



DIAGNÓSTICOS EN LA INFANCIA: BREVE RESEÑA SOBRE EL T.D.A./H

Abal, Abal

Cátedra de Psicopatología II UNLP

Ps2_abal@yahoo.com.ar

RESUMEN

Una de las dificultades que se nos presenta hoy en día para la comprensión de la psicopatología infantil es la proliferación, indeterminación y abusos de los diagnósticos. En muchos casos estos no llegan a ser otra cosa que un conjunto de categorías descriptivas que terminan transformándose en enunciados identificatorios con distintas consecuencias para los niños. De un tiempo a esta parte, los medios de comunicación se han hecho eco de un diagnóstico que pareciera haber cobrado una cierta relevancia y frecuencia en las consultas clínicas: el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA o TDAH). El notable aumento de las derivaciones escolares o pediátricas y de las consultas espontáneas por parte de padres describe un cuadro que ha ido engrosando estadísticas en los distintos países y que agrupa tres síntomas fundamentales: la dificultad para mantener la atención, la impulsividad y el exceso de actividad. Así mismo, toda otra serie de síntomas son descritos por quienes realizan las consultas: baja estima de sí mismo, baja tolerancia a la frustración, temperamento “explosivo”, humor de tipo depresivo, insistencia excesiva y caprichosa, una actitud autoritaria, dificultad para acatar consignas y respetar las reglas, tendencia a la fabulación, negación de la responsabilidad, conductas de riesgo, desorganización personal, alternancia entre inhibición y desinhibición, conflictos frecuentes con sus pares, rechazo social, lentitud en la ejecución de las tareas, abandono de las mismas, bajo rendimiento escolar, etc.

Esto es, una serie de manifestaciones afectivas y conductuales que se saldrían de “la norma”. Se exige entonces que las dudas, las preguntas, acciones y el devenir mismo del niño sean de algún modo obturados lo más aprisa posible bajo la pretensión de que todos los niños respondan de la misma manera a la mismas exigencias, sin tener en cuenta la mayoría de las veces las situaciones particulares por las que atraviesa su vida en cada momento.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es tomado en consideración por numerosos autores e incluido en los principales sistemas nosológicos (CIE-10 y DSM-IV) como un trastorno del comportamiento que tiene su inicio en la infancia. Sin embargo, a pesar del creciente número de publicaciones y de los consensos de la comunidad internacional sobre el reconocimiento,



desventajas y gravedad del cuadro, persisten interrogantes sobre su validez diagnóstica y las medidas terapéuticas empleadas.

Es así que la perspectiva histórica que presenta este trabajo posibilita la revisión crítica de la definición del cuadro y sus distintas nominaciones (que van desde el Síndrome de lesión cerebral mínima y el Síndrome de disfunción cerebral mínima a el Síndrome hiperquinético, el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el Trastorno de la actividad y de la atención), la precisión o imprecisión de su caracterización, las dificultades en la determinación de su naturaleza (hipótesis etiopatogénicas) con el correlativo intento reduccionista, su diagnóstico y/o sobrediagnóstico, la diversidad en cuanto a la propuestas de abordaje y tratamiento y el pronóstico. Ejes que orientan esta reseña y que necesariamente nos interrogan acerca de la naturaleza y la dirección del malestar que conlleva el cuadro, y de la patologización, la medicalización y la estigmatización de los niños padecientes.

A su vez se propone pensar las implicancias de la discusión entre el ideal científico de objetividad del operador que recorta los fenómenos observados desde un lugar de exterioridad respecto del paciente, realizando desde allí el diagnóstico desde el saber referencial, y la postura ética de tomar en consideración la singularidad del sujeto, su historia, recursos y el sentido de sus síntomas, incluyendo de esta manera los límites que aparecen en la práctica clínica y desbordan las categorías conceptuales.

