

**¿ESTAMOS DELANTE DE UN TDAH? A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Clara Caudevilla Soler

Miquel Serra Casaus

Juan Bueno Notivol

Miguel Pascual Oliver

Marina García Rapún

Cristina Soler González

claracaude@gmail.com

TDAH, alteración conducta, conflicto psíquico

RESUMEN

En los últimos años, las derivaciones de niños con TDAH y tratamiento farmacológico a las consultas a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de Psiquiatría están aumentando. La revista *New England Journal of Medicine*, de abril del 2006, afirma que en EEUU aproximadamente el 10% de los niños de 10 años están medicados por TDAH.

En muchas ocasiones debajo de un cuadro clínico de hiperactividad, alteraciones de conducta y/o déficit de atención, acompañado de fracaso en el rendimiento escolar, se esconden conflictos psíquicos o contextos complicados no estudiados.

Proponemos realizar una mirada más profunda delante de la sintomatología descrita, y no descuidar aspectos significativos que influyen en la atención y el movimiento.

Abordamos la materia a través de la evolución clínica de un caso en seguimiento en consultas.

El paciente fue derivado desde neurología pediátrica a los 11 años, por alteraciones conductuales, bajo el diagnóstico de TDAH y Síndrome de Gilles de la Tourette. Después de varias sesiones conjuntamente con la familia, se objetivó una dinámica familiar complicada, un ambiente invalidante, con descalificaciones continuas de la expresión de emociones. En primer plano, predominaba la angustia y sentimientos de ambivalencia, expresada en forma de alteraciones conductuales, estas no respondían a un simple "déficit neurológico", sino a un conflicto psíquico y conceptual.

Finalmente se realiza una reflexión sobre los distintos aspectos que puede haber debajo de los síntomas descritos, y una revisión de los distintos abordajes terapéuticos.

¿ESTAMOS DELANTE DE UN TDAH? A PROPÓSITO DE UN CASO.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las derivaciones de niños con TDAH y tratamiento farmacológico a las consultas a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de Psiquiatría están aumentando. La revista *New England Journal of Medicine*, de abril del 2006, afirma que en EEUU aproximadamente el 10% de los niños de 10 años están medicados por TDAH.

La tendencia en los últimos años es realizar una agrupación arbitraria e indiscriminada de todo problema de aprendizaje y/o conducta bajo el diagnóstico de TDAH. Se realizan test al profesorado y padres, y dependiendo de la puntuación se inicia tratamiento psicofarmacológico, en algunos casos sin realizar una exploración longitudinal al paciente.

En muchas ocasiones debajo de un cuadro clínico de hiperactividad, alteraciones de conducta y/o déficits atencionales, acompañados de fracaso en el rendimiento escolar, se esconden conflictos psíquicos o contextos complicados no estudiados.

Tal como describió Freud, el proceso atencional está relacionado con la constitución del yo y el pensamiento de cada individuo. Como indica Janin, algunos determinantes de la hiperactividad son:

- La lucha contra el otro, al que supone con deseos de paralizarle.
- El fracaso en el pasaje de la pasividad a la actividad.
- La falla en la constitución de la actividad fantasmática y onírica.
- Trastorno de la constitución del yo.
- Dominancia de una relación dual.
- La agitación como defensa frente al desborde pulsional.
- El mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores.
- Trastorno en la constitución del súper yo.

A continuación presentamos un caso en tratamiento en las consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil, demanda frecuente en los últimos años desde distintas instituciones.

EXPLORACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta:

Paciente de 11 años derivado desde Neurología pediátrica por alteraciones conductuales en forma de impulsividad y agresividad. Diagnosticado de TDAH y Síndrome de Gilles de la Tourette desde hace tres años.

¿ESTAMOS DELANTE DE UN TDAH? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Antecedentes Psiquiátricos:

A los 6 años fue derivado por primera vez a Salud Mental por problemas de concentración, se descartó TDAH. A los 9 años, nueva derivación desde Neurología con diagnóstico de TDAH (en tratamiento con Metilfenidato) y tics, por dificultades de adaptación en el ámbito escolar. Nula adherencia, solo acudieron en una visita.

Antecedentes Médicos:

En seguimiento en Neurología desde los 7 años, diagnosticado de TDAH y Síndrome de Gilles de la Tourette. Ha recibido tratamiento con Metilfenidato, Atomoxetina y Clonidina, con mala tolerancia referida a los mismos.

Embarazo e hitos del desarrollo:

Embarazo sin incidencias. Parto por cesárea a las 41 semanas, provocado. Pesaba 3,06 kg y talla 52 cm. Apgar desconocido. Lactancia artificial. La crianza fue sobre todo materna y describen el periodo neonatal como tranquilo.

En relación al desarrollo psicomotor, deambuló a los 19 meses, con gateo previo. Adquisición del lenguaje sin alteraciones. Fue a la guardería a los 9 meses, describen buena relación con otros iguales.

Ámbito escolar:

Actualmente se encuentra en 6º de Primaria. Repitió 4º de Primaria. Desde el colegio en los últimos meses remiten informes de mal rendimiento escolar y de comportamiento. Dificultades para mantener círculo de amigos.

Ámbito familiar:

En la familia no se conocen antecedentes psiquiátricos relevantes.

Tiene una hermana de 28 años por parte paterna y un hermano de 14 años por parte materna, que reside en Rumanía, con los que no mantiene ninguna relación.

