



REVISIÓN: UN CASO DE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVITAT (TDAH)

Psicopatología clínica subyacente y propuesta de tratamiento.

AUTOR: Sara Polo Hernández¹

RESUMEN: Revisión de un caso diagnosticado de TDAH, psicopatología clínica subyacente y propuesta de tratamiento. El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, es uno de los más habitualmente diagnosticados en la actualidad en el ámbito de la psicopatología infantojuvenil. El presente trabajo supone una ejemplificación sobre estado actual de la cuestión en lo que al diagnóstico de TDAH se refiere. Se expone la controversia en cuanto a su etiología, su diagnóstico, su sintomatología, o su tratamiento, según el modelo desde el cual se aborde: modelo biomédico o modelo psicopatológico. Se estudia, se aborda y se critica el proceso de diagnóstico basado en factores neuroquímicos y el uso de psicoestimulantes como tratamiento generalizado y de primera opción desde el modelo biomédico. Se trata de contrastar con el proceso multifactorial (factores fisiológicos, psicológicos, relacionales) y la propuesta de tratamientos que plantea el modelo psicopatológico (psicoterapias, apoyo familiar y orientación educativa). También se aborda desde el modelo psicopatológico la teoría del apego como factor que predispone al desarrollo de posibles trastornos relacionados con la salud mental en la infancia y adolescencia, entre los cuales se encontraría el TDAH. Bajo esta línea del apego, se intenta esclarecer los posibles patrones vinculares presentes en la historia familiar del alumno y su posible relación en cuanto a la aparición y desarrollo del trastorno. Para ello, se emplea como instrumento de evaluación una versión reducida del cuestionario CAMIR (CaMir-R) para la evaluación del apego en adolescentes. Se expone pues, el abordaje del caso desde el modelo psicopatológico, con el objetivo de clarificar un diagnóstico adecuado en función de las necesidades que presenta el alumno y su entorno. Intentando, desde una perspectiva multidisciplinar, orientar la propuesta de tratamiento en los diferentes ámbitos: clínico, sociofamiliar y educativo.

Palabras clave: TDAH, controversia modelos, apego, diagnóstico psicopatológico, tratamiento.

¹ Psicoterapeuta en Clínica INDE, Orientadora escolar.

REVISIÓN TEÓRICA: INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe un tipo de trastorno en niños y adolescentes que se manifiesta en un conjunto de síntomas como inquietud motora, dificultad para mantener la atención y tendencia a la impulsividad. Desde la publicación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 3th and 4th ed.): DSM-III, y en el DSM-IV, se denomina trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En el actual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 5th ed.): DSM-V, de reciente publicación, se encuadra bajo la misma terminología, en el área de los Trastornos del neurodesarrollo, que engloba Discapacidades intelectuales, trastornos del Espectro autista, TDAH, Trastorno específico del Aprendizaje, Trastornos motores y trastornos de tics. Cabe destacar que, desde su publicación en este manual de clasificación, se ha ido extendiendo su diagnóstico de manera abrumadora. De esta forma, se considera como una enfermedad y se abarca principalmente desde un modelo biomédico, donde el tratamiento más habitual es el uso de fármacos psicoestimulantes, como el metilfenidato.

La publicación de los autores Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, sobre evaluación de tecnologías sanitarias, OSTEBA (2001), supone una exhaustiva revisión del estado actual de la cuestión en cuanto a la temática que nos ocupa. Se encarga de la evaluación de la situación asistencial y, en base a los resultados, propone recomendaciones terapéuticas para el abordaje del TDAH. Para su elaboración cuenta con la revisión sistemática de guías de práctica clínica internacionales, realiza una valoración crítica fundamentada en la investigación a partir del cuestionario AGREE y se fundamenta también en una revisión bibliográfica sobre el manejo del TDAH desde la Salud Mental y Atención Primaria en el contexto asistencial más próximo a la procedencia de los autores: el contexto estatal y de la Comunidad Autónoma vasca (lugar de procedencia de los autores de la publicación). De las Guías de Práctica Clínica, evaluadas por esta publicación (Lasa y Jorquera, 2001) son las que se exponen a continuación las que superarían la puntuación requerida en el cuestionario AGREE y se consideran muy recomendables por los profesionales entrevistados:

- Evidence Based Clinical Practice Guideline for Outpatient Evaluation and Management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Organization: Cincinnati Children's Hospital Medical Center.
- Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children and Young People. A national clinical guideline. Organization: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement (AAP) Attention deficit hyperactivity disorder; diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults Organization: National Institute for Clinical Excellence (NICE).

Sin embargo, tal como indican Lasa y Jorquera (2001) “las más diseminadas y citadas en la literatura revisada, tanto a nivel nacional como a nivel internacional son las de la American Academy of Pediatrics (AAP) y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), sociedades ambas con conocidos conflictos de intereses y relaciones de los expertos que elaboran sus guías con la industria farmacéutica”. Estas guías, en contraste con las anteriormente citadas, “obtienen puntuaciones muy bajas al aplicarles el cuestionario de valoración de los profesionales, por lo que su objetividad, puede ser cuestionada”. Según estos mismos autores afirman sobre el estado de la cuestión: “En la práctica asistencial actual conviven diferentes modelos de conceptualización en cuanto a la naturaleza y etiopatogenia del trastorno que reflejan criterios y hábitos diagnósticos y terapéuticos con diferentes puntos de convergencia y de divergencia”. De esta forma, en la situación actual se diferencian dos modelos a la hora de abordar el tema que nos ocupa. El primero es el modelo biomédico. Es un “modelo fisiológico”, que se basa en la clasificación sintomática y que enfatiza la “naturaleza neurobiológica” del trastorno y propone como tratamiento de primera opción, el farmacológico (empleando psicoestimulantes como el metilfenidato, el de uso mayoritario). Y el segundo es el modelo psicopatológico. Es un modelo que enfatiza la multifactorialidad de los trastornos de salud mental infantil y aborda la problemática desde una perspectiva multidisciplinar, dando prioridad a tratamientos psicoterapéuticos y socio educativos como tratamientos de primera opción en contraste con el modelo biomédico que propone el uso de fármacos como primera opción.

En relación al modelo biomédico y tratamiento farmacológico citado en el párrafo anterior, Ávila (2004) afirma que el metilfenidato “es un estimulante de la familia de las anfetaminas, que tiene el peligro potencial de crear hábito o favorecer el desarrollo de posibles adicciones”. Este mismo autor indica que “el riesgo del tratamiento farmacológico son los efectos secundarios del tratamiento: tales como disminución del apetito, retardo en el crecimiento, insomnio o desarrollo de tics”. Y además: “los riesgos de la medicación a largo plazo no están bien establecidos, ya que existe poca comunicación entre médicos, educadores y padres”.

Además, según Masías-Arias y Fiestas-Teque (2015), se puede relacionar la aparición de psicosis en casos de vulnerabilidad con el tratamiento por metilfenidato. Según los mismos autores “se ha reportado que a dosis muy altas e incluso normales, el metilfenidato puede producir entre sus efectos colaterales psicosis, usándose los términos de alucinosis o toxicosis como sinónimos para la psicosis inducida por estimulantes; dichos síntomas tóxicos pueden producirse en un 0,25% (1/400) de niños tratados con estimulantes”. E incluso afirman que “Es difícil predecir la aparición de los síntomas psicóticos en pacientes con TDAH, pues al parecer la reacción es idiosincrática, pero se ha visto que es común el antecedente de TDAH en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar”. Finalmente añaden que: “el riesgo de tener esquizofrenia en pacientes con TDAH es 4,3 veces mayor (95% CI 1,9–8,57) con respecto a la población general. Un estudio retrospectivo ha encontrado que un 17% de pacientes con psicosis presenta historia de TDAH y en otro se muestra que la comorbilidad de TDAH y esquizofrenia en niños y adolescentes llega hasta un 5%”. Y concluye que por este motivo es conveniente realizar una evaluación exhaustiva, previa a la prescripción del medicamento, para “descartar síntomas prodómicos de esquizofrenia o síntomas psicóticos por mínimos que sean”.

En la misma línea, en el documento a favor de una psicopatología clínica y no estadística (Manifiesto ASMI, 2014) se expone el acuerdo entre diferentes asociaciones y autores internacionales, y defiende que “en relación a la medicación, lo que está predominando es la medicalización de niños y adolescentes, en que se suele silenciar con una pastilla, conflictivas que muchas veces los exceden y que tienden a acallar pedidos de auxilio que no son escuchados como tales”. Es la perspectiva del modelo biomédico una vez más

la que diferentes colectivos y autores internacionales cuestionan, por su falta de ética y adecuación. Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001) señalan también que existe una inmensa cantidad de publicaciones debido al “llamativo impacto social y la rápida extensión de este fenómeno ‘epidémico’”, con multitud de variabilidad en cuanto a criterios diagnósticos, uso abusivo del empleo de fármacos, falta de información en cuanto a consecuencias a largo plazo o “acusaciones de medicalización excesiva de conductas infantiles normales en contraposición a quienes sostienen su infradiagnóstico”. Tras el problema de alarma social en el que ha derivado la cuestión, también manifiestan que se han intentado crear en diferentes países órganos cuya competencia sea la salud mental infantojuvenil, que den recomendaciones en cuanto al uso de fármacos para el TDAH.

Tal y como cita esta publicación Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001): “En nuestro país las autoridades sanitarias no han llegado a emitir ningún documento específico al respecto, a excepción de los concernientes a información sobre los principios activos autorizados para su indicación en el TDA/H, siendo de especial relevancia el reciente comunicado de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios respecto al empleo de metilfenidato a raíz del informe de evaluación de la seguridad de este medicamento encargado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)”. En EEUU se ha publicado un consenso entre expertos (NIH, ADHD Consensus, 1998) para exponer tales controversias y perfilar unas recomendaciones básicas ante la envergadura del problema”. Y en 2007, la Organización Mundial de la Salud y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios elaboraron un documento donde se trataba el tema del aumento del empleo de fármacos psicoestimulantes como tratamiento para el TDAH.

Según recogen Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001), en EEUU “los psicoestimulantes constituyen una proporción significativa del mercado de los psicofármacos, pues representaban casi el 10% ya en el año 2000, en Europa representaban alrededor del 0’5%; en 2001 la prescripción de psicoestimulantes en EE.UU. estaba en 6.488 UDE (unidades de dosificación estándar) por cada mil habitantes mientras que en Europa era de 364 UDE (Unidades de Dosificación Estándar) por cada mil habitantes”. Sin embargo, en países como Finlandia es mínimo. Este hecho vendría

condicionado porque “en Finlandia permanece la influencia del psicoanálisis”. También en Francia o Italia se emplean menos fármacos puesto que consideran que supone “drogar a los niños”. Estando restringida en Italia la prescripción de psicoestimulantes en cuatro centros.

