

# Una mirada diferente al niño en pediatría.

## Desarrollo y psicopatología

**Fernando Dualde Beltrán.**

*Psiquiatría de niños y adolescente. Psicoterapia parental*

**Mercedes Becerra Gordo.**

*Psicóloga especializada en perinatalidad y primera infancia*

Nos gustaría comenzar con un juego de palabras que sirva de introducción al tema que nos ocupa.

La sigla TDAH corresponde al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Todos damos por supuesto que es el niño quien lo sufre y, efectivamente, la pregunta que podemos hacernos es “¿Padece el niño déficit de atención?”. Es decir, “¿Recibe el niño suficiente atención por parte de los adultos que se encargan de su cuidado, por parte de sus padres, de sus maestros, de sus médicos?”.

Nos gustaría pensar conjuntamente con vosotros las consecuencias que tiene sobre el niño y sobre su desarrollo ese déficit de atención del que es víctima. Y es que, seguramente, resulta difícil que la crianza del niño transcurra por otros cauces diferentes a los actuales. La presión que ejercen las obligaciones del trabajo, las aspiraciones profesionales, las expectativas sociales, los lazos familiares, el sistema académico, las redes sociales, las modas –entre ellas la de tener 3 hijos, por ejemplo– ..., todas ellas inciden sobre aspectos esenciales del establecimiento del vínculo, del desempeño de una labor tan compleja como es la crianza y del desarrollo de una función tan básica para la supervivencia del bebé como es el apego.

Baste nombrar aquí los trabajos de Hofer (Lecannelier Acevedo, 2006) a propósito de los reguladores ocultos, en donde mostraba en las ratas cómo la presencia o ausencia de la madre, el contacto físico con ella, la textura, etc. influía de manera decisiva en el funcionamiento de los mecanismos que tenían las crías para regular diferentes variables fisiológicas que no eran evidentes a la observación directa de la relación madre–cría, tales como la temperatura corporal, el patrón vigilia–sueño, la secreción gástrica, la frecuencia cardíaca, el estado de activación, etc.

En un periodo posterior del desarrollo, en torno al segundo semestre de vida, estos reguladores ocultos serían el soporte sobre el que se desarrollarían los *modelos mentales o representacionales de apego*, es decir, los procesos cognitivos y afectivos correspondientes a la experiencia subjetiva concomitante. Poco a poco, tales *modelos*

*representacionales de apego* empiezan a actuar como suprarreguladores de aquellos procesos fisiológicos que estaban regidos por los *reguladores ocultos*, hasta el punto de llegar a reemplazarlos en cierta medida. Es así cómo, a la dimensión de la regulación fisiológica, se le añade otra dimensión cognitiva y afectiva, propia de los seres humanos. Ambas dimensiones –la fisiológica y la mental–, estarían organizadas de forma paralela pero complementaria de manera que la disregulación en el patrón temprano de reguladores ocultos produciría, a su vez, una desorganización de los modelos representacionales –mentales– de apego.

Siguiendo con esta teoría, una de las principales funciones que cumpliría el sistema de apego sería la de proporcionar un contexto para el desarrollo adecuado de mecanismos de regulación. Es decir, dado que los diversos tipos de interacciones madre–bebé regulan en este último diversos subsistemas biológicos y, posteriormente, también psicológicos, con el transcurrir del tiempo se desarrollaría en el bebé un patrón prototípico de regulación biopsicosocial. En última instancia, diferentes tipos de interacción –o apegos– darían lugar a diversas capacidades más o menos exitosas o adaptativas para desarrollarse y enfrentar la vida.

Otra de las funciones de estos modelos mentales sería la del reconocimiento maternal, es decir, la capacidad para poder detectar y responder, de un modo selectivo y específico, a las señales que emite la madre frente a otros seres de la misma especie. Los infantes en quienes se está desarrollando estos modelos representacionales empiezan a mostrar de forma gradual una serie de conductas de reconocimiento, lo que indicaría que poseerían y guardarían “en su mente” a la figura de apego como consecuencia de haber desarrollado de una determinada valencia afectiva, inextricablemente ligada a las experiencias anteriores con la misma.

