

Aldasoro, Thais

Avellón Calvo, Mónica

González-Serrano , Fernando

Jarast, Ricardo

Jiménez Pascual, Ana María

Martín Tarrasón, Sergio

Palacio-Espasa, Francisco

Panera, Consuelo

Ponce de León, Ema

Tapia, Xabier

N.º 56
2º semestre

2013

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

PSICOANÁLISIS Y TDAH: EL ORIGEN DE LA HIPERACTIVIDAD Y LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN LAS VIVENCIAS PRIMERAS *

PSYCHOANALYSIS AND ADHD: ORIGIN OF HIPERACTIVITY AND ATTENTIONAL PROBLEMS IN EARLY EXPERIENCES*

Mónica Avellón Calvo**

RESUMEN

En este artículo se explica el TDAH desde el punto de vista psicoanalítico teniendo en cuenta para ello la interacción entre la base biológica y las vivencias primeras. Se entiende la hiperactividad como una forma de estructuración psíquica cuyos ejes principales son las dificultades de autocontención, la fragilidad en el equilibrio narcisista y el déficit de mentalización. Se establecen por último dos vías de intervención: la preventiva con un trabajo sobre el vínculo madre-bebé y la psicoterapéutica con dos focos: la ansiedad de separación y el estilo vincular incluyendo la representación de sí mismo.

Palabras clave: Hiperactividad, psicoanálisis, interacción biología y vivencias primeras, prevención, intervención, ansiedad de separación, fragilidad narcisista.

ABSTRACT

In this work ADHD is explained from a psychoanalytic perspective, considering the interaction between biological basis and early experiences. Hyperactivity is understood as a particular way of psychic organization which relies on these main axes: self-containment difficulties, fragility of narcissistic balance, and metallization deficit. Finally, two intervention paths are exposed: the preventive one working with the mother-baby bond, and the psychotherapeutic one, with two focal points; separation anxiety and attachment style, including the self-representation.

Key words: Hyperactivity, psychoanalysis, interaction between biological basis and early experiences, prevention, intervention, separation anxiety, narcissistic fragility.

* Comunicación presentada en el XXV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “La Infancia Temprana: Repercusiones en el Desarrollo Posterior” tuvo lugar en Valencia los días 19 y 20 de abril de 2013. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

** Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta de niños. E-mail: monicavellon@hotmail.com Teléfonos: 607 342 571 – 914 599 508.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge de una necesidad: la necesidad de dar respuesta a los niños y niñas con síntomas de hiperactividad y déficit de atención y a sus familias. Y de darles respuesta desde un lugar diferente al promovido desde la teorías biologicistas imperantes, que pretenden reducir la complejidad del funcionamiento psíquico a la según algunos “demostradísima” existencia de una herencia genética que se plasma en una disfunción neurológica. Respuesta que surge desde mi profesión de psicóloga clínica en una unidad de salud mental infanto-juvenil y desde un modelo, el psicoanalítico, que busca más allá de la sintomatología, los determinantes psíquicos subyacentes a la misma. No es una respuesta sencilla, pero si algo nos caracteriza a los profesionales que trabajamos desde el modelo dinámico es la importancia que damos a la reflexión sobre los hechos de la clínica, y lo queramos o no, la clínica infantojuvenil gira hoy en día, de forma mayoritaria, en torno a la hiperactividad y al déficit de atención.

El psicoanálisis intenta entender el funcionamiento psíquico individual independientemente de la etiqueta diagnóstica y encuentra el origen de la estructuración psíquica en las relaciones precoces del bebé con su entorno. No pretendemos negar la influencia de lo biológico. Ya Freud reconocía su importancia. Se trata de comprender que la psique surge inevitablemente de la interacción de “lo biológico” con un otro con unas determinadas características. Es en ese vínculo inicial madre o cuidador principal-bebé donde se juega la formación de lo psíquico estando desde un principio la mente y el cuerpo, lo psicológico y lo biológico indisolublemente unidos. Sería absurdo obviar la base biológica de un individuo dado, pero igual de absurdo resultaría pretender que sólo la biología determina el funcionamiento psíquico de una persona.