Dada la gran controversia al respecto, los dos autores que venimos siguiendo realizan una revisión de las Guías de Práctica Clínica más utilizadas, y extraen las siguientes conclusiones:

- El TDAH supone, “una agrupación de síntomas muy prevalente en la infancia”.
- “Existen evidencias suficientes para relacionarlo con múltiples factores causales biológicos, genético-temperamentales, psicológicos y socio-educativos. El carácter interactivo de los factores....configura una variedad de formas clínicas con características evolutivas y necesidades terapéuticas, asistenciales y educativas múltiples y diversas”.
- “Existe una situación de colapso en los servicios de atención por la gran preocupación social”.
- “Siguen sin existir consenso entre profesionales... lo que ha generado cierta confusión y descrédito entre la comunidad médico-científica y la población general en cuanto a la credibilidad de lo relativo al TDA/H”.
- “La controversia existente en cuanto a quién es el o los profesionales adecuados para la detección, evaluación completa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos casos debería ser resuelta”
- “La tendencia asistencial actual apunta a una extensión creciente del tratamiento medicamentoso con psicoestimulantes que, dadas las elevadas y crecientes cifras de prescripción de metilfenidato”
- “Los datos apuntan a que en nuestro país no se están siguiendo las recomendaciones sanitarias más básicas y prudentes en cuanto a la prescripción de metilfenidato, como son las de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), y a que se realizan prescripciones fuera de las indicaciones autorizadas (offlabel), extendidas ya en otros contextos como el americano”.

La última conclusión de Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001) enlaza directamente con el caso que se expone en el presente trabajo, puesto que viene a decir que “debe prevalecer la premisa de atender a niños que presentan una sintomatología común pero insertada

en muy diversas estructuras psíquicas, dinámicas familiares e interrelaciones con el entorno. Se asume que: debido a las “necesidades asistenciales, educativas y terapéuticas diferentes, se precisa una evaluación exhaustiva y una atención personalizada. Sólo así podrá garantizarse la precaución de no cronificar ni medicalizar innecesariamente expresiones de la infancia que en muchos casos pueden abordarse con éxito con intervenciones terapéuticas de medios, intensidad y duraciones diversas”.

El modelo psicopatológico para el abordaje de los trastornos de salud mental infantiles entiende la multifactorialidad del trastorno e intenta atender desde una perspectiva global e integradora las dificultades que presentan los pacientes. Enfatiza los factores psicológicos y psicopatológicos y propone abordajes terapéuticos múltiples, no solo farmacológicos, que incluyan diferentes ámbitos en cuanto al tratamiento psicológico, familiar y escolar.

Ese es, pues, el objetivo del presente estudio de caso, proporcionar un ejemplo de cómo un tipo de estructura psíquica y dinámicas familiares concretas están en la base de la sintomatología diagnosticada como TDAH. Además, se pretende hacer visible desde un caso real la existencia de los dos modelos en cuanto al abordaje de este tipo de psicopatología, las dificultades que eso supone a nivel asistencial y el sufrimiento y desconcierto que la falta de acuerdo y controversia entre los diferentes profesionales puede suponer para los pacientes y sus familias.

El caso de M.S., analizado en el presente trabajo, se aborda desde el “modelo Psicopatológico”, y a lo largo de la revisión del caso se pretende contrastar con el “modelo biomédico”. La intención es valorar desde esta perspectiva psicopatológica, los diferentes componentes etiopatogénicos, y la estructura de personalidad que puede estar en la base del funcionamiento mental del paciente en concreto.

La publicación expuesta con anterioridad Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas (2001) supone una excelente recopilación de datos en cuanto a la situación actual, basada en la controversia entre los dos modelos de abordaje de la cuestión. Pero, desde la perspectiva psicopatológica, multitud de autores abordan el tema del diagnóstico de TDAH integrado en diagnósticos mucho más globales que tienen que ver con estructuras

de la personalidad y con etiologías multicausales, y que tienen en cuenta factores relacionales y del entorno, como predisponentes para el desarrollo de la sintomatología. A continuación se recogen aportaciones de diferentes autores en referencia a la psicopatología posible subyacente en casos que pueden presentar sintomatología de TDAH. Muchos aspectos de los que citan los autores coinciden con la problemática del caso que se expone en este trabajo.

Lasa Zulueta (2003) relaciona la vulnerabilidad hacia la psicosis con la sintomatología TDAH de la siguiente manera: «En la psiquiatría francesa, la noción de 'prepsicosis o de estados prepsicóticos' (Levovici y Diatkine, 1963; Diatkine, 1969) apareció en la psiquiatría infantil de orientación psicoanalítica para designar y delimitar clínicamente la personalidad de niños que presentaban cierta vulnerabilidad psíquica que los hacía susceptibles de descompensarse hacia una vertiente psicótica, y en particular a partir de la pubertad, esquizofrénica (...) las tres formas clínicas predominantes se caracterizan por la excitación y la hiperactividad; por la inhibición; y por lo que Diatkine denominó personalidad 'niaise' ('bobo' o 'lelo') ». Desde este punto de vista, la hiperactividad sería un síntoma más de diferentes estructuras de personalidad, alguna de las cuales podría derivar en prepsicosis, como en el caso que se expone en este trabajo. En esta publicación (Lasa Zulueta, 2003) se citan también varios autores más como R. Misés o Palacio- Espasa, que hablan de diferentes elementos a tener en cuenta en la organización de la personalidad en estos alumnos. R. Misés, desarrolla el concepto de Personalidad Límite e incluye diferentes elementos que considera fundamentales para el diagnóstico, como: “Fallos precoces en el apoyo y contención maternal, fracasos en el registro transicional, defectos en la elaboración de la posición depresiva, fracaso en la elaboración neurótica y vulnerabilidad a la pérdida objetal, fragilidad en la organización y equilibrio narcisista, trastornos del pensamiento y la simbolización, trastornos instrumentales y cognitivos. (pg. 37-39 de la publicación anteriormente citada (Lasa Zulueta, 2003). Según la publicación Lasa Zulueta A. (2003) citando a Palacio-Espasa (1994): habla también de Organizaciones Borderline. Expone que existe: “grave trastorno de la identidad junto con las fluctuaciones globales del funcionamiento mental, el uso intermitente pero duradero de mecanismos de defensa primitivos (de tipo psicótico), y los importantes trastornos de la simbolización y el pensamiento (por la irrupción

del funcionamiento psicótico-proceso primario)” y habla de “polimorfismo sintomático” para expresar la confluencia de multitud de expresiones, que en cada etapa se pueden manifestar de manera diferente. Desde disarmonías evolutivas en los primeros momentos con retrasos no homogéneos en el desarrollo, vinculados con trastornos del apego, hasta gran hiperactividad, euforia, excitación en las primeras etapas, trastornos de conducta más adelante y conductas violentas, e inhibición posterior, con tendencia al aislamiento o despegamiento afectivo”. (pgs 42-43). La sintomatología descrita, vuelve a coincidir con el caso del presente estudio (ver interpretación de los dibujos: trastorno de simbolización y proceso primario, anamnesis: retrasos no homogéneos en el desarrollo como el control de esfínteres o conductas violentas en el entorno familiar, e inhibición en el escolar)

Este mismo autor, Palacio-Espasa (1994) al que se hace referencia en Lasa Zulueta (2003), afirma que:” Estos cuadros pueden ir hacia una organización “paradepresiva” o “paraneurótica” o hacia una personalidad límite a largo plazo, cuando la conflictiva depresiva es más intensa. Pg. 43. Y en la pg. 48, citando a Kerberg P., el autor describe que la opinión de esta autora coincide con la suya propia: “sospechamos (en numerosos casos) una organización borderline de la personalidad en niños con déficit de atención-hiperactividad” (Lasa Zulueta 2003). El caso que nos ocupa coincide con la opinión del autor en cuanto a la organización borderline de la personalidad del alumno. Enlazando con la importancia de las primeras etapas del desarrollo, como citaba Palacio-Espasa en referencia a las disarmonías en el desarrollo con retrasos no homogéneos(Lasa Zulueta2003)basados en alteraciones del apego, se expone a continuación el trabajo del autor Felipe Lecannelier, que desarrolla en sus libros sobre el Apego: Tomo I (Lecannelier, 2006) y Tomo II (Lecannelier, 2009), su teoría sobre la importancia de las primeras relaciones para la salud mental infantil. Este autor señala que: ”El no reconocimiento del niño como ser mental genera la transformación de la rabia en violencia” (Lecannelier, 2009) Pg. 205. Coincide con A. Lasa (2003) que cita: “la falta de contención que deriva en explosión en un intento de hacerse ver por parte del niño y posteriormente puede derivar en pasividad inhibición y aislamiento”. Así mismo Felipe Lecannelier en su publicación (2009) señala que: “cuando esta falta de reconocimiento se vuelve crónica, los niños desarrollan un estilo controlador y

castigador para relacionarse con sus figuras de apego”. Pg. 205 (Lecannelier, 2009). Vuelve a coincidir este aspecto con el caso que nos ocupa, puesto que después de etapas de mayor frustración, el alumno adopta actualmente una actitud más aislada e inhibida. En la misma línea, este autor expone que: “el desarrollo del patrón desorganizado desemboca en la edad preescolar y escolar en una actitud agresiva, punitiva e inadecuada que intenta controlar la conducta de los otros. El niño externaliza partes negativas y torturantes de su persona, proyectándolas en los otros... (Lecannelier, 2009 Pg. 207).

Otra autora, Beatriz Janín (2004), en la misma línea, plantea que el déficit de atención y la hiperactividad tienen que ver con trastornos de la estructuración subjetiva. Poniendo de nuevo el énfasis sobre las cuestiones relacionales y ambientales, a la base del desarrollo del “trastorno”. Según la autora

“los padres tienden a repetir con los hijos las marcas que sus propios padres dejaron en ellos, fundando en el otro caminos erógenos, privilegiando vías narcisistas, transmitiendo normas e ideales....” “Lo reprimido retorna, desde el niño, en forma de síntoma o en funcionamientos que esbozan el armado de un síntoma”. (de la anamnesis de este caso se extrae violencia familiar en el entorno paterno).

Pi Navarro V. (2003) también relaciona los niños con trastornos de personalidad con los síntomas de déficit de atención o hiperactividad, de la siguiente manera: “Los niños con trastornos en la personalidad, en realidad, tienen deficiencias en el área emocional y en el área cognitiva, pero también en el esquema corporal, en el área sensorial, en el área verbal y en la social. También pueden tener enfermedades y disfunciones corporales. Por eso se les confunde con deficientes mentales, niños con afasias, o con enfermedades como epilepsias, lesión cerebral, retraso psicomotriz, o por sus síntomas en: adictos, sordos, antisociales, déficits de atención, hiperactivos o disléxicos...” (en el caso del alumno del presente estudio, estas deficiencias en, lo emocional, lo cognitivo, lo sensorial y lo social que son manifestaciones del trastorno de la personalidad del alumno, se ha confundido bajo el sistema rígido de clasificación del modelo biomédico, con un TDAH). Este autor, por su experiencia desde el campo de la clínica y el educativo, plantea intervenciones clínico-educativas, que tienen en cuenta las necesidades globales del niño

y su entorno: familia, escuela, familia, etc. Abarcando así, los múltiples ámbitos de intervención, aspecto que es uno de los objetivos del presente trabajo.