Las situaciones de separación de la figura de apego ocurren desde los primeros momentos de vida del sujeto y, por tanto, desencadenan reacciones a la misma. En el caso de los humanos, se produce una transición que, partiendo desde la regulación fisiológica oculta atraviesa un proceso gradual de respuestas anticipatorias con respecto a determinados elementos de la interacción, hasta lograr el establecimiento de mecanismos consistentes para hacer frente a la misma sin colapsarse. En los niños, ese proceso gradual se establece a partir de la emisión de señales de anticipación a la separación sin que ésta se tenga que experimentar realmente: es ese uno de los sentidos que tiene el juego del cu–cú. Como la conducta empieza a estar controlada gradualmente por mecanismos corticales que desembocan en la formación de modelos representacionales –estructuras mentales cognitivas y afectivas–, la figura de apego y, en su ausencia, la evocación de su recuerdo, será quien regularía los patrones de los

subsistemas biológicos que se encontrarían entonces más integrados, a modo de *estados afectivos*.

Desde un punto de vista psicológico, la importancia de este modelo reside en la reformulación de las consecuencias que tiene la separación de la cría de su madre. Así, los procesos de separación en relación con un cuidador implicarían, en última instancia, la desaparición de los patrones específicos de regulación fisiológica: la separación de la cría de su madre produciría la desestabilización de una serie de funciones de regulación de los diversos subsistemas biológicos –autónomo, endocrino, térmico y digestivo–. Las situaciones repetidas y/o crónicas de separación generarían una desorganización masiva de estos subsistemas, pudiendo conducir a la cría o bebé a la muerte, algo que ya había sido tratado tiempo atrás por psicoanalistas como Spitz al hablar de la depresión anaclítica del bebé cuando era separado de su madre.

Consecuencias concretas de lo anteriormente expuesto serían: la detención de los procesos madurativos tanto biológicos como psicológicos en los bebés que viven en ambientes familiares caóticos y desorganizados o extremadamente negligentes –ausencia de reguladores ocultos–; el aumento de peso de bebés prematuros provocado por la estimulación táctil continuada y periódica –aplicación de reguladores ocultos–; los cambios en el patrón vigilia–sueño o la modificación de los hábitos cotidianos de sueño a consecuencia de separaciones afectivas –cambio y/o pérdida de los reguladores ocultos–; o la sincronía menstrual que se ha observado en mujeres que viven juntas –desarrollo de reguladores ocultos–.

Otros teóricos del apego (Bowlby, Tronick, Threvarthen... por citar a los más relevantes), han contribuido a poner de manifiesto cómo la presencia del cuidador es imprescindible para el establecimiento y el desarrollo de la intersubjetividad, esto es, la capacidad de la mente humana para reconocer los impulsos del otro de forma intuitiva, con o sin elaboraciones cognitivas o simbólicas. Ese proceso de establecimiento de la intersubjetividad consiste en una serie de interacciones, muchas de ellas con origen en el bebé, encaminadas a lograr la sincronización con cuidador principal para que éste atienda las variadas necesidades del bebé. En esa relación dual, la norma sería la tendencia a la desincronización con el reajuste posterior consiguiente que culminaría en una nueva sincronización, mientras que la patología aparecería cuando existieran dificultades para restablecer dicha sincronización.

La intersubjetividad también contribuiría a que el bebé aprendiera a entender el significado del mundo a partir del significado que le otorga el cuidador. Comprensión que es inicialmente de naturaleza emocional pero que, con la adquisición del lenguaje, pierde esa “proximidad” a la experiencia al introducir un componente racional.

Así pues, la presencia y la calidad de la interacción del cuidador con el bebé resulta fundamental para que se ponga en funcionamiento toda una serie de competencias, así como para que tales competencias progresen y den lugar a nuevas capacidades. Toda interferencia con este delicado proceso relacional entre bebé y cuidador dará lugar a la aparición de patología. Al fin y al cabo, el ser humano es un animal social que precisa de un caldo de cultivo emocional duradero, estable y mantenido en el tiempo para poder desarrollar el potencial relacional del que todos somos portadores. Algo que ya se había puesto de manifiesto tiempo atrás desde una perspectiva más focalizada en el mundo emocional.