Palabras claves: diagnóstico – clasificación – trastorno – sufrimiento

TRABAJO COMPLETO

Como es bien sabido, todo discurso se encuentra históricamente determinado y organiza los sentidos de una época. Tal es así que lo que hoy entendemos por “el niño” difiere de lo que se concebía antaño. Durante el siglo XVII, por ejemplo, no se percibía que la niñez fuese un estado de inmadurez distinto al estado adulto y era usual considerarlo un ser en plena posesión de las facultades adultas pero que simplemente carecía de la experiencia para aprovecharlas. De ahí que Montaigne, en su ensayo sobre la educación de los niños, propusiera introducir el razonamiento filosófico a muy temprana edad porque consideraba que desde el momento en que éste es destetado ya es capaz de comprender dicho modo de reflexión.

Actualmente, y para Occidente, un niño es en principio un sujeto “en constitución” que es parte de un mundo familiar, escolar y social, y cada cultura ofrece diferentes espacios para que el niño se desarrolle. Hoy en día, existe una exigencia desmedida en relación a qué debería hacer todo sujeto en los primeros años de su vida: debe poder incluirse en una institución educativa alrededor de los dos años, debe



aprender a leer y a escribir antes del ingreso a primer grado, debe sobrellevar un número importante de horas de escolaridad y debe estar gran parte de esas horas quieto, atento, acatando consignas y respetando normas.

Así mismo, los adultos también se sienten presa de una realidad que los exige en exceso. En este contexto, el rendimiento escolar de los niños puede afectar al narcisismo de padres y docentes, sostenido en el cumplimiento y éxito ante la demanda de la sociedad. Frente al temor a la exclusión social y la falta de certeza acerca del futuro, surge la necesidad de resolver con la mayor premura posible todo aquello que se salga de los marcos de lo esperable. En estos casos, el sufrimiento del niño es el sufrimiento que el niño provoca (P. Peusner), y la demanda de tratamiento en los Servicios de Salud Mental muchas veces se origina en esta queja ante la perturbación del orden establecido y el incumplimiento de los objetivos pedagógicos predeterminados.

El Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (T.D.A. o T.D.A./H.) es un diagnóstico que ha alcanzado gran difusión mediática y práctica sobre todo en los EE.UU. y América Latina. Folletos de difusión y cuestionarios para padres y docentes, conferencias y charlas explicativas, asociaciones de padres de “niños con T.D.A.” con sus revistas, encuentros y relatos testimoniales, artículos periodísticos, etc., constituyen el aparato propagandístico de este diagnóstico que se encuentra íntimamente vinculado al suministro de ciertas medicaciones (en particular el Metilfenidato) como terapéutica central para niños y jóvenes que manifiestan dificultades para mantener la atención, impulsividad y exceso de actividad.

Padres y maestros refieren, entre otras características, que el niño es muy inquieto, nervioso o movedizo, que es inagotable, que se levanta de la mesa muchas veces y solamente puede permanecer sentado y quieto cuando está muy entretenido, que tiene dificultad para acatar las consignas y respetar las reglas, que presenta conductas de riesgo, que suele tener conflictos con pares, que muestra lentitud en la ejecución de las tareas o abandona frecuentemente las mismas, que su rendimiento escolar es bajo.

Como tal, el cuadro ha tenido diferentes nominaciones a lo largo del tiempo y, como veremos, las mismas no han hecho más que remitir a una enfermedad ciertos rasgos de los niños que incomodan a los adultos. Más allá de ciertos antecedentes como el retrato que hiciera el Dr. Heinrich Hofmann (médico alemán) en su libro de poemas de 1845, de un niño que presentaba los síntomas con los que hoy se identifica el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (“La historia del inquieto Felipe”), la primera descripción clínica de este cuadro fue realizada en Inglaterra por George Frederic Still y Alfred F. Tredgold en 1902 y 1908 respectivamente. Estos autores conceptualizaron como “defectos o déficit en el control moral” a una serie de problemas de conducta y/o escolares, tales como



inquietud y desatención. Este trastorno se presentaría con mayor incidencia en niños que en niñas de la misma edad, sus síntomas más notorios serían los trastornos del aprendizaje, la desatención, la hiperactividad y los trastornos generales de conducta, y responderían a causas biológicas: traumatismos, encefalitis, anoxia durante el nacimiento con lesión cerebral ulterior. La pérdida del control moral supondría un fracaso de los procesos inhibitorios y por lo tanto la imposibilidad de ejercer control sobre las conductas.