A modo de resumen, en el caso que se expone en el presente trabajo, se puede observar tras el análisis de la documentación empleada para el estudio, varios de los elementos anteriormente citados por diferentes autores como la falta de contención maternal (Grinberg y col., 1972), las dificultades en el desarrollo de la intersubjetividad (Janín, 2004), las disarmonías o retrasos evolutivos de las primeras etapas (Lasa, 2003), la vulnerabilidad a la pérdida objetual o los trastornos del pensamiento y la simbolización junto con los trastornos instrumentales y cognitivos (Vicente Pi, 2003). Los fallos en los procesos transicionales (Winnicott, 2009) y el predominio de la posición esquizo-paranoide, junto con la identificación proyectiva (Segal y col., 1979), así como la falta de función alfa (Grinberg y col., 1972), también se observan en el caso y se abordarán más adelante en las propuestas de intervención.

ABORDAJE EMPÍRICO

A continuación, se presenta la descripción del caso, con los aspectos más relevantes para su abordaje desde la perspectiva del modelo psicopatológico.

El paciente M. S. es un varón de 15 años de edad que estudia segundo curso de Educación Secundaria Obligatoria en el Instituto de un pueblo del interior de Valencia. Actualmente repite el curso por dificultades de aprendizaje. Está diagnosticado de TDAH desde la infancia y medicado con psicoestimulantes desde los 5 años. Presenta síntomas de desatención, dificultades de relación y comunicación social, apatía y desinterés por las relaciones y el aprendizaje, dificultades en los procesos de simbolización y por tanto dificultades de aprendizaje, con adaptación curricular individual significativa (nivel curricular inferior al que correspondería para su curso) en las áreas de Castellano y Valenciano, y dificultades, aunque no significativas, en matemáticas, por lo que va al taller de matemáticas para reforzar en pequeño grupo los contenidos mínimos de la asignatura. A lo largo de su desarrollo ha manifestado retrasos en hábitos básicos de autonomía, como el control de esfínteres, así como dificultades de atención, de relación y alteraciones de la conducta (sueño, oposición, negativismo, baja tolerancia a la frustración y conductas autolíticas).

El motivo de la demanda es la preocupación de la madre por la falta de información sobre la evolución de su hijo en el Instituto, relacionada con sus dificultades de comunicación y a su vez, la preocupación por la negativa de su hijo a asistir al centro educativo.

La familia está compuesta por el alumno, los padres y una hermana pequeña de 9 años. Proviene de un entorno rural, con recursos sociales y económicos suficientes. La familia materna tiene un negocio propio y el padre trabaja como asalariado en un restaurante. El nivel cultural es básico; los padres tienen estudios primarios. Existe interés de los progenitores hacia la educación y el bienestar de los hijos.

La familia extensa materna está compuesta por tres hermanas y la madre (abuela del alumno). La abuela fue criada por una madre de leche en otro pueblo alejado, puesto que su propia madre murió en su parto. Hija única del matrimonio, volvió con el padre biológico con 12 años al pueblo de origen. Desde entonces hasta la actualidad, existe vínculo afectivo con la familia "de leche". La madre del alumno los considera como sus primos y sus tíos. Hace poco falleció el "abuelo de leche" del alumno, y fue un duro golpe para él. El abuelo materno murió hace años, y la madre no da muchos detalles sobre él en la entrevista. Sí manifiesta que en su familia existen muy buenas relaciones y "todos somos una piña".

La abuela materna prácticamente ha criado al alumno por la falta de tiempo de los padres a causa del trabajo. También la tía materna ha estado muy presente en la historia de desarrollo del alumno, y se infiere de las conversaciones con él, que existe vínculo de apego seguro con su tía. Podría hipotetizarse la falta de función alfa por parte de la madre, que el alumno suple con la figura de la tía. Esta tía materna tiene, a su vez, una niña de la edad del alumno, y siempre han sido comparados por la familia y por los padres, causando gran malestar en el alumno, pues la alumna es exitosa en todos los ámbitos y él no. Han ido juntos a clase y han compartido los mismos círculos y aficiones. Esta situación ha causado gran angustia en el alumno prácticamente hasta el presente curso, en el que se han distanciado más por la repetición de curso.

La familia extensa paterna está compuesta por el padre, que es el menor de 4 hermanos varones. Según él manifiesta, su propio padre siempre ha sido muy

egoísta y muy especial. Explica haber recibido palizas de su propio padre. Pero a pesar de ello, es muy sociable y abierto. Ha trabajado desde muy joven para buscarse la vida y salir de casa, e intenta, aunque "sin maltratar", como él expresa, aplicar normas a sus hijos el tiempo que puede estar en casa. Según expresa él, los abuelos paternos nunca se han hecho cargo de los nietos, a causa del carácter egoísta y despreocupado del abuelo, aspecto que ha hecho sufrir a la abuela. Manifiesta también ser el más sociable de los hermanos, siendo los dos mayores más extraños de carácter, más introvertidos, retraídos y con dificultades para relacionarse. "Esta es una situación típica de la reproducción del síntoma, tal y como se explica el concepto en Janin (2011)".

b. Historia de Desarrollo: Según una entrevista con la madre, existieron problemas en el parto. Este le fue inducido cuando faltaban tres semanas para el término, por pérdida de líquido. La madre no fue consciente de la situación. Según manifiesta: "salió morado". La alimentación del niño fue artificial; se alimentaba bien, pero parecía que no se nutría. Siempre presentó un bajo peso.

Nunca durmió bien, ni de noche ni de día. La madre lo dormía en la cuna, la abuela al brazo: "Yo lo cogía lo justo, si no había más remedio. Le gustaba al brazo". "Empezó a dormir bien cuando empezaron a medicarlo, a los 5 años". Hasta los 5 años, no se estableció una rutina de sueño (iban y venían de noche, el niño y la madre del sofá a la cama). El padre trabajaba por las noches, y según manifiesta la madre: "me ponía muy nerviosa". Puede inferirse en estas palabras la falta de función alfa por parte de la madre y en consecuencia la falta de contención que daría lugar posteriormente a la piel psíquica (Grinberg y col., 1972 sobre las ideas de Bion). Podría inferirse del trastorno del sueño, que quizá existió una posición simbiótica entre la madre y el hijo (imposibilidad de dormir solo) y ausencia del padre (además la ausencia del padre es la sensación permanente del alumno]). Estos patrones de relación familiares, son característicos de la psicopatología psicótica (madre simbiótica y padre ausente, (Pi Navarro, V. 2003).

La dificultad para separarse del objeto, puede estar en la base de las dificultades de simbolización. No se puede representar el objeto en su ausencia, de ahí la rigidez, falta de flexibilidad, incluso el apego a conductas y objetos consoladores (concepto Winnicot) por el fallo

en el desarrollo del objeto transicional (no ha existido). Las relaciones con los objetos y otras personas son simbióticas, al igual que la relación con la madre (no hay diferenciación).

En lo relativo al lenguaje, podemos decir que tuvo un desarrollo temprano del lenguaje, y además con corrección y amplitud de vocabulario. Este aspecto es propio de niños caracteriales. Para estos el lenguaje es rico y fluido, pero vacío de emoción y afecto, debido a la ausencia de vinculación; el lenguaje se utiliza de manera mecánica, para conseguir intereses, no para realizar un intercambio relacional por el placer de compartir con el otro. En el sistema de clasificación DSM-IV, este rasgo sería significativo de S. Asperger (ahora en DSM.V. TEA Nivel 1). Empezó a hablar correctamente muy pronto, sobre los 10-11 meses. Siempre ha hablado con corrección. Incluso con palabras rebuscadas o técnicas (“de pequeño le decían si quería ser político”). Actualmente presenta una comprensión del lenguaje literal, teniendo dificultades en cuanto a la simbolización del lenguaje: metáforas, dobles sentidos, sentido del humor... En una discusión el padre le dijo exagerando que le iba a tirar de casa y él se hizo la maleta “con lo básico para sobrevivir: linterna, agua, pañuelos, brújula, guantes, cuerdas”. No le gustan las bromas “hay uno muy pesado que me hace bromitas y no me gustan”.

El desarrollo motor ha transcurrido dentro de la normalidad, aunque ha presentado cierta torpeza psicomotriz y falta de motivación por deportes y actividad física a lo largo de su desarrollo.

Cabe destacar en cuanto al desarrollo afectivo que no existió episodio de angustia del extraño, acontecimiento crítico en cuanto al desarrollo socioemocional. Podría interpretarse, a raíz de este hecho, una vinculación con la figura de apego, deficiente o de escasa calidad. La falta de contacto ocular desde niño también ha estado presente y como consecuencia de todo esto, la falta de interés por las relaciones con iguales.

El control de esfínteres fue tardío. Al entrar al colegio todavía se presentaba falta de control tanto de la micción como de la defecación. Supone un retraso no homogéneo (como expone Lasa A. 2003), puesto que no ha existido el mismo nivel de desarrollo en las diferentes áreas.

En el juego parece que han existido comportamientos también mecánicos y repetitivos. Utilizaba los juguetes con simbolismo, aunque parece que de manera mecánica y repetitiva con algunos intereses particulares (por su intensidad): los coches, de manera rígida y obsesiva. Y hoy en día continúan siendo su centro de interés, ya que le gustaría ser mecánico de coches. Sin duda, ha mostrado un interés especial por este tema, para el cual sí ha desarrollado habilidades de atención y memoria.

c. Historia Clínica: En general la salud del alumno ha sido buena, según manifiesta la madre. Aunque hay dos episodios de enfermedad, espontáneos, que llaman la atención. Uno fue de pequeño, una especie de reacción alérgica al chupar la hebilla de un cinturón con el que jugaba para ponerlo como carretera de los coches. Y otro fue una reacción en el día de una procesión, donde llevaba el vestido comunión (se hinchó, por lo que tuvieron que acudir a que le pincharan al centro de salud). La madre manifiesta que fue un “ataque de paperas”, sin embargo llama la atención la intensidad de la reacción y el momento de aparición (un momento de angustia para el alumno, pues según manifiesta él mismo, no quería salir en la procesión).

Sólo ha estado hospitalizado una vez, para ser operado de fimosis; él manifiesta haberlo vivido con normalidad. Llama la atención también el hecho de que presenta daltonismo, sin que hayan antecedentes familiares. En cuanto a antecedentes de enfermedades mentales, estas no existen, al menos con diagnóstico conocido. Pero el padre sí refiere rasgos de carácter rígidos, con dificultades para las relaciones sociales y expresión de afectividad en su familia de origen y hermanos.

De la historia clínica se extrae el diagnóstico médico actual: Trastorno por Déficit de Atención, con seguimiento y medicación desde los 5 años de edad. Actualmente medicado con Concerta 5mg (una por la mañana). Según manifiesta la madre, gracias a la medicación acude a la escuela, de lo contrario no podría. Según refiere la madre, fue un bebé inquieto e irritable. Con dificultades en la conducta de sueño y bajo peso, y parece que alguna dificultad en cuanto a la alimentación. (“comía bien, pero no aumentaba”).