\* \* \*

En la práctica diaria, en el medio escolar, en la vida cotidiana sorprende la elevada frecuencia de diagnósticos de TDA/H que, al igual que sucede con el TEA, seguramente está muy por encima de la prevalencia real. La imprecisión en la definición del TDA/H, al igual que sucede con el TEA, puede llevar –y, de hecho, lleva– a que cualquier niño en edad escolar que presenta dificultades de cierta envergadura reciba ese diagnóstico, por más que en muchas ocasiones no cumpla los criterios necesarios. Más allá de la crítica al concepto, lo que nos interesa rescatar ahora es que se trata de una etiqueta que engloba a un grupo heterogéneo de pacientes.

Todo ello, además, induce a pensar que el mismo tipo de dificultades en la estructuración del psiquismo recibiría diferentes etiquetas diagnósticas en diferentes momentos del desarrollo. Esta hipotética relación entre ambas entidades podría pensarse como una consecuencia de la perspectiva que plantea el DSM-5 que da lugar a una de las tendencias actuales:

“A la vista de los criterios del nuevo DSM-5, que permiten los diagnósticos duales de los comportamientos de TEA y TDA/H, más investigaciones acerca del solapamiento clínico de estas dos condiciones<sup>1</sup> posiblemente mejore nuestra comprensión de los factores etiológicos/genéticos y del los mecanismos metabólicos comunes de estos trastornos, así como de la secuencia adecuada de intervenciones terapéuticas y de tratamiento farmacológico en los casos de

1 “[...] El porcentaje de sujetos con TEA que cumple criterios de TDA/H era del 30– 31% en el caso del autismo y del 45% en el caso del trastorno desintegrativo de la infancia no especificado. Paralelamente, se ha encontrado un alto número de rasgos autistas en poblaciones con TDA/H y con trastorno hiperactivo. Estos síntomas autistas en TDA/H son mayores que en niños controles sanos. Los estudios de muestras clínicas con TEA también se han diferenciado entre los subtipos de TDA/H y han apreciado una prevalencia de aproximadamente un 20% del subtipo inatento y un 10% del combinado en niños diagnosticados de TEA. El solapamiento también fue significativo en los casos en los que se sospechaba la condición (22% de niños con sospecha de TDA/H también cumplían criterios de TEA, 41% de los que cumplían criterios de TEA tenían sospecha de TDA/H)”. (Carrascosa-Romero, M. C., & De Cabo De La Vega, C., 2015)

coexistencia, especialmente en la infancia temprana. Queda por averiguar si las intervenciones tempranas pueden modificar el curso del “TEA in statu nascendi”, entendido como un continuum con otros trastornos del neurodesarrollo como el TDA/H o el trastorno de la comunicación social de tipo leve o moderado” [Carrascosa-Romero, M. C. y De Cabo De La Vega, C., 2015].

Lo que planteamos es que lo que parece sugerir el DSM-5, sin pretenderlo, en términos de continuidad o solapamiento entre el TEA y el TDAH es, en realidad, el resultado de la progresiva indiferenciación en la definición de ambos cuadros como consecuencia de la modificación de los criterios diagnósticos, tal vez en su intento por recoger, de la forma menos condicionada posible por la teoría, el devenir del grueso de pacientes que conforma la psicopatología de la infancia.

Desde una perspectiva dinámica, esa continuidad entre ambas entidades se expresa en términos de funcionamiento psíquico. Más allá de la existencia de una hipotética vía común para ambos tipos de trastornos, merece la pena insistir en el concepto de las *patologías límites de la infancia* [Misès, 2000], que otros autores hacen coincidir con el TDA/H. Lo que nos interesa de esta concepción es que en función de los diferentes factores que confluyen –genéticos, hereditarios, temperamento, crianza...–, y del momento y duración de sus influencias, se produciría una “discontinuidad de los cuidados parentales” responsable de fallas más o menos significativas en la estructuración del psiquismo de los niños. Dichas fallas darían lugar a una sintomatología que podría ser etiquetada como TEA cuando el daño fuera más extenso y/o temprano, los mecanismos de defensa fueran más arcaicos y la sintomatología apareciera de forma más temprana; o bien podría ser diagnosticada de TDA/H cuando el daño fuera menos extenso y/o tardío, se lograra recurrir a otros mecanismos de defensa más elaborados y la sintomatología apareciera en una edad posterior.