En los años subsiguientes, profesionales de otros países europeos realizaron distintas observaciones y estudios detallando las características clínicas de niños que presentaban los síntomas descritos (R. Labora en España, G. Vermeulen en Bélgica, H. Wallon en Francia, Sante De Sanctis en Italia).

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término de “Síndrome de impulsividad orgánica”, destacando el origen orgánico del trastorno. Para estos autores el origen de la labilidad psíquica de estos niños y otras patologías conductuales tenían su origen en una disfunción troncoencefálica.

En la misma línea, Strauss y Lehtinen describen en 1944 un síndrome provocado por una lesión cerebral exógena ajena a la dotación genética del individuo, al que denominaron "síndrome Strauss" y que además de la hiperactividad incluía otros síntomas fundamentales como impulsividad, labilidad emocional, perseveración, atención escasa y dificultades perceptivas. El aporte más significativo de estos autores consistió en las recomendaciones que diseñaron para la educación de estos niños con lesión cerebral, y que en la actualidad se mantienen en los planes educativos de niños con TDA o TDAH: ubicación en clases más pequeñas, con mayor control por parte de los docentes y con pocos estímulos para reducir los distractores ambientales.

En 1957, Laufer y Denhoff propondrán la denominación “síndrome del comportamiento hiperkinético”, cuyos síntomas primarios se explicarían por un defecto en las estructuras subcorticales del tálamo que ejercen una función homeostática vía las conexiones que mantienen con el sistema límbico, que es el que regula la expresión emocional.

Hacia la década del '60 esta sintomatología atribuida a una “lesión cerebral mínima” comienza a considerarse el resultado de una “disfunción cerebral mínima” (Clemens y Peters). Y si bien la lesión nunca pudo ser comprobada, la disfunción misma la presupondría y los trabajos al respecto fueron tomados hasta el día de hoy como válidos, constituyendo el punto de partida de las investigaciones subsiguientes referidas a este tema y a sus diversas nominaciones.

Comienzan a surgir estudios y publicaciones acerca del tratamiento medicamentoso en niños con este trastorno (sobre todo el metilfenidato), y a partir de aquí, un importante aparato conformado por agentes de educación y de salud, laboratorios y padres, respaldan las denominaciones propuestas y las



extienden y transforman hasta llegar a abarcar los distintos modos de disconformidad social y académica.

La Asociación de Psiquiatría Americana, anuncia formalmente en 1980 la existencia del Síndrome Desatencional (SDA), denominación que en Argentina comienza a trascender en 1987, y cuyo principal síntoma sería el trastorno de la atención, pudiendo éste ser o no acompañado de hiperactividad.

En la tercera edición revisada del Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales (DSM), el cuadro se presenta de tres formas posibles:

1. Desorden por déficit de atención sin hiperactividad (ADD).
2. Desorden por déficit de atención con hiperquinesia o hiperactividad (ADHD).
3. Desorden por déficit de atención residual (ADD-RT).

El último grupo designa a aquellas personas que padecieron TDA en la infancia y que de adultos acarrear los problemas de este cuadro no tratado.

Ya en el DSM-IV, publicado en 1995, desaparece la denominación de “síndromes” para dar lugar a la de “trastornos”(1), y la clasificación de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador es la siguiente:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (distráido o inatento).
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Los grupos 2 y 3 son similares en su etiología pero diferentes en su expresión sintomática. El grupo 1, junto con el grupo 3, constituyen la mayoría de los casos de T.D.A.-T.D.A./H. en los niños. Sólo una tercera parte de los casos se presenta con predominio de distracción o inatención y muestra pocos rasgos de hiperactividad e impulsividad (grupo 1).

