

Algunas consideraciones acerca del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Asistimos a una época donde cada vez más niños son diagnosticados con “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad” (TDAH). Este diagnóstico no aparece solo en las consultas de psiquiatría y psicología, sino también en las escuelas, equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP), maestros, pediatras, etc.

El TDAH es un trastorno descrito en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en adelante DSM por sus siglas en inglés). El DSM junto con el CIE-10 (manual creado por la OMS), son utilizados mayoritariamente en psiquiatría y psicología en la actualidad. A partir de un conjunto de síntomas (síndrome), de observables fenomenológicos en el momento presente de la consulta, se hacen diagnósticos rápidos que marcan una etiqueta difícil de quitar. En muchos casos se patologizan procesos y afectos normales de la vida de un ser humano.

La clínica psiquiátrica actual se encuentra bajo la égida de una era biologicista, donde la psicopatología queda reducida a un manual que tiene como principal objetivo clasificar y guiar el tratamiento farmacológico.

Si bien fue en los años 60 que el psiquiatra Leon Eisenberg le dio nombre a este trastorno, no se trataba de algo novedoso en absoluto. Aunque no se desarrollará aquí, cabe mencionar que ya desde comienzos del siglo pasado existen descripciones de cuadros con síntomas como los que aparecen en el TDAH, bajo nombres diversos, tales como: excitación cerebral, hiperkinesia (entidad psiquiátrica caracterizada por la agitación y la falta de atención), inestabilidad motriz, disturbios pos encefálicos de la conducta, disfunción cerebral mínima, etc. Será en el año 1980 que se incluirá el “Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”, en el DSM III.

Actualmente el DSM-V propone una serie de criterios para diagnosticar el TDAH:

Las personas con el TDAH muestran un patrón constante de falta de atención o hiperactividad impulsiva que interfiere con su desempeño y desarrollo:

1. **Falta de atención: Seis o más síntomas de falta de atención en niños hasta de 16 años, o cinco o más en los adolescentes de 17 o más y en adultos; síntomas de falta de atención que se hayan presentado al menos durante 6 meses y que sean inadecuados para el nivel de desarrollo:**
 - A menudo no presta la debida atención a los detalles o por descuido comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
 - A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
 - A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
 - A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (por ejemplo, pierde la concentración y se despista).
 - A menudo tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades.
 - A menudo evita, no le gusta o se niega a hacer cosas que requieran mucho esfuerzo mental por un periodo largo (como trabajo en la escuela o tareas).

- A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. materiales escolares, lápices, libros, herramientas, billeteras, llaves, papeleo, anteojos, teléfonos celulares).
 - A menudo se distrae fácilmente.
 - Tiende a ser olvidadizo en sus actividades cotidianas.
2. **Hiperactividad e impulsividad: Seis o más síntomas de hiperactividad impulsiva en niños hasta de 16 años, o cinco o más en adolescentes de 17 o más y en adultos; síntomas de hiperactividad impulsiva que se hayan presentado al menos durante 6 meses al punto que perturban y son inadecuados para el nivel de desarrollo de la persona:**
- Se la pasa jugueteando con las manos y los pies o se mueve todo el tiempo mientras está sentado.
 - A menudo se levanta de la silla en situaciones en las que debe permanecer sentado.
 - A menudo corretea y se sube a cosas en situaciones en momentos no adecuados (en los adultos o adolescentes esto es posible que se manifieste con la sensación de inquietud).
 - A menudo no puede jugar ni participar de las actividades recreativas de manera tranquila.
 - A menudo "está en constante movimiento" como si "tuviera un motor".
 - A menudo habla demasiado.
 - A menudo suelta una respuesta antes de haber escuchado toda la pregunta.
 - A menudo le cuesta esperar su turno.
 - A menudo interrumpe a la persona que está hablando o se entromete con los demás (p. ej., se mete bruscamente en las conversaciones o los juegos).

Además, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Varios de los síntomas de falta de atención o hiperactividad impulsiva se presentaron antes de los 12 años.
- Varios síntomas se presentan en dos o más entornos (p.ej., en la casa, la escuela o el trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).
- Hay evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del desempeño social, escolar o laboral.
- Los síntomas no se presentan únicamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los síntomas no se explican mejor para otro trastorno mental (p. ej., trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

Con base en los tipos de síntomas, es posible presentar tres clases de TDAH:

Combinado: si se ha presentado suficientes síntomas de tanto el criterio de falta de atención como el de hiperactividad impulsiva en los últimos seis meses.

Predominantemente inatento: si ha presentado falta de atención, pero no se ha presentado hiperactividad compulsiva en los últimos seis meses.

