

La confusión diagnóstica en la clínica infantil actual. Una postura crítica desde la óptica de los problemas del desarrollo (I parte)

ESPERANZA PÉREZ DE PLÁ*

RESUMEN

Muchos niños y adolescentes que presentan dificultades escolares graves, con problemas de conducta e impulsividad, no consiguen una buena evolución clínica, aún después de años de tratamiento psiquiátrico, con diversos y sucesivos diagnósticos y sus correspondientes fármacos. La primera parte se centra en dos situaciones clínicas muy diferentes y se destaca "la confusión diagnóstica" que impide a los profesionales tratantes pensar en un enfoque integrador y multifactorial como el que se propone. En la segunda parte se reflexiona sobre los criterios generales de la práctica, subyacentes a los errores señalados, y que se relacionan con la historia de la psiquiatría infantil de los últimos 40 años. PALABRAS CLAVE: confusión diagnóstica, TDAH, psicopatología subyacente, disfunciones familiares

ABSTRACT

DIAGNOSTIC CONFUSION IN TODAY'S CHILD CLINICAL PRACTICE. A CRITICAL VIEW FROM THE PERSPECTIVE OF DEVELOPMENTAL PROBLEMS (PART 1). A large group of children and adolescents with problems in school, conduct disorders and impulsivity do not achieve effective results after many years of psychiatric treatment, having received several different diagnosis and pharmacological treatments. Two clinical situations are presented where diagnostic confusion unables professionals to think and adopt an integrated and multifactorial approach. In part 2 of the paper a reflection on errors in general clinical practice is exposed and related to the history of child psychiatry during the last 40 years. KEY WORDS: diagnostic confusion, adhd, underlying psychopathology, family disfunctions.

RESUM

LA CONFUSIÓ DIAGNÒSTICA EN LA CLÍNICA INFANTIL ACTUAL. UNA POSTURA CRÍTICA DES DE L'ÒPTICA DELS PROBLEMES DEL DESENVOLUPAMENT. Molts nens i adolescents que presenten dificultats escolars greus, amb problemes de conducta i impulsivitat, no aconsegueixen una bona evolució clínica, malgrat anys de tractament psiquiàtric amb diversos i successius diagnòstics i els fàrmacs corresponents. La primera part se centra en dues situacions clíniques molt diferents i es destaca "la confusió diagnòstica" que impedeix als professionals pensar un enfocament integrador i multifactorial com el que es proposa. A la segona part es reflexiona sobre els criteris generals de la pràctica, subjacents als errors esmentats, i que es relacionen amb la història de la psiquiatria infantil dels últims 40 anys. PARAULES CLAU: confusió diagnòstica, TDAH, psicopatologia subjacent, disfuncions familiars

Ubicar el problema del diagnóstico en un lugar tan central y hablar de confusión diagnóstica como algo frecuente en el momento actual merece una aclaración inicial, aunque en definitiva, será la totalidad del texto el que desarrollará mis planteos.

Parto de una experiencia personal que invito a repetir de manera desprejuiciada, recogiendo con cuidado y de manera amplia, los datos de las historias clínicas de niños y adolescentes de nuestros días que han presentado dificultades escolares y/o preescolares y problemas

* Médico psiquiatra, psicoanalista de la IPA y de la Asociación Psicoanalítica Uruguaya y Mexicana. Desde hace 25 años participa de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Psicosis infantil y el Retardo Mental (AMERPI) y, desde hace cinco, del Espacio de Desarrollo Infantil e Intervención Temprana (EDIIT).
Correspondencia: pla@laneta.apc.org

de conducta que no responden, como sería lógico esperar, a los tratamientos habituales con mejorías consistentes a lo largo de los años. Dejando hablar las historias de vida de estos niños y oyendo lo que nos transmiten, surgen preguntas que han guiado mis reflexiones y también se hizo evidente como denominador común a todos ellos, "la confusión diagnóstica" a la que me refiero en el título.

Las evoluciones graves observables en dichos casos, los largos años de sufrimiento, el tiempo perdido en el desarrollo del menor, que deja huellas imborrables en la construcción del psiquismo, han sido sorprendentemente elocuentes para fundamentar lo que quiero plantear. Corresponden ambos a situaciones que considero ejemplares por frecuentes, no por excepcionales. Los dos casos seleccionados, son muy diferentes entre sí, vienen con años de tratamiento, complicados procesos terapéuticos, y una sucesión de actos médicos que impresionan como un recorrido a tientas, con varios diagnósticos que se suceden en el tiempo, aunque pueden contradecirse entre sí y con lo que se ha hecho hasta ese momento. Como los criterios son en general sintomáticos, es imposible saber hacia donde va el proceso terapéutico. En algún momento convergen en ciertos diagnósticos, en especial el de TDAH, y podríamos preguntarnos el por qué de esta convergencia. Es preciso subrayar que el principal motivo que me ha llevado a investigar en diferentes direcciones tratando de encontrar respuestas más válidas y utilizables, ha sido la responsabilidad que experimento ante muchas situaciones conmovedoras, el dolor de los niños, la desesperación o el hartazgo de muchos familiares e incluso el malestar creciente, verdadero desconcierto, de algunos equipos escolares, que ya no saben en quién creer para enviar sus niños difíciles.