Este enfoque, a su vez, explicaría la transición de un cuadro al otro, evitando la siempre farragosa cuestión, desde un punto de vista epistemológico, de la comorbilidad: las dificultades vistas como TEA en la primera infancia, con la maduración y desarrollo posteriores, pasarían a adoptar la forma de un TDA/H. Por los mismos motivos, la continuidad entre dos trastornos aparentemente tan dispares que sugiere el planteamiento del DSM-5 quedaría desmontada si se reservara el diagnóstico de autismo para casos graves y se empleara otro término para los casos diferentes.

Las patologías límite de la infancia fue definida desde una perspectiva eminentemente clínica por los autores franceses en los años 90. Se trata de un cuadro que integraba las observaciones hechas durante las décadas previas en relación con las características de los niños que habitualmente veían en sus consultas. Niños de quienes se decía que “representaban el grueso de pacientes que atendían”. En la génesis del

cuadro clínico que describían y que intentaba aprehender y sistematizar el sufrimiento de esos niños ocupaba un lugar capital, precisamente, *la discontinuidad de los cuidados parentales*, el déficit de atención del que nos servimos en el juego de palabras del principio.

Este término –patologías límite– de larga tradición en psiquiatría, no debe confundirse con el de trastorno límite de la personalidad, aunque la evolución hacia el mismo sea uno de los caminos posibles que pueda tomarse. Se trata de entender un concepto más amplio que articula mejor una explicación del funcionamiento de los niños que vemos en la consulta y que trasciende el concepto del TDAH puesto que introduce una serie de elementos que permiten comprender con otra profundidad las dificultades del niño. Entre ellos destaca el valor concedido a la experiencia subjetiva del niño en relación con su mundo emocional.

Cuatro son los elementos que caracterizan el concepto de patología límite:

1.- Heterogeneidad estructural. A diferencia de los cuadros psicóticos o neuróticos –la división clásica de la patología psiquiátrica desde el punto de vista psicoanalítico–, se trataría de niños con áreas de buen funcionamiento mezcladas con otras de un funcionamiento deficitario, o bien de la alternancia entre un funcionamiento adaptado a la situación con otro bastante inoperante.

2.- Variabilidad sintomatológica. En la medida en que la capacidad para gestionar emociones se ve comprometida por la insuficiencia de sus recursos personales, son niños que van a ir variando los síntomas que presentan a lo largo del desarrollo, teniendo un historial de consultas por diferentes dificultades: problemas de sueño, de alimentación, de articulación del lenguaje, de control de esfínteres, rabietas... En la medida en que sus recursos personales son parcialmente suficientes, transitan por las diferentes etapas del desarrollo con cierta dificultad, lo que les obliga a esfuerzos suplementarios de adaptación para hacerles frente. Esto da lugar a la aparición de diferentes síntomas, en la medida en que estos son una solución de compromiso para hacer frente a la angustia. Cuando el síntoma fracasa en su función de contener la angustia, se cambia por otro. O bien el síntoma puede resultar exitoso durante un tiempo, hasta que las exigencias de una nueva etapa del desarrollo desestabilizan el equilibrio precario que había logrado el síntoma. Por eso el cuadro es variable con los meses.

3.- Importancia del sufrimiento depresivo, entendido en los términos de cómo se enfrenta a las experiencias de separación, de pérdida y de frustración. La discontinuidad en los cuidados parentales o unos cuidados operatorios, correctos en cuanto a la forma pero carentes de afecto, –no está por demás recordar las cargas de las madres de hoy día, la desprotección de la maternidad,

el temor a no hacerlo bien [“malas madres” vs “supermadres”], la interrupción de la cadena de transmisión de conocimientos a través de generaciones (libros de cómo criar al bebé)– comprometen el desarrollo y la consolidación de las funciones del individuo que le permiten estar solo por sí mismo. Recordemos lo dicho al principio a propósito del establecimiento del apego. De este modo, las separaciones acaban siendo vividas como una pérdida irreparable, con la inevitable tristeza. Como los niños apenas pueden contactar con afectos penosos, intentan “sacudírselos” de encima a través del movimiento. Más adelante, la necesidad de estar próximos a las figuras de apego –maestras– hace que, en ausencia de ellas –o en la distancia del aula– se pierda el funcionamiento adecuado que en otros momentos pueden mostrar.

