percepciones, afectos si su interés está únicamente focalizado en sensaciones o hay un repliegue interno?

Antonio es un chico de 10 años que es distraído y también desafiante con iguales y profesores... se le diagnosticó de TDHA y se comenzó con estimulante, sin encontrarse respuesta adecuada al mismo.

A la exploración presenta macrocefalia y cierta peculiaridad craneal, aparentando su edad. Tiene gesto de disgusto. Discurso fluido, múltiples quejas de todo su entorno, lo primero que dice es un “no...no puedo”...Negativo y afecto entristecido, pide ir al baño y se echa a llorar allí: “*se meten conmigo, me llaman raro...*”. Tiene dificultades de concentración, duerme mal necesita todavía un punto de luz. Dice “*lejos de la familia no me encuentro bien...*”. A raíz de ir a colonias comienza con vómitos y pierde 2 kg en 5 días. Autoimagen negativa. Ha dejado de hacer cosas que le gustan.

Impresión diagnóstica: Trastorno de ansiedad por separación.

Si no ha habido vínculos afectivos seguros precoces, no será posible el proceso de autonomía que supone ir alejándose de los padres y afrontar el reto del crecimiento, se entendería así su retraimiento respecto al mundo exterior.

Aitor es un adolescente de 15 años remitido por bajos rendimientos, dice su madre que “*no pone atención más que para quedar con los amigos, está ausente en clase, pasa de todo, su estado cambia de un polo a otro rápidamente*”. Anteriormente fue diagnosticado de TDHA.

Está con sobrepeso, casi no levanta la vista de la mesa, se expresa con frases cortas, suda profusamente, no es capaz de imaginarse su futuro, afirma fuma porros “*para tranquilizarse*” desde hace 3 años. Tiene cierta conciencia de descontrol con respecto al consumo de tóxicos.

Impresión diagnóstica: Síndrome amotivacional en relación a abuso de cannabis y posible trastorno de ansiedad/depresivo subyacente.

Jorge es un niño de 5 años remitido por problemas de conducta; no para quieto en ningún sitio, no se concentra, no hace caso y su madre dice que está todo el día enfadado; ha llegado a correr detrás de ella con una escoba para pegarla. La madre pide con vehemencia una medicación. Nacido en el extranjero, se trasladaron a España cuando tenía dos años. Su padre trabaja fuera, sólo está en casa los fines de semana. La madre se encuentra deprimida: no se acostumbra a vivir fuera de su país, echa en falta a su familia, no refiere apoyo por parte de su pareja...y tampoco quiere ayuda profesional. Jorge está siempre pegado a ella, lo consigue de todas las formas posibles.

Impresión diagnóstica: trastorno adaptativo con alteración del comportamiento.

Un niño prefiere a una madre que reacciona -aunque sea agresivamente- a una madre “dormida” o ausente. Se recordará el experimento en lactantes del rostro inmóvil o Still Face de E. Tronik en 1975 en el que los lactantes ante la cara arreactiva de su madre entraban en un estado de angustia buscando con todos sus medios rescatar a la madre para su vuelta a la situación previa de conexión emocional entre ambos.

Álvaro es un adolescente de 16 años que ha estado tomando tratamiento con psicoestimulantes durante un tiempo por un diagnóstico de déficit de atención subtipo inatento. Tenía problemas atencionales de larga evolución. Durante su seguimiento y tratamiento sale a la luz que su padre le ha maltratado físicamente a su madre y a él durante años. La madre denuncia finalmente.

Impresión diagnóstica: trastorno reactivo a violencia intrafamiliar.

¿Cómo atender si existe un estado de alerta constante...como esperando una nueva agresión...?

Juan es un niño de 6 años con debut diabético precoz, es remitido por problemas de inquietud y disruptividad en el aula.

Sobre la aparición de la diabetes la familia (madre y abuelo) expresan que “se lo han provocado los médicos... su hijo sólo tenía un mareo y salió diabético del hospital”. No hay filtro en las de ansiedades de los adultos “sabemos que le puede pasar algo en cualquier momento, ya se lo decimos... mi hermana sufrió un coma diabético y sabemos lo que es...”. No han puesto límites por ser un niño enfermo, tiene la casa llena de juguetes. En la misma consulta la madre si le ve sudoroso saca rápidamente una tira reactiva para pincharle y ver cómo tiene la glucemia, me dicen que a veces no se deja pinchar...