Parece, por los datos que se infieren de la entrevista con la madre, que no existió episodio de angustia del extraño. Podía irse con cualquiera y no extrañaba a la madre o a la figura de apego. Este hecho presenta un factor de

alarma a tener en cuenta, puesto que la no existencia del episodio de angustia del extraño, se considera factor de riesgo a nivel psicopatológico. Podría ser un indicador de un estilo de apego no seguro hacia la figura materna. Desde pequeño tuvo rabietas y dificultades en cuanto a la tolerancia a la frustración. Ha tenido episodios de conductas autolesivas, ante la angustia sobrevenida en situaciones relacionales por la frustración. Tuvo un episodio en el instituto en que manifestó su intención de querer “ser malo” hacia los demás (“me tengo que hacer malo”), intimidando con objetos lesivos.

Siempre ha presentado dificultades para relacionarse con iguales. Desde pequeño, no quería ir al colegio y era motivo de negativa y rabietas. Siempre tuvo dificultades para el juego social (“como si tuviera miedo a los otros niños”). Actualmente, sigue manifestándolas, aunque no se siente cómodo con ese aspecto de su personalidad. Es consciente y le gustaría ser de otra manera, pero encuentra dificultades para interactuar y compartir intereses. Se aísla y observa a los demás. Aunque no rechaza el contacto ni las interacciones, incluso las agradece, sí tiene dificultades para iniciarlas y mantenerlas. No le gusta asistir a acontecimientos donde hay demasiada gente, como fiestas o centros comerciales, y tampoco se siente cómodo para salir con el grupo de iguales. Según manifiesta la madre “como si tuviera miedo de lo que hacen los demás”.

En el ambiente familiar hay dificultades sobre todo en cuanto a la relación con su padre y con su hermana. Él percibe a su padre como hostil, no soporta sus demandas ni sus indicaciones o gritos, etc. Podría interpretarse en cuanto a la relación con el padre, que éste supone para él el objeto persecuidor externo (concepto M.Klein) que desorganiza la experiencia y causa angustia y malestar. El objeto es percibido como parcial y malo (persecuidor), no hay mecanismos que permitan sentir al objeto en su totalidad. “El temor a una desintegración y una destrucción totales está en la raíz de los desórdenes esquizofrénicos y esquizoides y la ansiedad latente posee una naturaleza catastrófica” (Melani Klein)

Con respecto a la hermana, al principio llevó bien su llegada, pero, según manifiesta la madre, ha ido sintiendo cada vez más celos, a medida que se ha hecho mayor (la madre llega a sentir miedo de una posible agresión hacia la hermana). Él la vive como muy intrusiva y eso le genera gran angustia; no soporta

que se meta en sus juegos y se entrometa en sus cosas. Tampoco soporta cargar con reprimendas por asuntos de los que ha sido ella responsable. Podría interpretarse como otro objeto persecuidor que causa sensación de falta de control, angustia de desorganización. Supone otro objeto parcial, persecuidor externo.

La relación, no es de la misma naturaleza con la madre. A la madre la demanda y con ella tiene comportamientos infantilizados, regresivos de etapas anteriores del desarrollo. Podría interpretarse aquí la relación simbiótica, la falla en el proceso transicional y la introyección de un objeto parcial, en este caso no persecuidor, pero sí idealizado. Es excesivamente demandante y preocupado en cuanto a la relación con la madre. Parece un estilo de apego ansioso-preocupado. Busca a la tía materna cuando tiene problemas para que “le relaje”, y podría interpretarse que existe un vínculo de apego más saludable con esta última.

Comparte actividades (atletismo) con su prima hermana, aunque parece que lo hace más por agradar que por su interés. A menudo los han comparado. La madre le incita a realizar la actividad, con la intención de que salga de casa y se relacione.

M.S ha presentado temor y negativa a asistir a la escuela desde el principio de su escolarización. Siempre ha manifestado escaso interés por las relaciones sociales con iguales. Aunque ha estado integrado, siempre ha sido con dificultades a la hora de iniciar y mantener las interacciones. Actualmente, en el entorno escolar se muestra aislado y retraído, compartiendo intereses solamente con un igual. Según manifiesta la madre, en primero de Primaria, por un accidente, al alumno le enyesaron la mano y “desde entonces le cogió miedo a que los niños fueran brutos”.

Actualmente, presenta dificultades de aprendizaje, debido principalmente a la escasa capacidad de simbolización. Podría desenvolverse mejor a nivel cognitivo, pero la escuela no es de su interés y es inflexible en cuanto a sus intereses, aunque hace muchos esfuerzos por adaptarse y conseguir un rendimiento óptimo dentro de sus posibilidades, con el fin de agradar a sus figuras de apego.

M.S No tiene un buen autoconcepto. Se percibe extraño, diferente. En el dibujo de la figura humana se observa “querría darle la mano a alguien, no ser tan antisocial”.

No quiere que la hermana le imite porque “no quiero que salga como yo”. Se siente identificado con el padre, y en la entrevista constantemente hace alusiones “soy casi el 99% como mi padre: gritamos, llevamos gafas, él también era hiperactivo, también era así de pequeño. Ahora pierde los nervios por nada, lo paga con nosotros”. Sin embargo, lo rechaza. Podría interpretarse la identificación proyectiva de Klein: se proyectan aspectos del Yo que no gustan en el otro. Parece que ambos lo hacen con el otro; el hijo con el padre y el padre con el hijo. Partes de la propia personalidad que no se pueden asumir, se proyectan en el otro y se rechazan.

De los datos obtenidos en la anamnesis podría inferirse que hubo alguna dificultad para establecer un vínculo de apego seguro. Quizá por los problemas en el parto, por el temperamento del recién nacido, por las características de las figuras de apego o por la propia historia relacional de los padres con sus propias figuras de apego. Parece que existió falta de función alfa, falta de contención de las angustias del bebé. Tal como cita Pi Navarro, V. 2003 pg. 42: “Bion llamó función alfa al proceso de conversión de los elementos sensaciones en elementos psíquicos. Los símbolos son continentes de las sensaciones corporales, y la función Alfa tiene el objetivo, de al acumularse las sensaciones en la mente, darles significado”. Podría haberse dado una relación simbiótica aunque desajustada y con falta de contacto sensorial, con la madre en ausencia del padre (se infiere por las verbalizaciones del alumno, en las entrevistas y también en los resultados del cuestionario CaMir que evalúa las representaciones del apego en la adolescencia), según manifiesta la madre: “lo cogía lo justo, cuando no había más remedio”. El padre según manifiesta el alumno, “nunca ha estado, siempre trabajando”

Según Bion (Grinberg y col., 1972), las primeras representaciones mentales (Sentir afecto-Sentir sensación) se modulan a través de la sensoriomotricidad (y en este caso ha faltado contención a nivel sensorial) para dar paso después a la imagen visual y la palabra. Si hay fallos en este proceso de elaboración del pensamiento, puede darse falta de carga afectiva, vincular y de simbolismo (en la imagen visual, en la palabra), convirtiéndose la estructura de pensamiento en rígida y vacía de contenido emocional. La falta de función alfa y contención por parte de la figura de apego, y el consecuente desarrollo de un vínculo de apego preocupado-ansioso o desorganizado, pueden

ser hipótesis a considerar en cuanto al abordaje del caso. Además, parece que la figura paterna ha ejercido un papel desestabilizador en el desarrollo emocional del alumno, percibiéndola como intrusiva y amenazante. El miedo y la desconfianza parece que han estado presentes en el desarrollo del alumno, bien por hechos manifiestamente reales, o bien por la particular manera de vivir la realidad del alumno (rigidez, inflexibilidad, desconfianza, comprensión literal del lenguaje, patrón sensorial anómalo...). Según manifiesta la madre “al padre le habla mal”, “se enfada cuando le despiertan o le molestan”. Él dice “mi padre me corrige, me lo dice de una manera que me sienta mal, como si estuviera enfadado, como si lo hiciera todo mal, seguro que no se da cuenta”

También vive con desconfianza y recelo la figura de la hermana, puesto que al igual que al padre la vive como intrusiva. Al hablar de ella, lo hace con rabia y tensión. Le molesta mucho que le llamen la atención por su culpa, que se salte las normas, que no le digan nada, que le interrumpa y le toque sus cosas, que le imite “mi hermana es un trasto en miniatura, se tira encima cuando me duele la espalda” “me insulta, me pega, no hace caso de lo que le dicen” “me siento con ganas de que se la lleven y no la devuelvan, me hubiera gustado un hermano, más tranquilo” La corrijó “me da asco que haga ruidos comiendo, se sienta de rodillas...” La hermana se burla y a él no le gusta, se sobresalta y le dice “se me puede parar el corazón”. Según manifiesta la madre “tengo los cuchillos escondidos”. Él y su hermana nunca se quedan solos, quisiera que ella no estuviera, siempre pregunta dónde va a estar la hermana o qué va a hacer. A temporadas está más agresivo con ella.

Tanto el padre como la hermana son vividos por el alumno como “objetos perseguidores” (terminología Klein). La falta de mecanismos para integrar los objetos como totales hace que estos objetos se introyecten como parciales perseguidores, mientras que la madre se introyecta también como parcial, pero idealizada. Como se ha mencionado anteriormente, el alumno ha presentado algún episodio de querer llevar a cabo conductas autolíticas. Las conductas autolíticas, según Winnicot (***) , podrían representar una falla en cuanto a la consolidación de espacios y objetos transicionales sanos y adecuados a la edad de desarrollo. Se podría hipotizar que al no haber desarrollado un vínculo saludable con la figura de apego, no se ha podido

transitar adecuadamente a través de los espacios y objetos transicionales, fijándose en conductas repetitivas y mecánicas que actuarían como objetos y espacios consoladores y no transicionales (terminología de Winnicott). Las conductas autolíticas suponen, conductas de repetición, como el objeto consolador, que no permite la elaboración de las emociones, es una conducta repetitiva que al contrario de lo que pueda parecer, produce cierto bienestar porque se tiene la sensación de control de pertenencia, al no haber objeto y/o espacio transicional que permita el movimiento de una posición a otra, cada vez más evolucionada y adaptada. No existe avance, superación o proyección saludable.

Es un comportamiento rígido y repetitivo que ofrece una falsa sensación de control y produce una respuesta la excitación y el dolor, que podría interpretarse que para el paciente son más adaptativas que la sensación de vacío, de desestructuración, de pérdida de control. En este aspecto convendría trabajar sobre espacios y/u objetos transicionales no lesivos, trabajar la elaboración de la pérdida de un espacio u objeto a otro más elaborado y adaptativo, con el fin de eliminar la rigidez e inflexibilidad que supone la adhesión a ese mecanismo y hacer la respuesta más adaptada y más flexible.