No obstante, en la actualidad existen dos modelos para entender el TDAH, dos modelos de (in)comprensión posibles (Lasa, 2008): uno es el modelo fisiológico; otro, el modelo psicopatológico.

Desde el modelo fisiológico, se han realizado infinidad de estudios (habitualmente con poco contacto con la clínica) que concluyen la existencia de alteraciones genéticas y disfunciones neurofisiológicas y transmiten la idea del TDAH como una enfermedad. Sobre la supuesta herencia del TDAH, en numerosos foros se tiende a hablar de la genética sin tener en cuenta uno de los aspectos básicos de la misma cómo es la diferencia entre la predisposición (genotipo) y el reflejo en el fenotipo de esos mensajes genéticos. (Ver Anexo I, Modelos biológicos del TDAH)

Desde el modelo psicopatológico, en el que se sitúan las teorías psicoanalíticas, se entiende el TDAH como un síndrome o agrupación de síntomas (Mercè Mabrés, 2012). Asimismo, se insiste en la importancia de un diagnóstico diferencial porque los síntomas de hiperactividad y déficit de atención pueden ser producto de diferentes psicopatologías.

Varios autores han tratado con profundidad la hiperactividad y los problemas de atención desde el punto de vista psicoanalítico: Alberto Lasa, Beatriz Janin y Maurice Berger, entre otros.

Las teorías de estos autores tienen en común que ponen el énfasis en los fallos en las relaciones precoces, fallos que traerían consigo:

- Dificultades de autocontención y autotranquilización.
- Fragilidad en el equilibrio narcisista y dificultades en la constitución del narcisismo.
- Déficit de mentalización.

No voy a detenerme en los modelos teóricos de cada uno de ellos, cuyos puntos principales resumo en el Anexo II. Decir únicamente que Lasa relaciona TDAH y trastorno límite de la personalidad, Beatriz Janin manifiesta que no existe el TDAH sino los niños desatentos y con síntomas de hiperactividad y Berger tras preguntarse si la hiperactividad se corresponde con un determinada estructura psíquica o es una forma inespecífica de reacción a la tensión, lleva a cabo una serie de propuestas teóricas sobre los determinantes del TDAH.

CASOS CLÍNICOS

A continuación voy a presentar unas viñetas clínicas que confirman algunas de las ideas expuestas. Se trata de dos niños diagnosticados de TDAH.

Irene, 6 años

De su desarrollo evolutivo destacan las dificultades en torno a la lactancia materna. “No cogía bien el pecho, me hacía daño”- cuenta la madre y la gran dificultad de ésta para ayudar a su hija, desde bebé a tolerar la frustración. “En cuanto se ponía nerviosa le metía el chupete” “Tenía 10 chupetes en la cama” “Quiero que sea feliz siempre” Relata la madre, de forma muy gráfica, lo mal que lo pasó la niña cuando le quitaron el chupete: “Estuvo toda la noche hablando sin parar”. “Hacía continuamente un gesto como de tragar, cómo si le faltara algo”. Por último, destacar que acudió a la guardería a los nueve meses.

Voy a relatar algunos fragmentos de sus sesiones, señalando en cursiva los fundamentos teóricos relacionados con el material presentado:

1º. Se refiere a una luna con luz como un objeto de suerte, para no tener pesadillas. “Si enciendo la luz hago que no se vea la pesadilla” Como una magia, le señalo. Sí, es que soy maga-me contesta. Defensas de tipo narcisista.

2º. Hablándole de su enfado con mamá pone con fuerza la tapa de la caja de juegos, cayendo ésta al suelo y volcándose su contenido. Al insistir en sus sentimientos y en la dificultad para separarse de su madre, se levanta, deambula por el despacho, se tropieza y se cae. (...) Intenta después construir dos casas. En esta viñeta, además de aparecer las dificultades de separación-individuación respecto a la figura materna y la elaboración de la posición depresiva (ambivalencia) que señala Lasa, se pone de manifiesto cómo la angustia que producen determinados contenidos mentales hace que aparezca la agitación por un desbordamiento pulsional (Berger).