No puede quedarse a solas en la consulta sin su madre. Expresa múltiples preocupaciones en cuanto a enfermarse en cualquier momento: no para de moverse y casi no puede permanecer en una actividad lúdica, no hace caso, no atiende. Dibuja libremente la furgoneta de *Rayo Mc Queen* (figura 3), quizá en un intento de huir de su angustia a la carrera, busca una madre- continente que le contenga y proteja, sin ruedas aunque con faros. Impresión diagnóstica: Trastorno de ansiedad generalizada y familia en funcionamiento paranoide.

Hay niños que se sacuden la angustia moviéndose (Janin, 2004).

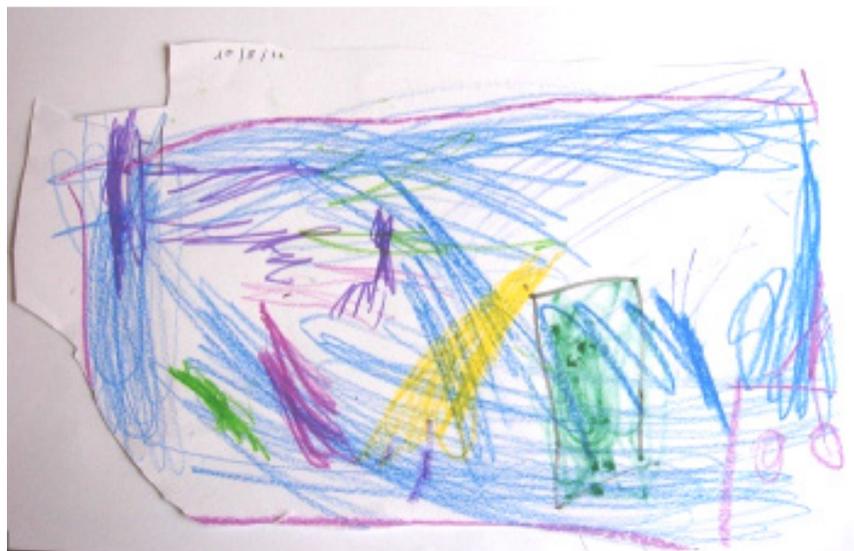


Figura 3. Dibujo espontáneo infantil

DISCUSIÓN

Las reflexiones de este artículo surgen a partir de nuestra experiencia clínica en psiquiatría infanto-juvenil ante niños y adolescentes etiquetados como TDHA.

Estas viñetas muestran que muchos trastornos psicológicos y psiquiátricos -además de niños inmersos en determinadas situaciones socio-familiares- comparten síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad. Una exploración en profundidad teniendo en cuenta la estructura psíquica la dinámica familiar y el entorno, permitió excluir el diagnóstico de TDHA a favor de

otros muy diversos. Un tratamiento farmacológico precoz con estimulantes hubiera podido ser peligroso y contraproducente. “Incluso en los casos de un tratamiento farmacológico asociado a la psicoterapia, con fines sobre todo sintomáticos, es necesaria una estimación de las repercusiones que el tratamiento tiene sobre la estructura de la personalidad del niño” (Palacio et Dufour, 1994, p.11).

Según el Informe de OSTEBA: Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDHA: “En atención especializada de Salud Mental Infanto-juvenil de la Comunidad Autónoma del País Vasco, de un total de 400 casos de niños y adolescentes, se confirmó el diagnóstico de TDHA puro únicamente en un 24% de los casos derivados desde atención primaria por esta sospecha” (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009, p. 67).

Por otra parte, en ese mismo estudio, se analizaron diversas guías clínicas y protocolos de actuación en el TDHA. Algunas guías no cumplieron puntuaciones suficientes de calidad en su proceso de realización y, sin embargo, es extendido su uso. En cambio, entre otras, las guías NICE (National Institute for Clinical Excellence) sí demostraron estándares de calidad (alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial). Por lo tanto, en caso de diagnóstico de TDHA “puro” esta guía serviría de cara a una orientación tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Según la guía NICE (2008) sobre TDHA en niños, jóvenes y adultos:

- El diagnóstico requiere :

