

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y
NEUROLOGIA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA



BOLETIN

**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA**

AÑO 6 - Nº 2 - OCTUBRE 1995

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1994 - 1995

Presidenta:	Dra. Ledia Troncoso
Vice-Presidenta:	Dra. Ximena Keith
Secretario:	Dr. Tomás Mesa
Tesorera:	Dra. Perla David
Directores:	Dra. Lilian Cuadra Fonoaud. Marcelo Díaz Dra. Isabel López Psic. Carmen G. Perales Dra. Erna Raimann Dr. Marcelo Devilat
Past-President:	
Directora del Boletín:	Isabel López
Comité Editorial:	Freya Fernández Gabriela Sepúlveda Marcelo Díaz Ricardo García

Esmeralda 678 of. 303, Fonos: 6331955 - 6396171, Fax: 6391085 - Santiago

1995 - DIRECT
BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 6 - Nº 2 - OCTUBRE 1995

CONTENIDOS

TRABAJOS ORIGINALES

Disarmonía Psicótica en un niño de 5 años
Estudio Psicopatológico y tratamiento
Dras. Virginia Boehme, Soledad Herrera, Psic. Gabriela Sepúlveda 3

Visión crítica del Síndrome de Hiperactividad con déficit de Atención.
Dr. Juan E. Sepúlveda Rodrigo 9

Fantasma en el desarrollo del niño
Dra. Ximena Keith P. 19

REVISION DE LIBROS Y REVISTAS

- El crecimiento del mundo.
Moris Berman 24
- Adolescencia y Sexualidad. Manual de trabajo en grupo.
Gabriela Sepúlveda; Paulina Valderrama; Pascuala Donoso
- Actividades para terapia de grupo con adolescentes.
Sepúlveda F., Nelson M., Emhart J., Castilla A.M.
- Los progenitores del sistema nervioso inmortalizados. Vectores de terapia génica.
Peschanski M.
- Leucoencefalopatía hereditaria y keratoderma palmoplantar.
Lossos A., Cooperman H., Soffer D., Ben-Nariah Z., y cols.
- Tumores cervicomedulares en niños.
Robertson P.L., Allen J.C., Miller D.C., Fidel J., Epstein F.J.
- Efectos de la Hemiplejía en la madurez ósea.
Doman-Roberts C., De Laura Vegtie, and Stevenson R.D.

CORRESPONDENCIA

Dr. Rodrigo Chamorro O. 34

NOTICIAS

36

REUNIONES Y CONGRESOS

38

SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES

39

Dr. Pablo Rodríguez W.
Director D.I.R.

DISARMONIA PSICOTICA EN UN NIÑO DE CINCO AÑOS: ESTUDIO PSICOPATOLOGICO Y TRATAMIENTO

*Dras.: Virginia Boehme, M. Soledad Herrera, Ps. M. Gabriela Sepúlveda
Hospital Clínico Universidad de Chile, Depto. de Neurología - Neurocirugía (CIDIN)*

MOTIVO DE LA PRESENTACION

Mostrar un paciente con un cuadro psicótico de comienzo en la infancia y analizar las dificultades para clasificar este tipo de casos con las nosologías disponibles actualmente.

Se presenta al niño que llamaremos Alberto; de cinco y medio años en el momento de consultar.

I.-Motivo de consulta:

Derivado desde el colegio un año antes de la fecha de consulta (pre kinder) por presentar dificultades para seguir normas básicas en la sala de clases (por ejemplo: grita y come no ajustándose al ritmo de aprendizaje del resto del curso).

Además es dominante con sus pares y descrito como líder negativo por la profesora. Según la psicóloga del colegio, es muy fantasioso, habla en forma convincente de un hermano imaginario y refiere ser castigado físicamente por los padres. Estos decidieron darle tiempo para madurar y no consultaron hasta un año después: (abril de 1993), fecha en la cual, el niño se entera en el colegio que los padres deberían dormir juntos y no con los hijos. Como él siempre ha dormido con su madre, cae en una crisis angustiada. Los padres comienzan entonces una escalada litigante contra el colegio y éste exige una evaluación psiquiátrica.

II.-Antecedentes familiares:

Es hijo único y vive con ambos padres.