Predominantemente hiperactivo impulsivo: si ha presentado suficientes síntomas de hiperactividad impulsiva, pero no ha tenido falta de atención en los últimos seis meses." (American Psychiatric Association, 2014)

Actualmente, este diagnóstico, como así también la medicalización de la infancia que este supone, está siendo ampliamente debatido y cuestionado por distintos profesionales médicos y de la salud mental.

Lo primero que salta a la vista al leer los indicadores del DSM V es que los criterios utilizados no permiten diferenciar de manera objetiva y clara, un comportamiento patológico de rasgos normales de la infancia, como por ejemplo: “a menudo se distrae fácilmente”. Si leemos cuidadosamente la lista de criterios podemos ver que la mayoría aluden a lo que cualquiera podría definir como un “niño normal”: moverse (descarga motriz), distraerse, reír con otros compañeros de clase, hablar, no quedarse en la silla sentado, etc.

Para realizar el diagnóstico u orientar la derivación, se suele hacer uso de cuestionarios tipo “test” que completan familiares, maestros, profesionales sanitarios de diversa índole, desde el lugar de observadores objetivos, como si tal cosa fuera posible. Todas estas personas están implicadas con ese niño a quien evalúan y por tanto la valoración en términos de neutralidad no es factible. Este tipo de cuestionarios excluyen, además, la particularidad de cada caso y no permiten escuchar el sufrimiento expresado en ese comportamiento desatento o hiperactivo en la escuela o en casa.

Otro punto importante a destacar es que muchos profesionales del ámbito de la neurología y la psiquiatría afirman que no se ha verificado ninguna causa orgánica, o como expone el catedrático Marino Pérez:

“No existen pruebas clínicas ni de neuroimagen (como TC, RM, PET, etc) ni neurofisiológicas (EEG, ERP) o test psicológicos que de forma específica sirvan para el diagnóstico. (...)no hay ningún biomarcador que distinga a los niños TDAH. No se niega que tengan problemas, pero son niños, que tienen curiosidad y quieren atender a lo que sea, moverse... A sentarse es algo que hay que aprender. No existe ninguna alteración en el cerebro.” (Pérez Marino, 2014)

Se puede ver que el TDAH no es una categoría diagnóstica, ya que dentro de este cuadro se agrupan síntomas diversos (maneras de expresar un sufrimiento psíquico), que no pueden ser abordadas bajo un único cuadro y una única causa neurológica como etiología. Esta es una manera unicausal de entender la clínica y la psicopatología, que implica que una manifestación sintomática o caracterial conlleva un trastorno específico y que a su vez este es producido por una causa orgánica, a partir de la cual se llega a un tratamiento farmacológico determinado.

Por último, destacar que el tratamiento psicoterapéutico que se propone como único en la actualidad es el cognitivo-conductual. Hace menos de un año, el Departamento de Salud de la Generalitat presentó el “Protocolo para el manejo del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” en el Sistema Sanitario Catalán, en el cual se impone un tratamiento biomédico cognitivo conductual. Esta resolución produjo un amplio rechazo por parte de muchos profesionales sanitarios que trabajan con niños, y en consecuencia se redactó el manifiesto: “Por un consenso clínico del TDAH”, donde se hace referencia a la falta de veracidad en la etiología que se le otorga, se critica la imposición de un tratamiento único y también se advierte de los riesgos que comporta el fármaco más recetado para éste trastorno: el metilfenidato.

En el manifiesto se expone que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios señala que el metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central y que el mecanismo de acción específico en TDAH se desconoce. Asimismo afirma que no hay datos que contemplen cuáles serían los efectos a largo plazo. Generalmente, tampoco se explican los efectos secundarios de este fármaco, entre los cuales podemos mencionar: problemas cardiovasculares, retraso en el crecimiento, exacerbación de otros trastornos psiquiátricos como depresión, ideación suicida, psicosis, etc.

Algunos apuntes sobre la infancia

En la infancia nos encontramos con un psiquismo que se está estructurando, y esto no se produce en aislamiento, sino en interacción con otros significantes, sus deseos y en particular, de la familia. El desarrollo se realiza a partir de los vínculos con otras personas, en un contexto social determinado y tiene como característica el cambio.

Diagnosticar el TDAH como se propone (y en muchos lugares, se impone), es desconocer aquello que el síntoma quiere expresar, acallándolo con la etiqueta de una supuesta causa neurobiológica y una medicación. De esta manera no podemos preguntarnos qué es lo que angustia a ese niño, qué pasa en su familia, qué cuestiones retienen su atención de forma que no puede ponerla en la escuela, por qué se mueve tanto, etc. Determinar una enfermedad que tiene una causa neurológica quita toda pregunta posible. De hecho, el trastorno aparece como la respuesta: el niño es quien está enfermo.