Mi planteo nace de una larga experiencia clínica como psicoanalista de niños, que obtuve en la práctica privada y en espacios hospitalarios y que en los últimos años ha sido acrecentada, al encabezar y desempeñar la función de recepción y evaluación de los niños que consultan en el Espacio de Desarrollo Infantil e Intervención Temprana (EDITT) (1). Considero que el psicoanálisis y psiquiatría pueden convivir tanto en el ejercicio de la práctica privada individual, como en lo institucional y que de esta cercanía puede esperarse un mutuo enriquecimiento y equilibrio, tomando lo mejor de ambas disciplinas sin que una sola domine. Esto es posible, sobre

todo, cuando formamos los equipos interdisciplinarios de las instituciones. *Además pienso que tal convergencia de disciplinas es particularmente necesaria cuando de niños y adolescentes se trata.*

Entiendo, coincidiendo con otros autores (Punto Rodolfo, 2005), que no es adecuado hablar del diagnóstico como algo estático, que debemos liberarnos de esa forma de pensar y que, en cambio, hay que reconocer los grados de los síntomas, las superposiciones de los cuadros y la movilidad propia de la infancia, para llegar a definir un diagnóstico y poder decir si se necesita o no tratamiento y de qué tipo. Otro punto importante es tener en cuenta el futuro del niño, considerando siempre las tramas familiares en que él está apesado. No perseguimos el diagnóstico en términos de estructuras psicopatológicas o en términos de DSM IV –aunque a veces necesitamos aclararlo en esos términos frente a otros colegas–, sino hablar de qué le pasa al niño y por qué está sufriendo. Y siempre considerando no sólo lo actual, también su posible evolución. El buen diagnóstico de hoy, debería considerarse una forma de prevención de múltiples problemas posteriores y es aconsejable en muchas circunstancias, tomar en cuenta, la evolución previsible como guía de nuestras indicaciones, más que lo que ocurre en este momento.

Debido a que durante el último cuarto de siglo he investigado sobre autismo, psicosis infantil y retardo mental en AMERPI (2) y he atendido un número considerable de estos niños, no es excepcional ni reciente que lleguen a mi consultorio pacientes con problemas psíquicos graves de larga data, de mala o insuficiente evolución, que han recorrido sin demasiados beneficios los consultorios de varios psiquiatras y neurólogos, amén de diferentes "terapias" con las que se intenta abordar de manera directa algunos de sus síntomas: las alteraciones del lenguaje, los problemas de aprendizaje, de socialización, la inestabilidad e impulsividad, etc. Nada de esto es nuevo, sin embargo, algo ha cambiado en mi vivencia con este tipo de problemas en los últimos años, que lo calificaría con la palabra "impacto".

Lo que me ha "afectado" no es sólo cuestión del número, sin duda creciente de estos problemas, o del hecho de haber cambiado algo mi forma de trabajo, al decidir salir del espacio resguardado del consultorio psicoanalítico a un espacio institucional. Lo grave que percibo es más cualitativo, es el cambio alarmante en la mirada que dirige nuestra cultura hacia los niños y jóve-

nes, un endurecimiento que noto en especial en el campo de la medicina y la educación y que crece en sentido inverso a la tolerancia de la diversidad entre los seres humanos, que tanto se pregona en el mundo. Encuentro que estos niños viven en un ámbito donde se ha aceptado como normal la violencia potencial del acto médico y en especial del diagnóstico. Que actúa a la par con la violencia ejercida por las instituciones escolares, que sólo aceptan determinado perfil en sus alumnos e intentan doblegarlos o los excluyen de sus grupos, contribuyendo a generar una forma actual y muy grave del desclasamiento social que es importante estudiar y evitar.

En un trabajo previo hablaba de *confusión y abuso* (Pla, 2009) para denunciar y subrayar los frecuentes errores en que vemos caer incluso a clínicos con buena formación y experiencia. Todo esto formulado con la mayor seguridad y suficiencia, sin dejar espacio a la duda. La "popularidad" de alguno de estos diagnósticos se refiere, desde hace unos años, al TDAH –pero ahora se está desplazando al síndrome de Asperger (Lasa, 2007)– Como si de una moda se tratara llama la atención, la repetición del mismo recorrido y de los fracasos, de manera casi idéntica, en manos de diferentes profesionales y en diferentes países del mundo. Aunque parece ilógico, es como si hubiera en todos ellos un orden preestablecido para ir dando diagnósticos, probando los efectos de los mismos medicamentos y, tiempo después, descartándolos. *Me parece por tanto, que tal repetición no es casual y se refiere a criterios generales de la práctica que requiere un abordaje diferente.*

