

COMORBILIDAD EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Informe final del Trabajo de Investigación

. **María de la Paz Lastiri Arata .**

Matrícula 5447/2001

SUPERVISOR: Esp. Liliana Bakker
CO-SUPERVISOR: Lic. Josefina Rubiales

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
T-13.	Rose
	N° INVENTARIO :
	R-1158



Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

Comorbilidad en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
Importancia en el diagnóstico diferencial.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S. 143/89.

.Alumna:

Lastiri Arata, María de la Paz. .Matrícula: 5447/2001 DNI 29.754.962

. Supervisor: Bakker, Liliana Co-Supervisor: Rubiales, Josefina

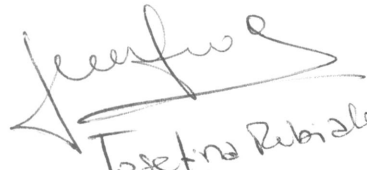
.Cátedra de radicación: Biología Humana

.Fecha de presentación: Mayo 2012

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna LASTIRI ARATA, María de la Paz de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna LASTIRI ARATA, María de la Paz, matrícula N° 5447/2001, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ..16...días del mes de...MAYO.....del año 2012”.


GUIANA BAKKEN


Josefina Ribales.

Firma, aclaración del Supervisor y/o Co-Supervisor

Informe de evaluación del Supervisor y/o Co-supervisor

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de caracterizar y analizar los trastornos comórbidos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a la luz de investigaciones actuales y consideraciones de profesionales en la temática. El trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre competencia social en niños con TDAH y sus relaciones con funciones ejecutivas llevada a cabo durante los años 2010 y 2011 por el Grupo de Investigación Genética, Ambiente y Comportamiento Humano de la Facultad de Psicología.

En calidad de supervisora y co-supervisora de la investigación consideramos que los objetivos del trabajo se lograron satisfactoriamente, realizando las tareas propuestas de acuerdo al cronograma planteado inicialmente. Es importante destacar la motivación constante de la alumna y la buena predisposición en todas las etapas del proceso, en la búsqueda y análisis bibliográfico, en el trabajo de campo, la recolección de datos, así como en el análisis de los mismos, demostrando una actitud positiva ante las sugerencias y correcciones realizadas en el transcurso del trabajo.

A partir de lo expuesto anteriormente concluimos que el presente informe se corresponde con un trabajo de investigación muy satisfactorio donde se evidencia el esfuerzo, la dedicación y el interés de la alumna.



Supervisora





Co-supervisora

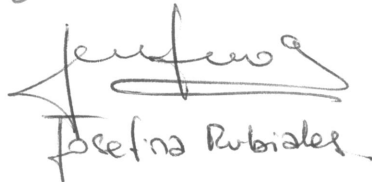
“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna LASTIRI ARATA, María de la Paz, Matrícula N° 5447/2001”.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión

Asesora


Trozzi, Isabel.


MARIANA MACKEL


Josefina Rubiales

Fecha de aprobación: 30/5/2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION- REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS 1989 OCS 143/89

APELLIDO Y NOMBRE: LASTIRI, María de la Paz- Matrícula 5447/01

TITULO DEL PROYECTO

Trastornos comórbidos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

SUPERVISOR: Lic. Liliana Bakker

CO-SUPERVISOR: Lic. Josefina Rubiales

PALABRAS CLAVES: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
-Comorbilidad – Diagnóstico

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un síndrome que se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 1994)

El TDAH representa actualmente uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuente, estimándose una incidencia que oscila entre 3 y 5% de los niños en edad escolar.

Es un síndrome muy complejo con características sintomáticas muy amplias y variadas, por este motivo su diagnóstico también resulta complejo

Durante la etapa diagnóstica, un aspecto fundamental, es diferenciar la presencia del TDAH de otros trastornos que suelen aparecer de manera asociada; es lo que se denomina comorbilidad.

Una cuestión que no debe perderse de vista para entender el problema de la comorbilidad es que tanto el TDAH como la mayoría de los trastornos a los que se asocia no son entidades discretas, sino que se trata de dimensiones conductuales que se distribuyen según un modelo continuo. El trastorno no representa otra cosa que el extremo de dicho continuo.

Los trastornos que aparecen más frecuentemente asociados al TDAH son: Trastornos de conducta, trastornos de aprendizaje, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de ansiedad, entre otros.

Si atendemos a los diversos síntomas y manifestaciones que se hallan en los niños con TDAH, llegaremos fácilmente a la conclusión de que la forma más rara de TDAH es la que se exhibe en forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno.

Cuando se atiende a un niño con TDAH, si el diagnóstico se limita a dicho trastorno, existen altas probabilidades de que pasemos por alto otros problemas.

El presente trabajo busca poder configurar, a partir de los datos obtenidos, el estado del arte en lo referido a la comorbilidad del TDAH para alcanzar una comprensión más acabada del mismo y contribuir a un diagnóstico exhaustivo que considere los distintos factores en juego.

OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar y analizar los trastornos comórbidos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a la luz de investigaciones actuales y consideraciones de profesionales en la temática.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los trastornos comórbidos con el TDAH que se presentan con mayor frecuencia.
- Describir las características de dichos trastornos comórbidos con el TDAH, con mayor incidencia.
- Analizar las consideraciones de profesionales.

MÉTODOS Y TÉCNICAS:

Las fuentes de información estarán constituidas por la búsqueda, exploración y análisis de bibliografía específica; y entrevistas con profesionales de la Psicología, la Psiquiatría y la Educación, de la ciudad de Tandil, a fin de explorar cuál es el estado actual en dicha ciudad en lo que respecta al TDAH y cuál es el trabajo que realizan en el diagnóstico y la atención de niños con dicha problemática

Los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes permitirán brindar información actualizada acerca de los diferentes trastornos que presentan mayor comorbilidad con el TDAH.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

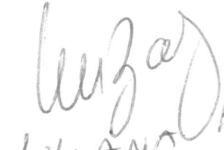
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES


ACTIVIDAD	MESES					
	1	2	3	4	5	6
Búsqueda y revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Desarrollo del marco teórico	X	X				
Elección de los ejes temáticos de las entrevistas, y planificación de las mismas.			X			
Administración de las entrevistas.				X		
Análisis del contenido de las entrevistas				X	X	
Procesamiento de los datos					X	
Elaboración del informe final						X


BIBLIOGRAFÍA

- WICKS-NELSON, R.; ISRAEL, A. Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Prentice Hall Madrid .1977.
- LOPEZ VILLALOBOS, J.; SERRANO PINTADO, I.; SANCHEZ MATEOS, J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. Psicothema 2004; 16: 402-407.
- CARDO, E.; SERVERA, M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. Rev. Neurol 2008; 46: 365-372.

- ARTIGAS PALLARÉS, J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev. Neurol 2003; 36: 68-78.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.


LILIANA BAKKEN
SUPERVISOR


Josefina Rubiales
Co-Supervisor


Luis
do probado
29/04/07.

INDICE

I.INTRODUCCIÓN	Pág. 12
II.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	Pág. 15
. Definición y descripción del TDAH	
. Prevalencia	
. Evolución conceptual del trastorno	
. Etiología	
. Factores Genéticos	
. Factores neuroquímicos	
. Factores neurobiológicos	
. Factores neuropsicológicos	
. Factores ambientales	
. Grupo sintomático principal. Criterios diagnósticos.	
. Subtipos del TDAH	
. Nuevos aportes en la clasificación de subtipos	
. Diferencias de género	
. TDAH y funciones ejecutivas	
III.MATERIALES Y METODOS	Pág. 49
IV. RESULTADOS	Pág. 53
IV. 1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	Pág. 54
. Diagnóstico diferencial y comorbilidad en el TDAH.	
. Comorbilidad en el TDAH.	
IV. 2. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	Pág. 73
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Pág. 79
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 83
VII. ANEXOS	Pág. 92
AGRADECIMIENTOS	Pág. 168

I. INTRODUCCIÓN



El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un síndrome que se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 1994).

El TDAH representa actualmente uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuente, estimándose una prevalencia que oscila entre 3 y 5% de los niños en edad escolar.

Es un síndrome muy complejo con características sintomáticas muy amplias y variadas, por este motivo su diagnóstico también resulta complejo.

El objetivo general del presente proyecto es caracterizar y analizar los trastornos comórbidos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a la luz de investigaciones actuales y consideraciones de profesionales en la temática.

Los objetivos específicos son: Identificar los trastornos comórbidos con el TDAH que se presentan con mayor frecuencia; describir las características de dichos trastornos comórbidos con el TDAH, con mayor prevalencia; analizar las consideraciones de profesionales y explorar el grado de experiencia y formación en profesionales del área de la salud en el diagnóstico diferencial de TDAH.

Para cumplir con los objetivos propuestos se realizó la búsqueda, exploración y análisis de bibliografía específica y se llevaron a cabo entrevistas a profesionales de la Psicología, la Psiquiatría y la Educación de la ciudad de Tandil, a fin de explorar cuál es el estado actual en dicha ciudad

en lo que respecta al TDAH y cuál es el trabajo que realizan en el diagnóstico y la atención de niños con dicha problemática.

El trabajo presenta una descripción del TDAH y de los principales trastornos comórbidos asociados al mismo, las entrevistas realizadas y el análisis de los datos obtenidos a partir de las mismas.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Definición y descripción del TDAH

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un síndrome que se caracteriza por “un patrón persistente de desatención y/o impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”. Los síntomas deben estar presentes en un grado moderado en al menos dos o tres situaciones diferentes, por ejemplo, la casa, el colegio y la consulta médica (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 1994).

Representa actualmente uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuente, y es una de las causas principales, en población infantil, de remisión a los médicos, pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles, siendo uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia y hasta la vida adulta (López-Villalobos, Serrano-Pintado, Sánchez-Mateos, 2004).

Es un síndrome muy complejo con características sintomáticas muy amplias y variadas, por este motivo su diagnóstico también resulta complejo.

Los efectos secundarios del TDAH pueden ser muy perjudiciales. Los niños que lo padecen están expuestos frecuentemente a respuestas negativas por su comportamiento, lo que deriva en una desventaja social y educativa. Esta dificultad, en la mayoría de los casos, es persistente, se mantiene más o menos estable a lo largo de la edad infantil y en un porcentaje no despreciable en la etapa adulta. Los estudios de seguimiento muestran una persistencia del TDAH superior al 50% (Cardo & Servera,

2008; Ramos-Quiroga, 2007; Mediavilla-García, 2003; Biederman, Mick, Faraone, 2000).

Sólo entre un 10 y un 20% de los niños con TDAH llegan a la edad adulta sin trastornos de tipo psiquiátrico, con buen funcionamiento y sin síntomas significativos del trastorno.

Los síntomas nucleares del TDAH incluyen incapacidad para mantener la atención focalizada, falta de control sobre la conducta impulsiva e hiperactividad generalizada de la conducta. Estos tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, afectando no sólo al niño, sino también al grupo de compañeros y a su familia (Cardo & Servera, 2008).

La definición actual del trastorno establece tres subtipos: con predominio de inatención (TDAH-I), con predominio de hiperactividad-impulsividad (TDAH-H) y combinado o mixto (TDAH-C). No obstante, en las últimas décadas, el diagnóstico de los diferentes subtipos clínicos y neuropsicológicos, así como el tratamiento de este trastorno han estado en constante revisión (Pistoia, Abad-Mas & Etchepareborda, 2004).

Prevalencia

Se admite que el TDAH es la patología neurocomportamental infantil y juvenil más frecuente (Cardo & Servera, 2008). Los cambios en las definiciones han provocado confusión y diferencias, tanto en el diagnóstico como en los niveles de prevalencia.

Si se utiliza una definición sintomatológica a través de entrevistas poco contrastadas, la incidencia del trastorno podría situarse entre el 10 y 20% de la población. Si, por el contrario, el diagnóstico se establece mediante el DSM, cuyos criterios de inclusión tienen en cuenta la edad en la que aparecen los síntomas y la asociación con otros trastornos, la incidencia desciende hasta el 5-10% (Mediavilla-García, 2003).

Actualmente los estudios indican que afecta a un porcentaje de niños del 5% (Valdizán, Mercado, Mercado-Undanivia, 2007; Polanczyk et al, 2007).

Evolución conceptual del trastorno

En 1902 George Still describió, en la Revista Lancet, el comportamiento de niños que se asemejaba a lo que actualmente se considera como TDAH, niños muy movedizos, desatentos, desobedientes, apasionados, agresivos (Spencer, 2007; Capdevilla-Brophy et al, 2005; Mediavilla-García, 2003), y consideraba que se debía a una lesión cerebral (Díaz Atienza, 2003).

La epidemia de encefalitis de los años 1917-1918 provocó en algunos niños secuelas que conducirían a comportamientos hiperactivos. Esto significó que algunos autores establecieran la asociación entre hiperactividad y daño cerebral y surgiera el concepto de daño cerebral (Spencer, 2007; Capdevilla-Brophy et al, 2005; Mediavilla-García, 2003).



Sin embargo, investigaciones posteriores no lograron corroborar estos datos, dando lugar a que Smith en 1926 propusiera, con éxito, abandonar el término de síndrome de lesión cerebral por el de lesión cerebral mínima.

La falta de pruebas reales acerca de las supuestas lesiones cerebrales condujo en los años sesenta al desarrollo del concepto más sutil de “disfunción cerebral mínima”, en el que la sobreactividad motora sería el rasgo prominente. Por ese entonces se utilizaba la palabra “hiperkinesia” para describir la excesiva actividad motora que se consideraba la característica distintiva y fundamental del cuadro clínico, por lo cual se le solía llamar “síndrome hiperkinético” (Spencer, 2007; Capdevilla-Brophy et al, 2005; Díaz Atienza, 2003).

El concepto de hiperactividad se introdujo por primera vez en el DSM II, en 1968, donde se denominó a este conjunto de síntomas como reacción hiperkinética de la infancia o adolescencia. El cambio conceptual más importante se dio con el DSM III en 1980, donde se lo denominó “alteración por déficit de atención” (Spencer, 2007; Capdevilla-Brophy et al, 2005; Mediavilla-García, 2003). En esta tercera edición se pasa a considerar el trastorno de la atención como el elemento central del síndrome.

En la década de 1970, la psicóloga canadiense Virginia Gouglas destacó la importancia de la atención sostenida y el control de los impulsos en el diagnóstico. Sus hallazgos estuvieron vinculados con la incapacidad para mantener la atención sostenida, la incapacidad para inhibir la respuesta impulsiva y para modular los niveles de alerta de acuerdo a las demandas

del medio y una fuerte inclinación a buscar gratificación inmediata (Joselevich, 2005; Capdevilla-Brophy et al, 2005; Barkley, 1999).

A partir de este cambio de concepto en los años setenta que supuso considerar la inatención como el rasgo más significativo del trastorno, y no la hiperactividad como se había apreciado hasta ese momento, el interés por las funciones ejecutivas y su análisis en el TDAH puso de manifiesto diferentes parámetros de alteración como la perseveración, la dificultad para inhibir estímulos no significativos y las dificultades en el procesamiento secuencial (Barkley, 1999).

Actualmente, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza, por la incapacidad para mantener la atención focalizada, la falta de control sobre la conducta impulsiva y la hiperactividad generalizada de la conducta. Su nombre refleja las diferentes variaciones de su manifestación clínica, que pueden incluir síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (DSM IV TR, 2000).

Etiología

Actualmente, su etiología continúa siendo una cuestión debatida, aunque existe cierto nivel de consenso sobre la importancia de la interacción entre factores genéticos, ambientales, neurobiológicos y psicosociales (Romero-Ramirez, 2007; Toledo-Bravo, 2006).

El TDAH no puede ser entendido como el efecto de una sola causa, sino que la etiología del mismo es multifactorial. Aunque se expongan cada una de las causas por separado se puede deducir que no son excluyentes y

que probablemente esta es una entidad, en la que exista una predisposición genética, sobre la que pueden actuar varios factores ambientales, generando finalmente las alteraciones neuroanatómicas y neurofisiológicas reconocidas (Romero-Ramirez, 2007).

Diferentes factores neurobiológicos y psicosociales, especialmente aquellos que actúan en el periodo de crecimiento rápido del cerebro durante el desarrollo del feto y los primeros estadios de la vida, pueden influir en la aparición del trastorno por déficit de atención (Ramos-Vicente & Gonzalez-Seijo, 2007).

Presumiblemente estos factores inciden en el sustrato neurológico de la cognición, por ejemplo, sobre las funciones ejecutivas, la autorregulación, la activación y la motivación. Las funciones ejecutivas dependen de un sistema neurológico distribuido por la corteza prefrontal y otras estructuras subcorticales asociadas. Algunos estudios sobre TDAH con técnicas de neuroimagen demuestran alteraciones en estas regiones del cerebro. Al mismo tiempo se origina una cascada de desajustes secundarios en la memoria de trabajo, en la regulación del afecto, en la interiorización del lenguaje y en el desarrollo de la conciencia.

En relación a los factores genéticos, las investigaciones realizadas indican que se trata de un tipo de herencia poligénica multifactorial; por lo tanto con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos, entre los cuales parecen encontrarse las circunstancias perinatales y posiblemente los métodos de crianza y de educación.

Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, parece factible que el modelo de la sociedad actual pueda estar contribuyendo a generar una mayor disfuncionalidad del TDAH. La proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos (videojuegos, dibujos animados, televisión, Internet, publicidad, etc.), la sociedad de consumo y materialista, presentan pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, cultura del esfuerzo, demora de recompensa, estrategias reflexivas, autocontrol. El establecimiento de límites y modelos de conducta organizada supone un importante esfuerzo educativo y requiere inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en los países industrializados. El alerta debe implicar a los clínicos y neurobiólogos, pero, sobre todo, a los responsables de la política educativa y sociofamiliar y a los propios padres (Cardo & Servera, 2008).

Factores Genéticos

El posible origen genético del TDAH viene avalado por estudios familiares, de adopción y de gemelos. Se ha encontrado entre los padres de niños afectos un riesgo entre 2 y 8 veces superior al de la población general de padecer ellos mismos el trastorno. El riesgo calculado para un niño de padecer TDAH si uno de los padres está afectado es del 57%. Estudios de adopción, señalan una concordancia en torno al 50-80% en gemelos monocigotos frente a un 29-33% en dicigotos. Estos estudios han sido fundamentales para confirmar la importancia de la herencia, llegándose a la

conclusión de que la heredabilidad de este trastorno oscila entre 0,5 y 0,9, con lo que se muestra como una de las patologías psiquiátricas con más influencia de la herencia. (Romero-Ramirez, 2007).

La heredabilidad es un parámetro estadístico que indica hasta qué punto las diferencias genéticas existentes entre los individuos son responsables de las diferencias que presentan en una característica o rasgo conductual (Oliva Delgado, 1997).

Es una concepción errónea afirmar que los coeficientes de heredabilidad indican si se ha heredado un rasgo determinado. La heredabilidad de un atributo es el grado en que las diferencias entre individuos en ese atributo se relacionan con las diferencias en los genes que han heredado (Plomin, 1994).

Los estudios realizados en familias de niños con TDAH demostraron que tanto padres como hermanos de niños con TDAH presentaban más riesgo de padecer esta entidad que los grupos controles. Es muy difícil aislar el efecto ambiental común que podría influir en la patogenia del TDAH en las familias de pacientes, por lo que se realizaron estudios en adopciones y en gemelos. En los estudios de adopciones se evidenció un mayor riesgo de padecer TDAH en los familiares biológicos de los niños afectados (18%) frente a los familiares adoptivos de niños afectados (6%), lo cual apoyaba la influencia genética de este trastorno. En los estudios con gemelos se evidenció una mayor correlación entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos. Con estos estudios parece clara la relación familiar del TDAH.

También se han realizado estudios de ligamiento del genoma en familias afectas de TDAH, con intención de encontrar genes con alta susceptibilidad para el TDAH. Los genes que se han seleccionado como causantes predisponentes del TDAH son los relacionados sobre todo con el sistema dopaminérgico y otros como el noradrenérgico y el serotoninérgico. La dopamina es un neurotransmisor que modula entre otras, las funciones cognitivas, el control motor y los mecanismos que regulan la motivación y la satisfacción y se ha postulado que es a este nivel donde se podría producir la alteración genética (Romero-Ramírez, 2007).

En las sinapsis de los individuos con TDAH existe una disminución de la cantidad de dopamina, esto se debe a que existe un aumento de su recaptación desde el espacio intersináptico hacia la membrana presináptica y a una alteración en los receptores postsinápticos de la dopamina (Toledo-Bravo, 2006).

Diversos estudios han demostrado una alteración de los genes que codifican la proteína transportadora de la dopamina (DAT), localizado en el cromosoma 5 y de los genes para los receptores de dopamina D4 (DRD4) y D5 (DRD5). Estos serían los genes más estudiados junto al del receptor 2 de dopamina (DRD2), la dopamina bhidroxilasa (DBH), la tirosina hidroxilasa (TH), la catecol-O-metiltransferasa (COMT) y la monoamino oxidasa A. En el sistema noradrenérgico, los receptores ADRA2A, ADRA2C y ADRA1C, y el transportador de norepinefrina; y en el sistema serotoninérgico, los receptores de serotonina HTR1B y HTR2A, el transportador de serotonina y la triptófano hidroxilasa (Romero-Ramírez, 2007; Toledo-Bravo, 2006).

Pero a pesar de la relación que se ha intentado encontrar con cada uno de los genes, no se ha demostrado que ninguno de ellos sea indispensable para la aparición del trastorno (Romero-Ramirez, 2007).

El DAT es sobre el que actúan los psicoestimulantes utilizados en el tratamiento del TDAH, lo que ha sugerido que alteraciones a este nivel deberían contribuir en su patogenia.

Se han identificado varios alelos del gen del receptor de la dopamina 4 (DRD4), muchos de ellos de frecuencia variable en la población general.

Existen múltiples estudios que intentan relacionar determinados alelos del gen del receptor de la dopamina 4 con el TDAH, pero los resultados a los que han arribado han sido dispares, por lo que no se puede asegurar que dichos alelos sean la causa del TDAH, y apoya la idea de que el TDAH es un trastorno multifactorial y que probablemente otros genes interfieren conjuntamente con el DRD4 en la etiopatogenia (Romero-Ramirez, 2007).

Factores neuroquímicos

El conocimiento de las bases neuroquímicas del TDAH permite un enfoque terapéutico más acertado. El problema radica en que se desconocen con exactitud las anomalías de neurotransmisión que esconde este trastorno. Son muchos los modelos que han pretendido esclarecer tales enigmas, aunque de manera global se acepta que existe una disfunción en los circuitos frontoestriados mediados por la dopamina y la noradrenalina.

La evidencia de los estudios neurobiológicos realizados en el TDAH pone de manifiesto el origen orgánico del trastorno, aunque hasta la fecha

no existe su marcador biológico específico. Aunque parece que la genética ahora tiene más posibilidades, por el momento las evidencias han sido más relevantes en las descripciones referentes al campo de la anatomía cerebral funcional y de los mecanismos neurofisiológicos (Mulas, Mattos, de la Osa-Langreo & Gandía, 2007).

Las hormonas tiroideas contribuyen en la regulación de los sistemas de neurotransmisores dopaminérgicos, noradrenérgicos y serotoninérgicos en el cerebro y son muy importantes para la maduración fetal. La resistencia generalizada a la hormona tiroidea es una entidad hereditaria, que se transmite de forma autosómica recesiva la mayor parte de las veces, y que se genera por mutaciones en el receptor de hormonas tiroideas. Se ha observado que los pacientes afectados de resistencia generalizada a la hormona tiroidea tienen mayor riesgo de padecer TDAH, de modo que hasta el 50% de la población adulta afectada de esta enfermedad cumple criterios TDAH (Romero-Ramirez, 2007).