Separación de los padres hace un año y medio. El paciente convive en el domicilio con su madre, tras abandono por parte del padre del domicilio familiar. La madre actualmente no trabaja y se encuentra en tratamiento psicológico desde la separación. Se hace patente el conflicto en el holón matrimonial de años de evolución. La educación es autoritaria y desconfirmatoria.

¿ESTAMOS DELANTE DE UN TDAH? A PROPÓSITO DE UN CASO.

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de un chico correcto y tranquilo, de aspecto cuidado, capaz de permanecer en la silla el tiempo de la visita. Presenta poca expresividad emocional, aunque se hace patente la parte abandonica. El paciente verbaliza sentimientos de confusión y devaluación propia que intenta compensar con agresividad. Se aprecia rabia contenida en relación al contexto familiar, hace hincapié en el sentimiento de abandono por parte paterna. Impresiona de estar parentalizado en el ámbito emocional, llegando a ejercer la función defensora de la madre y como consecuencia rechazar cualquier contacto con el padre.

Ánimo irritable desde hace meses, con episodios de agresividad, de características impulsivas, sin previo desencadenante. Se aprecian aspectos obsesivos y claustrofobia. Disminución del apetito sin llegar a pérdida de peso ponderal. Presenta dificultades para conciliar y mantener el sueño, que le dificultan llevar a cabo un buen rendimiento diario.

En las primeras entrevistas se evidencian dificultades a nivel relacional llegando a la agresión con el profesorado, con otros iguales y en la misma familia nuclear. Esta sintomatología se acompaña de un empeoramiento de los tics en intensidad y número, cervical, vocal y ocular.

Después de varias sesiones familiares, se observa un empeoramiento de la dinámica familiar. El paciente participa de una relación simbiótica con la madre con quién comparte unos sentimientos que no son propios. Son derivados a un centro especializado para intervención familiar, al que acuden la madre y el hijo con muy buena adherencia.

En coordinación con el centro, entendemos la agresividad del paciente como una expresión desregulada de la emoción invalidada. La angustia es la expresión de dificultad de experimentar emociones adaptativas en ciertas situaciones, que han sido invalidadas previamente en un ambiente familiar descalificador y desconfirmador. Se inicia un trabajo terapéutico de validar el contenido relacionado con experiencias vitales que fueron invalidadas y potenciar la capacidad de mentalización.

Desde el punto de vista farmacológico, tras las primeras entrevistas se inició una pauta descendente de metilfenidato, ya que podría contribuir al empeoramiento de los tics. Se introdujo tratamiento sintomático coadyuvante con risperidona para tratar las alteraciones de conducta, en las que se observa una reducción a lo largo de los meses. Existe una mejoría en la gestión de las emociones pero persiste ánimo deprimido, por lo que se asocia tratamiento con sertralina.

¿ESTAMOS DELANTE DE UN TDAH? A PROPÓSITO DE UN CASO.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Trastorno mixto de las emociones y del comportamiento.
- Síndrome de Gilles de la Tourette.

DISCUSIÓN

Son muchos los casos que nos llegan a consulta como sospecha o diagnosticados de TDAH. Sería un error no ver más allá de una alteración conductual, de un déficit de atención y/o hiperactividad, acompañado de mal rendimiento escolar. Este último moviliza la angustia en los colegios y en la sociedad en general, con demanda de una respuesta. Muchos de ellos llegan a consulta con sintomatología compatible con TDAH, cumpliendo los criterios diagnósticos, y con test realizados por padres y profesores, partes implicadas.

Detrás de la agresividad, del excesivo movimiento, puede haber varias motivaciones, y que no se explique únicamente por menor cantidad de dopamina y/o noradrenalina en diferentes regiones cerebrales. Algunas de ellas pueden ser: la necesidad de verificación de aspectos relacionados con la identidad; adquisición de una identidad por vía rápida para evitar la ansiedad infantil; la salida del aburrimiento; la respuesta al miedo de quedarse atrapado en una etapa anterior, infantil, o verse evocados a una etapa posterior sin herramientas; la identificación proyectiva y la identificación con el agresor con el fin de perpetuar la historia.

En el caso presentado, observamos como la sintomatología expuesta responde a un contexto complicado, desconfirmatorio, y a conflictos intrapsíquicos, sentimientos de ambivalencia y emociones invalidadas canalizadas en forma de cólera.

En las sesiones se observó como los padres reaccionaban de forma inapropiada y rechazaban las expresiones emocionales y de estrés de su hijo. Consecuentemente, el paciente reprimía dichas emociones, y por lo tanto la angustia tenía una función adaptativa para salvaguardar la integridad del *self*. La capacidad de mentalización del paciente estaba mermada, le suponía esfuerzo sentir y experimentar determinadas emociones en sí mismo y en los demás.

La sintomatología descrita crea una respuesta en el entorno, tanto en los padres, como en el colegio. Hay una demanda de respuesta inmediata que recae sobre todo en los psiquiatras, con el fin de conseguir la remisión de dicha clínica.

¿ESTAMOS DELANTE DE UN TDAH? A PROPÓSITO DE UN CASO.

CONCLUSIONES

Es importante realizar una adecuada valoración de cada caso clínico antes de emitir un juicio diagnóstico o de iniciar un tratamiento. Debajo de la sintomatología aparente, puede subyacer problemática diversa, que es importante detectar para poder realizar un abordaje terapéutico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Janin,B.(s.f.). Los niños desatentos y/o hiperactivos: Algunas reflexiones. Bs.As.
- Gutiérrez Sebastián, R. La circularidad dialógica restaurativa de la angustia en el espacio de mutualidad relacional. CeIR. 2018; vol (12):141-162.
- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Sinopsis de psiquiatría. 11ª edición. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.