Por este motivo realicé una investigación sobre la historia de la psiquiatría infantil de los últimos 40 años, en particular respecto a lo que implicó la creación del DSM y las modificaciones que introdujo en el pensamiento psiquiátrico hasta entonces vigente, en el cual yo misma me había formado. Es muy importante aceptar que al integrarnos activamente al panorama de la salud mental, los psicoanalistas de niños nos enfrentamos con un complejo debate científico y social, respecto al cual tenemos una opinión diferente que conviene transmitir. Se trataría de poner en cuestión conductas clínicas muy difundidas y aceptadas como normales y valdría la pena hacer el esfuerzo por proponer ideas para cambiarlas.

Situaciones clínicas que nos invitan a reflexionar

A continuación presento dos casos con los cuales pretendo ilustrar aquellos pacientes en los cuales se da una confusión diagnóstica y una clínica que muestra muchas fallas. Todos tuvieron el mismo diagnóstico en algún momento de su vida, siguiendo las directivas del DSM IV, de lo que resultó el mismo esquema terapéutico.

Pero si los vemos atentamente son niños diferentes. En algunos de ellos incluso, los medicamentos tuvieron efectos muy negativos, lo cual no se acompañó de una revisión y un cambio adecuado por parte del médico. Cuando el esquema pasa por delante de la clínica, algo demasiado grave ocurre que hay que enfrentar. Por eso incluyo también y fundamento mi propia visión con los padecimientos de cada uno de estos niños.

Simón y los giros iatrogénicos en el diagnóstico y el tratamiento

Simón, de 10 años, fue derivado por la escuela para estudiar su evolución general caracterizada por un progresivo empeoramiento. Es el penúltimo hijo, no esperado, de una familia numerosa. Los principales diagnósticos que se manejaron a lo largo de su vida fueron: Inmadurez neurológica a los tres años con retraso en el desarrollo; TDAH a los cinco años; retardo mental a los seis y síndrome de Asperger a los nueve años.

En cuanto al cuadro clínico y sus antecedentes, se destaca un padre, replegado en su mundo de trabajo, aislado y silencioso, no concurría ni aportaba ningún dato. La madre "no había notado nada problemático en un niño que describía muy *normal*, como un bebé hermoso y amable que todos admiraban, de ojos tan claros y serenos". A pesar de que la madre tenía dificultades para encontrar significación y coincidencias, si se la escucha dice muchas cosas. Cuando nace Simón ya los hijos mayores eran adolescentes y cuando tiene año y medio nace la última hija. ¿Quién lo veía si la madre estaba absorta en su depresión y además viviendo una etapa de acentuación de su religiosidad? Probablemente sus hermanos adolescentes lo veían, pero ellos ya estaban preparándose para salir de su casa, para casarse la mayor y para realizar estudios en el extranjero el segundo. Lo que sabemos es que a los dos años y medio al entrar al Kinder –etapa preescolar–, se descubre su gran retraso en el desarrollo. No hablaba casi, ni daba significados correctos a las palabras cuando las usaba, reaccionando como un niño de un año de edad cronológica. Los dos años de terapia de estimulación que se realiza-

ron cuando tenía de tres a cinco años fueron muy importantes. La terapeuta expresaba que hubo grandes avances, pero que en el momento de la consulta, Simón presentaba un problema grave del desarrollo que ella llamó "multifactorial generalizado en sus habilidades tanto de comunicación como de aprendizaje y de conducta". Estaban en el centro del problema el lenguaje y el proceso de simbolización, lo que parece correspondía a una desorganización psíquica global con desorientación espacial y confusión de roles de quienes lo rodeaban. El diagnóstico de "inmadurez neurológica" al que recurre la terapeuta, como sucede tan frecuentemente, no alcanza para describir y ubicar el padecimiento, ni dirigir totalmente la dirección del tratamiento de este niño. No da cuenta de su gravedad y, en cierta medida, nos aparta del enfoque adecuado para afrontar su ya entonces importante desorganización psíquica. Como no era un cuadro típico, no se pudo reconocer plenamente que padecía un trastorno generalizado del desarrollo y que de ningún modo se podía omitir una intervención que posibilitara la estructuración subjetiva normalmente intensa en ese periodo.

Pero veamos un poco más. Con la estimulación el progreso fue importante y rápido, disminuyó la angustia, se organizaron el espacio y los vínculos, controló esfínteres y el lenguaje avanzó mucho. Al mejorar su atención y su memoria empezó a aprender en la escuela aunque nunca alcanzó el nivel escolar correspondiente. En mi opinión, le faltó una psicoterapia intensa y sistemática que pudiera abordar las fallas en la estructuración psíquica que mostraba Simón, que permanecieron sin superarse adecuadamente. Y la madre no fue preparada por los médicos para asumirlo y sostener el trabajo en esa línea.