Este proceso hace referencia a los conceptos de: Posición depresiva-posición esquizoparanoide (M. Klein): M.S. transita entre las dos organizaciones. Cuanta más angustia acumula se encuentra más en posición esquizo-paranoide (desconfianzas, miedos, agresividad, aislamiento y conductas repetitivas). Cuando se encuentra más cómodo muestra una posición depresiva (interacciona, verbaliza, da sentido a su experiencia... siempre acompañado por la verbalización del adulto, haciendo función de espejo).

La falta de simbolismo que supone la incapacidad para distanciarse del objeto y la realidad, hace que existan intereses particulares que se caracterizan por ser rígidos y repetitivos. En el caso del alumno, sus intereses son: los coches, la mecánica y los videojuegos. El videojuego puede suponer para él una fuente de descarga que libera angustias y ansiedades (el personaje del videojuego también está solo, tiene que matar para conseguir elementos que le permitan vivir, todo son formas cuadradas -“me encanta lo cuadrado”-, todo se construye con formas cuadradas y el personaje

está formado por cuadrados... Refleja rigidez, rasgos obsesivos, repetitivos, inflexibles, mecánicos....). También le gustan los legos (hace coches, helicópteros), tiene una vitrina donde los tiene ordenados. Y el canal Discovery.

En sus intereses sí tiene preservadas todas las funciones mentales: atención, memoria, concentración. Desde pequeño, ha tenido mucha memoria en cuanto a sus intereses: de manera mecánica y repetitiva, al detalle (piezas de coches, marcas...)

Conclusiones anamnesis:

Llama la atención la presencia de psicopatología desde muy temprano. Las alteraciones en la conducta de sueño, y alteraciones conductuales (rabieta, comportamientos fóbicos, dificultad en la separación...) han estado presentes desde el principio del desarrollo. La madre manifiesta “con cuatro años ya se quería tirar por la ventana y a los coches por no ir al colegio”, “Tenía rabieta por todo”. La psicopatología estuvo presente desde muy temprano, y al diagnosticar un TDAH con pauta de medicación, nunca se intervino sobre la angustia y el malestar del niño. Su sufrimiento psíquico nunca se ha abordado mediante una psicoterapia que le haya permitido elaborar sus angustias y ansiedades. Dar oportunidad de transformar elementos beta en alfa (concepto de Bion: Grinberg y col., 1972), bajo un encuadre contenedor, mediante el establecimiento de un vínculo saludable con el terapeuta promovería una experiencia emocional diferente, y con ello la transferencia y generalización.

Según la Clasificación Diagnóstica 0-3 del National Center for Clinical Infant Programs (1998), se tendría que haber tenido en cuenta un posible trastorno relacionado con la relación (colérica-hostil o ansiosa-tensa).

Se puede inferir de los datos obtenidos en la anamnesis que el niño presentó psicopatología relacionada con posibles trastornos de la relación (según Criterios Clasificación 0-3). Al no ser atendida su sintomatología, y adormecer con la medicación su expresión, ha permanecido de manera crónica. Los síntomas se han ido modificando según la etapa del desarrollo, pero la angustia, el aislamiento, la rigidez y las dificultades de relación, siempre han estado presentes. Se confirma uno de los objetivos del presente trabajo: manifestar

la insuficiencia del modelo biomédico a la hora de abordar la evaluación y diagnóstico de este tipo de psicopatología, o en general de cualquier trastorno relacionado con la salud mental infantil.

La adolescencia es una etapa crítica en cuanto a desequilibrios psicóticos, cuando existe una mayor vulnerabilidad. La psicosis se manifiesta ante la frustración, ante acontecimientos que exigen responsabilidad y movilizan defensas paranoides. Y en el caso de este alumno, habría que realizar una intervención multidisciplinar adecuada a sus necesidades, con el fin de evitar un recrudecimiento de la sintomatología, que podría plantear serio riesgo para la integridad psíquica y/o física, de él mismo y/o de otras personas.

PROCEDIMIENTO

A través de la demanda de la madre, se inició el proceso de evaluación del alumno, mediante la recogida de información con instrumentos varios como entrevistas familia-alumno, pase de pruebas, revisión de informes anteriores, coordinación Salud Mental Infantil, observación en contexto natural, observación en la relación con la evaluadora, observación en la relación con adultos, con iguales, con familia.

Objetivos del estudio:

Tal como se cita en el resumen, “El presente trabajo supone una ejemplificación sobre estado actual de la cuestión en lo que al diagnóstico de TDAH se refiere “. Pretende a su vez contrastar los diferentes modelos en cuanto al abordaje del trastorno, para defender mediante la ejemplificación del caso, el modelo psicopatológico por su amplitud, y adecuación a la hora de abordar la psicopatología infantojuvenil.

Además de los objetivos generales otros objetivos más específicos en cuanto al caso, se enumeran a continuación:

- Evaluar al alumno en su globalidad para contrastar y descartar el diagnóstico médico actual de TDAH, con el fin de demostrar la sobregeneralización de este diagnóstico, y esclarecer, con la justificación necesaria, la psicopatología clínica subyacente.
- Evaluar la correlación entre patrones educativos familiares, vínculos afectivos, estilo de apego que

puede estar en la base de la psicopatología para intervenir en cuanto al desarrollo de patrones vinculares saludables, fomentando competencias parentales óptimas con la familia.

- Definir y establecer un diagnóstico clínico adecuado a las necesidades del alumno y de su familia, con el fin de orientar lo mejor posible la respuesta asistencial (orientación familiar, orientación escolar, orientación clínica, e intervención psicoterapéutica con el alumno).
- Establecer una propuesta de tratamiento ajustada a las necesidades del alumno y su entorno, basada en la gestión de estrategias que permitan la contención emocional y, con ello, el bienestar tanto del alumno como de su entorno (familia-escuela).

Instrumentos de Evaluación aplicados a los padres:

Entrevista o anamnesis haciendo hincapié en la historia familiar, clínica, educativa, relacional...

Instrumentos de Evaluación aplicados al alumno:

A continuación se describen los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos aplicados para la evaluación de las necesidades del alumno.

a. Evaluación Psicopedagógica:

La evaluación psicopedagógica tiene como objetivo evaluar las necesidades educativas especiales del alumno y realizar una propuesta sobre la mejor respuesta educativa para atender sus necesidades. De la evaluación psicopedagógica se extraen las siguientes conclusiones: capacidad cognitiva dentro de la media (aunque con resultados más bajos en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento, aspectos afectados en procesos de falta de atención y rendimiento escolar). Su estilo de aprendizaje manifiesta un ritmo lento, se muestra demandante de ayuda, con dificultad para trabajar en grupo, y dificultades de atención, aislamiento, actitud tranquila, pasa inadvertido para sus compañeros, no inicia relaciones, se muestra contento y sigue las normas. Diagnóstico psicopedagógico (según clasificación DSM-IV): TDAH, con predominio Déficit de Atención F 90.8. Coincide con diagnóstico médico emitido por el Hospital de referencia. Se propone Adaptación Curricular Individual Significativa en Castellano y Valenciano y que sea atendido por el maestro especialista en Pedagogía Terapéutica.

b. Cuestionario Evaluación Apego. CAMIR reducido.

Los autores: Nekane Balluerka, Fernando Lacasa, Arantxa Gorostiaga, Alexander Muela y Blaise Pierrehumbert desarrollan en su artículo, una versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego (Nekane Balluerka y col, 2011). El artículo realiza una revisión del cuestionario CAMIR, para elaborar modelo de autoinforme con carácter retrospectivo, de más fácil aplicación. En el artículo (Nekane Balluerka y col, 2011), se justifica la necesidad de evaluar la representación del estilo de apego desde la aplicación de un cuestionario, en este caso el CAMIR, y realiza una revisión de ese instrumento con la intención de hacerlo más reducido y así facilitar su aplicación, en la población adolescente a la que va dirigido.

De la aplicación del cuestionario CaMir-R se extraen las siguientes conclusiones, respecto al alumno estudiado (tras un análisis cualitativo de las respuestas del alumno):

1. Dimensión “Seguridad”: puntuaciones medias.
2. Dimensión “Preocupación Familiar”: puntuaciones altas.
3. Dimensión “Interferencia de los padres”: puntuaciones que reflejan más acuerdo.
4. Dimensión “Valor y Autoridad de los Padres”: puntuaciones altas, acuerdo total.
5. Dimensión “Permisividad Parental”: puntuaciones medias, que expresan acuerdo parcial.
6. Dimensión “Autosuficiencia y rencor contra los padres”: punt. altas acuerdo casi total.
7. Dimensión “Traumatismo Infantil”: puntuaciones variadas; no peso importante.

Así pues, se puede concluir que las dimensiones en las que el alumno puntúa más alto son las de preocupación familiar, interferencia de los padres, valor de la autoridad de los padres y autosuficiencia y rencor contra los padres. Este perfil de respuestas, con mayor peso en estas dimensiones, se correspondería, según los criterios del artículo con un estilo de apego inseguro: tanto preocupado (Dimensión “Interferencia de los padres” y “Preocupación Familiar”) con síntomas internalizantes, como evitativo (Dimensión “Autosuficiencia”), con síntomas externalizantes (en ocasiones, aunque predomina más en este caso la internalización). Los resultados se corresponden con la

personalidad del alumno. La mayor parte del tiempo, se muestra pasivo (síntomas internalizantes), pero en ocasiones tienen o ha tenido explosiones de rabia con el fin de evitar situaciones que le producían angustia o malestar (síntomas externalizantes. Por tanto parece ser que habría existido según la representación del alumno, un patrón de apego inseguro, lo cual supone un factor de riesgo en el desarrollo de la psicopatología y los síntomas que presenta.

c. Técnicas Proyectivas: dibujo libre, dibujo familia, dibujo persona.

El dibujo es una herramienta básica para el diagnóstico y evaluación en los procesos de salud mental infantil. El dibujo es en el niño, lo que la asociación libre en el adulto en psicoterapia. Como así lo afirman diferentes autores en sus publicaciones. Pi Navarro, V. por ejemplo, en su publicación cita: “Las imágenes mentales que nos aportan los alumnos en sus dibujos o en sus historias, son expresiones de sus propios objetos internos, y es importante detallar sus particularidades para averiguar, posteriormente en nuestra intervención de asesoramiento y consulta terapéutica, sus transformaciones”. (Pi Navarro, V. 2003). Y Taborda y Abraham en otra publicación citan: “Las pruebas gráficas muestran los aspectos más profundos de la personalidad, dado que el lenguaje que en ellas surge está menos sujeto al control voluntario consciente.” (Taborda y Abraham 2004).

Por ello, en el presente trabajo se intenta realizar una interpretación de los diferentes dibujos del alumno (dibujo de la persona, dibujo de la familia, dibujo de la casa, del árbol y dibujo libre), como instrumento en cuanto a la evaluación y diagnóstico del alumno.