3º. Dice querer dibujar una cosa muy difícil. Hace un recuadro con la ayuda de la tapa de la caja de juegos y dice: “Ahora ya lo puedo hacer”. El hacer un recuadro sería una manera de buscar una contención. Sigue dibujando, me pide que no mire. Esto podría ser una forma de actuar el estar sola en presencia de otro (Berger citando a Winnicott).

4º. Al entrar a mi despacho, coge una pistola y dispara a “una señora” de un cuadro “Era una extraña”-me dice. Después, dispara al techo “porque no le conoce” y a mí. Al hablarle de la ansiedad de separación en relación con el inicio de la guardería me dice: “Ahora no tengo miedo a nada” “Sí, a la oscuridad, rectifica después” Le pregunto qué piensa por la noche y me dice “No pienso nada, no pienso nada para que no me asuste, para que no me pase nada” En la siguiente sesión repite el mismo juego disparándome a mí y a todos los objetos de mi despacho. Después les vuelve a disparar para curarles. Coge el maletín de médicos y me cura. Termina diciendo “Perdono a estos animales, a este no que es feo y se queda paralizado con la boca abierta, se cae muerto. Voy a paralizar al ordenador”.

En estas dos últimas secuencias aparece un tema fundamental: la dificultad de elaboración de la ansiedad de separación y la angustia ante el extraño (Siguiendo a Melanie Klein, la madre ausente se convierte en persecutoria por los sentimientos de rabia proyectados en ella. Esto explicaría en parte cómo el otro se convierte en amenazante como señalan de diferentes formas Janin, Berger y Alicia Montserrat). Después, en la posición depresiva aparece la culpa y la reparación por el temor a haber dañado al objeto. Ante estos temores intenta defensas de tipo maniaco como la negación o no pensar y cuando éstas fracasan “aparece” el movimiento.

Al final, aparece un tema señalado por Janin: cómo los niños identifican la falta de movimiento (animal paralizado) con la muerte.

Daniel, 5 años

Igual que en el caso anterior hubo problemas en torno a la lactancia materna. “Me decían que no engordaba. La pediatra me dijo que empezara con biberón a los tres meses y dejó el pecho. Estuvo dos meses con estreñimiento y con sonda”. Por otra parte, la madre relaciona el comienzo de los síntomas de hiperactividad con el inicio de la guardería al año (antes lo recuerda como un bebé tranquilo). Empecé a trabajar-dice la madre y cada día iba con uno de los abuelos, le estaba volviendo loco. También al año “dijo” que no quería el chupete, lo escupía. “Aproveché y le quité también el biberón” Poco antes había dejado el pañal por el día. También al año salió de la habitación de los padres.

De este niño, destacaría los siguientes fragmentos de sesiones:

1º “Todos los días me duermo tontín porque no sé dormir sin cerrar los ojos. Si cierro los ojos viene un monstruo grande de una peli”-me dice fuera del despacho. Nada más entrar pregunta por la otra señora (estudiante que estaba en la sesión anterior). Me ausculta.” ¿Por qué no suena el coche? Voy a pegar”. Ausculta el armario. “No suena nada”. Se dispara en el espejo. Se mira los oídos. “Hoy un médico. ¿Por qué tienes dos pistolas?” Dispara con las dos. Le hablo de sus miedos. “Estoy asustado”- me dice. “De algo, de los monstruos”. “Me da mucho miedo estar yo solo”. “Si duermo con la luz no me da miedo” Me dispara. “¿Por qué tienes cosas nuevas? ¿Por qué tienes rotuladores rojos?” Ve otras cajas y quiere abrirlas, coge Lego. ” Voy a hacer una torre”. “Hay un bloque con ojos, como yo”. Se da un golpe con la esquina de la mesa, se hace una herida y no se queja. Habla del fútbol, que a veces le gusta y otras veces no. Pasa por debajo de mi mesa. Intenta, en el suelo, poner una pieza de construcción, no lo consigue y busca en la mesa un lápiz sin encontrarle, coge una hoja y hace una raya en ella, busca la goma, me llama profe, borra, le recuerdo que estaba haciendo una torre, coge un coche de Lego y un columpio. “¿Por qué se columpia este niño?” Igual que ocurre en el caso anterior, el fracaso en la elaboración de las angustias depresivas y persecutorias lleva a una agitación por desbordamiento.