El padre: tiene 49 años, 4º medio. Anteriormente empleado de una empresa de computación; actualmente cesante un año. Realiza asesorías esporádicas.

Es el 5º hijo de 9 hermanos; presentó trastornos de conducta en su infancia.

Clinicamente aparece como un trastorno de personalidad en la línea obsesiva. Ha presentado una inestabilidad vocacional y laboral: cursando 1 año de sacerdocio y otro como productor de cine.

La madre: tiene 46 años, contadora.

Es la primera hija de madre soltera con antecedente psiquiátrico. Producto de una relación ocasional con un hombre casado. Tiene antecedentes de abandonos reiterados en su infancia; habiendo presentado enuresis diurna y nocturna junto con encopresis más coprografía. Clínicamente tiene un trastorno fronterizo de personalidad.

Relaciones conyugales: Insatisfactorias con agresión y descalificación mutua y una terapia de pareja no exitosa en 1991.

Antecedentes mórbidos familiares: Aparte de los mencionados en la línea directa, existen por parte de la madre antecedentes de diabetes, epilepsia, retraso del lenguaje, psicosis crónica y por ambos padres de trastorno de personalidad.

III.- Antecedentes Personales:

- Embarazo: primigesta tardía (40 años). No deseado, en madre soltera. Los padres deciden casarse a raíz del embarazo. Cursa con problemas emocionales.
- Parto: Cesárea por ausencia de dinámica uterina espontánea a pesar de inducción ocitócica.
- RNT GEG: 4.500 con dificultad para regular temperatura, por lo cual, se mantuvo 1 día en observación. Es tranquilo.
- Alimentación: Pecho exclusivo durante 6 meses sin dificultad en la incorporación de alimentos, pero con tendencia a ser sobrealimentado por la madre apareciendo una obesidad precoz.

e) Desarrollo

- e1) Psicomotor: marcha a 1 año 4 meses
- e2) Lenguaje: normal
- e3) Esfínter: nunca ha logrado un buen control del esfínter urinario y anal. Presenta una encopresis y enuresis primaria nocturna y diurna, no constituyendo esto un motivo de consulta para los padres.
- e4) Desarrollo afectivo-social: dificultad de integración con pares desde siempre. Prefiere juegos fantasiosos de omnipotencia, con figuras imaginarias, o investigar temas específicos en profundidad.
- e5) Desarrollo Psicosexual:
Presenta masturbación desde los 9 meses de vida. Los padres consultan por este motivo al año 3 meses a Neurólogo; constatando éste en el examen neurológico una discreta hipotonía generalizada de origen no precisado.
- e6) Autonomía:
No presenta hábitos de independencia en aseo. Sueño y alimentación:
Toma mamadera hasta los 4 años
No se viste solo
No va al baño hasta que la madre se lo pida
Duerme con la madre

f) Antecedentes escolares:

Ingres a sala cuna a los 87 días y se mantiene siempre en jardín o colegio. Los primeros años sólo presentó dificultad en la psicomotricidad gruesa.

g) Mórbidos personales:

- Genuvalgo
- Pie plano longitudinal
- Sobrepeso

EXAMEN DEL NIÑO

a) Psiquiátrico:

Niño ligeramente obeso, de alta estatura. Usa lentes.

Establece un contacto inadecuadamente cercano con el examinador, maneja un lenguaje rico en vocabulario, sin fallas sintácticas, ni fonológicas, pero particular en el estilo: es

amanerado, con expresiones de adulto (por ejemplo: dice proverbios).

El contenido del discurso es inicialmente atingente, pero luego se extiende en detalles, perdiendo la idea central y entremezclando contenidos fantasiosos donde él es el héroe que lucha contra amenazas planetarias. Aparece emocionalmente involucrado del todo, actuando en concreto el abordaje de la situación temida, con certeza en los contenidos de su relato e ignorando al interlocutor. Imagina que tiene un hermano, habla con él como si realmente existiera, actuando con gran histrionismo. Habla de él a sus padres con naturalidad. Inventa trampas para atrapar monstruos, así como armas fantásticas que emiten rayos láser para defenderse.

Cuenta historias de su vida con gran certeza: como que él es huérfano y que vive con su abuelita.