Nuestra sociedad expone a los infantes a recibir estímulos cambiantes, con predominio visual, vertiginosos, cortos, ruidosos. Luego se espera que se adapten a un tipo diferente de transmisión en la escuela, donde se exige atención durante horas y una transmisión de tipo discursiva. La palabra ha perdido valor sobre la imagen. A su vez, la medicación muchas veces la obtura. Tiene unos efectos más rápidos en la conducta, pero no apunta a las causas. Por otro lado, nos encontramos con padres desbordados, con horarios incompatibles muchas veces con la vida familiar y docentes superados por las exigencias. Podemos preguntarnos entonces, si estos niños expresan algo de este malestar y sufrimiento con su falta de atención y su movimiento descontrolado.

¿Por qué un niño no atiende en clase?

La atención es un estado que nos permite discriminar entre todos los estímulos sensoriales que recibimos, un acontecimiento, evitando que quedemos invadidos por un sinfín de información y sensaciones, sean estas externas o propias. Permite privilegiar un elemento sobre otro en nuestra conciencia, a la vez que nos sirve como defensa frente al caos de información y estímulos.

Ahora bien, encontramos que niños diagnosticados con TDAH son perfectamente capaces de sostener su atención en algunas tareas o actividades, ¿cómo se explica esto?

La psicóloga Beatriz Janin escribe:

“(...)El dirigirse al mundo y sostener el oído y la mirada atentos está motorizado por los deseos. Ellos nos marcan la dirección hacia la cual dirigimos, pero también el yo como organización representacional aparece como imprescindible para que un sujeto atienda...y aprenda. Hay que sentirse unificado para poder escuchar a otro, mirar a otro, sin sentir que uno se quiebra en múltiples pedazos si no es el único mirado y escuchado.” (Janin, 2004, p. 49)

Es decir, por un lado tenemos que la atención tiene relación con los deseos, lo que comúnmente se conoce como motivación, aunque esta es consciente, mientras los deseos tienen sus raíces en lo inconsciente. En la escuela, los tiempos que se exigen de atención muchas veces no están ligados a los deseos del niño, sino más bien a lo que se espera de él, en el sentido de sus obligaciones, de normas sociales. Habría que poder diferenciar entre la incapacidad de atender y la motivación que puede tener por los contenidos o experiencias que vive en la escuela. Por otro lado, resulta significativo el hecho mismo de que fijar la atención en una tarea frena la impulsividad.

Es necesario poder inhibir momentáneamente la entrada de otros estímulos para poder sostener la atención en algo, por ejemplo la explicación que da un maestro. Las palabras del que habla deben entonces poder adquirir un sentido y un valor psíquico para que así el niño sostenga su atención.

Un proceso como la atención es posible si funciona adecuadamente el Yo. Se trata de una instancia del entramado psíquico que permite a un sujeto tener una representación de sí, es decir, permite sentir que uno sigue siendo el mismo a pesar del paso del tiempo y las circunstancias que lo envuelvan. El Yo no viene dado de entrada, por eso en el inicio de la vida de un ser humano, de todos los objetos del mundo, la madre por ejemplo, toma uno y se lo enseña al bebé y juega con él usando ese objeto. Se recorta una cosa de todas las demás disponibles, dándole un valor (lo que en psicoanálisis se llama investir un objeto). Todo lo recién mencionado de la mano de un otro como se señaló antes (madre, padre u otro que ocupe el lugar), de una persona significativa, que libidiniza al niño y a los objetos, diferenciando poco a poco lo externo de lo interno, lo propio de lo ajeno, el Yo y el No-yo.

Por tanto, si no hay una discriminación del adentro-afuera que permita diferenciar los distintos estímulos externos, aparecerán dificultades para sostener la atención. Ocurrirá también si ha habido conflictos en el Yo de ese niño para “salirse de sí mismo” e investir objetos y relaciones fuera. Pero se ha de tener en cuenta que existen otras posibles variables que pueden provocar que el niño no pueda prestar atención: tristeza, angustia, exacerbación de la fantasía, etc. Esta es una de las razones por las cuales el psicoanálisis se diferencia de la clínica que propone el DSM, tanto por la manera en que se entiende a un sujeto, al tener en cuenta las diferentes etapas de su constitución psíquica, como porque permite la pregunta sobre las causas que originan el sufrimiento, y esto solo es posible realizando un abordaje individual y particular de cada caso que se atiende en consulta.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de hiperactividad?

Muchas veces se confunden la acción y movimiento con hiperactividad, como si se tratara de algo patológico. Sobre todo en contextos como el escolar, donde se espera que el niño pueda mantenerse quieto y callado durante períodos más o menos largos. En los últimos años vemos que, características normales como: moverse, jugar, saltar, hablar, contradecir órdenes de los adultos, etc., se valoran como algo enfermo, que se sale de la norma esperada. Es fundamental que un chico se mueva y se produzca una descarga motriz.