Al llegar a los cinco años, sin lograr un nivel de desarrollo normal ni un desempeño escolar concordante con su edad cronológica, consultaron un neurólogo, que indicó tratamiento farmacológico y apoyo psicopedagógico para enfrentar las exigencias escolares, todo bajo la etiqueta de TDAH. En este momento, la estructura familiar tiembla porque la hermana mayor de Simón se casa y la madre está abrumada. Es, como tantas veces, la dificultad de considerar los problemas del Eje II (de la personalidad) y del ambiente y, en cambio, dejarse llevar por los síntomas del Eje I —la inquietud y poca concentración que no son nada específicas— lo que desvía la atención de las evidentes fallas de la estructu-

ración psíquica y dirige en otra dirección las conductas terapéuticas. Se indicó metilfenidato que recibió durante cinco años y que produjo al inicio una breve mejoría sintomática. En base a esto se siguió administrando por inercia, sin replantearse sus efectos ni utilidad. Paralelamente el bajo rendimiento intelectual iba empeorando y triunfó la psicometría: el coeficiente intelectual (CI) de 70 a los cinco años pasó a ser de 54 a los ocho y de 47 a los nueve años. O sea que se abrió el camino al diagnóstico de retardo mental, que motivó varios estudios y continuó siendo atendido en psicopedagogía. Afortunadamente no prosperó y se siguió con el mismo esquema terapéutico. El empeoramiento de los problemas de conducta, obligó a replantear el diagnóstico y el tratamiento en una consulta diferente, ahora conmigo.

Desde hacía un año, según la madre, se había producido un cambio radical y pasó de ser un niño amable y obediente a presentar una importante alteración conductual con gran impulsividad, descontrol, desobediencia, oposicionismo con actitudes y palabras groseras, agresión a otros niños y, en los últimos meses, fugas del hogar que lo han hecho correr riesgos. Ha dado como explicación de estas conductas que dentro de su cabeza le dicen que se porte mal y por eso lo hace. Tiene obsesiones que van cambiando con el tiempo y se han acentuado ciertas conductas autoagresivas, sobre todo se lastima el dedo índice hasta sangrar y recientemente se golpea la cabeza contra la pared. Es como si no fuera muy conciente de lo que hace y de a ratos se saliera de la realidad. Se enoja mucho, sobre todo, con la madre. Ella dice que no han podido observar ningún desencadenante claro de dichos cambios, pero me entero que está muy triste porque su hijo mayor, que también Simón quiere mucho, se va a estudiar al extranjero. En relación con este cuadro aparece el nuevo diagnóstico, por cierto tan de moda, que es el Síndrome de Asperger, que de algún modo nos acerca más a la problemática de fondo. Pero aunque hay trastornos del pensamiento sobre los que se basó el diagnóstico, lo más disruptivo es la impulsividad, las crisis de agitación y los trastornos que bordean lo delirante. Hace unos años lo hubiéramos llamado psicosis infantil, diagnóstico que en Simón corresponde a la evolución de un trastorno generalizado del desarrollo con algunos rasgos autistas, profusa y caóticamente tratado. Un diagnóstico que debiera dirigir mejor el tratamiento.

Sin embargo, cuando meses después lo recibí en con-

sulta seguía con el metilfenidato y el apoyo psicopedagógico; o sea, con el tratamiento de TDAH. Nos parece, pues, que la confusión es central y que hay una falta de precisión clínica y semiológica para armar el rompecabezas. Probablemente los problemas de Simón no eran fáciles de diagnosticar ni de tratar, pero debemos reconocer que las diferentes intervenciones terapéuticas no se dirigieron a lo medular e incluso confundieron más el cuadro porque el metilfenidato administrado cuatro-cinco años consecutivamente pueden acentuar la desorganización psíquica. ¿Por qué no aceptar que los diagnósticos pueden ser presuntivos y quedar en suspenso, en espera de la evolución? Ni el DSM ni la información de internet, pueden sustituir la sensatez y el "ojo clínico" de un profesional que con su experiencia sepa organizar el tratamiento y evitar, así, contraposiciones de criterios que llevadas a los hechos hacen mucho daño. ¿Y por qué el síndrome de Asperger? Por la necesidad de ubicar a tantos niños "atípicos" que preocupan a padres, escuelas y médicos. Pero tampoco este diagnóstico puede absorber todo el campo de los problemas graves del desarrollo no específicamente autistas ni desintegrativos. Darle ese nombre, también más atractivo para las familias porque aparece como el "autismo de alto rendimiento" o "autismo *light*" —como también se lo conoce en México—, que tiene mejores expectativas de evolución y menos carga estigmatizante, al menos por ahora.