Factores neurobiológicos

La presencia de disfunciones neurológicas menores (concepto inicial de disfunción cerebral mínima) en un subgrupo de niños con TDAH refuerza la teoría de que el trastorno obedece a alteraciones físicas en el cerebro del niño que alteran el desarrollo psicológico y el control conductual.

Estudios de neuroimagen anatómica y funcional han demostrado que el volumen cerebral de estos niños es un 5% menor que el de los controles,

afectando fundamentalmente al área prefrontal, al caudado y cerebelo (Toledo-Bravo, 2006).

Existe una disfunción de la corteza prefrontal, encargada de la activación e inhibición de los estímulos, que presenta conexiones a través de circuitos neuronales con las regiones frontoestriadas y cerebelosas. Dichos circuitos son dependientes de las catecolaminas, fundamentalmente dopamina y noradrenalina. Éstas modulan las funciones cognitivas, el control motor, la atención y los mecanismos que regulan la motivación y la satisfacción.

Una de las teorías neurobiológicas más prominentes de este trastorno propone que existe una alteración en la neurotransmisión de la dopamina y la noradrenalina y, como consecuencia, una desregulación de la corteza frontal y los circuitos subcorticales modulados por estos neurotransmisores. Por tanto, parece existir una hipoactividad a nivel de la corteza prefrontal que produce un deterioro de las funciones cognitivas, provocando fácil distracción a estímulos e incapacidad de control motor (Toledo-Bravo, 2006).

Según resultados aportados por los estudios neuroanatómicos y neurofisiológicos, sin ser definitivos, aportan mayor evidencia de que el TDAH se asocia con una disminución global del volumen cerebral, no progresivo, especialmente de la región prefrontal derecha, el núcleo estriado, el cuerpo calloso y el cerebelo derecho. La prevalencia electroencefalográfica de anomalías epilépticas es mayor en pacientes con TDAH cuando se comparan con niños normales y cuando se les realiza un

electroencefalograma (EEG) con técnicas de activación (de la Osa-Langreo, Mulas, Téllez de Meneses, Gandía & Mattos, 2007).

El patrón de sueño de los niños con TDAH presenta alteraciones, como se demuestra en algunos estudios de polisomnografía nocturna en estos pacientes, donde se observa un aumento del porcentaje de la fase 3 del sueño no-REM y, como consecuencia, un aumento del porcentaje del sueño lento. Los registros de potenciales evocados cognitivos en niños con TDAH muestran una disminución de la amplitud y un incremento de la latencia del componente P300 respecto a los niños sanos. Estas diferencias sugieren que determinadas etapas del procesamiento cognitivo de la información están alteradas en los niños con TDAH.

También los estudios con magnetoencefalografía han puesto en evidencia que existe un circuito normal para el sistema atencional en donde dos regiones del cerebro, el cíngulo y la región dorsolateral de las regiones prefrontales, participan directamente. Sin embargo, en los niños con TDAH este circuito se encuentra alterado, lo cual puede sugerir que la disfunción frontal del TDAH (cíngulo) puede ser secundaria a un déficit precoz y anormalmente temprano en las áreas temporales (límbicas) (de la Osa-Langreo et al, 2007).

Factores Neuropsicológicos

Si bien la biología del trastorno parece mostrar un patrón con peculiaridades concretas, desde el punto de vista neuroconductual el análisis es más complejo. Son numerosos los modelos explicativos que han

procurado resolver tales problemas. De los más destacados cabe mencionar el modelo atencional de Douglas, donde se relega a un segundo plano la sobreactividad motora y se colocan los problemas atencionales como base esencial del problema. Otros modelos se basan en el concepto de desinhibición conductual, donde autores como Barkley, Gray, Schachar, Sergeante y Van der Meere, entre otros, proponen distintas peculiaridades explicativas. Según el modelo de autorregulación de Barkley, existiría una dificultad para seguir las 'conductas gobernadas por reglas' y problemas en mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos más o menos prolongados (de la Osa-Langreo et al, 2007; Servera-Barceló, 2005)

Aunque los patrones neuropsicológicos del TDAH son variables y los déficit cognitivos engloban un amplio espectro de habilidades inicialmente muy distintas, las mismas se consideran funciones ejecutivas y están relacionadas con la disfunción de los lóbulos frontales. Este vínculo entre disfunciones ejecutivas y TDAH determina en estos niños una inflexibilidad cognitiva, incapacidad para desarrollar un plan de acción y una meta, mantener ese plan en la mente y llevarlo a cabo con la ayuda de planificación. Según propone Barkley, los subtipos predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado presentarían una disfunción subyacente de inhibición de respuestas que interferiría con otras funciones ejecutivas y generaría un déficit de control motriz, fluencia y sintaxis, por lo que aparecerían dificultades en la atención sostenida y facilidad para la distracción. En el subtipo predominantemente desatento encontramos un

déficit en el procesamiento de la información, en atención selectiva o focalizada y dificultades para automatizar (de la Osa-Langreo et al, 2007).

Factores ambientales

Los factores ambientales no se han evidenciado como causa necesaria o suficiente para la manifestación del trastorno. Si bien múltiples de ellos han sido implicados en la etiopatogenia del TDAH, ninguno se ha demostrado imprescindible ni explica por sí solo la mayoría de los casos (Romero-Ramirez, 2007; Toledo-Bravo, 2006).

Los factores que influyen en la gestación, parto o periodo perinatal (tóxicos maternos, parto prematuro, bajo peso al nacimiento) indican una mayor vulnerabilidad general, no específica para el TDAH (Toledo-Bravo, 2006).

También se ha postulado que el estrés fetal podría dañar selectivamente las neuronas del núcleo estriado y afectar a las redes frontobasales, pero estos estudios no han proporcionado resultados concluyentes y no pueden discriminar entre factores ambientales y la predisposición individual de los pacientes afectados (Romero-Ramirez, 2007).

Algo similar ocurre con los estudios que relacionan el TDAH con ambientes sociofamiliares y escolares desfavorables, la ausencia de figuras paternas responsables, clase social baja, entre otros. Estos factores psicosociales son en general predictores de adaptabilidad y salud psíquica y podrían ser más una expresión de TDAH en los padres que de ser la causa en los hijos (Toledo-Bravo, 2006).

Se ha observado también que el ambiente parental de los niños con TDAH es más controlador y desaprobador que el de los niños sanos, lo que puede ser interpretado más como una consecuencia que como la causa del trastorno.

En otros estudios se lo ha relacionado con tóxicos ambientales como metales pesados, encontrándose niveles sanguíneos de mercurio, arsénico, aluminio, cadmio y plomo, más altos en niños con TDAH en comparación con controles sanos.

También se ha mencionado el déficit de nutrientes, como el déficit de hierro o zinc. La ferropenia produce un defecto en la transmisión dopaminérgica y se ha visto que en comparación con grupos controles hay más niños con TDAH que tienen ferropenia, llegándose a sugerir que es un factor contribuyente.

Otra alteración tiroidea que se ha relacionado con el TDAH es la deficiencia de yodo en las etapas iniciales del embarazo (Romero-Ramirez, 2007)

Grupo sintomático principal. Criterios diagnósticos

Teóricamente, existen dos perspectivas de clasificación del TDAH: la aproximación dimensional y la categorial.

De acuerdo con la aproximación dimensional, los comportamientos que constituyen este trastorno varían ampliamente en la población general; de modo que las personas están más o menos afectadas. Por el contrario, la

aproximación categorial sostiene que el trastorno es cualitativa y cuantitativamente diferente (Schachar & Ickowicz, 2003).

Posiblemente, algunos aspectos del síndrome son mejor explicados desde una perspectiva categorial, mientras que otros lo son desde una aproximación dimensional.

La Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) establece la categoría “trastornos hipercinéticos” que incluye: trastorno de la actividad y de la atención, trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y trastorno hipercinético sin especificación.

En el Manual DSM-IV-TR la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) clasifica el trastorno por déficit de atención con hiperactividad junto con los trastornos de comportamiento perturbador que incluyen el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de comportamiento perturbador no especificado (Ramos-Vicente & Gonzalez-Seijo, 2007).

En la Tabla I se recogen los criterios que el DSM-IV-TR considera necesarios para establecer el diagnóstico de TDAH. Se puede observar como la APA identifica tres clusters de síntomas nucleares (desatención, hiperactividad e impulsividad).

Criterios diagnósticos: DSM-IV

A) (1) o (2)

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

e) a menudo "está ocupado" o suele actuar como si "estuviera impulsado por un motor"

f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

(g) a menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para esperar su turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej, en la escuela y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención, si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado: esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad/impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Existen algunas diferencias destacables para establecer el diagnóstico. En la CIE 10, es preciso que estén presentes al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad. El diagnóstico no puede sostenerse en ausencia de síntomas de desatención. Se requiere también la presencia de todos los síntomas necesarios para el diagnóstico en al menos 2 ambientes distintos.

En el DSM IV TR (de la American Psychiatric Association- APA) se requiere al menos 6 síntomas de uno de los grupos para realizar el diagnóstico de TDAH. Estos deben estar presentes antes de los 7 años y deben durar al menos 6 meses.

Subtipos del TDAH

La primera caracterización de distintos subtipos del TDAH se produjo con la publicación del DSM-III (1980). En él se distinguieron dos subtipos del TDAH, el TDA+H, caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e

impulsividad, y el TDA-H, caracterizado por síntomas de inatención e impulsividad en ausencia de hiperactividad. Con la publicación del DSM-III-R (1987) desapareció el reconocimiento de distintos subtipos de TDAH, aunque posteriormente la publicación de la cuarta edición del DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) ha dado lugar a la modificación del criterio para el diagnóstico del TDAH, y se han delimitado tres subtipos en función del patrón sintomático predominante en los últimos seis meses (según los criterios mencionados anteriormente):

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I): si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos 6 meses
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-H/I): si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos 6 meses.
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (TDAH-C): si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

La descripción de distintos subtipos se debe a que no todos los portadores de un cuadro de TDAH muestran una homogeneidad sintomática. Es posible encontrar niños con una afectación específica de la atención con muy poco compromiso de los otros dos síntomas nucleares (impulsividad e hiperactividad), e incluso sin ellos. A la luz de esta



experiencia clínica, se han distinguido en los últimos años los tres subtipos mencionados según el compromiso del síntoma nuclear afectado.

El subtipo con predominio del déficit de atención presenta básicamente un compromiso del estado de alerta, la atención sostenida y la atención selectiva, así como, en teoría, muy poco o nada de los mecanismos de control inhibitorios neocorticales (control de espera, de impulsos y de interferencia).

Los pacientes con el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo presentan un escaso control de espera, de impulsos y de interferencia, con trastornos de la psicomotricidad, pobre manejo de la anticipación así como tendencia a precipitarse.

El subtipo combinado se caracteriza por la coexistencia de los síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad.

El subtipo inatento es el que en la etapa de adolescente más secuelas deja sobre el aprendizaje, en función de la precocidad del diagnóstico y la intervención terapéutica. Generalmente son adolescentes desmotivados con una historia larga de fracaso escolar, enormes esfuerzos académicos con resultados escasos, con base pobre de conocimientos y la sensación aprendida de que nada les puede salir bien; suelen asociar problemas de autoestima y frecuentemente se complican con trastornos depresivos.

En el caso del subtipo combinado, las secuelas más importantes suelen ser conductuales y frecuentemente se asocian con agresividad, conductas disociales, rechazo en el aula o el grupo de amigos y trastorno oposicionista desafiante.

La relación del TDAH con los problemas conductuales en la adolescencia y especialmente en el grupo de TDAH combinado es clara. También es claramente causa de problemas de aprendizaje; sin embargo, la inatención puede no ser el origen único del trastorno de aprendizaje, sino más bien y con frecuencia el TDAH se asocia en su comorbilidad con trastornos específicos del aprendizaje, como la dislexia, la disgrafía, problemas de lectoescritura entre otros. (Mulas et al, 2006).

Se debe señalar, por último, que en muestras clínicas el subtipo más frecuente de TDAH es el combinado (60%). (Ramos-Vicente & Gonzalez-Seijo, 2007).

Nuevos aportes en la clasificación de subtipos

Las revisiones de las publicaciones médicas sobre los subtipos de TDAH cuestionan la utilidad clínica del enfoque del DSM-IV en el que se menciona la existencia de tres subtipos de TDAH: TDAH con predominio de Hiperactividad-impulsividad (TDAH-H/I), TDAH con predominio de déficit de atención (TDAH-DA) y TDAH combinado (TDAH-C).

La existencia del tipo C no está en cuestión, ya que representa el TDAH tal como ha sido conceptualizado por los investigadores y los médicos durante al menos los 40 años anteriores, y en el que se cree que coexisten los síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Se han hallado pocas diferencias entre este tipo C y los tipos clasificados como H/I, excepto que a menudo se encuentra que este último grupo es más joven y tiene menos síntomas graves y déficit relacionados que el tipo C. Estos

datos podrían entenderse dado que los síntomas de H/I aparecen antes que los síntomas de DA en el curso natural del TDAH y su tipo C. Estos hallazgos sugieren que es probable que el tipo H/I sea un precursor del desarrollo al tipo C, y que los investigadores que estudian el tipo H/I sencillamente han captado a niños pequeños que, finalmente, pasarán a cumplir los requisitos del tipo C o que puede que sólo les falte uno o dos síntomas para ello. Este último grupo de niños se conceptualiza mejor como formas más leves o subumbrales simplemente del tipo C, y no como algún tipo de trastorno cualitativamente diferente (Barkley, 2009).

Los niños que cumplen los requisitos para el tipo DA parece que representan un grupo heterogéneo de niños, algunos de los cuales son niños más mayores del tipo C que simplemente han dejado atrás algunos síntomas de H/I, pero suficientes para no cumplir ya el umbral de los seis síntomas de H/I como para permanecer en el tipo C. Los estudios demuestran que los síntomas de hiperactividad disminuyen mucho más deprisa con la edad que los síntomas del déficit de atención, lo que posibilitará que muchos niños del tipo C pierdan, finalmente, algunos síntomas de hiperactividad, de tal forma que ya no puedan seguir clasificados como tipo C bajo las actuales reglas de decisión del DSM-IV. Pero no hay ninguna razón para que dichos niños deban ser reclasificados en un tipo diferente de TDAH en virtud, simplemente, del hecho de cumplir años y seguir lo que parece ser la evolución natural del desarrollo para el tipo C. En este tipo DA, también se incluirá a los niños a los que sólo les falta uno o dos síntomas para cumplir los requisitos del tipo C y que, de este modo, se podrían conceptualizar

mejor como versiones inciertas, leves o subumbrales del tipo C y no como un tipo de trastorno cualitativamente diferente. Hasta ahora no se han presentado argumentos convincentes de que los niños con seis síntomas de déficit de atención y cinco de la lista de H/I (para un total de 11 síntomas) sean cualitativamente diferentes de los que tienen seis síntomas de DA y seis de H/I (para un total de 12).

Sin embargo, las reglas de decisión del DSM colocarían a los primeros en el tipo DA y a los últimos en el tipo C.

Actualmente hay quienes sostienen que aproximadamente el 30-50% de los niños situados en el tipo DA puede constituir un tipo separado de TDAH o incluso un trastorno diferente. Estos niños, que se describen como representantes de un tipo cognitivo lento, manifiestan problemas cualitativamente diferentes con la atención (distráido, sueña despierto, se pone nervioso con frecuencia, se confunde con facilidad, etc.), en vez de sobreactividad (letargo, lentitud, se mueve de forma lenta, etc.), proceso lento de la información, aislamiento social, un riesgo posiblemente mayor de sufrir ansiedad y, quizá, una respuesta reducida a los estímulos. Este grupo debería ser estudiado como un tipo de TDAH cualitativamente diferente o, más probablemente, en calidad de un trastorno totalmente diferente. La última afirmación se funda en la premisa actual de que el TDAH es, en gran medida, un trastorno de la inhibición y en que estos niños con tiempo cognitivo lento no poseen tal déficit (Barkley, 2009).

A diferencia del enfoque del DSM-IV, algunos investigadores han alegado que el TDAH podría subclasificarse mejor sobre la base de algunos

de sus trastornos comórbidos, como trastorno de la conducta, ansiedad, depresión o trastorno bipolar. Algunas investigaciones parecen sugerir que el TDAH con trastorno de la conducta constituye un trastorno más grave con una evolución, un patrón de antecedentes familiares, respuestas psicológicas y otras características diferentes de las que se encontrarían si simplemente ambos trastornos coexistieran juntos. Los signos parecen mucho menos seguros como para constituir subtipos basados en la ansiedad, la depresión o el trastorno bipolar (Barkley, 2009; Stefanatos & Baron, 2007).

Diferencias de género

Tanto niños como niñas con TDAH presentan los mismos síntomas, sin embargo las revisiones clínicas tienden a demostrar que se diagnostican más varones en una proporción de 3 a 1.

Esto puede deberse a que las niñas suelen presentar pocos síntomas agresivos e impulsivos y tienen índices más bajos de trastorno de conducta que los varones. Las niñas tienen mayor probabilidad de presentar síntomas de inatención, en contraste con los niños, en quienes predomina la hiperactividad, la impulsividad y los comportamientos disruptivos. Como consecuencia las niñas llegan menos a consulta que los varones y muchas de ellas nunca han sido diagnosticadas (Valdizán et al, 2007; Spencer, 2007).

TDAH y funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas (FE) se han definido como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orientan a la resolución de conductas complejas. Estos procesos cognitivos comprenden diversos componentes como son las capacidades implicadas en la formulación de metas, las facultades empleadas en la planificación de los procesos, las estrategias para lograr los objetivos y las aptitudes para llevar a cabo esas actividades de una forma eficaz (Tirapu-Ustárrroz, Muñoz-Céspedes, & Pelegrín-Valero, 2002).

Luria fue el primer autor que, sin nombrar el término –el cual se debe a Lezak–, conceptualizó las FE como una serie de trastornos en la iniciativa, la motivación, la formulación de metas y planes de acción y el autocontrol de la conducta, asociados a lesiones frontales.

Lezak define las FE como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente (Tirapu-Ustárrroz et al, 2002).

Tienen su base neuroanatómica en la corteza prefrontal (CPF) y sus conexiones recíprocas con otras zonas de la corteza cerebral y estructuras subcorticales, tales como núcleos de la base, núcleo amigdalino, diencéfalo y cerebelo (Sastre-Riba, Merino-Moreno &, Poch-Olivé, 2007; Papazian, 2006; Pineda, 2000).

Desde un punto de vista neuroanatómico pueden describirse distintos circuitos funcionales dentro de la CPF. Por un lado, el circuito dorsolateral, que se relacionaría con actividades puramente cognitivas, tales como la memoria de trabajo, la atención selectiva, la formación de conceptos y

categorías, y la flexibilidad cognitiva, y por otro lado, el circuito ventromedial, que se asociaría con el procesamiento de señales emocionales que orientan la toma de decisiones hacia objetivos sustentados en el juicio ético y social.

Los lóbulos frontales se hallan implicados en una amplia miríada de funciones (lenguaje, control motor, ejecución de operaciones cognitivas específicas, tales como memorización, aprendizaje, razonamiento, conducta social, toma de decisiones, resolución de problemas). Desde un punto de vista funcional puede afirmarse que en esta región cerebral se encuentran las funciones cognitivas más complejas y evolucionadas del ser humano

Dichos lóbulos frontales, y más concretamente las regiones prefrontales, permiten el control, la organización y la coordinación de diversas funciones cognitivas, respuestas emocionales y comportamientos, mediante un amplio conjunto de funciones de autorregulación.

La complejidad de los lóbulos frontales se evidencia en los diversos sistemas de conexiones recíprocas con el sistema límbico (sistema motivacional), con el sistema reticular activador (sistema de atención sostenida), con las áreas de asociación posterior (sistema organizativo de los reconocimientos), y con las regiones de asociación y estructuras subcorticales (núcleos de la base) dentro de los mismos lóbulos frontales, de allí que se conforme un sistema de control sobre las respuestas conductuales. (Pineda, 2000).

Las funciones ejecutivas dependen de un sistema neuronal distribuido en el cual el córtex prefrontal desempeña un destacado papel. El CPF tiene una rica red de conexiones que le permite monitorizar la información a

diferentes niveles de complejidad, a fin de controlar y regular nuestros comportamientos (Tirapu-Ustárrroz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rovira & Pelegrín-Valero, 2008).

Es probablemente la parte mejor conectada de todo el cerebro, por lo tanto, una alteración en uno de los circuitos podría afectar al funcionamiento del otro y viceversa (Capilla-Gonzalez, 2005).

Es la región cerebral con un desarrollo filogenético y ontogénico más reciente y, por ello, la parte del ser humano que más lo diferencia de otros seres vivos y que mejor refleja su especificidad; constituye aproximadamente el 30% de la corteza cerebral (Tirapu-Ustárrroz et al, 2002).

Si bien la corteza prefrontal juega un papel clave de monitoreo en las funciones ejecutivas y ha sido vista como el centro para la integración entre las emociones y la cognición, también participan otras áreas del cerebro. De esta manera, Elliott (2003) define el funcionamiento ejecutivo como un proceso complejo que requiere la coordinación de varios subprocesos para lograr un objetivo particular.

Los esfuerzos para localizar el funcionamiento ejecutivo en áreas cerebrales frontales discretas no han sido concluyentes. El punto de vista actual es que la función ejecutiva es mediada por redes dinámicas y flexibles (Ardila, 2008).

Las actuales teorías sobre el sustrato anatómico de las funciones cerebrales complejas como el sistema ejecutivo, el lenguaje o la memoria, proponen la existencia de redes neurales múltiples, distribuidas en distintas regiones corticales y subcorticales, que probablemente actúan en paralelo,

posibilitando un procesamiento rápido y eficiente de la información y una elaboración apropiada del comportamiento humano conciente y direccionado a un objetivo. Dentro de dicha distribución en distintas regiones del cerebro para una función cognitiva compleja, se considera que existiría una cierta especialización o superioridad jerárquica de algunos centros anatómicos para cada determinada función. Para el caso de las funciones ejecutivas, esta superioridad o especialización estaría sustentada por el córtex prefrontal y sus conexiones con los ganglios de la base (Sánchez Carpintero & Narbona, 2004).

En las dos últimas décadas se han realizado grandes avances en la comprensión de las funciones del córtex prefrontal, en su implicación en los procesos de inhibición y autocontrol a través de las llamadas funciones ejecutivas y, por tanto, en su implicación en los procesos neuropsicológicos alterados subyacentes al TDAH (Barkley, 1999).