Al confrontarlo, reconoce que sería imaginación, pero sin demostrar pudor. Tiene intereses por distintos temas; sobre los cuales, se explaya en profundidad, y que van cambiando: como animales prehistóricos, naves espaciales y actualmente la historia de Chile, identificándose con distintos personajes (B. O'Higgins, Manuel Rodríguez).

Presenta conductas bizarras como que trata a su perro de «hermano», ya que imagina ser Santo Tomás. Comen del mismo plato, suelen dormir juntos y presenta juegos sexuales con él como besarse en la boca o masturbación y felacio mutuo.

En el desarrollo emocional aparece una imagen de sí no integrada, sobrevalorada y omnipotente; con una imagen de otros con atributos difusos que generan ansiedades persecutorias. La relación con la madre es percibida afectuosa, tendiendo a prevalecer un vínculo regresivo con ella; alto apego y exigencias de satisfacción sin postergación de sus demandas. Al padre lo percibe más alejado y poco protector. La realidad es percibida como hostil y amenazante, sintiéndose desprotegido frente a ella, lo cual, elicitando intensas fantasías persecutorias.

El control de impulsos es pobre con mala tolerancia a la frustración.

Los afectos predominantes son: angustia difusa, rabia y miedos (a la soledad, oscuridad, a seres de la fantasía y a situaciones peculiares como al rebote de la pelota).

Las relaciones interpersonales son inadecuadas, estereotipadas, con falta de límites y sin categorizar la situación; por ejemplo: se comporta igualmente con extraños que con personas de confianza sin mediar el sentido de privacidad. Es así como aún se masturba en público.

En la relación con los padres es demandante y solicita atención permanente. Con la madre es obstinado, no ha logrado hábitos de autonomía, cosa que la enrabia mucho manejándolo con inestabilidad entre el polo de la agresión física y verbal y el polo del apego físico y permisividad. En el conflicto de pareja se encuentra aliado con la madre a quien protege y descalifica verbalmente al padre.

El estilo de socialización es permisivo - hostil con maltrato físico y verbal.

En la relación con pares es amistoso, pero intenta imponer su juego sin considerar los deseos de otros. Este generalmente consiste en fantasías, donde él es el héroe que maneja en forma omnipotente las situaciones imponiendo roles de menos poder a sus pares. Ejemplo: es líder de las galaxias y su nave destruye a los malos del universo.

En resumen: la relación con pares está comprometida debido al exceso de egocentrismo, sentimiento de omnipotencia, falta de empatía e incapacidad de tomar perspectiva.

b) Examen Neurológico:

Hiperlaxitud articular generalizada con reflejos normales. (Sincinecias múltiples), disidiado cocinesia leve - marcha torpe con discreto aumento de la base de sustentación. Resto normal.

c) Exámenes de laboratorio:

EEG St. Hv: desorganización lenta difusa no

específica. Informada como compatible con inmadurez bioeléctrica.

d) Evaluación psicológica:

Se realizó una evaluación de las funciones intelectuales y de aprendizaje (WISC - Bender - funciones básicas) y del área emocional CAT y Rorschach).

Resultados:

Posee una inteligencia normal superior disarmónico con menor rendimiento en el área manual y un buen desarrollo del área conceptual y verbal. Presenta además una inmadurez en el área de la coordinación visoperceptivomotriz.

En el área afectiva aparece un niño que presenta un desarrollo anormal de la personalidad con defensas de tipo bajo, dificultades en su identidad, en el manejo de los impulsos y en el enjuiciamiento de la realidad con ocasionales pérdidas de juicio momentáneos.

Aparecen elementos del tipo de la omnipotencia, depresivos y paranoídeos.

HIPOTESIS DIAGNOSTICA

Clasificación francesa de los problemas mentales del niño y adolescente Misés (1988). (8)

EJE I Categorías clínicas de base

- 1.- Psicosis : disarmonía psicótica
- 2.- Problemas de expresión somática y/o conductual:
 - Enuresis mixta
 - Encopresis

EJE II Factores eventualmente etiológicos:

- 1.- Factores orgánicos:
 - Genéticos: no especificados
- 2.- Factores del ambiente:
 - Problemas mentales en los padres
 - Perturbaciones psicológicas en la familia

TRATAMIENTO

El paciente lleva dos años en tratamiento habiendo realizado el siguiente esquema terapéutico centrado tanto en el niño como con los padres en forma simultánea.