Conclusiones sobre la interpretación de los dibujos. Los rasgos principales que se observan son: la falta de simbolismo (separación del objeto y falta de elementos alfa que organizan y dan sentido a la experiencia), la rigidez (formas angulosas, trazos rectos y firmes, movimiento rígido...) el aislamiento (se observa en el dibujo de la casa, la persona y el árbol), la tendencia a la fantasía (se ve en la distribución de los dibujos en la hoja-parte superior y también en el dibujo libre-fantasía de guerra) esta tendencia a la fantasía produce aislamiento y evasión de la realidad, evitación del sufrimiento de la relación.

En el dibujo de la persona se observa la dificultad para la relación y el vínculo. El cuerpo es rígido y robótico, el continente que controla el contenido. Se sabe y se manifiesta solo (aislado). En actitud de comunicar, expresa su deseo de relacionarse y de comunicar, pero sus dificultades en cuanto al vínculo, no se lo permiten. En el dibujo de la familia se observan rasgos paranoides: sentimiento de vigilancia (todos le miran a él, y él mira a los demás). En una relación sana no existe necesidad de mirar, porque no existe desconfianza (se vigila al objeto perseguidor). La madre tiene también una mirada extraña (un ojo de frente y el otro de reojo). Otra vez se observa falta de función alfa (podría interpretarse como madre desconcertante no realiza función de transformar elementos beta y dar sentido, no eliminar angustias). El primer continente es el abrazo y el segundo la mirada (en este caso parece que han fallado ambos). El dibujo es inquietante por la incongruencia (mirada vigilante y sonrisas). Se percibe la simbiosis con la madre en sus verbalizaciones (“pienso en estar con mi mami, estoy con ella en el sofá y la abrazo”). No hay espontaneidad: no hay movimiento ni interacción entre ellos.

En el dibujo libre se ve su historia de vida. Su vida es una guerra y así lo manifiesta. Corresponde a la posición esquizo-paranoide (violencia, destrucción, amenaza y desconfianza). Igual que en el dibujo de la familia, se observa desconfianza y vigilancia. Con alienígenas que vienen a apoderarse de la vida y las riquezas del mundo. Se manifiesta muy destructivo (armas, misil, cañón...). Expresa una vez más la incapacidad para simbolizar, para transformar la angustia. La angustia se hace presente en el dibujo. Percibe toda esa angustia y conflictividad en su existencia y no la puede elaborar, dar sentido.

En el dibujo de la casa, se muestra defensivo (ventanas cerradas), con dificultades para la relación (puerta pequeña y cerrada), con falta arraigo-estabilidad (falta línea de suelo, casa, flotando), paredes altas y definidas (necesidad de autocontrol), tendencias paranoides y necesidad de control del exterior (claraboya en el techo), aislamiento (casa solitaria, sin accesorios-árbol, camino... que manifiesta vacío ambiental, solo vive una persona: es el personaje del videojuego con el que se identifica y su perro).

En el dibujo del árbol, una vez más se observa el aislamiento (el árbol está solo), la rigidez y obstinación (tronco largo y líneas rectas), tendencias regresiva con

necesidad de protección o miedo a una parte de la personalidad que puede desmoronarse, la tendencia a la fantasía (tronco alto), la falta de seguridad (falsa línea de base, por eso utiliza la línea de la hoja como base del dibujo),

La falta de simbolismo en los dibujos, tal como cita Grinberg en su publicación “Introducción a las ideas de Bion” esa expresión de falta de elementos alfa y presencia de elementos beta: “Los pacientes que presentan serios trastornos en su capacidad de pensar son considerados, a la luz de este modelo, como poseyendo una función-alfa deteriorada...En su lugar, predominarán los elementos-beta que subyacen a la tendencia a las actuaciones y a usar el pensamiento concreto, debido a la incapacidad de simbolizar y de hacer abstracciones” pg 60. (Grinberg y col., 1972).

En el caso de este alumno, a través de los dibujos, una vez más, se interpreta la falta de elementos alfa que den significado a la experiencia, estando presentes elementos beta (sensaciones, afectos,... sin conciencia) De aquí surgen tanto los trastornos de relación por la incapacidad de separarse del objeto de manera sana (simbiosis con la madre) como de los trastornos del aprendizaje (incapacidad para dar sentido, interpretar, asimilar, globalizar... manifestando dificultades de comprensión, atención, memoria...). La falta de elementos alfa, se relaciona según el modelo de Bion, con la falta de contención materna, la falta de función alfa (significar los procesos del bebé, significar los elementos beta) Dificultad para separarse de lo concreto, de la sensación y representar el objeto en su ausencia. Igualmente en esta publicación (Grinberg y col., 1972), se cita: “es necesario destacar que Bion considera la tolerancia a la frustración como un factor innato de la personalidad del bebé y, por tanto, de gran importancia en el proceso de formación de pensamientos y en la capacidad de pensar” “La capacidad de formar pensamientos, dependerá entonces de la capacidad del niño para tolerar la frustración.” “En cambio su intolerancia a la frustración en lugar de modificarla, y lo que debería ser un pensamiento queda como un objeto malo, indistinguible de una “cosa-en-sí-misma”, adecuado sólo para ser evacuado”. Pg 64. Las conclusiones en cuanto a la interpretación de los dibujos, son congruentes con los datos obtenidos mediante los diferentes instrumentos: entrevistas, observación, cuestionario de apego y test de personalidad. Están presentes elementos comunes como: el aislamiento, la

desconfianza, la vigilancia, la preocupación, la angustia, la agresividad, la rigidez... Todos aspectos paranoides y psicóticos, que manifiestan la personalidad del alumno.

d. APQ 16-PF Cuestionario de Personalidad para adolescentes

Según los criterios de corrección de la prueba, se extraen las siguientes conclusiones:

De los resultados obtenidos en la Dimensión Extraversión, se concluye que el alumno es una persona autosuficiente que es calculadora y no espontánea, con cierto nivel de vigilancia y cautela (eso le puede hacer parecer distante y aislado), serio y tímido al mantenerse al margen y no ser espontáneo. En cuanto a la Dimensión Ansiedad, el alumno se percibe y manifiesta como una persona ansiosa, con baja estabilidad emocional y alto nivel de vigilancia. Los resultados en la Dimensión Dureza se corresponden con una persona con exceso de objetividad que implica falta de sensibilidad, reservada en el trato, lo que implica distancia emocional y poco abierta al cambio lo que puede implicar conductas mecánicas o repetitivas. En cuanto a Abstracción, podría interpretarse que pudiera ser por la utilización de la fantasía como mecanismo de evasión y aislamiento. En cuanto a la Dimensión Independencia, podemos concluir que es una persona poco independiente que no se arriesga, que se acomoda, se cohibe, es tradicional sin apertura al cambio, y a su vez vigilante lo que implica independencia y distanciamiento y con tensión que también implica distancia. En la Dimensión Autocontrol, es en la que se observa falta de congruencia entre las escalas. En algunas puntuaciones en base a la característica de autocontrol y en otras en la categoría persona desinhibida. Es auto controlado en cuanto a atención a las normas, apertura al cambio, y animación. Es desinhibida en perfeccionismo (tolera el desorden), abstracción (podría interpretarse por la fantasía), y afabilidad (la prueba valora una persona fría como desinhibida, impersonal, distante).

La prueba evalúa también la percepción que el alumno tiene sobre dificultades cotidianas. Y se concluye a través de los resultados que el alumno presenta un alto grado de malestar personal, tal como indican las subescalas de: desánimo (PC80), preocupación (PC 75), imagen sobre sí mismo (PC 80) y disconformidad general (PC 80). Y en cuanto a la percepción de meterse en problemas: destaca la subescala autoridad (PC 80),

que indica dificultades con la autoridad (puede haber obtenido este resultado por las dificultades de relación con el padre). En la subescala Ira, obtiene un PC de 60, lo cual indica que a pesar de las dificultades percibidas, en este momento no hay sensación de falta de control por ira. En cuanto a los totales de dificultades percibidas, el alumno percibe dificultades en alto grado en todos los ámbitos: Dificultades en casa (PC 80), Dificultades en el colegio (PC80) y Afrontamiento deficiente (PC80). Será necesario tener en cuenta su percepción en cuanto a las dificultades a la hora de diseñar las propuestas de tratamiento y estar muy atentos a su evolución puesto que puntuar alto en desánimo y dificultades, supone un factor de riesgo a tener en cuenta. Los resultados del cuestionario de personalidad, son coherentes en cuanto a la observación y los datos recogidos de las demás pruebas, entrevistas, anamnesis. El alumno se caracteriza sobre todo por falta de extraversión (lo que implica introversión aislamiento y conductas internalizantes), alta ansiedad (lo que implica preocupación, vigilancia, falta de estabilidad emocional) y escasa independencia (lo que implica tensión, vigilancia, escasa capacidad de adaptación y apertura al cambio).

e. Pruebas para la evaluación del Trastorno Espectro Autista.

El alumno obtiene en ambas pruebas, puntuaciones que según los criterios de corrección de las mismas, indican la sospecha de rasgos propios de Síndrome de Asperger.

- Escala Autónoma para la detección del S. Asperger. Obtiene una puntuación en la escala de 48, siendo la puntuación promedio de 3. Según los criterios de corrección de la prueba, existe sospecha cuando la puntuación directa se acerca a 36 (el máximo es 72), y la puntuación promedio se acerca a 2 (el máximo es 4). Las puntuaciones se acercan e incluso sobrepasan a la puntuación criterio, lo cual manifiesta la presencia de indicadores que hacen sospechar T. Asperger.
- Escala Australiana para la detección del S. Asperger y el autismo de alto nivel de funcionamiento. El alumno obtiene una puntuación de 3.88. Una puntuación entre 2-6 indica que se hace necesaria una valoración más exhaustiva puesto que existen indicadores para el diagnóstico de S. Asperger.

f. Escala francesa de clasificación de los trastornos

mentales 0-3. National Center for Clinical Infant Programs 1998. (con carácter retrospectivo).

Según algunos datos extraídos de la anamnesis, podría hipotetizarse atendiendo a los criterios de la escala, en el Eje I: Diagnóstico Primario: un posible Trastorno afectivo por ansiedad 201 “Niveles excesivos de ansiedad o miedo en el infante deambulador, más allá de las reacciones esperables a los desafíos normales del desarrollo”. Un posible: Trastorno de la regulación de tipo I: Hipersensible, negativo y desafiante 401 (“Pautas conductuales: negativista, obstinado, controlador y desafiante; dificultad para las transiciones; prefiere la repetición al cambio. Patrones motores y sensoriales: hiperreactividad al contacto y los sonidos; capacidades visoespaciales intactas; capacidad para el procesamiento auditivo comprometida; buen tono muscular y aptitud para la planificación motriz; presenta algún retraso en la coordinación motriz fina”. También un Trastorno de la conducta de sueño 500 (“Tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño. Puede también tener problemas para calmarse y manejar las transiciones entre los diferentes niveles del dormir y el despertar”) o un Trastorno del relacionamiento y la comunicación Patrón C 703

En el Eje II: Trastornos de la Relación: Relación colérica-hostil 904 .o Relación ansiosa/tensa 903.

g. Criterios Diagnósticos DSM-V y Diagnóstico posible.