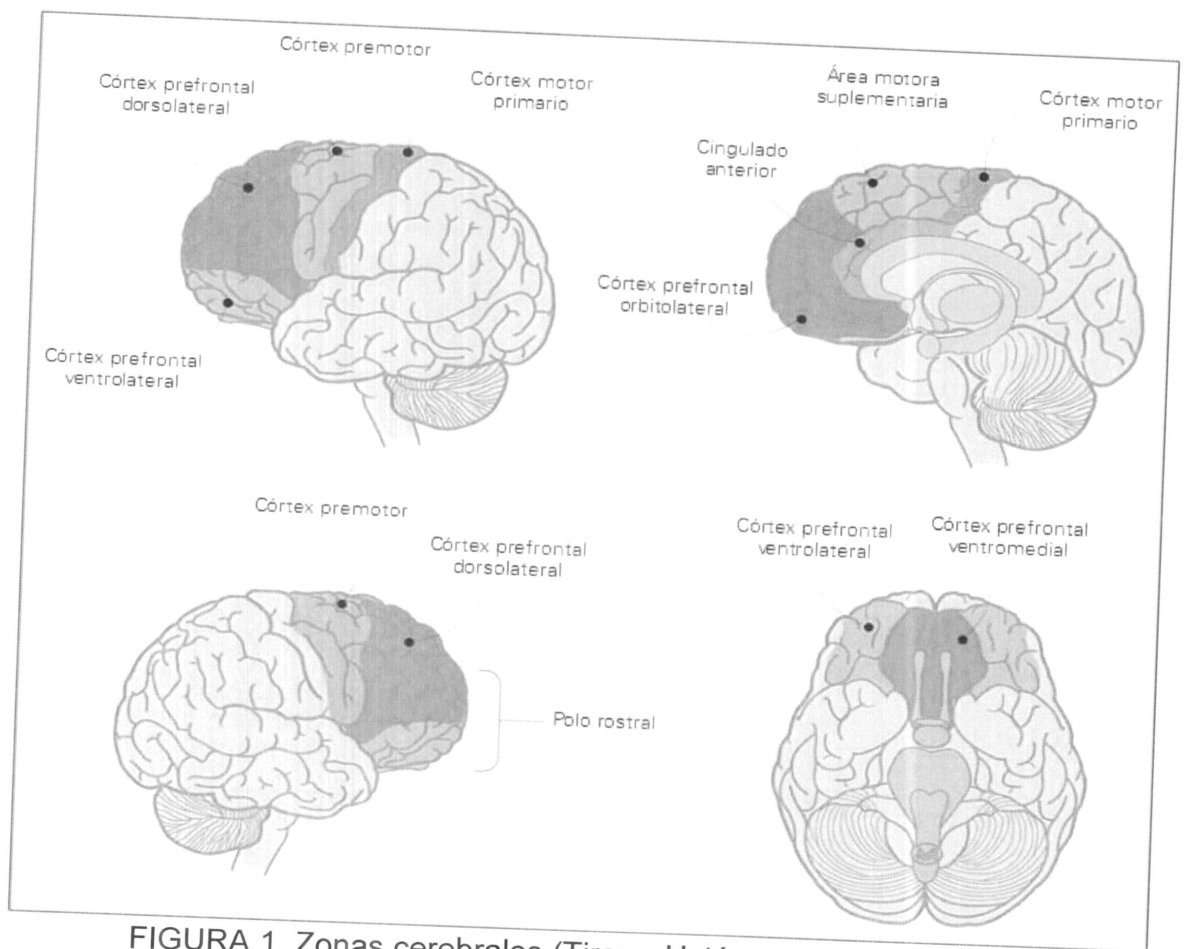


FIGURA 1. Zonas cerebrales (Tirapu-Ustárroz et al, 2008).

Desde la neuropsicología, se considera que el deficiente rendimiento cognitivo del TDAH es subsidiario de un déficit primario en las funciones ejecutivas, y se relaciona con una alteración neurobiológica de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico (sistemas o circuitos de transmisión neuronales).

Específicamente, se aprecia un bajo rendimiento en la población TDAH en tareas de planificación, de inhibición, de flexibilidad cognitiva, de fluidez verbal y de memoria de trabajo, entre otras. Este perfil neuropsicológico puede dar lugar, además, a la aparición, en esta población, de capacidad

intelectiva límite, y se pueden presentar diferencias en él en función del subtipo del TDAH que presente el paciente (Martín-González et al, 2008)

Las modernas aproximaciones cognitivas al TDAH hacen referencia a las funciones ejecutivas derivadas de la actividad del córtex prefrontal y estructuras vinculadas al mismo. Las funciones atribuidas a los circuitos frontoestriados permiten entender tanto los déficits cognitivos del TDAH como los de los procesos comórbidos.

Los circuitos frontoestriados conectan con todas las zonas corticales, que aportan la información sensitiva necesaria en todo momento para tomar las decisiones, además de compartir diversas estructuras en los núcleos de la base (Artigas-Pallarés, 2003).

Barkley en su teoría propone que el TDAH se determina por la conjunción interdependiente de diversas disfunciones ejecutivas, cuyo resultado explicaría los síntomas del trastorno. El hecho de que tales funciones no sean en modo alguno específicas para el TDAH, contribuye a explicar muchos aspectos sobre la comorbilidad. Sin embargo, debe admitirse un cierto grado de especificidad en la forma de combinarse tales disfunciones.

El núcleo disfuncional, según Barkley, se ubica en el déficit de inhibición de respuestas. Sin este control de las respuestas, posiblemente no se podrían desarrollar otras funciones ejecutivas, que se bloquearían por una gran falta de control sobre la inhibición de la conducta cuando ésta no es adecuada (Artigas-Pallarés, 2003).

El déficit en el control inhibitorio del impulso es lo que mejor define al TDAH, y es una función que corresponde al área prefrontal (Mulas et al, 2007).

Las manifestaciones de la disfunción ejecutiva en los niños con TDAH incluyen inflexibilidad cognitiva, incapacidad para desarrollar un plan de acción y una meta, mantener ese plan en la mente y llevarlo a cabo con la ayuda de la planificación. Más concretamente, la evidencia empírica sugiere que las manifestaciones conductuales de los subtipos con hiperactividad/impulsividad están relacionadas con una disfunción subyacente de inhibición de respuestas (Capdevilla-Brophy et al, 2005).

En los niños con TDAH los procesos cognitivos y los índices de comportamiento señalados son deficitarios y por ende producen esa variabilidad o inconstancia en su rendimiento y en su conducta (Joselevich, 2005).



III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo con el objetivo de caracterizar y analizar los trastornos comórbidos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a la luz de investigaciones actuales y consideraciones de profesionales en la temática, efectuado en dos momentos.

El primer momento de la investigación consistió en una revisión bibliográfica para cumplir con los objetivos específicos de:

- Identificar los trastornos comórbidos con el TDAH que se presentan con mayor frecuencia y describir las características de dichos trastornos comórbidos con el TDAH con mayor prevalencia.

El segundo momento consistió en la administración de una encuesta semiestructurada a profesionales (ver ANEXO I) para cumplir con los objetivos de:

- Explorar el grado de experiencia y formación en profesionales del área de la salud en el diagnóstico diferencial de TDAH.

Primer momento: La revisión de la literatura consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, así como extraer y recopilar la información relevante y necesaria que atañe al problema de investigación (Hernandez-Sampieri, Fernandez-Collado & Baptista-Lucio, 2003).

Los objetivos de la revisión bibliográfica consisten en enfocar mejor el problema y formular las preguntas adecuadas acerca de la investigación, comprobar lo que se sabe con respecto al problema de interés, desarrollar

un contexto conceptual amplio en el cual se ubique el problema y comprender estrategias de investigación, instrumentos de medición, procedimientos específicos para estudiar el problema (Polit & Hungler, 1992).

En el presente Trabajo de Investigación, para analizar las diferentes comorbilidades con el TDAH se realizó una búsqueda, revisión y análisis de bibliografía actualizada sobre la temática. La misma se ha obtenido de diversas fuentes: libros de textos específicos; resúmenes y trabajos completos de publicaciones en revistas periódicas a través de la búsqueda en bases de datos informatizadas, en lengua española e inglesa, abarcando el período comprendido desde el año 1992 hasta la actualidad. Las búsquedas fueron realizadas con las palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, comorbilidad, diagnóstico diferencial.

Segundo momento: Se realizaron entrevistas a 10 profesionales de la salud de la ciudad de Tandil de las siguientes especialidades: neuropsicología (1), neurología infantil (1), psiquiatría infantil (2), psicopedagogía (2) y psicología (4).

La entrevista diseñada para el presente trabajo es una entrevista estandarizada programada, caracterizada por la exactitud en el orden y redacción de todas las preguntas para cada entrevistado, lo que permite atribuir las variaciones a diferencias reales de respuesta y no al instrumento (Guerrero, 2001).

Para seleccionar las preguntas que finalmente formarían parte de la entrevista, el procedimiento consistió en sugerir varios ítems de manera espontánea, basándose en los aspectos que se creía necesario indagar.

La entrevista final (ver Anexo) fue el resultado de elaborar preguntas que exploraran dichos aspectos de una manera clara, con una extensión lo suficientemente amplia como para abarcar todos los aspectos considerados de interés según los objetivos del presente trabajo. Son los objetivos del estudio los que determinan, en gran parte, el guión de la entrevista, la selección de los entrevistados y su escenario espacial y temporal (Guerrero, 2001).

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

1. REVISION BIBLIOGRÁFICA

Diagnóstico diferencial y comorbilidad en el TDAH.

La presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos se denomina comorbilidad (Holguín-Acosta & Cornejo-Ochoa, 2008).

Para considerar la presencia de comorbilidad se requieren dos condiciones: En primer lugar, que la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada proceso comórbido. En segundo lugar, que la frecuencia con la que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general (Artigas-Pallarés, 2003).

Otra cuestión que no debe perderse de vista para entender el problema de la comorbilidad es que tanto el TDAH como la mayoría de los trastornos a los que se asocia no son entidades discretas, sino que se trata de dimensiones conductuales que se distribuyen según un modelo continuo. El trastorno representa el extremo de dicho continuo. Cualquiera de las manifestaciones del TDAH puede presentarse en cualquier individuo en mayor o menor grado (Artigas-Pallarés, 2003).

De acuerdo con el sistema de diagnóstico utilizado por el DSM IV, es bastante infrecuente encontrar un niño o adolescente que únicamente cumpla con los criterios necesarios para el diagnóstico de un solo problema. La presencia de comorbilidades es una regla común en el proceso diagnóstico de entidades mentales. Estas asociaciones diagnósticas, en la

mayoría de las entidades mentales implican la necesidad de ajustes en los procesos diagnósticos y en las intervenciones terapéuticas (Castellanos & Acosta, 2004).

Los trastornos del desarrollo se diagnostican en función de criterios dimensionales y, por tanto, tienen unos límites poco definidos y que frecuentemente se solapan. En este sentido, el TDAH, más que una entidad homogénea es un grupo de condiciones con factores etiológicos y de riesgo potencialmente diferentes y distintos resultados finales (Cardo et al, 2008).

Comorbilidad en el TDAH

Los principales trastornos comórbidos descritos con el TDAH incluyen:

- Trastorno oposicionista-desafiante: representa una de las comorbilidades más frecuente, afectando entre un 30 y un 50% de los niños con TDAH, especialmente en la adolescencia.
- Problemas de conducta: Su concurrencia se ha estimado entre el 15 y el 60% de los niños con TDAH.
- Síndrome de Tourette o tics: entre un 10 y un 40% de los niños con TDAH lo presentan.
- Dificultades específicas del aprendizaje: entre el 30 y 40 % de los niños con TDAH presentan problemas de aprendizaje como dislexia o discalculia.
- Trastornos de ansiedad: entre el 20% y el 40% de los niños con TDAH la presentan.

- Depresión: afecta al 10% de los niños con TDAH. (Rodríguez-Molinero et al, 2009; Spencer, 2007; Mulas et al, 2006; Joselevich, 2005; Artigas-Pallarés, 2003).

Trastorno Opositorista Desafiante (TOD)

El trastorno negativista desafiante o TOD se define como un patrón de comportamiento hostil y desafiante que acarrea un deterioro en la vida social y académica sin que responda al brote agudo de sintomatología de un trastorno del ánimo o psicótico (Mulas et al, 2006; Artigas-Pallarés, 2003). Las características esenciales son un modelo recurrente de un comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad, que conduce a un empeoramiento significativo en el funcionamiento social y académico. Los síntomas son frecuentes en los años preescolares y sólo su magnitud, inflexibilidad o persistencia a una edad más tardía justificaría que fueran considerados un signo del trastorno o una desviación de los valores normales.

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta

molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente. (Pino-Calderón, Gallardo-Gil & Herreros-Rodriguez, 2004).

Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables (Pino-Calderón et al, 2004).

El adolescente con TOD se identifica de forma precoz por su tendencia a manipular y por los problemas de disrupción familiar que suele crear. Este grupo de pacientes es especialmente propenso a las conductas delictivas y delincuencia juvenil así como al abuso de alcohol y drogas durante la adolescencia y la edad adulta (Mulas et al, 2006; Artigas-Pallarés, 2003).

El trastorno es más prevalente en hombres que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los hombres pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes. Durante los años escolares puede haber una baja autoestima (o todo lo contrario, un exceso de autoestima), labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales (Pino-Calderón et al, 2004).

Existe una fuerte asociación entre TDAH y TOD, varios estudios muestran un alto grado de solapamiento con TDAH en niños primariamente diagnosticados que tienen un TOD y viceversa. Aproximadamente el 30-50 % de los niños de edad escolar primaria con TDAH tienen un TOD comórbido (Mulas et al, 2006; Pino-Calderón et al, 2004; Artigas-Pallarés, 2003). Los niños con TDAH y TOD o trastorno de conducta (TC) se valoran como más impulsivos que inatentos, con menor afección en niñas respecto de niños. La presencia de TOD comórbido en niños con TDAH altera los correlatos de éste a través de varias áreas incluyendo mayor severidad de los síntomas del TDAH y mayor disfunción social. El TOD comórbido con TDAH está asociado con mayor retraimiento social (Pino-Calderón et al, 2004).

La presencia de un trastorno de conducta añade una gravedad mayor complicándose en la adolescencia con situaciones de robo, agresión y destrucción de la propiedad. Tienen gran riesgo de desajuste y rechazo social. Ante los conflictos sociales muestran una intensidad emocional inusitada, no regulan sus emociones de forma que se focalizan en los aspectos difíciles del conflicto en lugar de buscar vías posibles para tranquilizarse a sí mismos (Artigas-Pallarés, 2003; Mulas et al, 2006).

Comorbilidad del TDAH y trastornos de conducta

Los trastornos de conducta (TC) constituyen, junto con las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDAH. Es, por lo tanto, difícil determinar si representan un trastorno comórbido o simplemente son una de

las manifestaciones principales del TDAH (Rodríguez-Molinero et al, 2009; Artigas-Pallarés, 2003).

Se han definido dos posturas básicas con respecto a ésta relación: TDAH y TC son indistinguibles (solapados totalmente), o son independientes de forma total o completa. La primera postura sugiere que, una vez efectuadas las medidas y/o diagnósticos de uno u otro trastorno, la identificación del otro síndrome no aporta más información significativa.

Los autores que apoyan la postura independiente consideran al TDAH y al TC de manera completa o parcialmente independiente entre sí. Si bien sigue abierta la discusión, la mayor parte de datos aportados por la literatura parecen indicar que son por lo menos categorías y/o dimensiones parcialmente independientes (Herrera-Yribas, 1992).

Si se consideran los casos más graves de TC, se observa que se trata de trastornos distintos asociados que se potencian mutuamente, lo cual no contradice que exista un gran solapamiento sintomático entre ambos trastornos.

Los niños con TDAH/TC se suelen identificar a partir de los dos o tres años de edad, por sus conductas manipuladoras orientadas a obtener una atención especial. Durante los primeros años, las dificultades en su manejo derivarán, en mayor medida, de los TC que de los problemas disatencionales. La disrupción familiar que ocasionan puede ser muy importante y provocar importantes dificultades en la convivencia familiar.

Cuando se ha comparado el entorno familiar de niños con TDAH con el de niños con TDAH y TC, se ha evidenciado que en las formas puras de

TDAH existe un grado mucho menor de psicopatología y estrés familiar (Artigas-Pallarés, 2003).

Este grupo comórbido es especialmente propenso al uso de drogas y alcohol en la adolescencia y la edad adulta. Otro factor que influye en el consumo de drogas es la persistencia del TDAH en la edad adulta (Artigas-Pallarés, 2003).

Existe evidencia que los niños con TDAH más TC parecen tener una forma de TDAH especialmente grave. De este modo, el hecho de definir subgrupos basados en la comorbilidad con el TC puede tener un valor potencial en la detección de niños con TDAH con pronóstico más grave y factores de riesgo genético-familiar diferentes que, por lo tanto, requieren intervenciones terapéuticas globales, especializadas y específicas para cada una de las entidades diagnósticas presentes (Herrera-Yribas, 1992).

Comorbilidad del TDAH y Síndrome de Tourette

El Síndrome de Tourette (ST) debe cumplir los siguientes criterios: presentación de tics múltiples motores y uno o más tics vocales, alta ocurrencia diaria, una edad de inicio anterior a los 18 años y los síntomas del mismo no pueden ser explicados por los efectos de una sustancia o una condición médica general (Martinez-Granero et al, 2005; Artigas-Pallarés, 2003). El síndrome consiste en un espectro sintomático en el que se presentan, en distintas combinaciones y medidas, las citadas manifestaciones, aunque con una expresión predominante de tics motores y tics vocales, crónicos y variables, por lo menos en algún otro miembro de la

familia. En ocasiones, las manifestaciones “tourettianas” de tics hacen su aparición por primera vez después de la administración de metilfenidato en un niño con TDAH o trastornos de la conducta.

La comorbilidad con TDAH en pacientes con ST y tics se ha estimado en el 40 %. De todos modos, hasta el presente no se ha podido esclarecer de forma concluyente si el ST favorece el desarrollo de TDAH, o si ambos síndromes tienen un componente genético compartido (Artigas-Pallarés, 2003).

Los síntomas de déficit de atención con hiperactividad normalmente preceden en dos a tres años el inicio de los tics y la proporción es claramente mayor en niños que en niñas (Martinez-Granero et al, 2005; Fernandez-Alvarez, 2002).

Aunque la presencia de las alteraciones neuroconductuales como el TDAH, las obsesiones o compulsiones y la alteración de la conducta no se requieren para el diagnóstico de ST, su repercusión clínica con frecuencia supera a la de los propios tics e interfieren en el rendimiento escolar pudiendo causar mayor malestar social y emocional.

Desde un punto de vista práctico es importante tener en cuenta que dichas perturbaciones sociales, emocionales y las dificultades escolares, surgidas a partir de los trastornos comórbidos, interfieren en la adquisición de las capacidades adaptativas e interpersonales apropiadas para su edad y tienen mayores consecuencias sobre el individuo, la familia y la sociedad en general que los propios tics, por lo que hacia ellas debe dirigirse

específicamente la atención terapéutica (Martinez-Granero et al, 2005; Fernandez-Alvarez, 2002).

Dado que es una condición crónica, puede interferir de forma grave con la interacción personal y la integración social del adolescente y proyectar una imagen social de éste que beneficia poco al paciente (Mulas et al, 2006; Castellanos, Acosta, 2004; Artigas-Pallarés, 2003).

En los casos de comorbilidad entre trastornos del desarrollo neurocognitivo, cuando se intenta asociar la realidad de los pacientes en los constructos diagnósticos actuales, los síntomas exceden los límites establecidos para cada diagnóstico. Es difícil determinar si se trata de dos trastornos distintos, o bien de un trastorno único que se expresa con síntomas de dos o más diagnósticos definidos artificialmente (Artigas-Pallarés, 2003).

Debido a la amplia comorbilidad del espectro de Tourette, se necesita, incluso con más énfasis que en otros casos de TDAH, descartar otras manifestaciones, como: Trastorno Obsesivo-compulsivo, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje, entre otros (Mulas et al, 2006; Artigas-Pallarés, 2003).

Comorbilidad del TDAH y Trastornos del Desarrollo de la Coordinación (TDC) y del Aprendizaje (TA)

Los Trastornos del Desarrollo de la Coordinación (TDC) se definen en el DSM IV como una alteración en el desarrollo de la coordinación motora, que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades

de la vida diaria. En la década del 60 se propuso el término disfunción cerebral mínima, que incluía lo que hoy en día se considera TDAH, junto a trastornos del aprendizaje y manifestaciones motoras del tipo de las que se engloban en el TDC. Ello ya orienta respecto de la relación existente entre la disfunción motora y el TDAH (Artigas-Pallarés, 2003).

La comorbilidad entre TDAH y TA es alta e implica la necesidad de evaluar en forma rutinaria a todos los niños con una de las condiciones con el objetivo de ofrecer tratamiento para cada una de ellas (Martinez-Zamora, Henao-López & Gómez, 2009).

Varios estudios prueban que los niños con TDAH ejecutan sus tareas escolares de peor forma, repiten más cursos, tienen peor rendimiento académico en lectura, matemáticas y expresión escrita (Rodríguez-Molinero et al, 2009), obtienen notas más bajas y necesitan más profesores particulares que los niños que no poseen el trastorno. En la actualidad se reconoce que cerca del 80% de los casos con TDAH sin tratamiento tiene bajo rendimiento académico, y un 45% repetirá por lo menos un año escolar. El trastorno se puede asociar hasta en un 30% con TA, como la dislexia (dificultad para leer), la disgrafía (dificultad para escribir) y la discalculia (dificultad para las matemáticas) (Herrera-Yribas, 1992; Martinez-Zamora et al, 2009).

Las conclusiones de algunos estudios en cuanto a que los Trastornos de Aprendizaje se encuentran casi universalmente presentes en los niños con TDAH han llevado a algunos autores a sugerir que el TDAH y los TA pueden ser indistinguibles. Sin embargo, existen importantes diferencias en

las características que definen ambos trastornos. El TDAH es un síndrome conductual con síntomas característicos de falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Los TA se relacionan con un grupo de trastornos cognitivos que parecen reflejar dificultades perceptivas en uno o más procesos cognitivos básicos. Se clasifican en: trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado, de los cuales el más frecuente es el primero (dislexia), con una prevalencia que oscila entre el 5% y el 10% aunque algunas estimaciones van hasta el 17,5% (Herrera-Yribas, 1992; Martínez-Zamora et al, 2009).

Muchos niños con TDAH consiguen una progresión escolar adecuada, y no todos los niños con TA presentan TDAH, lo cual nos sugiere que estos dos trastornos pueden ser independientes, aunque puedan solaparse en algunos o incluso muchos individuos (Herrera-Yribas, 1992).

Los estudios realizados con niños que presentan TDAH y TDC o TA conjuntamente, demuestran que estos presentan peor pronóstico. Los problemas que se han detectado significativamente más frecuentes, con respecto al grupo TDAH, son: personalidad antisocial, abuso de alcohol, delincuencia, dislexia y bajo nivel educacional. Por tanto se les debe prestar especial atención y minimizar, en lo posible, la repercusión psicosocial del trastorno, e intervenir precozmente con las terapias que se consideren oportunas para cada caso (Artigas-Pallarés, 2003).

Comorbilidad del TDAH y Trastornos de la Comunicación

Los Trastornos de la Comunicación, también denominados Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL), se conectan estrechamente tanto con la dislexia como con el TDAH.

Una parte de los niños con TDAH muestran, como primer síntoma, dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas. Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura. Tanto el TDAH como la dislexia se ubican en un modelo de distribución continuo. Se debe aceptar la necesidad de investigar el diagnóstico de dislexia en todo niño con TDAH, especialmente si ha presentado dificultades en el lenguaje durante los primeros años. También es válida la reflexión en sentido opuesto; es decir, valorar la posibilidad de TDAH en todo niño disléxico (Artigas-Pallarés, 2003).