4.- Autoestima e imagen de sí mismo dañadas. Todas estas carencias hacen que la imagen de sí mismo que se crea el niño sea la de alguien que no es válido, útil, etc., lo que refuerza las vivencias depresivas.

Como hemos visto antes, el desarrollo cognitivo se apuntala en lo emocional. En la medida en que “lo emocional” de estos niños está doblemente comprometido –por la dificultad para gestionar separaciones, pérdidas y frustraciones y por la imagen dañada de sí mismos–, “lo cognitivo”, el aprendizaje, también va a sufrir, creando al mismo tiempo un círculo vicioso de empobrecimiento de la autoestima al fracasar en una de las áreas más valoradas durante la infancia como es lo académico.

Quizá una de las mayores aportaciones del concepto de patologías límites sea la de explicar, psicogenéticamente, una serie de cuadros dispersos desde el punto de vista clínico pero muy próximos entre sí en cuanto a la dinámica del funcionamiento mental se refiere. De hecho, la inespecificidad en cuanto a la evolución de las patologías límites es aún mayor que en el resto de la patología psiquiátrica infantil. Tal vez ello signifique que el concepto de patologías límites del niño haga referencia a unos cuadros proteiformes que señalan una falta de organización –o una organización deficiente–, del psiquismo del niño, abiertas a muchas evoluciones posibles, e indicativas de un sufrimiento mayor que el que acompaña a las neurosis y a los trastornos del carácter.

Ahora bien, cómo se relacionan estos elementos en el TDAH.

De acuerdo con diferentes estudios, el TDAH es una de las causas de mayor número de consultas, no solo en las unidades de salud mental infantil, sino también en las consultas de pediatría de atención primaria [Grupo de trabajo, 2010].

Los criterios para el diagnóstico de TDAH son de sobra conocidos y todos somos conscientes de la importancia de realizar una anamnesis en profundidad antes de establecer el diagnóstico, tal y como establecen las diferentes guías clínicas [Grupo de trabajo 2010, 2017]. Guías que también nos previenen de la validez limitada de las

escalas de valoración, que no pueden sustituir a la entrevista clínica. De hecho, el diagnóstico de TDAH sigue siendo clínico, puesto que se carece de pruebas específicas para su diagnóstico, situación a la que los psiquiatras estamos inevitablemente acostumbrados, debido a que es un rasgo común a toda la patología que atendemos.

1.- La lista de entidades con las que hay que establecer el diagnóstico diferencial con el TDAH es amplia, hasta el punto de abarcar la práctica totalidad de la patología psiquiátrica del niño y del adolescente. A ello se añade el hecho de la variabilidad del funcionamiento del niño en función de la edad, lo que introduce nuevos elementos de posible confusión. Esa variedad de niños tan diferentes que reciben el diagnóstico de TDAH ¿no será indicativa de esa heterogeneidad estructural?

2.- La comorbilidad. Citamos textualmente el DSM-5:

*“En los contextos clínicos, los trastornos comórbidos son frecuentes en los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios del TDAH. Entre la población general, el trastorno negativista desafiante concurre con el TDAH en aproximadamente la mitad de los niños con presentación combinada y en cerca de una cuarta parte de los niños y adolescentes con presentación predominantemente inatenta. El trastorno de conducta concurre en aproximadamente una cuarta parte de los niños y los adolescentes con presentación combinada, dependiendo de la edad y el contexto. La mayoría de los niños y los adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tiene síntomas que también cumplen los criterios del TDAH; un menor porcentaje de niños con TDAH tiene síntomas que cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno específico del aprendizaje frecuentemente concurre con el TDAH. Los trastornos de ansiedad y el trastorno de depresión mayor ocurren en una minoría de individuos con el TDAH, aunque más frecuentemente que en la población general. El trastorno explosivo intermitente ocurre en una minoría de adultos con TDAH, pero a niveles por encima de los que presenta la población general. Aunque los trastornos por consumo de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que entre la población general, los trastornos están presentes solamente en una minoría de adultos con TDAH. En los adultos, el trastorno de la personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad pueden concurrir con el TDAH. Otros trastornos, que pueden concurrir con el TDAH, son el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de tics y el trastorno del espectro autista”.*