De los datos recogidos a lo largo del proceso de evaluación, se puede inferir el diagnóstico actual posible según DSM-V: T. Espectro Autista Grado 1. (Anteriormente T. Asperger) y podría hipotetizarse que por las características borderline del alumno, si se dieran acontecimientos que desequilibran la vida psíquica del alumno, podría derivar en un T. esquizoide de la personalidad o en un T. esquizotípico. (DSM V A.P.A. 2013).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Intervención Psicoeducativa:

Desde el presente trabajo, y dadas las necesidades del alumno, se propone un modelo de intervención, basado en el modelo clínico (psicopatológico), y el psicopedagógico (modelo constructivista-cognitivista y del aprendizaje significativo). El modelo constructivista, basado en teóricos relevantes en el ámbito educativo como Piaget o Vigotsky, va en

paralelo al modelo clínico, pues respeta y trabaja todas las áreas del desarrollo, y se ajusta a las necesidades psicoemocionales de los alumnos.

Tal como cita Coll C. en su publicación (Coll, Palacios, Marchesi 2001) “La idea original del constructivismo es que el conocimiento y el aprendizaje son, en buena medida, el resultado de una dinámica en la que las aportaciones del sujeto al acto de aprender juegan un papel decisivo” “El conocimiento y el aprendizaje no son pues nunca el resultado de una lectura directa de la experiencia, sino más bien el fruto de la actividad mental constructiva mediante la cual, y a través de la cual, las personas leemos e interpretamos la experiencia”. Tanto el modelo psicopatológico, como el constructivista, ponen énfasis en la perspectiva relacional, como fuente de los procesos mentales, emocionales, cognitivos. El alumno construye su propio aprendizaje en función de su potencialidad (zona de desarrollo próximo Vigotsky), su interacción con el ambiente (enfoque relacional del aprendizaje: Vigotsky...) mediante la asimilación y acomodación de los aprendizajes y la movilización de los esquemas preexistentes para la formación de nuevos (concepto de Piaget). Esta perspectiva del aprendizaje basada en la interacción, es congruente con la orientación psicológica de autores psicoanalíticos como Bion, Winnicott, Klein, Pi. V... (citado anteriormente). Los conceptos de asimilación, acomodación, significatividad son congruentes con los de transformación de elementos beta en alfa, a los elementos ya existentes (beta) se añadirían nuevos (alfa) para dotar de significado y transformar (nuevos esquemas), mediante un objeto que ejerza la función alfa (profesor). En este sentido, cabe destacar, la importancia de utilizar metodología basada en la imagen mental: promover la formación de imágenes mentales adecuadas ayudará al proceso de asimilación-acomodación y la reestructuración de los esquemas (Piaget) en base a nuevas imágenes mentales. Se puede trabajar pues, a partir de viñetas, cómic, historias sociales, ordenador, videojuegos, video....

En el caso de M.S. sería muy importante reparar sobre la calidad del vínculo establecido con la persona encargada del apoyo educativo. Para restablecer la función alfa y con ello la integración y globalización de los aprendizajes. Ejerciendo función alfa: Función del doble (Pi V. 2003), se trabajaría la contención y con ello la comprensión, autorregulación de las emociones y en consecuencia las habilidades sociales y de relación. Tal

y como cita este autor: "Destacamos que la propuesta de las reeducaciones no están basadas en el aspecto cognitivo. Tienen que partir de lo emocional para llegar a lo cognitivo o lo curricular. El aprendizaje formal es experiencia emocional, pero en los niños con problemas de personalidad el vértice cambia. Lo cognitivo solo es un soporte de la relación y del desarrollo mental que es ante todo emocional". (Pi V. 2003). Dentro de la programación curricular, también se podrían plantear actividades de grupo donde trabajar dialógicamente situaciones sociales, a ser posible reales, surgidas en las dinámicas de grupo.

La metodología debería ser totalmente experiencial y manipulativa basada en proyectos (talleres y metodologías prácticas) donde fomentar la adquisición de competencias básicas, trabajando de manera global e interdisciplinar, con el objetivo de dar sentido a la experiencia de aprendizaje, ofrecer estructura e integrar de esa manera los aprendizajes. Por ejemplo mediante talleres prácticos relacionados con sus centros de interés. Un ejemplo podría ser: taller de mecánica o tecnología, donde construir con sus propias manos maquetas o prototipos de coches o maquinaria que le gusta y le motiva. El trabajo por proyectos responde de manera individualizada a las necesidades del alumno en todas las áreas del desarrollo, potenciando de esa manera el desarrollo socioemocional y favoreciendo en consecuencia la autonomía y autoestima del alumno. Al adaptarse los proyectos a la zona de desarrollo próximo del alumno, se ve reforzado el sentimiento de autoeficacia y con ello la autoestima. Desde la perspectiva del trabajo por proyectos se trabajan y se integran de forma natural en el desarrollo de la actividad todas las competencias básicas que recoge la normativa actual en el ámbito educativo: competencia matemática, competencia lingüístico-comunicativa, competencia social y ciudadana, competencia en emprendeduría e iniciativa personal, competencia en aprender a aprender. Trabajar por proyectos, desde la zona de desarrollo próximo y a su vez ejerciendo contención desde la función alfa del educador, ayudará además a trabajar el simbolismo. Proporcionando experiencias de aprendizaje cada vez más abstractas, con el apoyo de la imagen visual, y desde un vínculo de seguridad (que facilite la separación segura del objeto-educador) ayudaremos al desarrollo de procesos simbólicos cada vez más complejos (de conceptos más concretos a conceptos más abstractos/de interacciones con el objeto más rígidas a interacciones más abiertas). Todo ello favorecerá la seguridad en

cuanto a los procesos de aprendizaje y en cuanto a la relación, minimizando la inseguridad, la frustración y con ello el miedo y la desconfianza. En relación con lo anterior Pi V. cita en su publicación (Pi Navarro, V. 2003), acerca de "la catástrofe" presente en todo proceso psicótico: "el cambio catastrófico es imprescindible para el desarrollo mental e implica las consecuencias por el tránsito necesario por contextos desconocidos que requieren desorganización y derrumbe de estructuras o significados anteriores para tener nuevas adquisiciones. El cambio catastrófico tiene que ver con el desarrollo mental...(enlaza con procesos de asimilación.-acomodación y movilización de esquemas de la teoría del aprendizaje de Piaget). Se debe tener en cuenta también la adecuada estructuración del tiempo y del espacio, para promover el orden, y la comprensión de las situaciones, eliminar fuentes de estrés y desorganización, todo ello fomentará la contención emocional y la regulación emocional en consecuencia.

3.3.2. Intervención Sociofamiliar: Sería conveniente a su vez trabajar con la familia para estimular competencias parentales positivas para el desarrollo psicoemocional de M.S. Ayudar a los padres a comprender y aceptar las necesidades de su hijo (incrementar la sensibilidad hacia las necesidades del alumno). Acompañar en la gestión emocional del impacto que puede suponer un nuevo enfoque en el diagnóstico de la patología de M.S. el duelo por la pérdida de "hijo imaginario" es uno de los aspectos que pueden estar a la base de las dificultades en cuanto a las dinámicas familiares. Al no reconocer los padres, por desconocimiento, las necesidades de su hijo, no ha habido adecuada respuesta a esas necesidades, ni sincronía en la respuesta, etc. Por tener una idea de hijo, unas expectativas, no coherentes con la realidad. Este hecho, puede haber contribuido al mantenimiento de la psicopatología y al desarrollo de un estilo de vinculación que no ha resultado de base segura para M.S. Habría que trabajar pues, el proceso de duelo de los padres, y la aceptación de las necesidades de su hijo. También puede que tengan peso los factores hereditarios, pues de la anamnesis, se desprenden rasgos de rigidez y dificultad de relación en la familia paterna, así como historia de falta de función alfa en la familia materna. En este sentido puede que estén presentes factores genéticos y factores de transmisión intergeneracional de patrones de apego inseguros. Además, las dificultades de M.S en cuanto a la comprensión de la comunicación no verbal y la comprensión literal e inflexible, hacen que se produzca un estado de confusión y frustración permanente entre todos los miembros de la estructura

familiar. M.S no se siente entendido y se frustra, con gran angustia e incapacidad para elaborar sus emociones, por su excesiva rigidez y literalidad. Existe pues un clima familiar, que puede suponer un factor de riesgo en cuanto al recrudecimiento de la sintomatología del alumno, si no se interviene. Mediante videofeedback de dinámicas familiares, se podría trabajar sobre la mentalización en los padres, de los propios estados emocionales, y de la comprensión de los estados emocionales de M.S. promoviendo así la comprensión de las situaciones de conflictividad e incorporando poco a poco estrategias de comunicación que permitan la adecuada resolución y abordaje de esas situaciones. También se trataría de esta manera, de incrementar la capacidad de contención emocional de los padres hacia M.S, reestableciendo la función alfa. Se puede plantear también un trabajo terapéutico con la unidad familiar (el grupo), El acompañamiento emocional realizado por el terapeuta, servirá como base segura, para la expresión y la comunicación de los estados emocionales del grupo. El terapeuta sería un dinamizador de la experiencia de toma de contacto con esa, sensibilidad y sensibilidad hacia las demandas de los otros miembros de la unidad familiar. Y el objetivo, lograr un equilibrio de convivencia y relación saludable entre los diferentes miembros, favoreciendo poco a poco la adquisición de competencias relacionales positivas que implicarían por parte de los miembros: mejorar sus niveles de mentalización, y automentalización, sensibilidad y sensibilidad, y capacidad de contención, hacia las necesidades propias y de los demás y sincronía e las respuestas.

Intervención Psicoterapéutica Individualizada:

A nivel individual, convendría trabajar sobre aspectos anteriormente citados como: función alfa para la transformación de elementos beta en alfa a través de la relación con el terapeuta, trabajo del autoconcepto y la autopercepción a través de la elaboración del concepto de falso self, las identificaciones proyectivas mediante dramatizaciones, los espacios y/u objetos transicionales, a través del vínculo seguro con el terapeuta, a través de la transferencia y generalización de la relación terapéutica, Mediante técnicas como: dramatizaciones, juegos dialógicos, trabajo de el doble (para hacer la función e espejo), la imagen visual a través del dibujo o cómic, cuentos, historietas...La falta de proceso simbólico que se manifiesta en las dificultades de aprendizaje: se puede trabajar mediante el juego,

las representaciones, el distanciamiento saludable del objeto para romper la simbiosis, asociando con sensaciones positivas agradables, en el ambiente de la intervención (seguro y relajado) con el vínculo con el terapeuta (seguro) y la función alfa de este..... ir rompiendo la simbiosis, el apego ansioso a lo real y lo concreto, para pasar a la separación tranquila y con ello la permanencia de la imagen menta, la representación del objeto en su ausencia (objeto total malo/bueno)... Mejorará a su vez la transición (objetos y espacios transicionales), el movimiento de objetos y espacios más rígidos y repetitivos, a otros más adaptados adecuados a su desarrollo, donde ir avanzando entre espacios y objetos (desaparecerán conductas autolíticas, perseveraciones, pensamientos repetitivos.....) Con M.S.,se podría trabajar también a nivel sensorial para favorecer el desarrollo de funciones ejecutivas y a su vez el vínculo con el terapeuta: actividades sensoriales de relajación, actividades y juegos psicomotrices que impliquen secuencias, estructuración.... El objetivo de la terapia sería, fomentar su capacidad de adecuada interpretación y relación con el entorno e incrementar su bienestar emocional, al reducir su frustración por la falta de comprensión. Incrementar sus competencias relacionales y de automentalización para ser consciente de sus necesidades y sus posibilidades de relación con el entorno. Desarrollar estrategias para reducir y gestionar la angustia y la frustración, la ira y la falta de contención. Fomentar herramientas que le permitan formas sencillas de autorregulación y autocontención....