Es importante recordar también, que los síntomas se pueden modificar y tener una evolución negativa, dando lugar a una alteración de la percepción de la realidad e incluso a fenómenos perceptivos de probable índole alucinatoria. Simón está relatando la aparición de voces que le dan órdenes de salir de la casa o de desobedecer. El cuadro actual entonces se relaciona con lo que anteriormente se describía como psicosis infantil, un tipo de padecimiento que tiene una ubicación nosográfica y un tratamiento específico al que no podemos renunciar aunque aparezca borrado o desdibujado en el DSM-IV (3).

Quiero aclarar que el diagnóstico que planteo no debe ser interpretado como de peor pronóstico que los que se venían dando, ya que también podemos confiar en que reorganizando el tratamiento es posible rescatar las capacidades y aspectos positivos de este niño. Por todo esto es *imprescindible un abordaje conjunto que no lo someta a tratamientos contrapuestos y que no se dirija estrictamente a la sintomatología actual, sino que considere el padecimiento de fondo.*

Y por supuesto, no olvidarse de la familia. También ellos necesitan una ayuda paralela para que puedan romperse círculos viciosos nocivos y puedan transformarse en un motor de cambio y no de reiteración de conflictos. Este es un aspecto que también hay que valorar.

Años después de estos encuentros iniciales diría que el problema mayor, en este caso, no fue solamente el error diagnóstico y la iatrogenia que implicó. Lo importante para comprender la situación es poner atención en la actitud del médico tratante que incluso ante los efectos negativos del metilfenidato no lo suspendía, todo y que Simón deliraba y no podían tolerarlo en la escuela. El retroceso del cuadro, que fue muy lento y difícil, empezó cuando se cambió la medicación, pero por su desorganización requirió además de la psicoterapia un acompañante terapéutico en el aula durante mucho tiempo.

Marcelo: posible TDAH y oposicionismo desafiante

A pesar de sus ocho años recién cumplidos cuando lo conocí, Marcelo parecía un veterano de muchas batallas. Tenía una historia clínica extensa y compleja con datos de desajustes y sufrimiento prácticamente desde el nacimiento. Durante los últimos cinco años había recibido medicación y varias terapias que no dieron los resultados esperados y experimentó varios cambios de colegio por su conducta disruptiva. El *bullying* se había tornado un tema central en su vida escolar. El colegio que lo albergaba en ese momento había tratado de entenderlo y había hecho una buena labor. "Es un niño que repetidamente acosa a los compañeros", dicen, pero agregaría algo más difícil de percibir en el ámbito escolar, donde Marcelo se había ganado un lugar de provocador imparable, pero que también, en otros momentos pasaba a ser la víctima del *bullying*.

El primer período de consulta fue en diciembre del 2004, cuando contaba con tres años y medio. Pero si hacemos un seguimiento detenido de su desarrollo encontramos ya algunos aspectos de malestar importante mucho más tempranos. Relataba la madre que era un bebé desesperante, irritable, que lloraba todo el día y demandaba mucha atención. Era como si le doliera algo y se calmaba cuando comía. Sospecho que era uno de esos bebés que tienen un reflujo gastro-esofágico encubierto que no llega a manifestarse con vómitos, pero produce dolor constante. Esta hipótesis mía nunca se manejó como tal.

Tampoco hay que olvidar, como factor de ansiedad, la

carga afectiva que rodeó la existencia misma de este niño, que fue muy deseado y que requirió fecundación asistida lo que implicó una prolongada e intensa asistencia médica. Los padres, muy responsables, siempre se ocuparon del niño, en especial la madre, todo y las dificultades para ajustar su rol a las necesidades tan complejas de Marcelo. Desde el estudio psicológico realizado a los tres años y medio se destacó la ansiedad y la vulnerabilidad emocional y la fuerte alteración que le produjo el nacimiento de su hermana. En los estudios se destacaban sus capacidades: excelente nivel intelectual y de lenguaje, aprendizaje rápido, buena memoria. Pero también se subrayó la ansiedad, la dispersión, la impulsividad y la deficiente integración de aspectos perceptuales y psicomotores. En ese momento lo veía como un niño sin las necesarias defensas, con un aparato psíquico casi al desnudo, sin las suficientes envolturas. Se sugirió entonces un "posible" cuadro de TDAH a investigar, pero se señaló que la problemática podría deberse también a factores emocionales.