2º Al interpretarle el movimiento como forma de intentar no tener miedo y la importancia de poner palabras a los sentimientos me dice: “Ya, pero yo trabajo en otra forma: en matar a los monstruos”. Habla después de los monstruos que están en la imaginación y de un paracaídas que tenemos también en nuestra imaginación. “Nos da

mucha pena que nos sentamos (por sintamos) mal” – continúa. Le señalo su miedo estar triste. “Sí, también” “Ya sabes que cuando cantas una nana triste empiezo a llorar”- me dice. Las nanas son para dormir- le digo. ”Una nana da miedo, no se canta a los bebés” -replica. “Me gusta más una nana de miedo”. “Las nanas de miedo son para niños más grandes”. Habla de un monstruo que quería comer al bebé. Y salió un superhéroe y venía su mamá rápido y le iba a matar al zombi. Yo me las canto de broma. En esta secuencia aparece de forma gráfica la angustia de abandono y la ansiedad de separación y el uso ante ella de las defensas maniacas y narcisistas anteriormente citadas.

3º (...) “Soy un coche gigante. Mickey se está portando muy mal. Voy a llamar a la poli para que lo detenga. No tenemos miedo a nada. Mickey a veces quiere estar conmigo y a veces no” Coge y deja cosas. Quiere hacer una casa gigante. Desmentida de las fracturas narcisistas (Janin) en relación a la angustia de abandono (Lasa). Proyección.

ALGUNAS CONCLUSIONES TEÓRICAS

En estos dos casos se pone de manifiesto un aspecto que considero fundamental en los niños hiperactivos: la deficitaria elaboración de la ansiedad de separación.

En las sesiones relatadas se pone de manifiesto cómo ante este déficit de elaboración de las ansiedades depresivas se recurre primero a defensas de tipo maniaco y narcisista, dando la impresión de que cuando éstas fallan se produce una agitación por desbordamiento pulsional (Berger). Esta agitación, queda entonces fijada como un modo de relación ya que consigue mantener la mirada materna (Janin), evitando así la angustia de abandono. Resulta curioso que los niños con síntomas de hiperactividad suelen ser descritos por sus padres como independientes, cuando la realidad es que tanto sus cuidadores como sus maestros “nunca les pierden de vista”. Este tipo de vínculo se puede conceptualizar como un estilo de apego inseguro-ambivalente.

La distancia óptima propia de un vínculo de apego seguro no se consigue y la madre no resulta una base segura sino un objeto al que a la vez buscan y a la vez rechazan. La madre o cuidador primario, cómo en espejo, presenta la misma actitud ambivalente. A la vez, esa descripción de ellos como independientes se convierte en una señal de identidad, en una defensa de su no necesidad del otro (defensas narcisistas).

La realidad es que no han conseguido, a través de los mecanismos transicionales (Lasa), una adecuada autonomía que les permita “auto-regular sus estados de

excitación sin necesidad de un control externo” y con la actuación conductual intentan sin éxito “regular los estados de tensión propios de la adaptación tanto al medio externo como a su propio mundo interno” (Ibáñez).

Considero, junto a los autores antes citados, que en el origen de la hiperactividad se encuentra el establecimiento de un tipo de relación madre-bebé en el que falla la función especular y de contención del cuidador primario por lo que el preconsciente resulta frágil y el proceso secundario deficitario. Así las cosas es más difícil tolerar la espera y la frustración (por el déficit en los procesos de auto-tranquilización y de auto-contención) y la ausencia de la madre se hace inelaborable por lo que se recurre a la evacuación de la tensión a través del movimiento y/o al uso de defensas primitivas.

Los problemas en las relaciones precoces pueden tener orígenes diversos, estando en cada caso las dificultades más de un lado u otro de la diada madre-bebé pero conllevando siempre un fracaso en los fundamentales procesos de contención.