Se han hallado relaciones entre el TDAH y la dislexia, tanto desde un punto de vista cognitivo como neuroanatómico. El nexo común entre ambos posiblemente sea la relación que tienen con la memoria de trabajo (MT). De acuerdo con el modelo de MT de Baddeley y Hitch, el defecto fonológico que se atribuye a la dislexia tendría una repercusión sobre la MT y, en consecuencia, haría más probable la aparición de síntomas propios de TDAH, si otros módulos cognitivos implicados en el TDAH también se afectan (Artigas-Pallarés, 2003).

Por otro lado, se ha encontrado que algunas zonas del cerebro, comúnmente relacionadas con el TDAH, muestran diferencias en los pacientes disléxicos respecto a la población normal. Según algunos

estudios, en la dislexia, además de hallar alteraciones en las zonas habitualmente relacionadas con la dislexia, como el giro superior temporal izquierdo y el giro angular izquierdo, también se hallan alteraciones en el lóbulo frontal, el caudado y el tálamo, zonas vinculadas a los circuitos frontoestriados (Artigas-Pallarés, 2003).

Comorbilidad del TDAH y trastornos depresivos

La depresión también muestra una fuerte comorbilidad con el TDAH. Estudios epidemiológicos de niños y adolescentes reflejan que la comorbilidad promedio de TDAH y trastornos afectivos (depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno distímico), oscila entre el 15-30% (López-Villalobos et al, 2004; Artigas- Pallarés, 2003).

Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con TDAH son la falta de autoestima, el estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño. Asimismo debe considerarse, además, que algunos síntomas relacionados con la dificultad para concentrarse son propios tanto del TDAH como del trastorno depresivo.

La depresión suele aparecer años después de que se hayan manifestado los síntomas de TDAH y no parece que las características y la evolución de la depresión en niños con el trastorno difieran de la depresión en niños sin TDAH.

En lo que respecta al trastorno bipolar, el solapamiento de síntomas con el TDAH se marca todavía más que para el trastorno depresivo y la distimia. Los síntomas que se han mostrado más discriminatorios son el



sentimiento de grandiosidad, el ánimo exaltado, la realización de actos atrevidos, la falta de inhibición en dirigirse a la gente, pensamiento veloz, disminución de la necesidad de dormir, humor irritable, lenguaje acelerado, entre otros (Artigas-Pallarés, 2003).

Los datos sugieren que la comorbilidad de la depresión y el TDAH en la infancia y la adolescencia no es benigna, produce una alta morbilidad, incapacitación y peor pronóstico a largo plazo (López-Villalobos et al, 2004).

Comorbilidad del TDAH y trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se consideran los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. La comorbilidad con el TDAH es mucho mayor de la que se esperaría por azar; se estima en torno a un 20-25% (Lopez-Villalobos et al, 2004; Artigas-Pallarés, 2003), alcanzando algunos estudios cifras del 40% (Rodríguez-Molinero et al, 2009).

Al igual que para los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas, por lo que puede ser difícil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o bien su falta de autoestima, derivada del TDAH, le ha hecho desarrollar una conducta ansiosa. El niño ansioso suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar, junto a algunos síntomas que se confunden con los propios del TDAH, como inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastorno del sueño (Artigas-Pallarés, 2003).

El niño con TDAH es más susceptible de padecer problemas de ansiedad dado que le resulta muy difícil responder adecuadamente a las

exigencias de su entorno. Esto hace que las situaciones que para los niños sin el trastorno son habituales y cotidianas, para él pueden suponer un importante estrés.

Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de patologías como los temores y las preocupaciones persistentes, la evitación fóbica y episodios agudos de ansiedad. Entre estos trastornos se encuentran: fobia simple (miedo específico unido a conductas de evitación); ansiedad de separación (temor patológico a separarse de sus padres); ansiedad generalizada (preocupaciones excesivas y constantes).

Uno de los aspectos más distintivos del niño con TDAH y ansioso es que no suele ser hiperactivo y disruptivo y, en cambio, suele ser más lento e ineficiente que los que no presentan la comorbilidad. Sin embargo, también en este caso, existe un gran solapamiento con el tipo de TDAH preferentemente disatencional. Un dato interesante para discriminar los niños con TDAH y ansiedad es la historia familiar de ansiedad, que es muy prevalente en niños ansiosos (Artigas-Pallarés, 2003; Newcorn et al, 2001).

De acuerdo con los estudios genéticos, se refuerza la hipótesis de que el TDAH y la ansiedad son trastornos independientes que se heredan por separado pero se potencian mutuamente (Artigas-Pallarés, 2003)

Comorbilidad y subtipos de TDAH

Si se consideran los tres subtipos diagnósticos del TDAH identificados por el DSM IV, esto es, subtipo predominantemente inatento, subtipo predominantemente hiperactivo- impulsivo y subtipo combinado, la

información relativa a los problemas externalizantes (aquellos vinculados con trastornos de conducta) e internalizantes (aquellos vinculados con ansiedad y depresión), señala que estos distintos subtipos del TDAH también difieren respecto a la asociación con los trastornos típicos de internalización y de externalización.

Roselló, Amado, Bo (2000) realizaron un estudio centrado en el análisis de los tres subtipos diagnósticos de TDAH identificados por el DSM-IV, de acuerdo con las condiciones comórbidas externalizantes e internalizantes que manifiestan a partir del inventario de síntomas del mismo Manual (Figura 2).

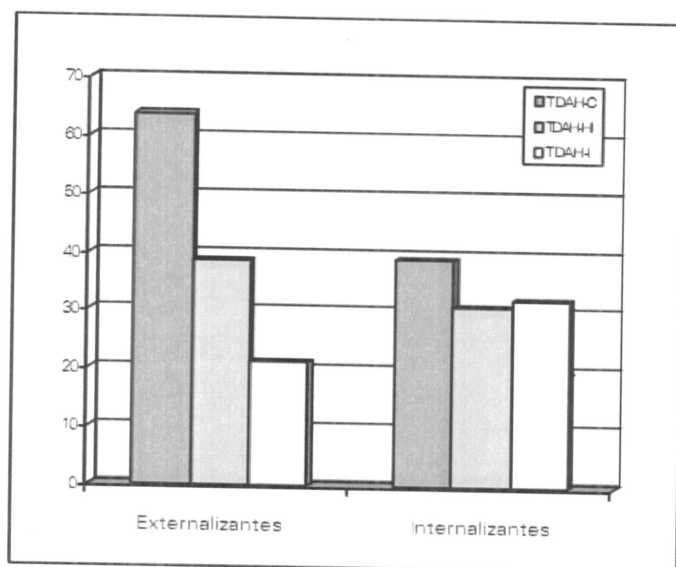


Figura 2. Patrones de comorbilidad asociados a los subtipos de TDAH (Roselló et al, 2000).

Los autores concluyeron que en lo que respecta a los trastornos de tipo externalizante (trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial), en relación con el primero, el subtipo combinado presenta un porcentaje de

comorbilidad con este trastorno del 44%; el subtipo hiperactivo-impulsivo un 30% y el subtipo predominantemente inatento 14%.

Con respecto a los patrones de comorbilidad externalizantes asociados a cada subtipo diagnóstico se producen diferencias significativas entre los subtipos de TDAH en relación con el TOD. Concretamente, el subtipo hiperactivo combinado es el que mayor comorbilidad de tal naturaleza manifiesta, estando presentes los criterios para un diagnóstico de TOD en un 44,4% de casos de este subgrupo.

Se encuentran también porcentajes elevados de coexistencia, de un 30%, entre TDAH-HI y TOD, que se reducen a un 14,3% en el caso del subtipo con predominio de inatención. Así, el subtipo TDAH-HI despliega más problemas comportamentales que los observados en el subgrupo predominantemente inatento, coincidiendo con los datos de otras investigaciones, que señalan que un alto porcentaje de los casos que implican hiperactividad-impulsividad se asocian a problemas de comportamiento (Roselló et al, 2000).

El panorama de comorbilidad entre TDAH y trastorno disocial es algo distinto. El subtipo combinado obtiene una tasa de comorbilidad del 19%, y en lo que respecta a los subtipos hiperactivo-impulsivo e inatento, los porcentajes ascienden a 7,7% y 7,1%, respectivamente (Figura 3).

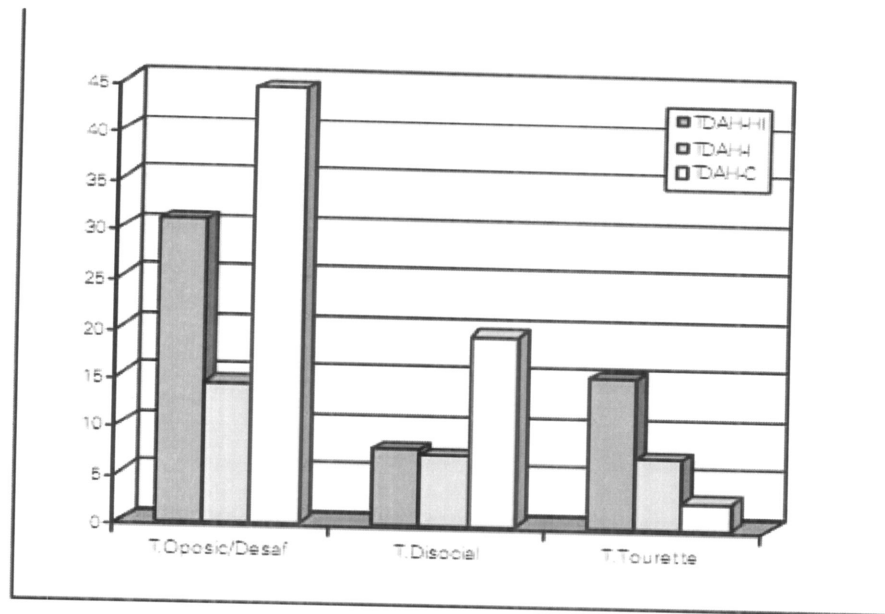


Figura 3. Porcentaje del trastorno oposicionista, trastorno disocial y trastorno de Tourette en los tres subtipos de TDAH.

Con respecto a los patrones de comorbilidad internalizantes (ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia específica, fobia social, depresión) asociados a cada subtipo diagnóstico, los resultados indican que el subtipo hiperactivo combinado es el que mayor comorbilidad de tal naturaleza manifiesta (38,9%), seguido del subtipo predominantemente inatento (32,2%) y del subtipo hiperactivo impulsivo (30,8%). Se observa que estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

Con el restablecimiento de los componentes fundamentales del síndrome (impulsividad unida con hiperactividad y no con la inatención), con los cambios en los puntos de corte de los criterios y con la modificación de algunos de los síntomas en el DSM-IV, las diferencias entre los subtipos de TDAH referentes a problemas internalizantes actualmente parecen ser

mínimas. Los tres subtipos de TDAH muestran patrones de comorbilidad de tipo internalizante, sin que puedan establecerse diferencias significativas entre ellos (Roselló et al, 2000).

La controversia sobre si la hiperactividad es un constructo con entidad propia o si, en realidad, se trata de un conjunto de síntomas que forman parte de otras entidades psicopatológicas, ha sido resuelta por un importante grupo de autores que acreditan la asociación de TDAH con otros diagnósticos comórbidos, con independencia sindrómica considerando que son las propias características del TDAH las que incrementan la posibilidad de padecer otras alteraciones en el área de la salud mental. Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja (Lopez-Villalobos et al, 2004).

Los síntomas cardinales del trastorno son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Sin embargo, el TDAH nunca se presenta aislado, sin diagnóstico comorbido. Hasta el 87% de los casos asocian un diagnóstico comórbido y en el 67% de éstos hasta dos comórbidos (Mulas et al, 2006).

El reconocimiento de este aspecto del TDAH constituye un determinante esencial en el curso y pronóstico del trastorno.

2. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Los resultados que surgen del análisis de las entrevistas realizadas a profesionales de las siguientes especialidades: neuropsicología (1), neurología infantil (1), psiquiatría infantil (2), psicopedagogía (2) y psicología (4) muestran que:

En relación a la *formación y/o capacitación específica* en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad el total de los profesionales entrevistados (10) no poseen formación específica en dicho trastorno.

Si bien han realizado cursos, seminarios o posgrados, en los que se ha tratado el tema, el mismo no ha estado presente como formación específica en sus respectivas carreras de grado, o ha tenido una presencia mínima. Solamente uno de diez (Psicopedagoga) refiere que en la licenciatura se incluye el TDAH como tema específico en una asignatura. Los nueve restantes afirman que no es un trastorno sobre el que hayan sido capacitados; lo han estudiado en la formación que han realizado luego de su carrera de grado y a través de los casos que han surgido en su práctica clínica.

Respecto a la *experiencia* concreta en la atención del TDAH, según los datos relevados, se limita a pocos casos. Las dos profesionales en Psicopedagogía consultadas manifiestan haber atendido un niño con diagnóstico de TDAH. Dos profesionales (Neuropsicóloga y Psicólogo) afirman no haber tenido casos de TDAH en su práctica clínica.

Los profesionales restantes (6) no precisan un número exacto de casos atendidos. Sostienen que, si bien reciben niños con diagnóstico de TDAH, también observan en su práctica clínica pacientes derivados con este diagnóstico y que la evaluación realizada no les permite confirmarlo. Por lo tanto, al referirse a los casos específicos que han atendido, la cantidad se reduce considerablemente.

En lo que respecta al *motivo de consulta* de los pacientes ocho de los diez entrevistado, afirman que un alto porcentaje de niños llegan derivados desde otros profesionales o bien desde la escuela. Ésta última es el principal lugar desde donde provienen las derivaciones, ya que los problemas relacionados con el TDAH recaen principalmente en cuestiones vinculadas al aprendizaje y la conducta del niño en la escuela. En general, es en la escuela donde aparecen las primeras alertas.

Sostienen que son pocos los casos en los que la familia se acerca por decisión propia. Una de las dos psiquiatras infantiles (entrevista 8), afirma que cuando una familia se acerca por decisión propia a consultar, se trata de un niño con síntomas muy marcados, o bien, de una estructura familiar muy estricta y rígida, en la cual ciertas manifestaciones del trastorno causan malestar rápidamente. Coincide con esta postura la respuesta de la neuróloga (entrevista 9) que afirma que la familia se acerca cuando algo empieza a “hacer ruido”.

Sólo una profesional Psicóloga (entrevista 5) no respondió de manera puntual al tema de la derivación por considerar que *“todos los días llegan pacientes con este trastorno, que lo tengan es distinto. Para mí el nombre es*

una falacia, para mí el nombre no existe, el diagnóstico para mí no existe. Pueden venir muchos chicos con este diagnóstico, de diez chicos que vienen con este diagnóstico, puede haber uno que se puede acercar al diagnóstico”.

El motivo principal de consulta según los diez entrevistados está relacionado con la hiperactividad y el déficit de atención; son éstas cuestiones las que mayor incidencia tienen en el aprendizaje y las actividades escolares (que el niño no se pueda concentrar, que deambule en clase).

En lo que refiere a metodología de trabajo para realizar el *diagnóstico*, los diez profesionales consultados coinciden en que es fundamental realizar entrevistas con los padres del niño que viene a consulta. Es una forma más de confirmar el diagnóstico o de hacer las primeras hipótesis acerca del niño, del grupo familiar y de las características que asume el trastorno en sí.

En todas las entrevistas se enfatiza la importancia del abordaje interdisciplinario. Los profesionales refieren que la presencia de trastornos comórbidos hace imprescindible el trabajo con otros profesionales que colaboren en el diagnóstico diferencial, sea neurólogo, pediatra, psicólogo o psicopedagogo.

Todos afirman que es necesario indagar si hay alguna cuestión neurológica de base, si hay que articular con un profesional de la psicopedagogía para las cuestiones referidas al aprendizaje, si será necesaria alguna medicación que acompañe a la psicoterapia. Coinciden en que se presenta de forma comórbida la mayoría de las veces y que es fundamental un estricto diagnóstico diferencial.

Los instrumentos que los entrevistados refieren utilizar al momento del diagnóstico varían según la especialidad. La profesional neuropsicóloga (entrevista 1) y tres de los cuatro psicólogos entrevistados (Licenciados en Psicología que adhieren al Psicoanálisis como marco teórico de formación), manifiestan utilizar, al momento del diagnóstico, todas las técnicas que disponen en su profesión, y resaltan entre ellas: la entrevista con los padres como elemento fundamental; el juego, al ser un trastorno que se presenta principalmente en niños; tests que permitan descartar algún tipo de problema neurológico o madurativo (Test de Bender, Test de WISC; dibujos). Afirman que no hay una batería diagnóstica rígida que se aplique en todos los casos por igual, sino que todo depende de lo que surge de las entrevistas, de las características del niño y de las características que presenta el trastorno en ese caso en particular. Si bien hay instrumentos comunes a aplicar, lo específico se va diseñando según el caso.

Los tres profesionales psicólogos entrevistados que adhieren al psicoanálisis, afirman que intentan abstraer el diagnóstico de TDAH, no lo toman como una entidad en sí misma; lo consideran un “rótulo” y se orientan a la cuestión emocional que puede subyacer a todo trastorno. Se preguntan qué es lo que hace que ese niño sea desatento, sea hiperactivo (habiendo descartado un problema de tipo neurológico); se preguntan el “por qué”. Se menciona la necesidad de buscar la alteridad de cada niño con sus historias y padecimientos.

Desde su formación, consideran que hay que tener cuidado que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad no “tome todo el ser del

niño". Muchas veces, a su entender, hay una conflictiva emocional, una incontinencia afectiva en el contexto en que se encuentra situado el niño. Diferencian su forma de expresarse sobre el TDAH (como sobre cualquier otro trastorno) afirmando que "el niño se mueve", "el niño no presta atención", pero el niño no "es" hiperactivo, no "es" desatento. No están de acuerdo con ciertas denominaciones en las cuales, a partir de la lectura de un síntoma, se determina toda una organización psíquica.

El Profesional Psicólogo (entrevista N° 7) es el único de esta profesión que refiere utilizar un marco teórico de formación cognitivo conductual. Al momento del diagnóstico predominan entre sus instrumentos las entrevistas tanto al paciente como a algún familiar (afirma que es poco frecuente que entreviste a padres y/o docentes, porque atiende en su mayoría población adulta) y diferentes escalas de evaluación e inventarios. Su marco teórico de formación, diferente al resto de los profesionales psicólogos entrevistados, hace que su aproximación al diagnóstico sea distinta, al igual que su concepción de la enfermedad y su tratamiento. En relación a éste último, sostiene que se va instruyendo al paciente en algunas intervenciones para que pueda regularse emocionalmente y que, en caso de presentarse trastornos comórbidos, se le da prioridad al más incapacitante.

Las dos psicopedagogas consultadas utilizan instrumentos y técnicas específicas relacionadas con el aspecto que abordan del TDAH: los problemas vinculados al aprendizaje que puede tener el niño.

Las dos psiquiatras infantiles refieren una aproximación clínica al diagnóstico y tratamiento (más allá de la indicación farmacológica que

caracterizará su intervención). Realizan entrevistas, una historia evolutiva muy completa, juegos y algunos tests.

Por su parte, la neuróloga manifiesta realizar cuestionarios, técnicas de despistaje, y, si fuera necesario, estudios médicos para evaluar la presencia de comorbilidad.

En relación al *acercamiento a la escuela* donde concurre el niño, ocho de los diez entrevistados coinciden en la necesidad de interactuar con la misma.

Se busca obtener información acerca del comportamiento del niño en el aula y, a su vez, hacerle saber al docente la posibilidad de mantenerse comunicados a fin de trabajar juntos en el tratamiento.

Se pueden observar diferencias en la modalidad que adoptan al momento de acercarse o de obtener y/o brindar información a la escuela y a los docentes. Dos de los diez profesionales (Neuropsicóloga de entrevista 1 y Psicólogo de entrevista 7) no se manifestaron sobre este punto en particular.

En relación al *tratamiento* del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, las respuestas varían según las especialidades. Un elemento común en los diez entrevistados es la importancia de trabajar interdisciplinariamente y apuntalando a los padres del niño.



V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De la revisión bibliográfica realizada se concluye que el TDAH presenta alta comorbilidad y las principales son: Trastorno oposicionista-desafiante; problemas de conducta; síndrome de Tourette o tics; dificultades específicas del aprendizaje; trastornos de ansiedad; depresión (Martinez-Zamora et al, 2009; Rodríguez-Molinero et al, 2009; Spencer, 2007; Mulas et al, 2006; Joselevich, 2005; Martinez-Granero et al, 2005; Pino-Calderón et al, 2004; Castellanos, Acosta, 2004; López-Villalobos et al, 2004; Artigas-Pallarés, 2003; Fernandez-Alvarez, 2002; Newcorn et al, 2001; Herrera-Yribas, 1992).

La presencia de comorbilidades es una regla común en el proceso diagnóstico de entidades mentales. Estas asociaciones diagnósticas implican la necesidad de ajustes en los procesos diagnósticos y en las intervenciones terapéuticas (Castellanos, Acosta, 2004).

Si se tienen en cuenta los diversos síntomas y manifestaciones que se observan en los niños con el TDAH, se concluye que la forma más rara es la que se exhibe de forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno. Cuando se evalúa a un niño, si el diagnóstico se limita a esta cuestión, existen altas probabilidades de que se pasen por alto otros problemas, en ocasiones más importantes que el propio TDAH (Artigas-Pallarés, 2003).

De las entrevistas realizadas a profesionales con el objetivo de explorar su experiencia y formación en el diagnóstico diferencial del TDAH, surge que en relación al conocimiento del trastorno, el total de los profesionales entrevistados no posee formación específica. Si bien la mayoría ha realizado cursos luego de las carreras de grado, la temática no ha estado presente o

ha tenido una presencia mínima. Solamente un profesional refiere que en la licenciatura se incluye el TDAH como tema específico en una asignatura.

Respecto al diagnóstico del trastorno, los profesionales entrevistados no siguen un protocolo específico para arribar a éste sino que proceden de la misma forma con todos los casos que llegan a sus consultorios independientemente de cuál sea el motivo de consulta.

Si bien los profesionales admiten la presencia de trastornos comórbidos en el TDAH y su importancia al momento de realizar el diagnóstico y el tratamiento, sus consideraciones parecerían quedarse en una cuestión teórica cuando se evidencia que, en su práctica clínica, cuestiones específicas referidas a la comorbilidad (instrumentos utilizados para el diagnóstico de comorbilidad; el tratamiento y la prioridad que se daría a los trastornos comórbidos) son tratadas en forma generalizada, aplicables a éste y a otros trastornos.

Por otro lado, la comorbilidad que presenta el TDAH hace que una aproximación correcta al mismo requiera la actuación conjunta de profesionales de diversas disciplinas (Janin, 2007). Sobre éste último aspecto hay coincidencia en los profesionales entrevistados en realizar un abordaje interdisciplinario que atienda las diversas áreas de la vida del niño y su familia.

La información relevada aporta datos significativos sobre la práctica clínica dando cuenta que, el diagnóstico del TDAH se realiza en forma general y no específica para cada comorbilidad evidenciando importantes

falencias en la implementación de herramientas para el diagnóstico diferencial de los trastornos comórbidos que se presentan con el TDAH.

Considerando que el trastorno representa actualmente una de las causas principales, en población infantil, de remisión a médicos, pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles, resulta de especial importancia la formación específica de los profesionales involucrados orientada a fortalecer el proceso diagnóstico y el abordaje del trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. Barcelona. Ed. Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR)*. Barcelona. Ed. Masson.
- Ardila, A. & Ostrosky Solís, F. (2008). Desarrollo histórico de las Funciones Ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 1-21.
- Artigas Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.
- Barkley, R. (1999). *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. España. Ed. Paidós.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Capdevila Brophy, C., Artigas Pallarés, J., Ramírez Mallafré, A., López Rosendo, M., Real, J. & Obiols Llandrich, J. E. (2005). *Revista de Neurología*; 40(1), 17-23.