Esta acción y movimiento vital deben ser diferenciados de un movimiento desordenado y caótico que, en vez de permitir una descarga y producir una satisfacción, funcionan provocando mayor excitación. Esta hiperactividad nos puede servir como señal, pero habrá que valorar qué expresa este síntoma, ya que en sí mismo no nos explica lo que ocurre. De hecho, como advierte la psicoanalista Beatriz Janin, debemos tener en cuenta que la actividad motriz puede tener diferentes funciones, como descarga frente a urgencias imposibles de tramitar, como pensamiento cinético (pensamiento en acto), como movimientos autocalmantes o como forma de dominio y conocimiento de la realidad.

El psiquismo, y en particular, la estructuración del Yo, como se dijo anteriormente, permite traducir tanto los estímulos internos como los externos en información y representación. Lo que se puede ver en casos donde prima lo motriz, es que no hay mediatización entre la demanda interna y su descarga en una acción específica. Es lo que a veces se denomina como el “hacer sin pensar”. La excitación debe poder ligarse, traducirse en representaciones psíquicas, para que así la acción no sea descontrolada.

Consideraciones finales

En resumen, ante la consulta por un niño que supuestamente padece TDAH, lo primero será entonces valorar qué determina la falta de atención, la hiperkinesia o la impulsividad, poniéndolo en contexto con los entramados familiares, escolares y sociales.

Es crucial preguntarnos qué conflictos, miedos o angustias se ponen en juego cuando un niño no atiende o no para de moverse. Es la interrogación la que debe dar comienzo a un tratamiento posible. El TDAH se presenta como respuesta tajante, imposibilitando cualquier tipo de preguntas que permitan entender aquello que se expresa en los síntomas de un niño que sufre. Pareciera que la identificación a una etiqueta, proporciona un ser: "soy TDAH", pero esto es algo que borra al sujeto y lo invalida. A partir de ciertas manifestaciones psíquicas se adquiere una identidad que sería la causa de todo lo que le ocurre a él (y a su familia), llegando a un callejón sin salida.

Más que conclusiones, propongo pensar preguntas que permitan la apertura de éste tema.

¿Cómo diagnosticar a un niño según propone el DSM y el lobby farmacéutico, cuando sus criterios aluden a características propias de los niños sanos? Es paradójico que se suponga un planteo científico cuando la valoración diagnóstica es a partir de la perspectiva subjetiva de aquel que, por ejemplo en clase, considera que ese niño tiene una conducta desafiante o que habla en forma excesiva. ¿Cuál es la medida en el caso del criterio: "habla en forma excesiva"? ¿Qué marca la línea divisoria entre lo normal y patológico? La conducta infantil muchas veces resulta molesta para los adultos que no pueden seguir el ritmo de un niño, o de un maestro que tiene más de veinte alumnos juntos en una clase y debe impartir contenidos. Pero entonces, cuando la conducta es evaluada como intolerable, ¿qué es lo intolerable? ¿Para quién?

El psicoanalista ofrece un sostén y un lugar de confianza y tranquilidad, donde poder desplegar ese empuje pulsional (lo que seguramente ha sido catalogado como hiperactividad), canalizándolo de otras maneras: armando historias; desplegando y, en algunos casos, acotando la fantasía; pasando a la palabra los actos; dibujando; jugando; etc. Se trata de convertir un mero accionar desenfrenado en un juego compartido, construyendo un marco estable de trabajo, una secuencia (inicio, desarrollo de la sesión y final) y unos ritmos, que ayuden a otorgar significación a determinados objetos del mundo y a pasar la excitación por el manto simbólico. Poner palabras a los miedos o preocupaciones permite un alivio sintomático. También es importante que el paciente pueda situarse dentro de su genealogía familiar para ir construyendo su propia historia.

Estos son algunos recursos posibles que tiene un psicoanalista para trabajar con un niño, entendiéndolo como un sujeto capaz de dar cuenta de lo que le pasa y cambiar su devenir.

Lucía Pose

Nº de colegiada: 17471

Diciembre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (5º edición), Panamericana, 2014.
- Departamento de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Protocol per al maneig del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) infantojuvenil en el Sistema Sanitari Català*, Canal Salut (Gencat.cat), 2015.
- Janin, Beatriz, *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (ADD/ADHD)*, Buenos Aires, Noveduc, 2004.
- Manifiesto *Per a un consens clínic del TDAH*, Blog consensotdah, 2 de julio de 2015.
- Pérez Marino, *El TDAH no existe, y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje*, ABC.es, 2014.