Le atiende un neurólogo que recibe estos informes y, a pesar de la dificultad para definir un diagnóstico, decide comenzar la medicación sintomática con Ritalín (metilfenidato) en mayo de 2004 y luego la cambia a Concerta (metilfenidato). No fue fácil decir si estaba mejor o peor, pero el efecto de este enfoque fue "sedante" para los padres que pensaban en los medicamentos como protectores. Aceptaron mantenerse así varios años aunque la respuesta era claramente insuficiente, por lo que también se probaron otros psicofármacos como la imipramina (Tofranil). Paralelamente recibió terapia cognitivo-conductual por períodos prolongados, pero gradualmente la fue tolerando menos. No quería ir, se ponía violento e insultante con la terapeuta. Hablar de las vivencias y los impulsos agresivos le resultaba intolerable, se sentía acusado y no entendía las causas profundas de los mismos ni sabía qué hacer. Se quejaba amargamente y al no poder dominar su impulsividad entraba en desesperación. Tampoco superaba la enuresis nocturna, un síntoma muy rebelde que aún persiste. Se sentía incapaz y se autodevaluaba. Por momentos se deprimía, pero trataba de luchar contra estos sentimientos volviéndose más desafiante y agresivo, coprolálico e intencionalmente desagradable. La situación en el medio escolar empeoró. En ese momento surgieron nuevos diagnósticos: trastorno histriónico y trastorno opositor desafiante y nuevos fármacos

—se cambió la medicación a risperidona—. Este nuevo enfoque, no bien fundamentado por el neurólogo según los padres, los hizo dudar. Pensaban que Marcelo antes era cariñoso y se estaba poniendo más y más agresivo, su personalidad era muy diferente. Decidieron entonces interrumpir la medicación y la terapia y buscar otra opinión.

Como ocurre con frecuencia, la prolongación de estas medicaciones sin clara respuesta favorable, el aumento progresivo de las dosis y la introducción de algunos nuevos medicamentos, sumado a las presiones crecientes de la escolaridad, el rechazo de compañeros maltratados y la vivencia de ser víctima aumentan la fatiga de maestros y padres y empieza a manifestarse un cambio en la personalidad que preocupó a sus padres, con conductas bizarras, dificultades en el contacto con la realidad y fabulaciones, por lo que se realizó una nueva evaluación en junio de 2008. "Ya no era mi hijo, no lo reconocía, dice la madre, Marcelo siempre podía tener un gesto cariñoso y no lastimaba a nadie. Ahora puede ser cruel". Fue así que llegó con nuestro equipo y cambiamos de diagnóstico y de tratamiento.

Lo primero fue revisar todos estos documentos previos y esperar cuál sería el efecto de la interrupción de medicamentos que fue muy bien tolerada y sin complicaciones. De inmediato empezó la relación psicoterapéutica conmigo, que con tropezones, se fue consolidando. Tuve muy en cuenta el respeto de sus tiempos, su sensibilidad exagerada y la tendencia a malinterpretar gestos, bromas, hasta miradas. Las reglas del juego fueron claras y sin resquicios de incumplimiento, pero a la vez tolerantes de sus necesidades, tirarse al suelo, patear objetos, echarse en el diván y, sobre todo, su inestabilidad, sus exabruptos verbales y de las representaciones sádicas, manejándolas más bien como conductas regresivas anales, pudiendo recuperar poco a poco la capacidad de diferenciar juego y realidad. La expulsión del colegio que más había querido, donde había sido tolerado no pudo evitarse, pero desde entonces convive en otro del mismo estilo, exigente y claro en sus reglas, donde consigue ubicar y hacer reconocer su estilo de alumno brillante, pero siempre al borde de la transgresión, manejando por sí mismo los límites pero recibiendo de inmediato llamados de atención y con la claridad de que hay que aceptar las consecuencias. Se ha vuelto fan de la lucha libre y las sesiones se llenan de *rings*, llaves y de la oposición entre técnicos y rudos, dibujos y

reflexiones sobre sus rasgos de personalidad e historias de vida. Aún el más fuerte recibe golpes y pierde y puede haber accidentes graves. Nadie es omnipotente, pero todos se cuidan entre ellos obedeciendo las reglas y matizando el odio y la rudeza con el arte escénico.

Comentarios. Se destaca en la evolución de Marcelo que la ansiedad y la impulsividad no sólo no se habían controlado sino que fueron en aumento, durante el confuso período de medicalización del caso, en que los estimulantes y las terapias realizadas, que parecen haberse centrado en un manejo cognitivo-conductual de los impulsos, fueron contraproducentes. El diagnóstico de TDAH y el tradicional tratamiento debieron quedar atrás. El cuadro clínico de Marcelo fue considerado en mi espacio terapéutico como un problema del desarrollo; esto es, se jerarquizaron la existencia de fallas tempranas en la estructuración psíquica, angustia de separación y fijaciones sádico-anales que derivaron hacia un período de desestructuración y caos, favorecido por una medicalización que había perdido el rumbo. Fue manejado sin psicofármacos por medio de una psicoterapia psicoanalítica y el trabajo con los padres, muy comprometidos y con una nueva conciencia de co-responsabilidad. Persiste el recuerdo de "aquel período" como una experiencia de locura que retomamos con frecuencia en el espacio analítico y de pérdidas que aún duelen y cuya elaboración genera progresos en la maduración psíquica de este niño que ya tiene nueve años y medio. La integración en actividades deportivas grupales fue gradual y dio lugar a mucho trabajo interno. Se ha vuelto tolerante con su hermana, un problema aún no abordado a fondo.