Por otra parte, en los dos casos presentados hay dos momentos evolutivos fundamentales: el primero, en los primeros meses de vida en los que parece producirse el déficit de contención ya señalado; el segundo, al inicio de la guardería. En este segundo momento, al estilo de un *après-coup* la fragilidad yoica lleva a un mal manejo de las situaciones de separación y por la vulnerabilidad a la pérdida objetal se produce una intensificación y/o una aparición de la sintomatología hiperactiva. Asimismo, en el segundo de los casos coinciden en el tiempo demasiados cambios evolutivos.

La reacción ante el inicio de la guardería y la separación de la figura materna pasa en algunos casos desapercibida: puede dar la impresión de que no lo “pasan mal” porque no lloran ni manifiestan tristeza de forma directa y lo único que se percibe es una mala conducta (pegan, muerden...) o una tendencia al movimiento sin objetivo y/o al desafío ante las normas.

Decir por último que entre los dos casos presentados se observa una diferencia respecto al nivel de mentalización y a la intensidad de la hiperactividad. Nos podríamos preguntar si corresponden a dos estructuras psíquicas diferentes con un mayor uso de defensas en el primer caso y un mayor déficit de mentalización en el segundo o si sus diferentes respuestas tienen que ver con distintos momentos evolutivos o sintomáticos.

A modo de conclusión: qué respuesta podemos dar a los niños/as con déficit de atención e hiperactividad. La psicoterapia psicoanalítica.

Considero que nuestra respuesta no debe surgir desde el enfrentamiento a los hallazgos biológicos sino desde la insistencia en la importancia de las primeras relaciones y en la constatación de cómo la base biológica (cualquiera que sea) se modifica a través de lo vivido (concepto de plasticidad neuronal del premio Nobel Eric Kandell). Las sinapsis sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida, experiencia que produce también cambios anatómicos y la estimulación del entorno puede facilitar o no el desarrollo de las redes neuronales encargadas de una determinada función.

Como bien señalan Ansermet y Magistretti (2006) el encuentro entre psicoanálisis y neurociencias (o entre el modelo psicopatológico y el fisiológico) es posible (o al menos debería serlo).

Lo biológico surge también de la interacción con el entorno y por poner un ejemplo el bajo nivel de activación cortical (propio según algunas teorías del TDAH) con la consiguiente búsqueda de estimulación externa (según teoría de Eysenck) puede ser o no potenciado a través de las diferentes actitudes del entorno.

Por otra parte, no hay un determinismo genético exclusivo y cómo señala Juan Larbán refiriéndose a los últimos avances en epigenómica “el 80% de los genes funcionan como interruptores que determinan si un gen se enciende o no, dependiendo en gran parte su activación de la interacción con el medio.”

CÓMO INTERVENIR

De lo dicho hasta ahora se deduce que es fundamental el trabajo preventivo en los primeros meses de vida para ayudar a la diada madre-bebé a una adaptación mutua en la que se tengan en cuenta los ritmos y las necesidades de estimulación de cada bebé (frecuencia, intensidad, adecuación,...) y las circunstancias personales y emocionales de cada madre. Se trataría de un trabajo sobre el vínculo que buscaría un encuentro satisfactorio madre-bebé con dos premisas fundamentales: favorecer primero un adecuado proceso de contención y permitir después una progresiva separación-diferenciación.

Para que la contención pueda llevarse a cabo la madre debe ser capaz de procesar los estados mentales del bebé (Mabrés, 2012), poniéndose en su lugar pero sin confundirse con él, sintiendo su malestar pero sin ser desbordada por su angustia porque si esto es así en lugar de responder con palabras y/o con actitudes de contención va a llevar a cabo actuaciones en las que en lugar de pensar va a actuar de forma defensiva, intentando cuanto antes calmar a su bebé, sin poder parar(se) y esperar, respondiendo de forma inmediata porque no

puede tolerar la angustia de su bebé que es la suya propia. Así, no permitirá la expresión de afectos “negativos” y tenderá a hacer en lugar de pensar, no actuando como un yo auxiliar sino favoreciendo un estilo interactivo de tipo hiperactivo que captará el bebé y al que se ajustará (Stern).