Para poder pensar en formular el diagnóstico de alguno de estos tipos, el individuo debe manifestar los siguientes síntomas fundamentales: deficiencias de la atención, hiperactividad, impulsividad y otros síntomas en general vinculados a estos tres, tales como la dificultad para postergar las gratificaciones, los trastornos en la conducta social y escolar, las dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales (como el estudio, el trabajo, la vida de relación) o el daño crónico en la autoestima como consecuencia de los escasos logros obtenidos a causa de estas dificultades.

Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad, persistiendo durante 6 meses o más, en una proporción mayor a la que sería esperable para la edad mental del sujeto, ser evidentes y causar perjuicios al paciente en dos o más ambientes diferentes (por ejemplo, la escuela, el hogar, la casa de los amigos, los supermercados, etc.).



Por otro lado, también se agrega que estos síntomas no deben poder explicarse por otro trastorno psiquiátrico. De hecho, no se diagnostica T.D.A./H. si los síntomas se explican mejor por algún otro trastorno mental.

El DSM-IV indica para los niños y jóvenes diagnosticados con este cuadro el tratamiento a través de la medicación junto a otros considerados secundarios o auxiliares.

Aunque estos manuales de diagnóstico no evitan la necesaria evaluación clínica de los signos por parte del psiquiatra, la agrupación de los mismos en síndromes es llevada a cabo por el manual mismo. De esta manera, los sistemas clasificatorios reúnen entidades individuales por sus semejanzas y nombran un objeto por una serie de atributos que pertenecen a una clase predeterminada. Se parte de ciertos rasgos presentes en una singularidad para elevarlos al paradigma general, en un movimiento inclusivo que desplaza rasgos clínicos de la dimensión singular a la universal. Pero aquí una proposición descriptiva pasa a ser explicativa y este desplazamiento no es sin consecuencias. El diagnóstico crea la ilusión de comprender, pero excluyendo al sujeto de toda responsabilidad en aquello que le ocurre. El uso y consumo de psicofármacos se ajusta a esta misma lógica, avalando la desresponsabilización, buscando normalizar aquellos comportamientos inadecuados a la cotidianeidad escolar y suprimiendo los síntomas por fuera del sentido de los mismos.

El profesional consultado por un niño debería tener en cuenta que este es un sujeto en desarrollo, que cambia, marcado por el contexto, que el grupo lo precede y sostiene “en una matriz de investiduras y de cuidados, que predispone signos de reconocimiento, asigna lugares, presenta objetos, ofrece medios de protección y de ataque, traza vías de cumplimiento, señala límites, enuncia prohibiciones” (René Kaës, 1996).

En el caso del niño, la nominación del malestar por la vía del saber de la ciencia se constituye en una oferta de identificación que lo fija en un sentido que nombra su ser, que afecta el vínculo con los otros y que nada dice de los significantes que han marcado su historia, del sentido de sus síntomas, ni de los recursos y posibilidades con las que cuenta.

Toda terapéutica, no sólo la psiquiátrica, puede encontrarse con esta serie de dificultades a partir de los diagnósticos que pueden llegar a sesgar la operatoria. Por ejemplo, desde el psicoanálisis se sostiene que las entrevistas preliminares deben servir para formular una aproximación diagnóstica y en función de ella establecer la dirección de la cura. Pero ahora bien, cuando la búsqueda del detalle que confirme la estructura se transforma en el objetivo principal difícilmente pueda hacerse lugar a lo singular y la lectura de un caso desde un saber cristalizado puede llevar a interpretaciones forzadas de algunas manifestaciones clínicas y la desconsideración de otras por no encuadrar con la hipótesis diagnóstica.