Se señaló en muchos momentos a los padres que aunque sabían que M. responde mejor al cariño, había sido manejado predominantemente con severidad y castigos, desde hacía años, cayendo en círculos viciosos cada vez más graves. Es habitual que la desorganización de causa afectiva se interprete como desobediencia e incluso como manipulación y esto irrita mucho a familiares y maestros. En este punto el diagnóstico que implica una concepción etiológica psicogenética específica fue muy útil y guió las conductas terapéuticas.

Ante este panorama complejo la actitud y opinión de las escuelas fue muy positiva, cuidadosa y dispuesta a la comunicación y formación de un equipo que mantiene su distancia y utiliza sus recursos específicos sin interferir. Fue imprescindible su apoyo para lograr cambios en

el manejo de Marcelo. La escuela que acabó por expulsarlo durante mi período de trabajo, se vio empujada por la protesta de un grupo de padres que veían a Marcelo como un niño insoportable y sádico, que condicionaron la inscripción de sus hijos a no tenerlo más en el grupo. He ahí los aspectos sociales de estos problemas. Los maestros responsables de la decisión no descartaban que ese hecho fuera un límite después de mucha tolerancia y adquiriera una dimensión de acto simbólico a capitalizar por Marcelo, o sea que podría servirle sobre todo contando con el espacio para elaborarlo.

Marcelo presenta, pues, problemas del desarrollo temprano que se manifiestan como fallas de la estructuración psíquica, y vulnerabilidad emocional exagerada que se fueron modificando y haciendo más complejas con el tiempo. Aunque hay un parecido sintomático no considero que se trate de un TDAH. Este padecimiento ha alterado su relación con el mundo, le ha producido enojo, hostilidad y tendencia a escapar en la negación y la provocación. Él mismo pide muchas veces ser ayudado por el psicoterapeuta, aunque cuando gana en él la hostilidad también lo rechaza y ataca. Son crisis del vínculo que permiten, al elaborarse, avances muy positivos en la evolución. En el momento actual está progresando mucho en la conciencia de sus conductas negativas y eso lo deprime, lo que también le permite trabajar en la psicoterapia la superación de sus conflictos.

Dado que se ha comprobado que mejora con el afecto se le trata siempre con una paciencia básica y estímulos positivos, que también tiene límites, pero que le dan tiempo para reflexionar. Es claro que no hay tolerancia a las trasgresiones de las normas generales, que son intencionalmente poco exigentes pero que existen. Marcelo ha reconocido su miedo: ya no quiere seguir perdiendo espacios valorados y vínculos que necesita. Actualmente, lleva más de dos años de tratamiento y está concluyendo el año escolar en un nuevo colegio. Sin medicación ha recuperado su personalidad, dice la madre, su lado afectuoso y tierno. Los juegos siempre violentos pero más creativos son el material predilecto de sus sesiones de las que sale muy relajado y reflexivo.

Conclusiones preliminares

A través de estos dos casos he mostrado y discutido varios de los problemas que distorsionan la clínica psi-

quiátrica infantil en nuestra época y que nos pueden llevar a errores graves e incluso iatrogénicos. Ellos pasaron por el diagnóstico de TDAH en algún momento, debido a lo inespecífica que puede resultar la pura asociación de hiperactividad y problemas en la concentración. Que los dos pacientes presentados tengan para mí problemas del desarrollo temprano no implica que encuentre este problema en la totalidad de los casos que nos consultan, pero sí quiero subrayar que "aquellos más complicados y resistentes al tratamiento sí suelen tenerlo". El caso de Simón es un error diagnóstico claro y el enfoque debe ser modificado. Quizás más discutible fue el caso de Marcelo y de su familia, que no toleraron el tratamiento medicamentoso habitual del TDAH y sus efectos. Por eso dediqué más tiempo a su evolución, con el fin de mostrar los resultados de poner en marcha un proceso terapéutico que indicamos para los niños con problemas del desarrollo. Quedan abiertos muchos puntos para futuros trabajos.

Lasa (1999) nos habla de los modelos de comprensión, de los criterios usados en este campo. Mi enfoque concuerda con el modelo reflexivo o estructural que estudia la problemática desde el punto de vista de la realidad interna, de la estructura y el funcionamiento mental y de la interacción o relación interpersonal. En el modelo descriptivo o fenomenológico, se describe la conducta pero no se toman en consideración los afectos ni las vivencias.