Por otra parte, sería adecuado trabajar de forma preventiva en aquellas etapas evolutivas o momentos que conllevan una separación madre-hijo: nacimiento, sueño, ansiedad ante el extraño, inicio de la marcha, comienzo de la guardería, etc que suelen coincidir en muchos casos con la aparición de los síntomas de hiperactividad que sustituyen a manifestaciones afectivas más directas.

Respecto a la intervención psicoterapéutica el objetivo fundamental es “poner palabras” (la niña de la que os he hablado se refirió a mi despacho como “la sala para hablar”). Dependiendo de cada caso o del momento del proceso terapéutico se utilizarán técnicas más clásicas (interpretativas) o enfoques más activos que promuevan un mayor nivel de mentalización siendo siempre fundamental el trabajo sobre la ansiedad de separación y sobre el estilo de apego y la modalidad vincular, que incluye no sólo la relación con el otro sino también la representación de sí mismo, centrándonos en la fragilidad narcisista y en el uso de defensas primitivas.

A través de las intervenciones psicoterapéuticas se buscaría establecer una mayor unión cuerpo-mente utilizando el juego como intermediario entre la acción y el pensamiento (Ibáñez) y consiguiendo que la memoria corporal (Damasio) se convierta en memoria representacional.

La intervención psicomotriz es asimismo un recurso eficaz que favorece un proceso de simbolización a nivel de esquema corporal vivido y que viene a modificar las relaciones del sujeto con su cuerpo a través de una imagen corporal más positiva y armónica, mejorando además la organización espacial y temporal. Asimismo, el niño puede hacer más consciente su desbordamiento corporal y encontrar el límite en su envoltura sin buscarlo desesperadamente en el encuentro más o menos brusco con el exterior.

Por otra parte, no debemos dejar de lado la eficacia de las terapias grupales que son además, una forma de optimizar recursos.

Por último, suele ser fundamental el trabajo con el entorno escolar así como la intervención con la familia cómo forma de favorecer la contención necesaria para el trabajo simbólico y para intentar modificar un vínculo padres-hijo/a que suele estar cargado de ansiedad e irritabilidad (Lasa) y en el que están implicadas

habitualmente un tipo de proyecciones paternas eminentemente negativas.

La intervención con los padres puede ser individual o grupal. Respecto a esta última modalidad, ha sido interesante una experiencia realizada por dos compañeras de mi unidad (Álvarez y Navarro, 2013), cuyo objetivo principal era que los padres pudieran comprender a su hijo más allá de su diagnóstico y que pudieran pasar del “estos niños son a mi hijo es”.

Decir finalmente, que considero que podemos y debemos ofrecer otras opciones más allá de la medicación y de las intervenciones psicoeducativas. Es fundamental

no dejar nunca de pensar acerca de cada caso en concreto. Si esto es cierto en todos los trastornos, lo es más en el llamado TDAH, por dos razones: primera, porque precisamente del “no pensar” adolecen los niños con una sintomatología hiperactiva y segunda, porque el diagnóstico de TDAH suele funcionar como una etiqueta que impide pensar más ya que lo que promulgan las teorías biologicistas es que una vez hecho el diagnóstico “todo está pensado”: la causa, el tratamiento,.... Por eso, reflexionar, poner palabras e intentar entender qué nos quieren decir o qué no pueden decir los niños hiperactivos es gran parte de nuestro trabajo.

ANEXOS

ANEXO I MODELO FISIOLÓGICO / BIOLÓGICO DEL TDAH
TDAH como enfermedad y/o como disfunción neurológica.
Investigaciones en torno a genes en relación con la dopamina: el DRD4*7, el gen DR5, el DAT1, gen transportador de dopamina del cromosoma 5, el 5HTT, el SNAP-25 y el COMT. También acerca del DRD5 y DBH, proteínas relacionadas con la dopamina.
Alteraciones en diferentes circuitos cerebrales: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas en los circuitos reguladores que comunican el cortex prefrontal y los ganglios basales, regulados por la inervación dopaminérgica procedente del tronco del encéfalo. • Menor actividad frontal, los circuitos y los grupos de neuronas que controlan la atención son más pequeños y menos activos. • Menor actividad cortical. • Hipoactividad de las redes de control cerebral. • Bajos niveles de noradrenalina y de dopamina.
Cambios anatómicos: <ul style="list-style-type: none"> • Cortex prefrontal más pequeño. • Más pequeño globus palidus y núcleo caudado. • Menor materia gris.