CONCLUSIONES.

El presente trabajo supone una ejemplificación de la gran controversia actual en cuanto al abordaje del diagnóstico de TDAH, desde su etiología a su evaluación, hasta los criterios diagnósticos y las propuestas de tratamiento. El modelo biomédico asume como único factor etiológico la predisposición biológica y el origen neuroquímico de la sintomatología. En consecuencia aborda el tratamiento desde la prescripción de psicofármacos, como el metilfenidato (la anfetamina más utilizada en el tratamiento del TDAH) como tratamiento generalizado de primera opción. Su uso se ha multiplicado exponencialmente de manera alarmante en los últimos años, contrariamente a lo que recomiendan algunas de las Guías de Práctica Clínica más valoradas por diferentes profesionales del ámbito de la salud mental infantil. En el momento actual,

multitud de profesionales intentan con argumentos sólidos y científicos, frenar la sobre medicalización imperante en cuanto al TDAH. Sin embargo, sistemas de clasificación rígidos y reduccionistas como el DSM-V, facilitan enormemente el sobre diagnóstico, puesto que propician un diagnóstico rápido y deficitario, que no tiene en cuenta la pluralidad de factores intervinientes en el desarrollo del trastorno.

El sobre diagnóstico, con la consecuente sobre medicalización, supone un grave riesgo a nivel global en cuanto a la salud mental infantil, puesto que la medicación tiene graves efectos secundarios, que no han sido estudiados a largo plazo, y ni siquiera asegura que la sintomatología psicopatológica se cure, sino que incluso se cronifique, se adormezca según la etapa, o se agrave en el transcurso del desarrollo por un abordaje deficitario e incorrecto. El uso de la medicación como tratamiento de primera opción, sin el intento si quiera de intervenir a nivel clínico, familiar y educativo sobre el mundo afectivo del niño, supone un grave maltrato hacia la infancia, pues se vulneran algunos de los derechos básicos de los niños como: el derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social, el derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada, o el derecho a la protección contra cualquier forma de abandono, crueldad y explotación (según la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1959. Unicef 1991.). El abuso de la medicación supone una desprotección por los numerosos riesgos, y supone un abordaje cruel, pues el uso generalizado no se justifica, cuando no se agotan otro tipo de tratamientos. El modelo biomédico resulta insuficiente para comprender la complejidad de la evaluación y tratamiento de la psicopatología infantojuvenil. Se justifica pues una compleja y necesaria coordinación de todos los profesionales que atienden a la población infantojuvenil. Sería necesario un protocolo exhaustivo y detallado de constitución y coordinación de equipos multidisciplinares, para el análisis de necesidades de la zona de actuación, desarrollo de programas de prevención, la detección, intervención y tratamiento y seguimiento de los alumnos y sus familias, desde los diferentes ámbitos (clínico, social, escolar, familiar, individual...).

En la mayoría de ocasiones, tras el diagnóstico de TDAH se esconden diversas estructuras de personalidad con mayor o menor grado de patología.

Es necesario abordar desde una perspectiva global y pluridisciplinar el trastorno de la personalidad y no tratar aisladamente el síntoma, pues de lo contrario no se ofrece una respuesta que atienda a las necesidades reales de los alumnos y sus familias. De lo contrario, se están obviando trastornos psicológicos que pueden resultar de alta gravedad, y pueden tener consecuencias serias en cuanto a la integridad psíquica y/o física de los pacientes y/o su entorno. El caso expuesto en el presente estudio, supone una ejemplificación clara y contundente de lo dicho anteriormente. Tras un abordaje psicopatológico, mediante una evaluación que tiene en cuenta la pluralidad de factores intervinientes en el desarrollo del trastorno (evaluación de los vínculos familiares, de la historia de desarrollo y sociofamiliar, y del estado emocional actual del alumno), se observa una estructura de personalidad límite/caracterial, que de no abordarse de la manera correcta puede suponer un riesgo para la salud psíquica y/o física del alumno y/o su entorno. Se demuestra, por tanto, que el abordaje biomédico resulta erróneo e insuficiente, y que el TDAH no debe ser el diagnóstico principal (rígido y aislado) sino que hay que tener en cuenta la multitud de factores mencionados en el párrafo anterior. El déficit de atención se debe interpretar pues como un síntoma de un trastorno global de la personalidad, del sufrimiento psíquico que presenta el alumno. Tal y como exponen numerosos autores en la actualidad, solo el modelo psicopatológico puede abordar la problemática desde su complejidad, pues tiene en cuenta la pluralidad de factores intervinientes en el desarrollo de los trastornos de la salud mental infantojuvenil. La propuesta de tratamiento que se sugiere en el presente estudio, responde a las necesidades del alumno y su entorno en todos los ámbitos: individual, familiar y educativo. Bajo una intervención de tipo clínico, psicosocial y educativa, se consigue dar respuesta a las necesidades globales del alumno y su entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author. (Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, (2000). Manual de Diagnóstico y estadísticas de desordenes mentales, (4ª ed. revisada). Washington, DC: Autor.)

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Avila M.E. (2004) Datos y reflexiones acerca del uso del metilfenidato (Ritalín) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista Facultad de Medicina UNAM. Vol 47, Nº 001 Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12765>
- Coll C. Palacios J., Marchesi A. (2001). Desarrollo psicológico y educación. 2. Psicología de la educación escolar. Psicología y Educación. Madrid. Alianza Editorial.
- Dossier informativo sobre la campaña internacional a favor de una psicopatología clínica, que no estadística. (2014) Disponible en: <http://www.asmi.es/arc/doc/Manifiesto%20a%20favor%20psicopatolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%202015%20BCN%20BA.pdf>
- Janín. B. (2011). El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. . México. 1º Edición. Colección conjunciones. Noveduc libros del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.
- Janín. B. et. Al. (2004) Niños desatentos e hiperactivos. ADD-ADHD: reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. . México. 1º Edición. Colección conjunciones. Noveduc libros del Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L
- Lasa Zulueta A. (2001). Hiperactividad y Trastornos de la Personalidad. I Sobre la Hiperactividad. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 31/31, 5-81. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/articulos/lasa-hiperactividad-trastornos-personalidad.pdf> .
- Lasa Zulueta A. (2003). Hiperactividad y Trastornos de la Personalidad. II Sobre la Personalidad Límite. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 35/36, 5-117. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/articulos/lasa-hiperactividad-trastornos-personalidad2.pdf>
- Lecannelier F. (2006). Apego e intersubjetividad I. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Chile. LOM ediciones.
- Lecannelier, F. (2009). Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: Teoría del apego. Chile. Primera edición. LOM Ediciones.
- Leon Grinberg, Daria Sor, Elisabeth Tabak de Bianchedi (1972). Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires.Colección Psicología Contemporánea, dirigida por Jorge Rodríguez. Ediciones Nueva Visión.
- Masias Arias, L. Fiestas-Teque, L. (2014). Psicosis desencadenada por metilfenidato en un adolescente con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Rev Neuropsiquiatría, Lima, v.77, n. 3, jul. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000300006&lng=es&nrm=iso
- National Center for Clinical Infant Programs. 1998 Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. Clasificación diagnóstica: 0-3. Buenos Aires. Paidós.
- Balluerka N. (Universidad del País Vasco), Lacasa F. (Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona) Gorostiaga A., Muela A. (Universidad de Mondragón) y Pierrehumbert B. (Universidad de Lausanne) (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. Psicothema. Vol. 23, nº 3, pp. 486-494 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG Disponible en: www.psycothema.com
- Pi Navarro, V. (1995) Adaptaciones Curriculares. Los procedimientos en la construcción del aprendizaje. Valencia. Promolibro.
- Pi Navarro, V. (2003). Experiencias con autistas, psicóticos y caracteriales. La mano de Dios. Valencia. Promolibro..
- Pi Navarro, V. (2005). Reeducción en el espectro autista. Trastornos generales del desarrollo en instituciones educativas.Valencia Promolibro.

- Pi Navarro, V. (1992). Adaptación curricular en el uso de los dibujos libres. Revista Información Psicológica. Nº 50.

- Segal H.. (1979). Melani Klein. Glasgow. Publicada por: Fontana, Collin W. Sons and Co.Ltd Traducción: Monica Quijada Mauriño. Disponible en: www.elortiga.org

- Taborda A. Abraham M.A. (2004). El CAT y el dibujo libre como recurso diagnóstico de grupo psicoterapéutico de niños. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 37/38, 113-130. Disponible en: www.seypna.com/articulos/cat-dibujo-vinculo.

- Unicef. (1991). Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf

- Winnicot. (2009). D. W. Realidad y Juego Gedisa. Documento Traducción (J.B Pontalis). Disponible en: <http://imago.yolasite.com/resources/WINNICOTT,%20Realidad%20y%20juego.pdf>

5.2. Webografía.

Fuentes de documentación consultadas:

1. Asociación para la docencia y la investigación en salud mental de Eivissa y Formentera. <http://www.adisamef.com/>

2. Base datos Asociación para la Salud Mental Infantil: www.asmi.es

3. Revista Internacional de Psicoanálisis "Aperturas Psicoanalíticas" <http://www.aperturas.org/>

4. Base de datos universidad La Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/revistas>

5. Repositorio cooperativo de Tesis doctorales en red leídas en Cataluña y otras comunidades: <http://www.tdx.cat/handle/10803/104>

6. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal .Sistema de Información Científica <http://www.redalyc.org/BusquedaProduccionDeArticuloInstitucion.oa>

7. Kansas Association for Infant and Early Childhood Mental Health <http://www.kaimh.org/spanish-resources>

http://www.kaimh.org/Websites/kaimh/images/Documents/Salud_Mental_y_Embarazo.pdf

8. Revista de psicoterapia: <http://revistadepsicoterapia.com/>

9. Base de datos: <https://scholar.google.es/>

10. Revista sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. <http://www.seypna.com/>

11. Scientific Electronic Library Online Peru: <http://www.scielo.org>.

12. Revista Facultad de Medicina UNAM: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm>