- Capilla González, A. (2005). Nuevas aportaciones a la neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde la magnetoencefalografía. *Revista de Neurología*, 40(1), 43-47.
- Cardo, E. & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46(6), 365-372.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38(1), 131-136.
- Castellanos, F. X. & Acosta, M. T. (2004). Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Revista de Neurología*, 38(1), 124-130.
- de la Osa Langreo, A., Mulas, F., Téllez de Meneses, M., Gandía, R. & Mattos, L. (2007). Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44(2), 31-35.
- Díaz Atienza, J. (2003). *Manual sobre hiperactividad*. Almería. paidopsiquiatria.com
- Fernandez Alvarez, E. (2002). Trastornos comórbidos relacionados con los tics. *Revista de Neurología*, 34(1), 122-129.
- Guerrero, L. M. (2001). La entrevista en el método cualitativo. Comunicación Genética. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Recuperado de www.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg04.htm

- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México. Ed. Mac Graw Hill.
- Herrera Yribas, C. (1992). *Los trastornos por conductas perturbadoras en relación con ciertas psicopatologías adultas*. (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, España). Recuperado de www.tesisenred.net/handle/10803/5567.
- Holguín Acosta, J. & Cornejo Ochoa, W. (2008). Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Neurología Colombia*, 24(1), 51-57.
- Janin, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rojas, M., Tallis, J. & Untoiglich, G. (2007). *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Argentina. Ed. Noveduc.
- Joselevich, E. (2005). *AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Lopez Villalobos, J., Serrano Pintado, I. & Sanchez Mateos, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.
- Martinez Granero, M. A., Montañés Rada, F., Garcia Perez, A., de Lucas Taracena, M. T., Sánchez Romero, S., Rafia, S., Granados, A. & Parra Cuadrado, E. (2005). Tratamiento del Síndrome de Tourette y su comorbilidad: presentación de 17 casos. *Neurología*, 20(10), 678-685.

- Martínez Zamora, M., Henao López, G. C. & Gómez, L.A. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 178-194.

- Martín González, R., González Pérez, P. A., Izquierdo Hernández, M., Hernández Expósito, S., Alonso Rodríguez, M. A., Quintero Fuentes, I. & Rubio Morell, B. (2008). Evaluación neuropsicológica de la memoria en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: papel de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 47(5), 225-230.

- Mediavilla García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(6), 555-565.

- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Abad Mas, L., Díaz Lucero, A., Hernández, S., de la Osa, A., Pascuale, M. J. & Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43(1), 71-81.

- Mulas, F., Mattos, L., de la Osa Langreo, A. & Gandía, R. (2007). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: a favor del origen orgánico. *Revista de Neurología*, 44(3), 47-49.

- Newcorn, J., Halperin, J., Jensen P., Abikoff, H., Arnold, L., Cantwell, D., Conners, C., Elliott, G., Epstein, J., Greenhill, L., Hechtman, L., Hinshaw, S., Hoza, B., Kraemer, H., Pelham, W., Severe, J., Swanson, J., Wells, K., Wigal, T. & Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and Gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137-146.



- Oliva Delgado, A. (1997). La controversia entre herencia y ambiente. Aportaciones de la genética de la conducta. *Apuntes de psicología*, 51, 21-37.
- Papazian, O., Alfonso, I. & Luzondo, R.J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(3), 45–50.
- Pineda, D. A. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*, 30(8), 764–768.
- Pino Calderón, F. J., Gallardo Gil, R. & Herreros Rodriguez, O. (2004). TDAH y trastorno oposicionista desafiante en el niño. Recuperado de www.psiquiatria.com./articulos/trastornos_infantiles/15127/
- Pistoia, M., Abad Mas, L. & Etchepareborda, M. C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 38(1), 149-155.
- Plomin, R. (1994). *Nature, nurture and development. Encyclopedia of human intelligence*. Nueva York. Macmillan.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Lessa Horta, B., Biederman, J. & Rhode, L. A. (2007). The Worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression análisis. *Journal of the American Psychiatric Association*, 164, 942-948.
- Polit, F. P. & Hungler, B. P. (1992). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México. Ed. Mac Graw Hill.

- Ramos Quiroga, J. A., Ribasés Haro, M., Bosch Munsó, R., Cormand Rifá, B. & Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44(3), 51-52.
- Ramos Vicente, Y. & Gonzalez Seijo, J. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 47(200), 116-124.
- Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J. M., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A. M., Martínez Rivera, M. T. & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Romero Ramírez, D. S. (2007). Etiopatogenia del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Canarias Pediátrica*, 31(2), 71-77.
- Roselló, B., Amado, L. & Bo, R. M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-192.
- Sánchez Carpintero, R. & Narbona, J. (2004). El sistema ejecutivo y las lesiones frontales en el niño. *Revista de Neurología*, 39(2), 188-191.
- Sastre Riba, S., Merino Moreno, N. & Poch Olivé, M. L. (2007). Formatos interactivos y funciones ejecutivas en el desarrollo temprano. *Revista de Neurología*, 44(2), 61-65.
- Schachar, R. & Ickowicz, A. (2003). Trastornos hipercinéticos con déficit de atención en la infancia y la adolescencia. En: Gelder, M. G., López

- Ibor, J. J. & Andreasen, N. (Eds). *Tratado de Psiquiatría*, 2077-2097. Barcelona. Ed. Ars Médica.
- Servera Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
- Stefanatos, G. A. & Baron, I. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-IV. *Neuropsychology Review*, 17, 5-38.
- Tirapu Ustárroz, J., García Molina, A., Luna Lario, P., Roig Rovira, T. & Pelegrín Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de Neurología*, 46(11), 684-692.
- Tirapu Ustárroz, J., García Molina, A., Luna Lario, P., Roig Rovira, T. & Pelegrín Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (II). *Revista de Neurología*, 46(12), 742-750.
- Tirapu Ustárroz, J., Muñoz Céspedes, J. M. & Pelegrín Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34(7), 673-685.
- Toledo Bravo, L. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: perspectiva neuropediátrica. *Revista Canarias Pediátrica*, 30(2), 7-10.

- Valdizán, J. R., Mercado, E. & Mercado Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(2), 27-30.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: Protocolo de Entrevista administrada

-Fecha:

-Nombre y Apellido:

-Profesión:

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo- Conductual	
Sistémico	
Otro:	

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

-¿Cuántos?

-¿De qué edades?

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a la consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

DIAGNÓSTICO

- ¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico?
- ¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?
- ¿Realizó entrevista con padres?
- ¿Realizó entrevistas con docentes?
- ¿Cómo diagnosticó comorbilidad?
- En caso de comorbilidad ¿qué instrumentos utiliza para ver presencia de otros trastornos?
 - .Con Trastorno de conducta:.....
 - .Con Trastorno de aprendizaje:.....
 - .Con Trastorno Obsesivo-Compulsivo:.....
 - .Con Trastorno de Ansiedad:.....
- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?
- ¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

TRATAMIENTO

- ¿Cómo inició el tratamiento?
- En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?
- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?
- Algún paciente paradigmático para comentar....

ANEXO 2: Entrevistas realizadas

ENTREVISTA 1

-Fecha: 29 de Junio de 2009.

-Profesión: Psicóloga. Especialista en Neuropsicología.

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	x
Sistémico	
Otro:	

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH? No, he tenido dentro de cursos charlas específicas sobre este tema; ha aparecido en cursos y posgrados que he hecho sobre Neuropsicología y Psicología Cognitiva. No como lo que dirigía todo el curso o posgrado, pero sí como charlas específicas.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH? No, no he tenido. Tengo pacientes, adultos, que pueden presentar algunas de las características de este trastorno, como la desatención por ejemplo, pero a raíz de otras causas como la ansiedad. A veces en personas adultas y adultos mayores, personas sanas, que no están en un proceso de dementización, aparecen dentro de la evaluación neurocognitiva, fallas en la atención, más fuertes que en memoria, pero tienen que ver con cuestiones de ansiedad.

Específicamente este trastorno no lo he tratado.

-¿Cuántos?

-¿De qué edades?

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a la consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico? (en este caso, que utilizaría?)

Sería distinto en niños que en adultos.

En niños yo descartaría una cuestión emocional, debida a alguna situación familiar que pueda estar sucediendo. Haría entrevista con los padres, cubriría los espacios fundamentales antes de la aplicación de técnicas específicas. Después realizaría alguna evaluación de funciones o general como el WISC, descartando eso, aplicaría técnicas proyectivas. Uno va armando el protocolo en base a lo que se va encontrando, pero en general, serían esas cuestiones. Trabajando en paralelo con un médico que pueda establecer si existe algún otro tipo de problemática en esta persona, algún otro tipo de diagnóstico.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

-¿Realizó entrevista con padres?

-¿Realizó entrevistas con docentes?

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico? (realizaría?)

Si, por supuesto, con un médico, médico clínico y neurólogo; un psicopedagogo. Principalmente en ese circuito.

También en chicos me parece que la escuela es fundamental, es un poco de donde viene la demanda. Consultaría con los docentes porque generalmente, lo que yo he visto en mi experiencia institucional, aparece la demanda de parte la escuela. Los padres apoyan un poco esta cuestión pero a veces es un síndrome un poco sobrediagnosticado. Lo diagnostica cualquiera, una maestra, los padres. Hay que tocar todas las partes.

Me parece que uno no tiene que ser el profesional principal dentro del caso sino que tiene que trabajarlo en conjunto con la misma responsabilidad todos. No pensar que es “la” persona que le puede dar una solución, salvo que sea una cuestión emocional exclusivamente.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

El tratamiento implicaría a todos. Yo haría en un primer momento un trabajo psicoterapéutico con los padres, en conjunto los dos, por separado, para ir identificando cuál es la posición que toma cada uno ante esta situación.

Hablando de que hay un diagnóstico hecho, habiendo descartado alguna cuestión neurológica de base; si ya nos referimos a algo emocional, el trabajo con los padres es fundamental para que ellos puedan manejar la situación de alguna manera, que puedan identificar de dónde está viniendo este comportamiento disfuncional porque también ellos van a demandar que esto se modifique y muchas veces no van a identificarse como protagonistas también de la cuestión.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

- Algún paciente paradigmático para comentar....

ENTREVISTA 2

-Fecha: 22/07/09

-Profesión: Lic. En Psicología

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	x
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	

Otro:	
-------	--

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

No, específica no. He hecho cursos, seminarios, jornadas. En un momento estuvo bastante en boga el tema, había muchas jornadas, pero especialización no tengo.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH? Ahora no, pero he tenido. En realidad, desde el Psicoanálisis, hacer un diagnóstico como TDAH no va. He tenido pacientes derivados con ese diagnóstico.

-¿Cuántos? Últimamente no he tenido muchos. Hace 2 años aproximadamente estuvo muy en boga, entonces los neurólogos, las escuelas derivaban mucho con ese diagnóstico, y yo los recibía con el diagnóstico. Ahora disminuyó un poco, por lo menos desde mi experiencia.

-¿De qué edades? He tenido chicos de 5, de 4, de 7. Muchos por ahí de chiquitos, algo que es bastante difícil de trabajar con los neurólogos porque tampoco es recomendable que se mediquen desde tan chiquitos. Fueron largos los trabajos, por ahí yo los tomé a los 4, 5 años y trabajé hasta los 8, 9, entonces aparecen variaciones en las edades, pero más o menos esas fueron las edades.

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a la consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

En mi caso derivados por el neurólogo, por las escuelas. Yo trabajaba en el hospital y los últimos años sólo con niños. Las escuelas mandaban cantidades de chicos. No es lo más común en este caso que concurren por decisión propia. En general aparece la queja en la escuela o la pregunta de algún pediatra “por qué se mueve tanto”, entonces recurren al neurólogo o a veces el mismo pediatra derivaba.

Por suerte, hoy en día, los pediatras de han abierto mucho a la derivación. Lo mismo algunos neurólogos.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

En general lo que más molesta es la hiperactividad; en general es el motivo principal, no saber qué hacer con los chicos. Después por problemas en la escuela ya que una de las cosas donde recae todo esto es en los problemas de aprendizaje. Tanto desde lo escolar como desde ésta sensación de no poder pararlos y no saber qué hacer.

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico?

Yo no hago Psicodiagnóstico. Lo que hago es tomar entrevistas a los papás; juego diagnóstico o dibujo, lo que le surja a los chicos y desde ahí poder hacer una lectura desde el Psicoanálisis.

También trabajar con la escuela, o con el pediatra, o con el que derive. Con chicos es imposible no hacerlo.

Generalmente, como repercute mucho en lo escolar, me acerco a la escuela o se acercan desde la Institución, trabajamos juntos. Además, una cosa es tener a un nene una hora en el consultorio, otra cosa es en la escuela, en la casa.

Las maestras a veces derivan con diagnóstico y todo, pero más allá de eso también hay una pregunta por ese chico, hay una preocupación, un no saber qué hacer, entonces el trabajo en conjunto es mucho más enriquecedor. A mí me ayuda un montón para trabajar con los nenes y al chico también porque las maestras empiezan a verlo de otra manera, el docente se alivia también cuando siente que está atendido.

No queda otra que trabajar en conjunto con los chicos: con los padres, con la escuela, con el que esté presente.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Eso depende de cada chico. Hay algunos que muestran mucho más a través del juego, otros que hablan más. Cada vez que vienen yo les explico por qué vienen, no es que vienen a jugar con una amiga. Establecer un vínculo para ver de dónde cada uno expresa, de dónde se trabaja. Con algún chico podrás trabajar más desde el dibujo, con otros no tanto, o no desde el comienzo.

Trabajo desde lo que presente cada chico. Le ofrezco lo que hay en el consultorio y cada uno elige, y desde ahí trabajo.

Para mí no hay uno mejor o peor, es según el caso.

-¿Realizó entrevista con padres? Es fundamental el trabajo con los padres. Todo papá que trae un nene a una terapia está con ansiedad, con angustia, no sabe qué hacer. Vienen a que les des “la” solución y ya está. Entonces es todo un trabajo de análisis con ellos también. Qué pasa en este nene; si hubo alguna situación de violencia o no lo contuvieron; no supieron interpretar qué necesitaba, lo que sea. Es fundamental trabajar con los papás porque si no, por ahí el chico avanza y los padres siguen en la misma postura.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Con los docentes también. La experiencia, por lo menos en Tandil, es que depende de las escuelas. Hay algunas que trabajan más a través de gabinete y se trabaja con la directora. Pero a mí me interesa que esté el docente, que es el que está en el aula.

Hay docentes con los que se trabaja bárbaro y otros no tanto.

No soy de la postura de cambiar a los chicos de escuela pero a veces es una buena medida. Por ejemplo, en una escuela enorme, un chiquito que no atiende, que pasa desapercibido entonces todo sigue su curso o, por el contrario un chico muy activo, que no se queda quieto, en un colegio muy grande, no lo pueden contener, entonces eso agrava su sintomatología.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

De los casos que he tenido, me acuerdo de dos en los cuales estaba difícil el diagnóstico. Tenían rasgos que podían presuponer una psicosis, o

características que no permitían ver fácilmente hacia dónde iba el diagnóstico, muy replegados.

Sin embargo, los dos, desde donde yo los ví entraron en una cuestión neurótica. Por suerte los pude ver desde la neurosis, no desde la psicosis.

Después no se dio nada más complicado que cuestiones familiares que había que resolver. Muchos problemas desde lo vincular, pero no desencadenaron en una psicosis, autismo.

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Generalmente con los profesionales que han derivado al niño me comunico. A veces también he consultado con profesionales porque hay cuestiones que uno no maneja, cuestiones médicas, como por ejemplo la medicación.

Todo siempre con mucho cuidado porque uno no puede cumplir la función de los padres. Si los padres quieren una interconsulta, si pueden sostener la situación.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

Yo trabajo el TDAH como cualquier otro trastorno. Yo creo que este diagnóstico es un diagnóstico médico. Yo trato de buscar el por qué.

Por supuesto busco establecer un vínculo. Yo trabajo con cualquier nene de la misma manera. Primero trabajo con los papás a ver si hay una demanda de los padres de trabajo, porque si no la hay es imposible, lo traen un tiempito y después no lo traen más. Construir la demanda en ellos y en el nene también. En general los chicos no tienen problema en venir, entran

mucho más fácil a una terapia, sienten que tienen un espacio. No tienen muchas dificultades. Además para ellos también es un padecimiento entonces cuando encuentran un lugar donde pueden hablar, trabajar con lo que les pasa, saben que uno trabaja con los padres, que los convoca, es decir que no es un tema sólo de ellos, se enganchan bien.

Trabajar con los papás; construir la demanda en padres y niños

Trabajar qué pasa en esa familia.

Yo trato de correr todo el tiempo el diagnóstico; porque si no, el diagnóstico termina siendo un obstáculo. El chico se mueve porque tiene TDAH, en vez de preguntar por qué se mueve, si lo hace por otra causa.

Es un tratamiento como cualquier otro.

El síntoma está diciendo que a ese nene le pasa algo; entonces se trata de ver qué le pasa para poder ir resolviendo.

Básicamente con los nenes se trabaja con juegos, interviniendo para ordenar, organizar, dar contención, a veces les falta una especie de contorno, que ponga orden.

Los chicos desatentos hay que ver por qué están desatentos. Si es por cuestiones familiares; porque han quedado muy pegados a lo materno y no pueden salir a aprender cosas. Es imposible no trabajar con la familia.

Por qué están desatentos y por qué se mueven. Para mí cada nene tiene sus características, no hay "un" TDAH.

Trabajar con niños es recurrir todo el tiempo a la invención, tomando lo que ellos traen, si le gusta construir, dibujar, jugar.

Esto desde el psicoanálisis, desde lo que yo aprendí.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Sí, duran su tiempo. Yo trabajo desde una línea en la que tiene que haber un fin de tratamiento y es difícil en los niños con este tipo de características. En general, siempre va a ser un chico movedido. Hay mucha resistencia familiar con la que también es difícil trabajar. Los padres creen que el chico es TDAH pero es él, nosotros no tenemos nada que ver. Revertir esto no es fácil. Yo qué tengo que ver con él y su problema.

Es trabajoso, duran su tiempo.

- Algún paciente paradigmático para comentar...

El que más me llamó la atención, me hice muchas preguntas, obligó a mucha supervisión fue un nene de 4 años que creo iba camino a la psicosis y fue muy difícil con la escuela, con la madre. Era un nene que daba vuelta todo el consultorio, daba vuelta sus ojos, no podíamos establecer un vínculo.

Tenía una relación muy extraña con la madre.

Le gustaba vestirse, disfrazarse.

No se podía conectar con los compañeros por ningún medio, no lo querían ni ver los compañeros. Es un caso en el que trabajé muy bien con la maestra, estaba muy comprometida.

Escribía en el pizarrón, en ningún otro lugar. Entonces le dije que a la maestra que trabajaran todos en el pizarrón.

A partir de ahí empezó a poder vincularse con los compañeros, a relacionarse.



Se trabajó el vínculo con la madre, que estaba complicado. También la función paterna, el padre vivía en otro lado, no había un padre ahí, no tenía límites.

Él cortaba todo, entonces en determinados momentos de la terapia empezamos a decir "basta", esto sí, esto no, a diferenciar hombre de mujer

Fue un trabajo muy importante que quedó truncado y para mí también fue una pérdida.

Pero por lo menos se pudo instalar en la neurosis.

A veces es posible y a veces no e incluso suele ser conveniente cortar en determinadas situaciones.

Lo mismo si no hay demanda de los padres, después el tratamiento queda inconcluso y aparecen las creencias de que las terapias no sirven. Hay que ser muy cuidadosos.

ENTREVISTA 3

-Fecha: 05/08/09

-Profesión: Lic en Psicología

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	x
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Otro:	

-¿Tiene formación y/o capacitación específica en TDAH?

No, mi título es Lic en Psicología, hice algunos posgrados apenas terminé la carrera. Hice un Doctorado en ciencias penales, tomé la parte más forense. Hice una especialización en Psicoanálisis y actualmente estoy terminando un posgrado de especialización en Gerontología Institucional y Comunitaria, en la Universidad de Mar del Plata.

Puntualmente en lo que refiere a Déficit de Atención e Hiperactividad no tengo ninguna formación, ni siquiera por fuera del grado. Lo que me puede vincular a esto es la formación en la carrera de grado, donde esto obviamente se estudió y luego la práctica clínica, con casos que han llegado tanto a la consulta particular como situaciones en el Poder Judicial donde trabajamos con menores de 0 a 21 años y en muchas oportunidades han venido las familias y han manifestado que sus hijos padecían de esto.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

A decir verdad, en mi experiencia, los únicos casos diagnosticados por mí, quiero decir con esto que el caso no venía ya con un diagnóstico, sino que yo veo el caso y puedo diagnosticar ahí un Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención, tenían que ver estrictamente con el ámbito educativo, en unos años en que dirigí un servicio de trastornos severos de personalidad, en una escuela especial donde trabajábamos con niños autistas y psicóticos, se veían muchos casos y se diagnosticaban muchos casos para ver a qué área del sistema educativo podían ingresar, si debían ingresar o no al servicio

-¿Cuántos?

Ahí habré visto 6 o 7 casos de TDAH, por supuesto este trastorno de la atención y la hiperactividad aparecían asociados a cuadros mucho más importantes, como por ejemplo, psicosis infantil o cuadros de autismo, asociados a estructuras mucho más patológicas.

-¿De qué edades?

Entre 5 y 8 años aproximadamente.

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

Los chicos que se atendían en el servicio eran diagnosticados para ver si ingresaban o no a esta forma de escolaridad. Se hacía diagnóstico diferencial, para ver a qué escuela debería ir. Si había una deficiencia mental iba a una escuela, si se trataba de algún daño neurológico iba a otra, y si había algún cuadro de trastorno de personalidad, cuadro psicótico, quedaban en el servicio que nosotros conducíamos.

La mayoría de los casos llegaban derivados del Consejo Escolar, el mismo Consejo recibía los casos problemas que habían aparecido en las escuelas, en el gabinete, o de lo contrario, de médicos.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

De los casos vistos, 6 o 7 fueron diagnosticados en el servicio, el resto, la mayoría, vinieron con un diagnóstico dado, generalmente de un médico.

La mayoría de los casos la familia viene ya con un diagnóstico dado, médico, generalmente son cuadros tempranos, aparecen en los primeros años de la infancia, en los primeros tiempos de escolaridad. Quienes suelen denunciar esto son las salitas de jardín avanzadas o los primeros grados de escuela, "acá hay un trastorno, el chico no presta atención, no lo podemos mantener sentado", casi siempre cuando el sistema educativo alerta sobre esto a la familia.

Para que la familia se de cuenta sola, antes que el chico ingrese al sistema educativo, el caso tiene que ser grave, el chico tiene que aparecer incontrolable para la familia, si no, la vida natural de un niño en su ámbito familiar puede aparecer como que el chico es muy juguetón, muy movedizo, salta de cosa en cosa, se distrae porque es muy chiquito, queda como solapado el caso. Salvo que sea grave. En el servicio hemos visto casos y por ejemplo un niño era tomado de las manos y caminaba por la pared, lo tratas de sujetar, le tomas las manos y las piernas y el chico sigue moviéndose, no puede parar, trepa por la pared. Es impresionante ver un caso grave de hiperactividad.

Hay que ser muy cuidadosos de no hacer un diagnóstico con ligereza.

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para hacer el diagnóstico?