ANEXO II. MODELO PSICOPATOLÓGICO DEL TDAH: MODELOS PSICOANALÍTICOS ALBERTO LASA	
Relación entre TDAH y trastorno límite de la personalidad	Defensas maníacas Dificultades de integración corporal y organización motriz Vulnerabilidad narcisista Fallos en la capacidad de autotranquilización
Fracaso en el registro transicional: Insuficiente espacio y elaboración mental. Déficit de sustitución simbólica.	
Defectos en la elaboración de la posición depresiva: Separación-individuación. Vulnerabilidad a la pérdida objetal. Hipersensibilidad a la dependencia.	
Fragilidad en el equilibrio narcisista: Organización patológica de defensas narcisistas.	
Trastornos del pensamiento: Escisión. Predominio del proceso primario	
Trastornos instrumentales y cognitivos	

BEATRIZ JANIN
No cree que exista el TDAH sino los niños con problemas de atención y con síntomas de hiperactividad.
Diferentes determinaciones de la hiperactividad y los problemas de atención.
Exceso de excitación sin un armado protector (vínculos sobreestimulantes).
Fracaso en el armado autoerótico-contención.
Preconsciente deficitario.
Dependencia de la mirada materna.
Defensa contra deseos de pasivización.
Defensa contra los deseos de muerte y exclusión.
Dificultades en la constitución narcisista-no tolerar fracturas narcisistas.
Dificultades de inhibición del proceso primario.

BERGER
¿Hiperactividad como modo inespecífico de respuesta ante la tensión o estructura psíquica determinada?
Falla en la relación con el objeto primario. <ul style="list-style-type: none"> • Integración tiempo y espacio. • Personalización/unidad psique-soma. • Establecimiento de la relación de objeto. • Reacción defensiva ante cuidados inadecuados.
Influencia en los procesos auto-tranquilizadores.
Presencia flotante del enemigo/incapacidad de estar solo en presencia del otro.
Tres líneas en los modelos dinámicos: <ul style="list-style-type: none"> • Defensa maniaca. • Pensamiento operatorio. • Fallo en la envoltura corporal.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán Maeso, C., Jiménez Pascual, A. M., Parra Martín, M. C. y Villero Luque, S. (2010) Guía práctica de diagnóstico y manejo clínico del TDA-H en niños y adolescentes para profesionales. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Complejo Hospitalario La Mancha Centro.
- Álvarez, E. y Navarro, A. Grupo de padres de niños con TDAH. Docencia impartida en el Hospital Río Hortega de Valladolid.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2006) A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Buenos Aires: Katz editores.
- Berger, M. (2000) El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico. Madrid: Síntesis.
- García Quiroga, M. e Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*, 25 (2), 123-134.
- Ibáñez, M. (2004). Psicoterapia individual, terapéutica de juego en la hiperactividad. En: Tomás, J. (Ed.), *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad*. Barcelona: Laertes.
- Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: la complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41/42, 83-110
- Janin, B. (2013). Abordaje terapéutico de la hiperactividad con trastornos de atención en el niño. Conferencia pronunciada en el Instituto ATTI.
- Larbán, J. (2012). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 79-91.
- Lasa Zulueta, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 31/32, 5-81.
- Lasa Zulueta, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Psicopatología y Salud Mental*, 2, 9-16.
- Lasa Zulueta, A. (2008). Los niños hiperactivos y su personalidad. Bilbao: Altxa.
- Lasa-Zulueta y Jorquera-Cuevas, C. (2010). Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Informes de Evaluación de Tecnologías sanitarias Osteba Núm. 2007/09* Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Mabres, M. (2012). Hiperactividades y déficit de atención. *Comprendiendo el TDAH*. Barcelona: Octaedro.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.