1. Cumplir criterios DSM-IV y CIE-10.
2. Entrevista detallada con los padres: historia familiar de enfermedades y trastornos psíquicos, valoración del funcionamiento socio-familiar (modelos de comunicación, estilos de crianza, conflictos conyugales, estrés, violencia familiar).
3. Examen físico del niño e historia de desarrollo. Descarte de patología médica: hierro, tiroides, evaluación física. La derivación desde Atención Primaria/pediatría debería incluir el inicio de los síntomas y la severidad de los síntomas así como las áreas vitales que resultan afectadas por esos síntomas.
4. Evaluación psicopatológica individualizada del niño para realizar un correcto diagnóstico diferencial.
5. Desde su centro escolar: datos sobre su historia curricular y de aprendizaje para descartar trastornos del aprendizaje, habla y déficit en capacidades. Pueden ser concomitantes (hasta en un 45%), pero no formarían parte del TDHA y son subsidiarios de abordaje en el mismo centro educativo.
6. Escalas y cuestionarios específicos como otro elemento informativo más.

En cuanto al tratamiento:

1. Sería diferente según edades y severidad.
2. La terapia conductual y farmacológica es lo más efectivo.
3. En el pronóstico a los 8 años no hay diferencias entre las diferentes terapias, sí estaría más mediado por factores psicosociales: coeficiente intelectual, situaciones desfavorables familiares, nivel de funcionamiento previo y problemas conductuales previos.
4. En menores de 5-6 años no está autorizado el tratamiento farmacológico puesto que la

corteza prefrontal está inmadura.

5. El tratamiento medicamentoso en escolares y adolescentes está indicado cuando existe un deterioro:
 - Moderado y si: grupos de parenting o terapia psicológica individual o grupal no han sido eficaces o rechazan la terapia o no es suficiente para la reducción sintomática.
 - Severo: de primera línea, pero siempre como parte de un tratamiento completo (intervenciones psicológicas, comportamentales y educativas).
6. Posteriormente al inicio del tratamiento farmacológico:
 - Si es eficaz; revisión anual de la necesidad de continuar con el tratamiento.
 - Si no es eficaz: retirada y replanteamiento del caso.

Sobre el uso de tratamiento farmacológico, se hace imprescindible una visión crítica de la literatura científica existente por las tendencias actuales hacia la sobremedicalización (Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, 2009; Whitaker & Cosgrove, 2015). Incluso para la medicina basada en la evidencia, las modificaciones del DSM V en cuanto al inicio de síntomas es algo controvertido y consideran que existen limitaciones por provenir este establecimiento de criterios de estudios realizados en un marco de atención psiquiátrica en vez de atención primaria, así como la falta de datos que apoyen un número concreto de ítems en cada criterio. Queremos resaltar asimismo que por una parte, la respuesta positiva a medicación estimulante no puede ser usada para confirmar o desechar el diagnóstico de TDHA (Rapoport, Buchsbaum, Zahn, Weingartner, Ludlow, Mikkelsen, 1978). En segundo lugar; el niño está en continuo crecimiento, por lo que la discontinuación anual del fármaco está recomendada y se podría realizar preferiblemente en el primer o segundo trimestre escolar, valorándose entonces la necesidad de continuar o no con él (Cantó, 2012) y, finalmente; que las dosis mayores de 60 ml. al día de estimulante tipo metilfenidato no son recomendables puesto que no hay estudios que examinen sus efectos a largo plazo (Saiz, 2013).

En nuestra práctica clínica para la exploración del niño o adolescente, nos apoyamos en la clínica psicoanalítica desde la posición de escucha a partir de las actividades que le son propias al niño (juego, dibujo, etc.) de cara a poder atender tanto a los síntomas clínicos como a las características de la estructura de su aparato psíquico, pensando así al niño en su unicidad para posibilitar un abordaje terapéutico a su medida (Blinder, Knobel, Siquier et al., 2008).

Klein, una de las pioneras del psicoanálisis con niños, sostuvo a lo largo de su prolongado trabajo con niños que el juego era el camino principal para el acceso al inconsciente infantil, equiparando así el juego del niño con la asociación libre del adulto en análisis. El juego tendría por lo tanto la función de lenguaje del niño (Arnoux, 2000). En otros casos es la analista que presta la palabra para la verbalización de la fantasía. Esto posibilita la construcción y la interpretación y, por lo tanto, el proceso analítico (Garma, 1992).

Consideramos el espacio analítico como un espacio potencial, una zona de juego intermedia entre paciente y analista: “La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas” (Winnicott, 1971, p.61).