Estar advertidos de estas dificultades entonces tal vez permita hacer lugar e incluir aquellos límites que surgen en nuestra práctica y que a veces desbordan nuestras categorías conceptuales.

Bibliografía

- Abal, M. (2006). Una reseña sobre el trastorno de atención con o sin hiperactividad. En *Libro de Actas de las XIX Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Pcia. de Bs.As. y VI Jornadas de Residentes de Salud Mental de la Pcia. de Bs. As.: "Modalidades de la urgencia". 5, 6 y 7 de diciembre de 2005* (pp. 333-338). La Plata: Comisión de Publicaciones 2006.
- American Psychiatric Association. (1995) *Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Ed. Mason.
- As. Vs. *Hiperactividad emocional: una brecha para la introducción de la pregunta del deseo*. Núcleo de Niños, Instituto de Psicoanálisis y Salud Mental de Minas Gerais, EBP.
- Cordero, M., Lagunas P., Cano, P., Parra, L. & Comasco, R. (2005) Una vuelta sobre el diagnóstico. En *Libro de Actas de las XVIII Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Pcia. de Bs.As. y V Jornadas de Residentes de Salud Mental de la Pcia. de Bs. As.: "Políticas en Salud Mental". 1, 2 y 3 de diciembre de 2004* (pp. 221-227). La Plata: Comisión de Publicaciones 2005.
- Gergen, K. (1992) *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Bs. As.: Paidós.
- Gonçalves Da Cruz, J. (2002) ADD: niños y jóvenes con "déficit atencional". *Revista E.Psi.B.A.*, 9,.
- Gratch, L. O. (2000) *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Bs. As.: Ed. Panamericana.
- Janin, B. (2009, 20 de agosto) El chico rotulado y el niño ideal". *Página/12*, pp. 28-29.
- Kaës, R. (1996) *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Bs. As.: Amorrortu.
- Lugones, S. & Luna, S. (1999) Una larga y cuestionada historia. En *Material en archivo de E.Psi.B.A. (Escuela Psicopedagógica de Buenos Aires)*. Buenos Aires.
- Michanie, C. (1997) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H). En As. Vs., *El niño y el lazo social. II Jornadas del Instituto del Campo Freudiano*. Bs. As.: Atuel.
- Roy, D. & Roy M. (2004) Hiperactivité: ordre et désordre. En *La cause freudienne*, 58. Paris : Navarin.
- Scharg, P. & Dicoski, D. (1975) *The myth of the hyperactive child and other means of child control*. New York: Phanteon books.
- Simonetti, A. (2005) Entre el síndrome y el trastorno, el síntoma. En *Libro de Actas del Segundo Encuentro Americano*. Bs. As.
- Sternberg de Rabinovich, N. (1997) *Psicoanálisis con niños, diagnóstico en psicoanálisis. Cuestión de los psicoanalistas*. Bs. As.: Ediciones El Øtro.



Tostain, R. (1971) Problemas teóricos y clínicos planteados por la cura de psicóticos. En As. Vs., *Psicosis infantil*. Bs. As.: Nueva Visión.

Notas.

(1) Al respecto, Ana Simonetti plantea que el “síndrome” se trata del conjunto de signos y síntomas con desconocimiento de la etiología o bien con diversidad de causas, mientras que el “trastorno” puede englobarlo. Pero además, “trastorno” proviene de la traducción del término inglés “disorder”, que implica una “...ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento...”. En este sentido, no interesarían las causas ni los procesos, sólo el fenómeno, medible y captado casi de manera inmediata en el encuentro con el paciente. Así se contrapone a cierta investigación que impone el “síndrome”, que requiere del tiempo de la recolección de los datos subjetivos y objetivos, y de la búsqueda de la etiología. Según la autora, “este borramiento del síndrome para dar paso al *trastorno* en los manuales actuales, extrema la provisoriedad diagnóstica y patentiza la inutilidad de la causa así como de la subjetividad”.