Si estudiamos los niños con TDAH desde un punto de vista estructural, relacional, considerando su realidad interna y su funcionamiento mental, hallamos que bajo sintomatologías similares subyacen estructuras de personalidad muy distintas unas de otras. También hallamos distintas formas de vinculación y de relación emocional con las figuras significativas, básicamente los padres. Pero cuando se usa el modelo descriptivo y fenomenológico, el usado desde un punto de vista más psiquiátrico, suele surgir como medida preferente la indicación de medicación. Y allí vienen los problemas y las confusiones diagnósticas sobre las que deseo alertar.

En cuanto a etiología, nunca se encuentra un solo factor etiológico, por el contrario los factores implicados son numerosos y variados. A nadie bien informado le cabe duda hoy en día de que la compleja interacción entre la dotación del recién nacido y la conducta específica de los cuidadores saca a la luz, en esos casos, la reactividad e hipersensibilidad del niño. Por eso cuando

se consideran los factores genéticos tanto de anomalías neurológicas o desequilibrios bioquímicos, ese factor genético necesitará un entorno y una relación interpersonal propiciadora para que se lleguen a producir manifestaciones clínicas. Los pacientes presentados tienen padecimientos del desarrollo temprano, pero son muy diferentes entre sí y aparece como muy determinante en los estudios retrospectivos el papel esencial que han tenido las relaciones tempranas del niño y la forma en que el cuidador ha tratado la excitación del recién nacido y ha podido, o no, ayudarlo a calmarse. Nadie debería dudar en nuestros días de que los recién nacidos necesitan ayuda de sus figuras cuidadoras, en especial de su madre, para regular sus funciones fisiológicas, desarrollar la atención, las funciones motoras y las afectivas. Esto ya fue estudiado por Freud quien veía la compleja función de la atención como función yoica, desarrollada en un vínculo específico e influida por factores genéticos, intercambios emocionales primitivos, temperamento, microtraumas, etc. Sin embargo, muchos médicos no están siempre bien informados y, sobre todo, no pueden desprenderse de un modo de pensar que ha instituido el DSM.

Estas carencias tan primitivas afectan la estructuración y la organización cerebral ya que ocurren en momentos claves del desarrollo y serán probablemente las que más tarde se detecten en los estudios, por ejemplo, de neuroimagen. Ante un TDAH, por tanto, sería imprescindible un diagnóstico diferencial que investigue la vertiente estructural de la personalidad. Así, bajo la misma presentación fenomenológica podemos hallar: niños psicóticos o con núcleos psicóticos, niños deprimidos, niños invadidos por una ansiedad no tolerable para su aparato mental, niños que no han tenido ningún límite en su educación, niños con trastornos neurológicos, niños que han sufrido carencias afectivas importantes.

Es un diagnóstico difícil, lo sabemos y espero haberlo subrayado. Difícil sobre todo, porque se suele olvidar que lo es y se apoya en tests conductuales que también eluden e ignoran los problemas que estamos viendo. Ahorraríamos tiempo, esfuerzos, dinero y sufrimiento si pudiéramos revisar por qué en esta época de la velocidad y la prisa, es en relación con este tipo de conducta médica en la clínica infantil que encontramos la mayor paciencia y tolerancia a seguir un plan de tratamiento por un tiempo indefinido. Quizás las metas cortas repe-

tidas sin pausa, borran la percepción temporal de conjunto y, los padres y a los propios médicos, se acomodan a lo que está pasando con estos niños *durante años*. Pero también había que tener presente la influencia y el prestigio que esta posición clínica ejerce en muchos medios.

Por eso será importante conocer algo más del proceso histórico del que nacieron los diferentes volúmenes que conocemos como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana, para comprender mejor el cómo y el porqué de los lineamientos que nos gobiernan en tanto psiquiatras desde hace varias décadas. Pero esto quedará para una segunda parte.

Notas

1. Para más información: ediitac@gmail.com y www.ediit.org.mx
2. La Asociación Mexicana para el Estudio de la Psicosis infantil y el Retardo Mental es una asociación civil fundada en 1984.
3. Tampoco me parece prudente, aceptar otra manera de diagnosticar del DSM-IV que consiste en considerar que estamos en el comienzo durante la infancia de un cuadro esquizofrénico.

Bibliografía de la I Parte

LASA, A (2006). Asperger vuelve. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. Núm. 8, editorial, pp. 7-10.

LASA, A (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias, y convergencias. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. Monográfico 2, pp. 9-16.

PUNTA RODULFO, M (2005). *La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle*, Buenos Aires, Paidós.

PÉREZ DE PLÁ, E (2009). Confusión y abuso en el diagnóstico de TDAH. Un complejo problema para los psicoanalistas de niños de nuestros días. Coloquio Conmemorativo de los 30 años del IIPCS, *Transformaciones sociales*, 28 y 29 de marzo de 2009, en el Hospital General, México DF.

PÉREZ DE PLÁ, E (2010). Infancia y DSM. Los trastornos generalizados del desarrollo y el retraso mental. En: *Libro negro de la psicopatología actual*. Siglo XXI (en prensa).