Por otra parte, el dibujo infantil y las técnicas proyectivas enriquecen las posibilidades del psicodiagnóstico permitiendo acceder al mundo interno del niño (Siquier, García Arzeno y Grassano, 1987).

6. CONCLUSIONES

Hemos querido mostrar una parte de la diversidad de diagnósticos y problemáticas diferentes del entorno que subyacen a los síntomas catalogados como TDHA en niños y adolescentes, para manifestar la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo desde una mirada amplia y crítica contemplando la teoría psicoanalítica como punto clave de dicho proceso. La visión desde la perspectiva psicoanalítica en el trabajo con menores, ayuda a este respecto permitiendo llegar al núcleo del malestar psíquico sin caer en enfoques simplistas y reduccionistas que conducirían a tratamientos precoces, erróneos e incluso contraindicados. Entendemos que el trabajo psicoterapéutico sería la primera línea de tratamiento en la mayoría de los casos y siempre como coadyuvante al tratamiento farmacológico, compartiendo así nuestra visión con guías de demostrada calidad como la guía inglesa NICE (2008). Por último, consideramos que el trabajo en red entre escuela, pediatría, unidades de salud mental infanto-juvenil y neuropsiquiatría, es fundamental para llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento multimodal que aborde la complejidad de cada niño o adolescente y su familia.

REFERENCIAS

- Avellón, M. (2013). Psicoanálisis y TDAH: el origen de la hiperactividad y los problemas de atención en las vivencias primeras, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente de SEPYPNA*, 56, 17-24.
- Arnoux, D.J. (2000). *Melanie Klein, Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1997). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5ª Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Berger, K. S. (2007a). Los años del juego: el desarrollo biosocial. En K.S. Berger (Ed.). *Psicología del desarrollo Infancia y Adolescencia*, (pp.230-232). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Berger, K. S. (2007b). Vigotsky: los niños como aprendices. En K.S. Berger (Ed.) *Psicología del -desarrollo Infancia y Adolescencia*, (pp.257-261). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier M^aL., (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cantó, T.J. (2012, noviembre). *Individualización del tratamiento en TDHA*. Ponencia incluida en el III Instituto de Psicofarmacología del niño y adolescente. Madrid.
- Garma, B. (1992). *Niños en análisis*. Buenos Aires: ediciones Kargieman.
- Janin, B. (2002). *Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 33/34, 149-171.
- Janin, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduca.
- Lasa-Zulueta, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 5-81.
- Lasa-Zulueta, A. y Jorquera-Cuevas, C. (2009). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Bilbao: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA, 2007/09, Recuperado el 21 de noviembre de 2010, de http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e_10_09_trast_hiper.pdf
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). Trastorno de hiperactividad e inatención: diagnóstico y manejo del TDHA en niños, jóvenes y adultos (*Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in Children, young people and adults*). Recuperado el 15 de febrero de 2011, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/full-guideline-pdf-241963165>.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales y trastornos del comportamiento CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- Palacio, F. et Dufour, R. (1994). *Diagnostico structural chez l' enfant* (Diagnóstico estructural en el niño). España: Herder.
- Rapoport, J.L., Buchsbaum, M.S, Zahn T.P., Weingartner, H., Ludlow, C., & Mikkelsen, E.J .

- (1978). *Dextroamphetamine: cognitive and behavioral effects in normal prepubertal boys*. Science, 199(4328), 560-563.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. et al. (1976). *Disorders of attention and activity*. In M. Rutter (Ed.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*, (pp. 526-530). (5th Ed.) Australia: Blackwell publishing.
- Saiz, L.C. (2013). Atentos al déficit de atención (TDHA). Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva, *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 21(5), 7-8.
- Siquier, M. L., García, M. E., Grassano, E. et al. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Trechera, J.L. (1996). *¿Qué es el narcisismo?* Bilbao: Desclée de Brouwer. (2ªEd).
- Villero, S., Abellán, C., Cruz, M., Jiménez, A.M. (2010). *Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDAH en niños y adolescentes para profesionales*. Recuperado el 28 de septiembre de 2010, de <http://www.seypna.com/documentos-y-publicaciones/documentos/2010-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
- Whitaker, R. & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence*. New York: Palgrave Mac Millan.
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. (11ªed), 2008.