Toda esa comorbilidad ¿no se comprenderá mejor como variabilidad sintomatológica?

3.- Cuando nos enfrentamos a situaciones penosas, desagradables, dolorosas, incómodas... ponemos en marcha los recursos de los que disponemos para resolverlas o, cuanto menos, descargar el malestar que nos



provocan. Ya hemos comentado antes cómo los niños apenas pueden estar en contacto con afectos penosos, lo que les lleva a descargar la tensión a través del movimiento –la hiperactividad y la impulsividad– o del lenguaje. En otras ocasiones, se enfrascan –“empanan”– en ensoñaciones diurnas en un intento de resolver en la fantasía lo que les cuesta afrontar en la realidad o bien imaginan ser otras personas con la capacidad que sienten que en ese momento les falta, es decir, el déficit de atención. Hay veces en las que el retraimiento les evita tener que enfrentarse a situaciones en las que temen fracasar mientras que en otros casos son intentos de micro duelos por la separación de los papás. Las interferencias precoces y mantenidas en el tiempo en las secuencias de interacción con los padres han podido generar una insuficiencia en los mecanismos de autorregulación en diferentes áreas. ¿Todo ello no sería sugestivo de un afecto depresivo predominante?

4.- Por último, y tal y como dice el refrán “Dime de qué presumes y te diré de qué careces”, las diferentes conductas etiquetadas como negativistas desafiantes. ¿No serían, en el fondo, intentos de desprenderse de una mala imagen de sí mismos intentando aparentar fuerza cuando lo que se siente es debilidad? Y, una vez iniciada la secuencia, sintiéndose asustados, no sabiendo parar, con dificultad para contener la angustia y la ira, y sintiendo amenazador al entorno, se entra en una espiral en la que se refuerza la mala imagen de partida debido a las consecuencias negativas que habitualmente suele tener para el niño.

Podríamos, por tanto, entender el concepto de TDAH como una forma parcial de ver una dificultad más amplia en el funcionamiento del niño. En este sentido, un modelo más inclusivo, aunque no implique el diseño de una estrategia de trabajo mejor, sí que permite una comprensión mejor de la problemática subyacente. Puestos en perspectiva, los distintos estudios sobre el TDAH parecen indicar la existencia de dificultades en la estructuración del psiquismo del niño desde pequeño. En este sentido, los trastornos de las funciones ejecutivas o la disregulación emocional, remiten a lo que, desde otras perspectivas, guarda relación con los problemas en la autorregulación derivados del fracaso más o menos extenso del establecimiento del apego. Así pues, el concepto de TDAH parece “atrapar” un funcionamiento determinado, heterogéneo pero en el que la acción de la medicación parece ser bastante eficaz, si hacemos caso a los resultados que muestran los trabajos académicos que abordan el tema. Quizá, por todo ello, sería preferible pensarlo como un síndrome y no como un Trastorno.

No obstante, tal vez esta última noción, la de trastorno, nos remita a la presencia de una patología, de un problema establecido. Cuestión que resulta más claramente

expresada con el concepto de patología límite pues proporciona una explicación más amplia del desarrollo psíquico del niño y sus vicisitudes. Los diferentes síntomas, agregados estadísticamente o pensados en términos de comorbilidad, hacen referencia al fracaso de mecanismos básicos de contención de angustias y, por tanto, de estructuración eficaz del psiquismo.