Todas las técnicas que de las que disponemos los psicólogos. Entrevistas con los padres, con el niño, hora de juego diagnóstica, administración de tests.

-¿Realizó entrevista con padres?

(Mencionado anteriormente).

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Depende del caso, de la escuela, hay escuelas muy presentes, que llaman al psicólogo, otras no. Pero considero importante aportar a la escuela. La escuela es el primer lugar donde ingresa el niño luego de su familia.

Es importante mantener un contacto con la escuela, ya sea directo o a través de los papás.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Siempre depende del caso, de la edad de la criatura.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

Respecto de este cuadro de TDAH, como algunos otros cuadros como actualmente el TOC o los famosos ataques de pánico, o los cuadros diagnosticados por la Psiquiatría de depresión, me gustaría hacer un llamado de atención sobre el cuidado del diagnóstico diferencial, la necesidad de realizar un estricto diagnóstico diferencial, muy cuidadoso.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

Cuando me preguntas por mi marco de formación yo adhiero al Psicoanálisis. Para mí el Psicoanálisis como corriente dentro de la Psicología sigue siendo la línea que más fundamenta una organización psíquica y nos permite pensar en su mayor nivel de profundidad las cuestiones humanas, la organización de lo que entendemos como el proceso de humanización, como el advenimiento de un sujeto humano, me parece la teoría más completa en este sentido, no superada por ninguna otra escuela, que hacen sus aportes pero nadie es muy puntual. En este sentido la advertencia es que los profesionales debemos remitirnos a los autores clásicos; hoy en día se escucha mucho sobre las nuevas líneas, que ciertos autores son muy antiguos, se habla de lecturas nuevas, alternativas, y en realidad lo que hay ahí es una cierta banalidad, una cierta ligereza, y tenemos que pensar que cuando de diagnóstico psicológico se trata es el diagnóstico que dice qué le está ocurriendo a alguien, va a implicar a la vida emocional de ese sujeto, hay que ser muy cuidadoso, entonces en este sentido yo me remitiría a autores clásicos y a cuestiones estructurales que hacen a la esencia del aparato psíquico, a una topología del mismo, a su dinámica, a su composición, a su raigambre más profunda, más arquetípica, más histórica. Y me parece que muchos de estos diagnósticos que aparecen sobre todo a raíz de los DSM IV, aparecen como ligeros, banales, a partir de la lectura de un síntoma se determina toda una organización psíquica. Podemos escuchar que alguien porque tiene un trastorno en la alimentación, alguien que come mal (mucho, poco, etc), es un “.....”, vale decir que un

trastorno o un síntoma en la forma de comer, determina una estructura, para estas lecturas o corrientes.

Escuchamos entonces familias que dicen “mi hijo es un hiperactivo con trastorno en la atención”, con lo cual el trastorno de la atención y la hiperactividad ha pasado a tomar todo el ser del hijo. En este sentido sigo creyendo que la metapsicología freudiana aparece como basta, como completa para poder pensar esto, y a la vez con la prudencia necesaria para poder entender la complejidad de lo psíquico.

A veces hay casos que vienen al Tribunal diagnosticados de TDAH y el chico se queda una hora sentada en frente de uno, con siete años, conversando, ¿dónde está el trastorno de la atención cuando hace una hora estamos conversando con esta criatura?, charlamos, hacemos algún dibujo, me cuenta una historia, me cuenta un cuento, podemos trabajar sobre un test y el chico se queda en esto. O le preguntas ¿qué te gusta ver en televisión?, y te dice “me gusta tal cosa”, y ¿cuánto tiempo te quedas mirando?, “mucho”; contame lo que viste ayer, y te cuenta. El chico tiene atención, concentración, percepción, memoria impecables. En todo caso, el tema es la motivación.

Cuantas veces hay un mal diagnóstico, por eso hablé de diagnóstico diferencial.

Hay muchas cosas que diferenciar. ¿El chico tiene un trastorno de la atención? ¿o se aburre en clase? ¿o la escolaridad no es una motivación? ¿o está angustiado por alguna situación que está atravesando?. Angustiado,

desorganizado, exaltado; hay muchas cosas que pueden romper el equilibrio emocional de un niño.

A veces escuchamos a los padres decir que el chico no para, que es hiperactivo y cuando vemos a los padres, estos están maniacos, exaltados, están pasando una crisis, la familia es caótica, gritan, el clima de la casa es insostenible, cualquiera dentro de esa casa se desorganizaría. Imaginemos la vida de una criatura. Pero claro, lo más fácil, en general es cortar el hilo por su parte más fina y en este diagnóstico el problema lo tiene el niño, está hiperactivo, lo medicamos.

A decir verdad, de la cantidad de casos que he visto sobre esta problemática, a mi entender, pocos casos quedarían con este diagnóstico y algunos casos ligados a cuadros más graves. Las hiperactividades graves, las vi ligadas a cuadros de trastornos psiquiátricos (cuadros de autismo, de psicosis, ese descontrol psicomotor).

Las cuestiones de la atención yo las veo más ligadas a la motivación que a un trastorno atencional de origen neurológico.

Otro de los puntos que me parece importante y también lo encontramos en la obra freudiana, Freud viene de la neurología y descubre el concepto de conflicto, dando lugar a una conceptualización de aparato psíquico como algo totalmente diferente a lo que podía ser el sistema nervioso central. Si el cuadro es de origen orgánico, el cuadro es del campo de la medicina y básicamente del campo de la neurología. Como psicólogos tenemos un elemento para el diagnóstico en este sentido que es el famoso test de Bender. Nos va a dar pistas para poder despejar y pensar si puede haber ahí

indicadores del campo neurológico. Si así fuera, quien debe completar la prueba, que en los tiempos actuales tiene muchísimos más elementos que hace 40 años para hacer un diagnóstico de la complejidad neurológica, es precisamente el neurólogo.

Si esto no es de origen neurológico, esto es del campo del conflicto emocional. Entonces lo que vamos a encontrar es una criatura que se mueve, está excitado, está exaltado, con una emotividad al borde de todo, al borde del llanto y al borde de la agresión; una criatura que tiene un equilibrio muy precario. Son crisis familiares; la mayoría de los casos tiene que ver con situaciones de conflicto emocional familiar, conflicto vincular.

O tiene una falla a nivel orgánico, funcional, y es del campo de la neurología; o la falla está a nivel de las relaciones, de los vínculos, y de la vida emocional y afectiva.

Es sorprendente ver cómo un bebé muy chiquito, en brazos de una mamá que está serena, que está en paz, que está en un buen momento con su pareja, el papá del niño, vemos un bebé “pancho”, relajado, sereno, con una gran tranquilidad.

Y vemos otras situaciones con bebés en una mamá tensas, en una situación insatisfecha, que está atravesando una situación crítica, que está en un conflicto con su compañero, cualquier situación que haga que la mamá no está en paz (Winnicott diría que es necesario una mamá suficientemente buena, alguien que pueda sostener). Y vos ves esos bebés, y la criatura está irritada, en estado de alteración, tenso, no está confiado en los brazos de esa mamá, se irrita, se enoja fácilmente, llora, se desborda.

Muchas veces hacemos diagnósticos a la ligera de un trastorno de atención o de hiperactividad cuando lo que está en juego es un niño con una vitalidad que no queda contenida en las conductas que le son propuestas o no queda contenida afectivamente o emocionalmente en el contexto en el que se encuentra situado, tanto a nivel familiar como de otras esferas sociales. A esto llamo diagnóstico diferencial.

¿Hablamos de una alteración neurológica? No es nuestro campo. Yo haría un test de Bender, evaluaría indicadores de organicidad, se deriva a neurología y el neurólogo determinará. En todo caso nosotros podremos acompañar algún proceso de organización familiar. Podría ser en este caso incluso más pertinente el aporte de la psicopedagogía que de la psicología.

Si a nivel neurológico no hay nada, nuestra obligación es rastrear la vida emocional de ese niño. Y lo que vamos a encontrar es que muchas veces la cuestión pasa por la motivación. Qué es lo que lo motiva como para que él pueda quedarse en algo y atender a ese algo y, por otro lado, qué soportes, qué sostenes, qué contención hay en la vida en torno al niño, esos adultos que arman la vida del niño para que la vida del niño quede contenida. Entonces muchas veces lo que vemos es ese descontrol de la criatura, ese movimiento, ese cuerpo que se sacude a ningún lado; es un movimiento que no conduce a nada. El niño se sacude como sin sentido, esto denuncia la incontinencia en la que se encuentra.

A veces el descontrol se debe a la ausencia de ciertas funciones (función paterna, función materna) que contengan y orienten el desarrollo saludable de un niño.

Erikson planteaba la necesidad, en los tiempos tempranos de la criatura, de la confianza. Es fundamental en los primeros tiempos de vida del bebé que surja la confianza básica, que el niño pueda creer en alguien, las funciones materna y paterna, para a partir de ahí empezar a creer en él. Yo diría que muchos cuadros de estos que aparecen como el descontrol psicomotriz, como la dificultad para quedarse en algo, para poder estar concentrado en algo, poder detenerse relajadamente en algo, tiene que ver con esto, con esa incontinencia, con esa falta de confianza.

El alerta que intento hacer es que, muchas veces seguro que puede haber alguna alteración neurológica que produce esa irritación y que la criatura tenga un trastorno de la atención o que se mueva mucho, pero a mi entender, en la mayoría de los casos esto tiene que ver con la falta de continencia de una vida emocional y una de orientación que contenga un desarrollo creativo, saludable, amoroso, libidinal para la criatura.

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Si considero que puede haber fallas que no sean emocionales, claro que sí.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

Descartado lo neurológico, para mi el tratamiento es de grupo familiar.

Para arribar a este diagnóstico (que siempre va a depender la edad de la criatura) no es lo mismo cuál es el indicador que luego nos permite determinar el cuadro, diferenciándolo a otros cuadros. Leer la complejidad; a

veces está este trastorno de la atención y al lado un problema afectivo, un cruzamiento de variables que determinan la complejidad de lo psíquico.

Ese diagnóstico muchas veces se hace en la misma trama familiar, no es suficiente con el trabajo con el niño, sobre todo si es un niño pequeño. Ya desde la etapa diagnóstica, antes del tratamiento, para poder llegar a ese diagnóstico hemos trabajado con el niño, con los papás.

Yo soy de los psicoanalistas que entienden que es imposible trabajar con un niño sin trabajar con los padres. No acuerdo éticamente ni técnicamente con aquellos tratamientos en los que se trabaja directamente con el niño y esporádicamente se ve a los padres.

Creo que cuanto más temprano se atiende a una criatura mayor es la influencia del medio, la determinación del medio. No tiene ningún sentido el trabajo con el niño si no se está trabajando con la familia para que la familia modifique las condiciones de vida del niño.

Distinto que trabajemos con un sujeto de 20 años que vive solo, es sujeto activo, no necesitamos a los padres.

A partir de pensar que ese diagnóstico para ser completo se efectuó en entrevistas con el niño, entrevistas con la familia, según ese diagnóstico y según el caso se determinará el conflicto o los núcleos de conflicto y ahí el profesional decide las intervenciones.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

Si el profesional ve que está la dificultad para concentrarse, el chico tiende a generar demasiados intereses, aparece un tanto inmaduro para su

edad, y la familia está toda bien, no hay problemas con los papás, las funciones paternas están ejercidas con solvencia, entonces el tratamiento que se indicaría sería un tratamiento psicopedagógico.

Si en otro caso el profesional diagnostica a través de sus técnicas y aparecen ciertos indicadores de organicidad, la primera indicación será ir a diagnóstico neurológico y transitoriamente estará orientando o conteniendo a la familia.

Si el diagnóstico fuese que hay conflictos en la dinámica familiar, puede verse una situación crítica en la dinámica de los adultos, el profesional por ahí decide no ver al niño transitoriamente y trabajar con los padres, con la pareja parental u orientar a los padres a tratamientos individuales, según lo que se vea como problemática de ellos.

En otros casos el profesional decidirá trabajar con los papás y evaluará si atiende también al niño o si es derivado a otro terapeuta, de niños. Esto depende mucho de cada historia.

Una fórmula sería: En base al diagnóstico y los alcances establecidos de ese diagnóstico, se organiza una forma de tratamiento. No hay una a todos por igual.

Las modalidades de tratamiento pueden ir de lo individual a lo familiar.

Muchas veces se logra un diagnóstico acabado durante la etapa diagnóstica. A través de una serie de entrevistas con el niño, con la familia, entrevistas verbales, hora de juego, administración de test, todos los instrumentos que los psicólogos podemos utilizar para un diagnóstico, y logramos llegar a un diagnóstico definitivo.

Muchas otras veces ocurre que uno debe mantener una actitud o una actividad psicodiagnóstica. Si bien arribamos a un cierto diagnóstico, no es terminado, acabado, sino que vamos a ir confirmándolo en función de nuestras intervenciones terapéuticas. Lo que en un momento creíamos que era un trastorno de la atención, podemos ver en el devenir del tratamiento que no era tal. Que la criatura cuando empezó a quedarse serena porque sus papás se tranquilizaron, recuperó su posibilidad de percibir, de atender, de memorizar. O no, al revés, lo que en un momento parecía un conflicto emocional, en el devenir del tratamiento, el cuadro se va abriendo y confirmamos otro diagnóstico.

El diagnóstico y el tratamiento no son dos instancias separadas, no es que uno empieza cuando termina el otro. Son tiempos que más o menos se suceden, que son necesarios, que se implican. Necesitamos tener el diagnóstico o al menos una aproximación diagnóstica para poder tener una línea de tratamiento, que es lo que llamamos la dirección de una cura. Cuáles son las líneas que vamos a establecer para poder dirigir ese caso hacia su resolución. Muchas veces es con un diagnóstico acabado y confirmado, otras veces es manteniendo la actividad psicodiagnóstica que en el transcurso del tratamiento nos irá confirmando cuál era en realidad el diagnóstico.

También me parece que en un caso puntual, según cual sea el diagnóstico podemos hacer nuestro aporte directamente con el equipo docente o a veces a través de los papás. Esto también depende de cada caso y de la modalidad de cada escuela.

A veces la escuela es muy presente, participa con la familia, nos llama la maestra o la directora, envían un informe a través de la familia. Entonces hace al aporte del profesional; es importante producir un aporte. A veces en línea directa: nos comunicamos con la escuela y podemos decir qué estamos viendo en esa criatura y cómo entendemos que sería mejor que fuera tratada y podemos hacer un aporte al aspecto pedagógico.

En otros casos lo hacemos a través de la familia, le damos los instrumentos a la familia para que lo transmitan a la escuela.

De lo único que sería cuidadoso es no superponer ni descalificar lugares. A veces el Psicólogo termina hablando con el maestro o con el director de la escuela y queda afuera de su lugar quien debiera estar en ese lugar: el padre o la madre.

Una cosa es que podamos referirnos a otro profesional, como el educador, y queramos dar un material técnico, muy específico, y entonces sería complicarle la vida a los padres transmitirles esto para que ellos lo lleven a la escuela.

Distinto es que nosotros ocupemos el lugar del papá y la mamá y vayamos a la escuela haciéndonos cargo y el padre quede ausente o corrido de esa función.

Pero en principio me parece bien que tengamos una relación directa con la escuela.

Otro aspecto a pensar en lo referido a este punto es la capacitación y la formación docente. Los educadores muy a menudo están requiriendo a los profesionales en sus espacios de capacitación y formación que nos

acerquemos a hablar de ciertos temas que les preocupan. El sistema educativo está demandando y necesita del conocimiento de ciertas variables al menos para poder establecer un primer principio de diagnóstico en alguna situación.

Que pudiera tener la prudencia de no dejar escapar una situación seria pero también de no alarmar cuando la situación no amerita.

El sistema educativo es la primera institución fuera de la familia; es fundamental su aporte. Un niño está en su ámbito familiar hasta que ingresa en el sistema educativo y ahí su vida toma un carácter público, sale de la endogamia e ingresa en una instancia social. Y es esta instancia social la que ve cosas que por ahí dentro de la familia se escaparon o se están tapando.

Es fundamental el ojo del educador, no sólo para producir hechos de aprendizaje formal sino también para poder cuidar de otros desarrollos del niño. Se necesita ese punto de equilibrio, de prudencia, para que no se escape una situación delicada, que se pueda advertir un problema, pero que no se cree un problema donde no lo hay.

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Siempre dependiendo del diagnóstico, según lo que se vea como problemática. Prácticamente lo contesté todo en la pregunta anterior.

- Algún paciente paradigmático para comentar....

Un niño que ingresó al servicio en el que trabajé, que mencioné al principio, que lo sujetábamos de las piernas y los brazos y continuaba moviéndose, casi trepaba por las paredes.

ENTREVISTA 4

-Fecha: 14/09/2009

-Profesión: Psicopedagoga (cursando la Licenciatura)

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Otro:	X

En nuestra universidad se trabaja con un marco Epistemológico, la teoría de Piaget, Genetista. También se trabaja con Psicoanálisis. Pero lo más fuerte es la Psicología Genética.

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

Recién ahora con la Licenciatura, sí. En la formación de grado se vio, hay material teórico, se lo nombra, se ven las características, pero ahora en la Licenciatura sí, en una materia que se llama Pedagogía Especial, se trata el TDAH, recién ahora. Con mucho aporte de material teórico, experiencias, casos clínicos.

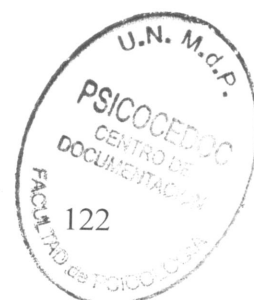
EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH? Actualmente no, pero he tenido. Casos derivados, chicos que ya venían con el diagnóstico.

-¿Cuántos? Un paciente.

-¿De qué edades? 8 años.

MOTIVO DE CONSULTA



-¿Cómo llegó a la consulta el paciente? Llegaban ya derivados.

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)? Primero el colegio, gabinete del colegio. Luego el pediatra, también hubo consulta con una Psicóloga. Luego la intervención de un Neurólogo. Una vez que tuvieron el diagnóstico continuaron con la Psicóloga y después Psicopedagogía. En mi caso la tarea estuvo relacionado con la organización del tiempo, todo lo referido a lo pedagógico. Tener estrategias para que el chico pueda sentarse, concentrarse, hacer la tarea, lo diario, a corto plazo. Actividades cortas. Venía todos los días. Armarle rutinas, cortas, todo de a poco, después se trataba de incrementar el tiempo. Si aparecía algún bajón (el chico estaba medicado), se volvía a bajar el tiempo. Se iba a avanzando de a 10, 5 minutos más.

Al trabajar con él sólo, en un ambiente reducido, se veía cuando la atención ya no daba para más, entonces se cortaba la tarea.

Para entrar en "situación de tarea" costaba, al principio, hasta que él lograra mi confianza.

A este caso en particular lo había derivado el Neurólogo. El tratamiento consistía en Psicólogo y Psicopedagoga. Los dos porque además del TDAH en sí, en este caso había conflictos familiares. Que es lo que ocurre generalmente. Qué le pasa a este chico que no puede sentarse, concentrarse, que no presta atención.

Hoy en día la mirada crítica de la Psicopedagogía trata de no limitarse sólo a que no puede hacer la tarea.

Yo trabajé en una institución municipal y llegaban un montón de chicos diagnosticados de TDAH, ¿y lo tenían realmente?, no, lo que pasa es que la mamá iba al hospital, el neurólogo sacaba un listado, tildaba y entonces determinaba que tenían TDAH...

Las mismas mamás a veces decían que sus hijos tenían trastorno de hiperactividad porque no se quedaban quietos, y no tenían ni idea, era algo que les habían dicho.

Por eso hay que tener esta mirada de por qué este chico no se puede sentar a estudiar; no es solamente que venga con el papelito con el diagnóstico y entonces vamos a ayudarlo con las materias, con el tiempo...miramos todo, si el resto no lo tenés en cuenta...son chicos que piden ayuda a gritos.

Decisión propia...No, por decisión propia no.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

Era la hiperactividad y la poca atención que prestaba a las tareas que realizaba, de todo un poco. Y no solamente en lo pedagógico, en el ámbito social, en los deportes que practicaba, en todos lados se manifestaba esto de no poder quedarse quieto y el tema de la atención también. Siempre hablando de este caso puntual que yo atendí.

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico?

Yo diagnóstico no he hecho, vino derivado con el diagnóstico.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

El diagnóstico psicopedagógico es el mismo para todos, no es específico para hiperactividad.

-¿Realizó entrevista con padres?

Sí, con los papás tenía entrevistas, yo los llamaba quincenalmente para ir charlando.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Con el colegio tuve entrevistas con el gabinete, yo las pedí, el colegio no pidió una devolución, o un seguimiento, o pedirme estrategias; yo me acerqué a la escuela para conocer la situación de él, porque una cosa es lo que él contaba y otra cosa charlando con la docente. Conocer la disposición en el aula por ejemplo, ofrecerme yo para lo que necesitaran, como una primera charla de conocimiento. Pasó el tiempo y nada, me acerqué de vuelta, una vez que ya tenía más herramientas con él, lo conocía más, veía dónde podíamos ayudar, entonces ahí me acerqué nuevamente.

Ahí hay que cuidar mucho el tema, porque a veces uno queriendo ayudar tiene que cuidar los lugares; que la docente no sienta que uno va a meterse, a querer cambiarle la manera de enseñar.

Hasta que la docente entendió que yo no iba a cambiarle sus estrategias, sino que iba para ayudar a este nene y mostrarle que las dos queríamos ayudarlo, hubo mucha resistencia al principio, al cambio, miedo a que uno estuviera evaluándola; hasta que se entiende que uno no está

evaluando, quiere ayudar a este nene que está sufriendo. Después fue cambiando la situación para bien.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

En este caso particular, no presentaba otro trastorno, en lo referido al aprendizaje, a lo que yo me dedicaba con él; él cambiándole las estrategias funcionaba bárbaro. En lo pedagógico no presentaba ningún otro problema.

Acá se trató de cambiarle las estrategias, charlar mucho con la familia, cambiar rutinas familiares.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

En mi caso se trataba más de un acompañamiento; este nene hacía tratamiento Psicológico aparte; entonces conmigo se trataba de cambiarle las estrategias de estudio. Los tiempos; crear las rutinas de todos los días; se empezaba con un tiempo acotado, después se iba aumentando. Venía todos los días.

Se iban tratando las materias en las que él más dificultades tenía, las materias como lengua, ciencias sociales, de mucha lectura, armábamos cartulinas, buscábamos imágenes en Internet para que él fuera asociando, hablando, sentado, parado. Íbamos viendo cuál era la currícula de la escuela como para ir adelantando temas; que el pudiera ir a la escuela y participar y

estar en el tema. Que pudiera expresarse, incluirse en el tema que estaban tratando los compañeros.

Hasta fin de año venía todos los días. Hubo una sola vez que tuvo un bajón, que andaba mal en la escuela, en la familia, mal en todo, entonces acá venía un ratito más corto. Veíamos el cuaderno y ya no se podía hacer más nada.

Sólo faltaba cuando había algo especial como un cumpleaños o algo así, que ya pactábamos que tal día no venía.

Fue muy importante el compromiso que asumieron los padres y que lo cumplieron totalmente, algo que a veces es difícil de lograr. Al principio suele estar todo bien, todos de acuerdo pero después no hay continuidad.

Esta familia se encontraba bien, acompañando bien desde un principio.