Conscientes de la inevitable simplificación que nos impone el tiempo de exposición, unas palabras respecto al tratamiento. Un porcentaje de niños responde al tratamiento prescrito con psicoestimulantes. En la medida en que son compuestos con acción antidepressiva, cabría pensar que resuelven el afecto depresivo, considerado central para numerosos autores, de modo que no se trataría de niños con problemas atencionales, sino con conflictividad depresiva de base. Posiblemente, un antidepressivo serotoninérgico sería una mejor opción farmacológica en este tipo de pacientes.

Otro porcentaje de niños se desorganiza en relación con la toma de medicación. En estos casos habría que plantearse en qué medida la acción estimulante de tales compuestos acrecienta una desorganización ya existente en pacientes previamente carenciados y en quienes la angustia se recarga fácilmente con la acción energizante de tales compuestos. Algunos de ellos se reorganizan cuando se les añade medicación antipsicótica incisiva, planteando la duda de si la intervención farmacológica inicial debiera haber sido con este tipo de medicación en lugar del empleo de estimulantes.

Otro grupo de pacientes parece verse beneficiado de la acción dopaminérgica. Podríamos pensar que en tales casos existe un déficit en alguna de las funciones encargadas del filtro de estímulos, si bien no resulta sencillo plantearlo desde un punto de vista dinámico. El beneficio asociado a dicha acción residiría en que, en la medida en que mejora el rendimiento académico, tales niños dejarían de sufrir la pérdida de autoestima propia del fracaso escolar, al tiempo que desaparecería un foco de conflicto. Este mismo beneficio aparecería en el caso de aquellos niños en quienes predominaba el afecto depresivo y que, de este modo, encontrarían una vía para reforzar su autoestima.

En cualquier caso es importante recordar que la prescripción indiscriminada de cualquier fármaco, cuando está basada exclusivamente en la descripción de los síntomas en ausencia de un modelo teórico que permita comprender las angustias en juego de los pacientes, aboca al clínico a una probabilidad elevada de errores terapéuticos.

\* \* \*

No es nuestro interés entrar en conflicto con quienes defienden el concepto de TDAH, sino construir una narrativa diferente que dé sentido al malestar del niño y, de este modo, le permita desarrollar las herramientas para hacer frente al mismo. En este sentido, no podemos olvidar a Winnicott, para quien un bebé no existe si no es en relación con el adulto que lo cuida. Y nosotros somos parte de esos adultos que tenemos la obligación de cuidar a esos niños. Si adoptamos **una mirada diferente**, dispondremos de un modelo que nos permita comprender la complejidad de lo que está en juego, diferenciar entre casos “parecidos” y disponer de un plan de trabajo a futuro con el chaval que le permita reintegrarse en la línea de desarrollo progresivo perdida y desplegar todo su potencial evolutivo.

### Bibliografía

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Arlington, Editorial Médica Panamericana, 1000p. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B6-ryBrIW-AXekNmMjBGRHRtaGM/view>

Carrascosa-Romero, M. C. y De Cabo De La Vega, C. (2015). The Comorbidity of ADHD and Autism Spectrum Disorders (ASDs) in Community Preschoolers. In ADHD - New Directions in Diagnosis and Treatment [pp. 109–162]. INTECH. <https://doi.org/10.5772/61400> (p. 129).

Dualde Beltrán, F. (2018); El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI; *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32.

Dualde Beltrán, F., & Becerra Gordo, M. (n.d.). *Las patologías límites del niño*. En prensa.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (2017); *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); Guías de Práctica Clínica en el SNS. <http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/apartado04/el%20TDAH.html>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010). Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18. <http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/index.html>

Guedeney A, Vermillard, M. L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine & enfance*. 2004 Juin [citado 13 Mar 2013] ; [aprox 5 p.] [www.adbb.net/docs/medecine-enfance.pdf](http://www.adbb.net/docs/medecine-enfance.pdf)

Lecannelier Acevedo, F. (2006). *Apego e entersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile, LOM Ediciones, 224.

Misès, R. (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 30, 5-19. Retrieved from <http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria30.pdf#page=7>

Nota: No se incluye en la bibliografía los Protocolos diagnósticos y terapéuticos del TDAH de la Sociedad Española de Pediatría -tanto los Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP como los de Neurología- por encontrarse los mismos actualmente en revisión.