Básicamente se trata de pautar estrategias, rutinas, bien específico en lo que es lo pedagógico, centrado en el aprendizaje. Crear rutinas en la familia, hábitos de responsabilidad en el niño, que siguiera en su casa porque no alcanzaba sólo con lo que hacíamos en el consultorio.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Esta familia se mudó de ciudad, entonces no fui yo quien hizo el seguimiento. Sugerí que tenía que continuar con una Psicopedagoga. Yo le preparé a la nueva Psicopedagoga todo lo que ya habíamos trabajado (ella lo mandó a pedir, se contactó conmigo vía mail). Era necesario para mí que

continuara de esta manera, porque se veía que de esta forma él estaba contenido.

- Algún paciente paradigmático para comentar....

No, este fue el único caso que he trabajado hasta el momento.

ENTREVISTA 5

-Fecha: 12/02/10

-Profesión: Lic. en psicología

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	x
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Otro:	

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

En la formación de grado no, todavía no estaba, sí he hecho cursos. Cuando yo empecé a escuchar un poco de este trastorno fue cuando hice un posgrado de especialización en niños y adolescentes. Dentro de este posgrado sí vimos el tema y en cursos a los que había que asistir dentro del posgrado.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

Todos los días llegan pacientes con este trastorno, que lo tengan es distinto. Para mí el nombre es una falacia, para mí el nombre no existe, el

diagnóstico para mí no existe, existe la subjetividad en cada niño. Nadie “es” ni desatento, ni hiperactivo, no “es” la persona. Pueden venir muchos chicos con este diagnóstico, de diez chicos que vienen con este diagnóstico, puede haber uno que se puede acercarse al diagnóstico.

-¿Cuántos?

-¿De qué edades?

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a la consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico?

Con niños todo es a través del juego, dibujos, técnicas en relación a la expresión, juegos de todo sentido, algunos niños necesitan juegos reglados y otros juegos más bien simbólicos, donde está la representación en el juego.

En niños a partir de doce años, púberes, adolescentes, uno introduce el juego reglado si es que no está la palabra.

La palabra siempre está pero a veces hay niños que no la pueden sostener, entonces uno introduce a través del juego, en el cual aparecen

muchas otras cosas, no es que cuando uno juega no habla, en el juego el niño se expresa.

El niño es todo a lo que él viene a jugar, yo no propongo juegos, yo juego a su juego.

Juego los juegos del otro, el niño propone y uno entra en este proponer porque cuando propone está armando algo.

Mis intervenciones también son a través del juego, con la palabra a través del juego, cuando se juega, se juega, no hay realidad, la realidad está dentro del juego.

Nuestros nombres cambian, nuestra forma de actuar. Yo cuando juego soy niña jugando, no me paso en el lugar de adulto mirando un juego, no tomo una posición de mirada, de observación. No hay, salvo que se trabaje puramente con el psicoanálisis, una mirada de un niño desde afuera, me siento en el sillón a ver cómo juega, nada que ver con el adulto, por eso te digo que es una orientación en niños y adolescentes el psicoanálisis, no es nada que ver, tiene mucho pero no es el Psicólogo con el saber, con el poder, sentado en el sillón.

Todo lo que es el dibujo lo uso mucho, todo lo que es la expresión también.

A veces utilizo tests, es un diagnóstico diferencial que yo hago con el test.

Utilizo el bender y el HTP (casa-árbol-persona), según la edad también.

Con esto trato de fijarme si hay algún problema neurológico, si hay mucha diferencia en lo que es la edad madurativa, cuestiones que se pueden escapar.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Para mí es muy importante el juego. Utilizo el test de Bender, el HTP para descartar alguna problemática neurológica, pero lo que más me sirve es el juego.

-¿Realizó entrevista con padres?

Sin los padres es imposible trabajar, siempre hay entrevistas con los padres, no con ellos y el niño dentro del consultorio sino por separado.

A veces hay padres que no nos brindan herramientas para trabajar, entonces ahí uno necesita trabajar más sobre el niño.

Y hay muchas veces que hay que trabajar sólo con los padres. Muchas veces el niño no llega al consultorio y hay entrevistas de orientación con los padres. Si no mejoramos la situación de los padres o el deseo de ellos de que el niño mejore, no podemos hacer nada. No hago terapia con los padres, mi paciente va a ser siempre el niño, lo que hago con los padres es una orientación.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Me comunico con el colegio, con los docentes, no desde un lugar de saber, sino de escucha, no voy con el saber, no sé si es o no es, sino que voy con la escucha. Voy a escuchar qué es lo que hace el niño y no solamente todo lo malo, también voy a buscar lo positivo y refuerzo adentro

del colegio lo positivo. Los niños suelen quedar encasillados, encasillados para el colegio, encasillados para los padres. Hay que quebrar un poco todas estas estructuras que ya están armadas para sacarlo de ese lugar.

En algún momento del tratamiento me acerco y también doy mi teléfono y pido que cualquier cosa me llamen.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

A mí me sirve para hacer el diagnóstico diferencial la escucha, es lo que más me sirve. Utilizo el test de bender y el htp de manera muy básica, para descartar algo neurológico, para determinar la edad madurativa del niño, pero no aparece nada relacionado con la hiperactividad por ejemplo si yo quisiera determinarlo con estos tests.

Para mí, para diagnosticar TDAH o la presencia de algún otro trastorno psicológico comórbido, la escucha es lo que más me sirve y el juego. El juego es todo. La impulsividad, la hiperactividad, todo lo ves a través del juego.

Me cuesta mucho nombrar estas palabras (impulsividad, hiperactividad), el niño se mueve, el niño pegó, pero el niño no "es" hiperactivo, no "es" agresivo.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Trato de trabajar con el neurólogo, q vea al niño, q realice estudios para descartar o no alguna problemática de origen neurológico.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

La primera entrevista generalmente es de orientación a los papás, siempre, sin el niño; primera entrevista donde uno escucha un poco qué es a lo que vienen, cómo es la demanda. Si la demanda sólo es por el trastorno de hiperactividad yo les digo que cuando me hablen del paciente vamos a correr este nombre, saquemos esto. No atiende al niño porque atenderlo sería tomar este diagnóstico traído por los padres; aunque yo no tenga esta mirada hacia el niño, lo estoy diagnosticando de TDAH y también porque los padres me trajeron la demanda y yo les estaría respondiendo que sí al aceptar ver al niño bajo ese diagnóstico. Lo primero que hago es “correr”, que vamos a ver al niño, yo no les voy decir si “es” o no hiperactivo.

Yo no te voy decir si es hiperactivo o no, no soy la indicada. Sí puedo ver si el niño necesita ayuda o no, si algo le está pasando para estar desatento y atento en otra cosa; si la atención está en otra cosa por qué está ocurriendo eso. Pero no voy a decirte si tu hijo tiene este trastorno o no, en eso me corro.

Trato de trabajar mucho con los neurólogos, aunque somos dos opiniones totalmente diferentes. Acá en Tandil los neurólogos no atienden al niño, lo ven nada más, no lo conocen, lo único que leen es el test que mandan a la escuela, creen lo que dice la maestra que quizá no sabe qué es lo que está sucediendo con todos estos chicos. Medicar a través de otro, otro les dice y medican. Si es al niño al que hay que medicar, es al niño al que hay que ver, es básico.

Después paso a ver al niño, hago tres entrevistas, generalmente, para conocer al niño, y después les hago una devolución a los padres. Vuelven a venir y les digo qué es lo que voy a trabajar y qué es lo que creo que el niño necesita. De ahí en adelante, si los padres quieren trabajar (porque yo les propongo a los padres pero si ellos no quieren trabajar, yo no trabajo; si ellos no siguen o no me creen, no trabajamos). A veces no es que no me creen a mí, sino que no creen ellos mismos, no tienen ganas de trabajar, de cambiar muchas cuestiones que hay que cambiar. Si esto no es así no continúo con el tratamiento; si el niño no quiere venir, tampoco; si no hay una transferencia los derivo, les pido que vean otro terapeuta. Hay niños que por ahí no pueden con uno y con otro sí, y la idea es que puedan con alguien, entonces los derivo.

Después seguimos con el niño, y ahí es el tiempo que sea necesario, no te puedo decir un tiempo, pueden suceder muchas cosas diferentes en la subjetividad de cada niño.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

El diagnóstico diferencial se confunde con muchos otros diagnósticos porque síntomas hay muy parecidos, basta con leer el DSM IV.

Existen los diagnósticos, hay muchos trastornos en los cuales se necesita la medicación. Yo no digo que no existan y que no sean reales, pero el nombre, el nombrar algo le da su ser y el ser de una persona no es ese. Yo trato de “correr” el diagnóstico, por eso no puedo contestar en estos términos...

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

- Algún paciente paradigmático para comentar...

No hay uno que te pueda contar por algo en especial; yo me sorprendo todos los días con algún paciente, con algún relato, hay tantas cosas para contar, pero uno en especial, que me haya resultado paradigmático, no.

El diagnóstico diferencial se confunde con muchos otros diagnósticos porque síntomas hay muy parecidos, basta con leer el DSM IV.

Existen los diagnósticos, hay muchos trastornos en los cuales se necesita la medicación. Yo no digo que no existan y que no sean reales, pero el nombre, el nombrar algo le da su ser y el ser de una persona no es ese.

ENTREVISTA 6

-Fecha: 30/11/10

-Profesión: Lic. en Psicopedagogía

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Otro:	x

Yo voy mezclando, no adhiero a ninguna plenamente pero uso lo que me sirve de cada una y para cada problema en particular.

Para los trastornos de conducta, me gustan las terapias sistémicas, las terapias del comportamiento, lo cognitivo- conductual; para cuestiones que tienen que ver más con situaciones emocionales apelo a ciertas cuestiones del Psicoanálisis.

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

He hecho cursos con gente que ha venido a trabajar este tema, porque hay momentos en los que ciertas patologías se ponen de moda, ésta es una, todos son hiperkinéticos, todos tienen trastorno por déficit de atención. No soy especialista en trastornos del comportamiento pero he hecho cursos.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

Sí.

-¿Cuántos?

Uno sólo.

-¿De qué edades?

Cuando lo vi tenía 11 años. Era un déficit de atención en comorbilidad con una disgrafía.

Tuve otro nene que vino para hacer diagnóstico de TDAH pero no tenía déficit de atención. Lo que ocurre es que muchos trastornos tienen características comunes; vos tenés un nene que está hiperinquieto, o que se distrae, se desconecta, y enseguida son hiperactivos o tienen déficit de atención, pero después en el diagnóstico vos ves que esa desatención o esa hiperactividad se deben a otras cosas.

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a la consulta el paciente?

Derivación....., de quién (colegio u otro profesional)? A veces vienen derivados por un profesional o es la escuela la que ve ciertas dificultades y les dice a los padres que lo vea un profesional.

Decisión propia.....A veces es la propia familia también la que consulta.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico?

Yo siempre hago mi diagnóstico, por más que vengan con un diagnóstico. No siempre utilizo todos los instrumentos, a veces se ve, está bastante claro, otras veces no, entonces yo necesito encontrar mis propios indicadores.

Hay una batería común que uno puede llegar a utilizar, pero en función de lo que veo, no en todos uso lo mismo.

Si hablamos tests estandarizados suelo utilizar el Tomal, siempre tomo inteligencia con el Wisc. También depende de lo que dicen los papás, lo que dice la maestra; si me comentan sobre un problema de lectura tomo un Prolec para ver lectura, escritura, por qué ruta lee; tomo el Stroop para evaluar atención (dependiendo de la edad).

Siempre tomo HTP (Casa-árbol-persona), siempre tomo Bender o Rey, eso siempre; dibujo espontáneo.

Algo que suelo hacer, no referido a instrumentos, es revisar el cuaderno, me da información de cómo se organiza, cómo hace la letra, cómo usa los espacios en la hoja, si respeta límites, si saltea hojas.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Dentro de la batería más o menos común que utilizo, voy eligiendo algunos según lo que voy viendo, conjeturando, lo que me dicen los padres, lo que ve la maestra.

-¿Realizó entrevista con padres?

Para mí es fundamental entrevista con los papás, sin el nene. Ahí, para mí, tenés el 50% del diagnóstico, con los papás. Eso lo hago al principio, cuando vienen les planteo que vengan sin el nene, y ahí vos vas viendo qué es lo que tenés que mirar, por dónde.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

A veces pido informes a la escuela o, por lo general, me acerco a la escuela para ver qué es lo que pasa. Esto dependiendo también de las características de los papás, si siento que puedo hacerlo, tratando de que el nene no se sienta "hipermirado".

No hay algo que uso sí o sí siempre.

Hay una escala que uso a veces que se usa en las escuelas que es la escala de Conners.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

Yo vi un sólo caso específico de TDAH pero atendí otros casos que tenían algunas características propias del trastorno y en realidad el problema pasaba por otro lado. Para el diagnóstico diferencial voy utilizando los instrumentos que mencioné, según cada caso, lo que considere más útil.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

En otros casos que atendí, cuyo diagnóstico no fue finalmente de TDAH (aunque sí vinieron por este tema), hay mas bien cuestiones emocionales, cuestiones relacionadas con lo funcional familiar, con estructuras medio rígidas. Atendí un nene que tenía todas las características de un déficit de atención pero era otra cosa.

Con otro nene que atendí vino a ver si tenía déficit de atención pero en realidad tenía un retardo mental moderado y su comportamiento respondía a la edad mental que tenía, tampoco era un TDAH.

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Sí, el que más uso es el Psicólogo, porque es muy "finita" la diferencia y hay momentos en los que no sabes el campo de quién es; hay cosas que las puede diagnosticar y trabajar un Psicopedagogo y si las diagnostica un psicólogo también las puede trabajar y hay cosas que no, por supuesto. Considero que los trastornos como el TDAH siempre alguna cuestión emocional tienen, algo que no podés separar.

A quien recorro también es al pediatra, por ejemplo en el caso del nene con retardo mental.

De muchos nenes necesito hacer una evaluación neurológica, pero acá en Tandil, no hay profesionales neurólogos especialistas en niños, entonces se complica. No todos los papás tienen la posibilidad de llevar el nene a otro lado. Hay algún que otro neurólogo que atiende niños pero no es su especialidad y que ante la duda medican, hay una tendencia en algunos profesionales a medicar sin evaluar, algo que no comparto.

Voy al pediatra. Lo que necesitaría es un neuropediatra especialista en trastornos de aprendizaje. Hay, los he visto en cursos, en charlas, y es muy interesante el trabajo porque entienden mucho el lenguaje y la información de baterías específicas de tests.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

En el caso que atendí con TDAH, el tratamiento consistió en trabajar con los papás, eran bastante rígidos, muy ansiosos en saber cuánto iba a mejorar el nene.

Trabajé desde la terapia cognitivo-conductual, se trabajó todo lo relacionado con lectura, la escritura, la ruta fonológica, tipos de letras. Trabajé actividades que eran exclusivamente de atención.

Orientaciones en la escuela, actividades cortas, que pudiera empezar y terminar para que no sintiera frustración, que se sentara adelante y que a su constante movilidad se le buscara una funcionalidad para evitar el reto, que se le dieran pequeñas actividades de colaboración como por ejemplo borrar el pizarrón, repartir fotocopias, etc.

Era un nene que tocaba todo, movía las manos constantemente, era muy ansioso.

Tuve que hablar con los papás respecto a ciertas cuestiones de la vida en la casa, quién marcaba los límites, cómo se ponían los límites; eran muy estructurados, había horarios fijos para todo (comer, dormir, etc), algo que no lo ayudaba mucho al nene. Había que trabajar desde el afecto, que el nene no sintiera que no podía hacer nada.

La frecuencia de las consultas era de una vez por semana.

Veo a los papás al comienzo y siempre al final para una devolución, sin el nene. A veces aprovecho situaciones en las que los veo con el nene para detectar algunas cosas, pero no los cito específicamente con el nene a una consulta.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Este nene trabajó todo un año conmigo, dejó, empezó a andar mal en el colegio y volvió a consulta. En ese momento trabajamos otro año y después ya no lo vi más.

- Algún paciente paradigmático para comentar....

No, en especial, no...

ENTREVISTA 7

-Fecha: 3/9/11

-Profesión: Psicólogo



-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	x
Sistémico	
Otro:	

-¿ Tiene formación y/o capacitación específica en TDAH?

No

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿ Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

Seguramente algún paciente he tenido pero no lo diagnostiqué como TDAH. Como me dedico a pacientes adultos, cuando llegan a consulta hay otros trastornos que compiten más que el TDAH para tratamiento.

-¿ Cuántos?

-¿ De qué edades?

MOTIVO DE CONSULTA

-¿ Cómo llegó a consulta el paciente?

Derivación....., de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia.....

-¿ Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para hacer el diagnóstico?

Entrevista principalmente tanto al paciente como a algún familiar, escalas de evaluación (por ej: Inventario de Beck, mini; Yale Brown, inventario de Millon, etc)

-¿Realizó entrevista con padres?

Es poco frecuente que entreviste a los padres.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

No, no he realizado. En parte por esto que decía que atiende en su mayoría población adulta.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Todas las técnicas suman para el diagnóstico.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

Casi todos los pacientes tienen algún grado de comorbilidad. En realidad se trabaja con el diagnóstico principal y se mira para ver el pronóstico el eje II.

Para el diagnóstico realizo entrevista al paciente y familia e inventarios.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

Lo más frecuente, para mi, son los trastornos de ansiedad, por ej TAG, pánico y depresión.

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

En forma bastante frecuente, realizo interconsulta con psiquiatra o médicos clínicos.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

El tratamiento se inicia desde la primera entrevista; evaluación y tratamiento van de la mano en el inicio. Básicamente se trata de ver cuál es el problema principal q quiere solucionar el paciente, se le explica el modelo de terapia, la forma de trabajar, cuáles son las variables que están influyendo en el malestar actual, y se lo va instruyendo en algunas intervenciones para regularse emocionalmente.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

Le doy prioridad al más incapacitante .

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Básicamente el seguimiento se hace con una toma de algún inventario y se lo compara con el inicio de tratamientos; también el seguimiento se va haciendo por la reducción sintomática.

- Algún paciente paradigmático para comentar....

Muchos pero no por TDAH. Personalmente los pacientes más difíciles que he trabajado son los TOC con síntomas delirantes y también los trastornos borderline (cada vez más frecuentes). Pero lo que a mí consideración, hace difícil o no un tratamiento, es si viene o no con trastorno de personalidad.

ENTREVISTA 8

-Fecha: 20/02/2012

-Profesión: Psiquiatra

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Otro:	x

Soy médica psiquiatra especialista en psiquiatría infanto juvenil

-¿Tiene formación y/o capacitación específica en TDAH?

Hay una formación de posgrado en medicina, en psiquiatría infanto juvenil, en la cual esta es una patología que se ve. Lleva muchos años, más allá que han cambiado las nomenclaturas, las designaciones, pero es una patología que existe hace mucho tiempo así que está en la formación de posgrado.

También hice cosas de capacitación. En este trastorno justamente hice una formación en Buenos Aires con un médico que se dedica mucho al tema, que tiene masters en el extranjero.

Estoy haciendo además una maestría en psicofarmacología de cuatro años (en la Universidad Favaloro) y ahí se hace toda una revisión de la farmacología, que no tiene sólo que ver con el TDAH, pero que por supuesto lo incluye, muy actualizada.

Y después hago siempre formación de congresos, de actividades científicas, todo el tiempo.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

Sí, hay muchas consultas por TDAH

-¿Cuántos?

Veo muchos pacientes con este trastorno. Desde la estadística es una de las patologías por la que más se consulta; es un 3 a 5 % de la población; hay muchísima consulta por TDAH, es decir, los pacientes llegan porque tienen problemas de conducta, problemas en la escuela, son muy movedizos, todo lo que implica la patología; hay mucha consulta. A veces el diagnóstico no termina siendo de TDAH.

Hay todo un tema con si está sobrediagnosticado o no este trastorno. Los psiquiatras, desde los congresos, los cursos, desde lo que sabemos de la formación profesional y de la medicina, consideramos que no está sobrediagnosticado ni sobremedicado. Puede haber profesionales que lo medican mal o no le den un buen tratamiento, pero no es real que esté sobrediagnosticado. En la divulgación, en los medios, se le hace mucha contra a todo el tema de la medicación, pero es una patología que está infradiagnosticada. Quizá hay muchos cuadros que están mal medicados.

-¿De qué edades?

A partir de 4, 5 años aproximadamente

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a consulta el paciente?

Generalmente llegan derivados de la escuela o de otro profesional. Generalmente el recorrido no empieza en el psiquiatra (la figura del psiquiatra infantil es una figura temida), al psiquiatra se llega generalmente después de dar un recorrido.

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)? vienen más derivados por la escuela. La típica derivación es el niño de 8 o de 7 años, que ya empezó la escuela y ya viene con una historia de que no acepta las normas, que no cumple las pautas, que anda todo el tiempo parado, no atiende. Así llega a la consulta.

Y otras veces llegan de múltiples derivaciones, por ahí lo deriva el neurólogo infantil.

Decisión propia: Se acercan algunos por consulta propia, pero son aquellos niños que tienen muchos síntomas. La tríada de síntomas es hiperactividad, impulsividad y déficit atencional; los que tienen mucho trastorno conductual, hiperactivos muy graves con impulsividad, donde el trastorno conductual es muy grave y donde la familia es una familia que no lo puede tolerar, viene a la consulta por propia voluntad.

Hay familias que son mucho más contenedoras, contemplativas de esas características. Si engancha un TDAH en una familia muy estricta, muy de pautas, ahí va todo mal entonces se acercan espontáneamente.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta etc)



En general los pacientes llegan porque tienen problemas de conducta, problemas en la escuela, son muy movedizos, todo lo que implica la patología.

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para hacer el diagnóstico?

El diagnóstico es clínico, no hay dudas. Yo me manejo con la clínica. Hoy en día hay un montón de escalas que complementan lo que uno hace para el diagnóstico.

Todos los que vienen con capacitación norteamericana, toman escalas. Escalas para la familia, para la escuela, muy estandarizado.

Para mí, para hacer el diagnóstico no hace falta la escala. Si vos haces el diagnóstico clínico, hay un montón de cosas que les preguntas a los padres que es como hacer una escala.

-¿Realizó entrevista con padres?

Para el diagnóstico hago siempre dos entrevistas a los padres. A veces una, si la entrevista es ágil.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Con la escuela me manejo haciendo entrevistas, voy mucho a las escuelas o si no me llaman para venir a verme (la directora, la docente). Me manejo haciendo acercamiento a la escuela. En un TDAH considero que el acercamiento más importante y lo que yo hago es que la psicopedagoga “baje línea” a la escuela porque hace falta mucha adaptación en lo escolar (los tiempos por el tema de la atención, la organización de las tareas, facilitar que las pruebas no contengan muchos ítems, todo lo que ayuda a ese niño

que tiene dificultad para organizarse, para atender, para la ejecución de sus tareas).

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Yo tengo de mi formación (en una escuela pionera en la psiquiatría infanto juvenil en la Argentina) un modelo de historia clínica que me lo traje, lo tengo impreso, y tomo esa historia clínica. Es una historia clínica psiquiátrica muy exhaustiva y, si la hago bien, me lleva dos encuentros.

Ahí investigo todo: motivo de consulta; otros problemas patológicos (sueño, alimentación, miedos, eliminación, etc); personalidad; condiciones de vida y actividad del niño; antecedentes orgánicos; enfermedades; operaciones; traumatismos; personalidad: características de la personalidad a fondo; historia y desarrollo: embarazo, parto, primeros años de vida, hábitos, abandono de pañales, independencia; educación: criterios educativos, escolaridad completa de jardín a la actualidad; padres; relaciones interfamiliares; historia de la familia; situaciones que pudieran haber sido traumáticas; antecedentes patológicos familiares y personalidad del resto de los miembros de la familia (esto lo completo a veces, si considero que es necesaria más información de la familia, si no, no). Con esa historia clínica (al niño todavía no lo conozco) después conozco al niño, una vez que ya veo al niño con toda esa historia, hago cuatro encuentros.

Uno de una entrevista psiquiátrica (si el niño tiene 7 años para adelante), si no, hora de juego. En la entrevista hago pequeñas preguntas; ya sé todo de los encuentros con los padres, pero le hago ciertas preguntas

al niño. Hay algunas cuestiones que ya tengo sistematizadas, que pregunto siempre. Son cosas que tomé de un posgrado muy interesante en el manejo de la clínica. Hay algo que siempre pregunto, que me es muy útil: tres deseos, tres cosas que te enojan, tres cosas que te dan miedo, tres cosas que te ponen triste y si algo pudieras cambiar que te gustaría que cambie. Salen cosas muy útiles.

Hora de juego diagnóstica, si es un niño pequeño. Tengo juguetes; juegos, para ver cómo manifiestan la frustración, si pueden perder o no, me sirve para ver la parte atencional; para ver si la atención es dispersa de entrada o se va acentuando la dispersión.

Tomo algunos tests proyectivos (mínimos, porque los tests proyectivos son área de los Psicólogos), un poco para completar mi evaluación. CAT, TAT, algo de gráficos, me complemento como para hacer una evaluación diagnóstica, y a partir de ahí hago la devolución.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

Utilizo todo lo mencionado anteriormente. La entrevista a los padres la hago siempre y las demás técnicas las utilizo según el caso, las particularidades del niño, para complementar la evaluación.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

Es un tema importante a tener en cuenta; frecuentemente el TDAH viene comórbido, no viene solito. Es muy importante el diagnóstico diferencial porque en general se presenta en comorbilidad con trastornos de

conducta, el trastorno oposicionista desafiante es una de la comorbilidades más comunes; con trastornos de aprendizaje casi siempre (conjuntamente hay que hacer una evaluación psicopedagógica porque a veces se presenta con un trastorno de aprendizaje importante), a veces no, está relacionada con la inmadurez motriz, de la motricidad fina.

También se puede presentar con trastornos de ansiedad; muchas veces viene comórbido con Tourette (tengo varios pacientes comórbidos Tourette/TDAH). A veces con cuestiones obsesivas compulsivas también (otra comorbilidad bastante frecuente).

Después hay un terreno que para mí es el más difícil, hoy por hoy, en el diagnóstico diferencial de TDAH, que es el trastorno bipolar infantil, porque la manía o la hipomanía de un niño, es muy fácil confundirla con un niño hiperactivo. En general la nota la da más la afectividad, pero me cuesta ese diagnóstico diferencial.

Cuando tengo esta duda, lo mantengo en observación, no me juego enseguida por un diagnóstico y les digo a los papás que vamos a hacer un abordaje farmacológico estabilizador. Espero un poco, medico la impulsividad, voy viendo cuando se me presenta esta dificultad con el diagnóstico.

Otra cosa que se ve mucho actualmente son los trastornos generalizados del desarrollo (TGD); hoy en día se conoce mucho más, hay un abanico, el espectro autista, y en estos casos hay muchos cuadros que a veces aparecen con esto de la hiperactividad y son TGD no especificados, pero no son TDAH. Aparentemente hay una cuestión genética que se

comparte, a medida que se va conociendo más, se va viendo que los cuadros no son tan puros.

Hay que tener mucho cuidado con el uso de la medicación para no disparar otro tipo de conducta.

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Por supuesto consulto, pido otras evaluaciones, psicopedagógicas, neurológicas. Lo que pasa es que en general la patología que me llega es de resorte del psiquiatra infanto juvenil. Como ya mencioné, a veces el recorrido es al revés, van primero al neurólogo, al pediatra.

Con el neurólogo infantil es una de las disciplinas con las que se trabaja mano a mano.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

El tratamiento es cada vez más multimodal, interdisciplinario, lo más que pueda. Suelo derivar a psicoterapia. Mi modalidad es muy psicoterapéutica, no me gusta ser administradora de fármacos. Es una mirada psicodinámica. Les explico a los papás que el recurso farmacológico es un recurso, una herramienta en el tratamiento pero que no se esperen que el chico cambie de golpe, ni que eso sólo sea la clave. Esto para cualquier patología, incluido TDAH, aunque reconozco que ésta es una de las patologías donde la medicación da una mano muy importante. El niño cambia en su funcionamiento, esto empieza a reportar mucha mayor satisfacción en su desempeño escolar, en su interacción con los pares, en su interacción en la familia.

Abordaje psicopedagógico casi siempre también.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

El tratamiento es multimodal.

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Si del diagnóstico de un niño surge que es un TDAH, que tiene cuestiones vinculadas a problemas de aprendizaje, por ejemplo, lo envío a psicopedagogía, trabaja con la psicopedagoga y yo lo medico y lo veo una vez al mes.

Si el chico tiene mucha repercusión emocional (porque siempre hay una repercusión emocional del cuadro) lo mando a psicoterapia para que la haga conjuntamente con el tratamiento farmacológico. Controlo la medicación; periódicamente hago una entrevista con los papás, cada dos, tres meses. Todo depende de cómo sea la estructura familiar, de cuánto pueden tolerar y aceptar estos cuadros, me reúno con los papás para trabajar con ellos toda la parte psicoeducativa.

La medicación que se utiliza en estos casos, la droga más conocida, es el metilfenidato, es la que tiene más historia. Hoy se cuenta con nuevas formas farmacéuticas del metilfenidato. El metilfenidato tiene una vida media muy corta (el tiempo de duración en la sangre de la droga), entonces hay que darla varias veces al día, hay que cuidar en qué horarios se da para que no interfiera con el sueño, es una medicación difícil.

Ha salido una forma farmacéutica muy buena, de liberación sostenida, que larga la droga en pequeñas cantidades cada cierto tiempo; mantiene

una estabilidad en cuanto a la permanencia en sangre de la droga, que da un resultado muy bueno.

También hay una droga que se llama atomoxetina, que por ahí tiene algunos efectos indeseables, ahí depende de lo individual de cada paciente.

Uno busca la dosis de medicación mínima efectiva (hay un mínimo de dosis por debajo del cual no se puede indicar). Los TDAH necesitan medicación bastante tiempo; como no se curan, son sintomáticos, vos suspendes la medicación y vuelven los síntomas, lo que se hace con estos pacientes son descansos, en general se hacen en vacaciones de verano y luego se vuelve a instalar la medicación. Hay veces que si uno ve que el paciente ha ido evolucionando positivamente y está más satisfecho de sus adquisiciones, sus logros, se puede intentar no reiniciar el tratamiento farmacológico, a veces funciona, a veces no.

La medicación no provoca tolerancia ni dependencia. No genera adictos. Es una medicación que el psiquiatra pone y si la tiene que retirar lo va a hacer sin dificultad, el paciente no va a hacer un síndrome de abstinencia. Es una fantasía muy frecuente. La medicación es muy atacada a veces sin razón.

- Algún paciente paradigmático para comentar....

No, no recuerdo alguno por algo en particular en este momento...

ENTREVISTA 9

-Fecha: 16/04/2012

-Profesión: Neuróloga infantil

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo-Conductual	
Sistémico	
Otro:	x

-¿Tiene formación y/o capacitación específica en TDAH?

He hecho cursos y formación posteriores a mi carrera de grado en este trastorno específico.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

Sí, he tenido y tengo.

-¿Cuántos?

Varios, no podría decirte un número.

-¿De qué edades?

Se ven de todas las edades. Esto es un universo muy pequeño, de pacientes sesgados que consultan. En lo que respecta a mis consultas específicamente, llegan cuando a los padres les empieza a “hacer ruido”, o cuando se detecta en la escuela.

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

En general los manda la escuela, porque se portan mal, no prestan atención. Es más la preocupación de la escuela que de la familia.

Siempre la escuela deriva primero al neurólogo; hay como una tendencia a derivar al neurólogo para muchas cosas y uno después hace la orientación a los papás.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

En general, lo que a mí más me consultan es porque no se pueden concentrar, porque no se pueden quedar quietos en el aula, porque deambulan, molestan...

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para hacer el diagnóstico?

Yo lo que utilizo es un cuestionario que va sumando puntos y, siempre, dé lo que dé, los derivo a salud mental, siempre.

Se suelen hacer “despitajes” de algunas comorbilidades que pueden dar una clínica parecida; a veces análisis de sangre; evaluaciones cardiológicas al momento de usar alguna medicación.

Hay algunos chicos que tienen otra clínica, y a veces se hacen electroencefalogramas para descartar que en realidad no estén ausentes en clase por ausencias propias de ciertas enfermedades, como podrían ser crisis epilépticas de ausencia, entonces a veces se pide el electro para descartar que el niño no presta atención en clase por una ausencia de este tipo.

-¿Realizó entrevista con padres?

Sí, claro, la consulta es con los papás; en ningún momento veo al niño sólo, siempre con los papás. La consulta que yo hago es siempre acompañada del adulto.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Como hay una cosa que es el secreto médico, yo no hablo de los pacientes con los maestros. Sí a través de los papás; la comunicación es a través de los papás.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

En general siempre sigo el mismo protocolo a la hora de realizar el diagnóstico y evaluar la presencia de comorbilidades.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Yo creo que esta es una cuestión multidisciplinaria, yo jamás trabajo este trastorno sola, porque tiene tantas comorbilidades que a mí no me gusta trabajar en esto sola. A mí, al menos. Yo me formé en un medio hospitalario en el que se trabaja en interdisciplina y, si bien, entran por neuro, en general, después se abre el abanico de todas las especialidades.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

En general siempre derivo a psiquiatría.

Cuando se utilizan drogas lo que más utilizamos es mayormente metilfenidato y a veces, en algunos pacientes, atomoxetina. Hay algunas comorbilidades que la necesitan. Esto cuando necesitan fármacos. Te hablo en plural porque en general siempre comparto los pacientes, la decisión nunca la tomo yo sola.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

A veces los sigo yo y a veces los ve la psiquiatra. Yo trabajo siempre en interdisciplina. La mayoría tiene comorbilidad, entonces no me parece trabajar de otra manera. A veces uno inicia una terapéutica y resulta que empeoras la comorbilidad. Como mi área no es la salud mental, los derivo.

Siempre trabajo con la psiquiatra.

- Algún paciente paradigmático para comentar...

No, ninguno en especial.

ENTREVISTA 10

-Fecha: 03/05/2012

-Profesión: Médica Psiquiatra. Especialista en Psiquiatría infanto-juvenil.

-Marco teórico de formación:

Psicoanálisis	
Cognitivo- conductual	



Sistémico	
Otro	x

-¿Posee formación y/o capacitación específica en TDAH?

He hecho cursos sobre el tema. Hice un curso en la Universidad de Favaloro sobre todo lo que es trastornos de conducta y entre esos entraba el TDAH.

EXPERIENCIA EN TDAH

-¿Tiene o ha tenido pacientes con TDAH?

El TDAH tuvo su etapa (y actualmente continúa) como que está medio de “moda” y vienen chicos con un diagnóstico que no es de TDAH. Vienen chicos medicados con ritalina (que es una de las drogas que se usan en este caso) y terminan no siendo chicos con TDAH. Se sobrediagnostica en algunos casos. Pero que existe, existe. He tenido una casuística importante.

-¿Cuántos?

En frecuencia más o menos está entre tres a cinco por ciento de las enfermedades psiquiátricas, sobre todo en la edad de seis a doce.

-¿De qué edades?

Es más frecuente entre los seis y los doce años, sin embargo ya en pre escolar uno lo empieza a ver. Si bien la sintomatología típica es la desatención, la impulsividad y la hiperactividad, por ahí en los más chiquitos, en pre escolar, se ve más impulsividad, hiperactividad y no tanto la desatención que sí se empieza a notar más cuando van a la escuela y ahí

empiezan los problemas de autoestima y demás porque son chicos que tienen inconvenientes y repercuten en el aprendizaje.

En la franja etárea de seis a doce se está viendo muy frecuentemente. Después es como que disminuye lo que es hiperactividad y déficit de atención y seguís viendo más impulsividad en la adolescencia. Aunque también ves chicos que continúan con el déficit de atención y por ahí ya la hiperactividad descendió. Pero lo que es impulsividad, ahora, en adolescentes se está viendo muchísimo.

MOTIVO DE CONSULTA

-¿Cómo llegó a la consulta el paciente?

Derivación...de quién (colegio u otro profesional)?

Decisión propia...

Este es un trastorno que antes lo diagnosticaban mucho los neurólogos, y actualmente también, hay neurólogos que lo diagnostican, lo tratan, y ya está, se manejan.

Pero hay muchos neurólogos que derivan, para que lo confirme el psiquiatra. Y también hay mucha derivación de los colegios, de los psicólogos, de psicopedagogas. En general llegan derivados.

-¿Con qué motivo inicial consultó? (Por desatención, hiperactividad, impulsividad, ansiedad, problemas en la escuela, problemas de conducta, etc)

Depende de las edades. El déficit de atención aparece generalmente de seis a nueve-doce años, hay muchos trastornos de aprendizaje, el chico no puede prestar atención, menos en el ámbito escolar. A veces en otros

ámbitos, uno a uno, funciona bien, o si está mirando algo puntual que le interesa se queda un rato mirando eso que le interesa. Ahora cuando lo llevás a algo que no le interesa mucho, donde hay un grupo en el que no hay una persona que se quede con él continuamente, aparecen las quejas de que no se concentra, que no quiere hacer los deberes, le va mal en el colegio, está todo el día parado, va de un banco a otro, responde cuando nadie le pregunta nada, muestra conductas impulsivas.

En pre escolar se ve más la hiperactividad. Lo detectás con la sola observación.

DIAGNÓSTICO

-¿Qué instrumentos/técnicas utiliza para realizar el diagnóstico?

Primero realizo entrevista con los papás, después hago una evaluación del nene que me lleva más o menos tres sesiones, con gráficos, juegos, la escala de conners que se le da a los maestros y a los padres para la casa, informe escolar.

Cuando es claro el trastorno el diagnóstico surge claramente. Lo que más te da la pauta que no te equivocaste con el diagnóstico es cuando empezás el tratamiento psicofarmacológico y los padres te dicen “es otro chico, no lo podemos creer, otra persona”. A veces no pasa, entonces tenés que revisar el diagnóstico, es otra cosa y no es un TDAH.

Yo siempre hago mi propia evaluación. Hago una historia evolutiva muy completa, se la entrego a los papás para que la completen. A veces, al consultar los antecedentes familiares, aparecen con frecuencia características similares a las del TDAH que estaban presentes en los

padres, tíos. La heredabilidad de este trastorno está en 0, 70 aproximadamente, es alta para un trastorno de salud mental.

-¿Considera que alguno le ha sido más útil para alcanzar el diagnóstico?

Yo me manejo igual con todos los chiquitos, vengan con el motivo de consulta que vengan. Sigo siempre el mismo protocolo.

-¿Realizó entrevista con padres?

Sí, me reúno al comienzo con ellos y después sigo teniendo charlas a medida que continúa el tratamiento. Es muy importante en los niños con este trastorno que los padres tengan su lugar de apoyo, saber cómo tratar a este nene que seguramente es muy diferente a los hermanitos; cómo reforzar las cosas que hace bien.

A veces derivó a los padres a los orientadores familiares que hay en el hospital. La familia necesita un espacio de contención, de sacarse dudas, de ver qué están haciendo bien, qué están haciendo mal. Hay muchos problemas entre los integrantes de la familia, entre los miembros del matrimonio. Como todo nene que tiene un problema de ésta índole, hasta que de a poco todos se van acomodando, y en general, andan bien, hay buenos resultados.

Hay que hacer mucho trabajo con los padres; los padres entran en un estado de desesperación. Hay diferentes grados según lo que predomine en cada niño: el que tiene predominio de hiperactividad o el que tiene predominio de impulsividad. El que tiene predominio de hiperactividad es un nene que no pueden llevar a ningún lado, que todo agarra, todo toca, se

mueve, molesta, va repercutiendo en toda la familia. Otros son más tranquilos. Cuando el déficit se nota más en lo que es atención, se busca apoyo psicopedagógico.

-¿Realizó entrevistas con docentes?

Siempre considero necesario acercarse a los docentes. Ellos también se acercan mucho, dependiendo de las escuelas; algunas más, otras menos. Yo, en general, pido siempre informe escolar y muchas veces voy a observarlos en la misma escuela, en el ámbito escolar pasan mucho tiempo y es enriquecedor verlos ahí, es importante.

Hablo mucho, sobre todo con los docentes, acerca del tema del diagnóstico, porque vos mandás un informe a la escuela con este diagnóstico y queda rotulado y después para cambiarlo de escuela es todo un tema porque ya se lo ve como un chico problemático y por ahí puede revertir. Considero importante hablar con los docentes, explicarles en qué consiste el trastorno, qué se puede hacer, cómo colaborar.

-¿Cómo diagnosticó comorbilidad?

Con lo que utilizo para hacer el diagnóstico se puede ver también la comorbilidad, sobre todo en los más grandes. En los más chicos es más difícil. En los pre escolares hay síntomas que por ahí se confunden con trastornos del desarrollo, pero se van aclarando.

En los escolares es bastante típico; y en los que empezás a ver desde los doce años aproximadamente, empezás a ver cosas que te indican que se encamina a un diagnóstico de TDAH comórbido con oposicionismo, con trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad están siendo muy frecuentes, se están viendo un montón en chicos.

Una de las características de este trastorno justamente es que si uno lo deja sin tratamiento después deriva en otros trastornos, comórbidos.

- ¿Qué trastorno comórbido se presenta mas frecuentemente en su practica?

En general se presenta en comorbilidad con oposicionismo, con trastorno negativista, trastornos de aprendizaje, y otros trastornos de conducta que se van viendo más adelante.

Se dice que hay un 66% de comorbilidad con el trastorno negativista desafiante; 34% con trastorno de ansiedad; 14% trastorno disocial; tics en un 11% y trastornos del estado de ánimo en un 4%.

Por eso es tan importante el diagnóstico en edades tempranas. Lo más frecuente es de 6 a 12 pero también vemos en pre escolares.

A veces una mamá trae el hijo a los 13 años y te dice “él siempre fue así hiperactivo” y uno piensa “qué pena que nadie pudo hacer el diagnóstico antes o que nadie lo vió”.

Un problema que se presenta actualmente en las escuelas es que muy pocas tienen gabinetes, entonces los chicos pasan como que tienen mala conducta, y ahí quedan y es cada vez peor, porque son rechazados, su autoestima va cada vez más abajo y no se hace nada. Quizá se podría haber hecho en su momento y no llegar después a los otros tipos de trastornos.



Hace unos días llegó un chico adolescente, de quince años, con muchos problemas de aprendizaje y al rastrear un poco surge que fue un hiperactivo toda la vida con claros síntomas de desatención, en tratamiento con psicopedagoga constante y que no se pudo hacer la derivación a tiempo, que es tan importante, pero a algunas personas le cuesta.

Tiene quince años y hay, además del trastorno en sí, toda una serie de cuestiones a nivel social, porque son chicos que son rechazados, son molestos. Al no poder prestar atención, no poder concentrarse, ¿qué hacen? lío, molestan a los demás.

Una pena porque al llegar a esa edad van apareciendo otros trastornos comórbidos, se va complicando.

-¿Realiza interconsulta para confirmar el diagnóstico?

Siempre hago una evaluación neurológica (en los casos en los que no son derivados por el neurólogo), electroencefalograma, siempre buscando descartar que no haya algo orgánico que esté ocasionando ese tipo de conductas.

También hago control de laboratorio, electrocardiograma, control clínico con el pediatra, siempre antes de empezar con la medicación.

En los casos de chicos que no han respondido, que uno introduce un cambio de medicación y no responden, que se empieza a pensar en algún otro diagnóstico, yo no dudo en derivar a un centro más especializado. No me quedo. Hay mucho por hacer con los chiquitos, es una pena perder tiempo, quedarse con lo que se está haciendo si no da resultados.

TRATAMIENTO

-¿Cómo inició el tratamiento?

Una vez que empezás con el tratamiento, en cuanto a medicación, hoy en día hay dos opciones que son las que más se usan, teniendo en cuenta un poco también el nivel económico de los padres. Hay dos estimulantes que se usan: metilfenidato y atomoxetina. Ésta última es bastante más cara. Hay chiquitos que además de TDAH tienen epilepsia y por ahí el metilfenidato los puede llevar a tener convulsiones y la atomoxetina presenta con menor frecuencia ese efecto adverso.

Funciona. Se empieza con mínimas dosis hasta llegar a la dosis que lo estabilice. El mínimo posible con el cual encuentres resultados, pero tampoco quedarse en la sub medicación: empezar con dosis bajas y decir no le hizo nada y quedarte con eso y suspender. Submedicar no sirve, hay que aumentar un poco hasta ver.

(Todo siempre dependiendo del peso, la edad).

Con niños pre escolares se dificulta un poco el tratamiento porque antes de los seis años la medicación no está aconsejada, entonces es todo terapia, terapia ocupacional, que a veces no alcanza. Hay que buscar otras alternativas.

-En caso de comorbilidad, ¿a qué trastorno se le dió prioridad para iniciar el tratamiento?

- ¿Cómo realiza el seguimiento del caso?

Además de la medicación, los chicos que tienen este trastorno funcionan bien siempre acompañados por la terapia. Por más medicación

que se de, sola no funciona. Para mí, en mi experiencia, como trabajo yo, con ningún chico doy sólo medicación. Todos los chicos que tengo medicados están en terapia conjuntamente.

Son nenes y con los chiquitos a veces es muy difícil cerrar un diagnóstico, van continuamente madurando y evolucionando en su crecimiento y vos no podés encasillar a un nene de siete, ocho años en un determinado trastorno porque por ahí va cambiando.

Lo más indicado en este tipo de trastornos es la terapia conductual, lo que más vemos nosotros que funciona, sumado por supuesto a todo lo que implica la orientación a padres, hablar en los colegios, contar de qué se trata, explicar que el niño con TDAH no hace eso porque quiere sino porque no puede hacerlo de otra manera, contarles un poco de qué se trata el trastorno y demás para que entre todos se pueda colaborar a que este niño esté un poco mejor

En lo que respecta a la medicación tratamos que descansen los fines de semana y en vacaciones. Más que todo para que recobren peso, a veces uno de los efectos es una baja de peso porque comen menos. No es significativa, pero aconsejamos el descanso. También a veces causa una reducción de la talla.

- Algún paciente paradigmático para comentar...

Ninguno en especial.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a las personas que formaron parte de este Trabajo de Investigación, sin cuya colaboración no hubiera sido posible alcanzar éste resultado final.

A los profesionales que desinteresadamente aceptaron realizar las entrevistas ofreciendo sus conocimientos, su experiencia y su tiempo.

Un GRACIAS muy grande a quienes lo dirigieron: La Esp. Liliana Bakker y la Lic. (y gran amiga) Josefina Rubiales. Gracias por guiarme, por estar siempre dispuestas y por haber aportado sus conocimientos para dar forma a este Trabajo de Investigación. Gracias por haber respetado mis tiempos en momentos difíciles.

Un agradecimiento muy especial a mi familia (papá, mamá y Diego) que acompañaron mi recorrido por ésta carrera. Sin ustedes tampoco habría llegado a éste momento tan importante para mí.

¡GRACIAS!!