1) Nivel familiar: Los objetivos del trabajo con la familia fueron trabajar la estructura familiar diferenciando roles y espacios propios, así como lograr una socialización más adecuada en:

- 1a) El control de esfínter
- 1b) Fomento de la autonomía
- 1c) Regulación y ordenamiento de los hábitos (alimentación - sueño, etc.)
- 1d) Fomento de la sociabilidad
- 1e) Desalentar conductas fantasiosas
- 1f) Manejo de conductas bizarras o inadecuadas (masturbación en público).

2) Nivel individual:

- 2a) Terapia individual con enfoque cognitivo con los siguientes objetivos generales:
 - Reorganización de la visión de realidad ayudándolo a descubrir elementos que le permitan enjuiciar en forma más adecuada la realidad.
 - Mejor integración de sí mismo, de otros y del mundo.
- 2b) Terapia grupal.
Objetivo: fomentar habilidades sociales.
- 2c) Farmacológico: Uso Neurolépticos
Objetivos: bajar la angustia, organizar el pensamiento, mejorar el control de impulsos y manejo de la agresividad.

3) Nivel ambiental:

- Cambio de colegio: de menos alumnos con un ambiente más protector.
Objetivo: favorecer una visión de mundo más segurizadora.

COMENTARIO

Este niño está incluido dentro de las categorías de las psicosis infantiles, que abarcan un vasto y polimorfo grupo de perturbaciones graves de la organización de la personalidad, las cuales, distorsionan en forma radical la aprehensión de la realidad, tanto en lo personal como en la visión de otros y del mundo.

El comentario clínico de las psicosis infantiles nos confronta a un problema difícil: la diversidad de las descripciones clínicas y la multiplicidad de las clasificaciones, precisamente en razón de la variedad de los modelos teóricos de referencia.

Utilizaremos aquí las grandes líneas de la clasificación francesa de Mises que según nuestro criterio ofrece una descripción psicopatológica más rica, y sin embargo, no podemos dejar de mencionar las clasificaciones internacionales, como la ICD 10 y el DSM IV.

Según esta clasificación (francesa) correspondería al grupo de las psicosis llamada disarmonía psicótica que presenta las características siguientes: (8)

- 1) Una expresión manifestada a partir de 3 - 4 años de edad
- 2) La sintomatología varía de un caso a otro y para el mismo niño se modifica en el curso de la evolución.
- 3) Bajo esta sintomatología variable: los rasgos y mecanismos de la serie psicótica instituyen un elemento en común:
 - 3.1.- Amenaza de ruptura con la realidad. Ausencia y mala organización del sí mismo y de las relaciones con la realidad.
 - 3.2.- Tendencia al desborde del pensamiento por los afectos y las representaciones de una extrema crudeza (agresiva y sexual).
 - 3.3.- Expresión directa de los impulsos en las conductas, manifestadas, en las fantasías y en ciertos fenómenos de somatización.
 - 3.4.- Angustias severas de diverso tipo.
 - 3.5.- Predominio de una relación diádica
 - 3.6.- Predominio de intereses arcaicos
- 4) Existencia de mecanismos defensivos primitivos que impiden una desestructuración total; así las formas de expresión patológica pueden estar limitada a ciertas áreas manteniendo en general una «buena fachada» y/o evidenciándose en ciertos periodos evolutivos.

Están incluidas en estos criterios las prepsicosis, las disarmonías evolutivas de estructura psicótica, las alteraciones esquizoideas, el síndrome llamado del «niño atípico» y las psicosis simbióticas.

Según la clasificación ICD 10 (6) correspondería a un **trastorno esquizoide de la infancia**

también llamado el diagnóstico se basa en tres aspectos fundamentales:

- 1.- Ausencia de cualquier retraso de lenguaje o cognitivo clínicamente significativo.
- 2.- Presencia de dificultades cualitativas en la interacción social.
- 3.- Patrones de intereses, comportamientos y actividades repetitivos y estereotipados.

En el DSM IV (4) figura dentro de los trastornos profundos del desarrollo bajo la categoría de desorden de Asperger, caracterizándose por dos hechos fundamentales: una alteración sostenida y severa en la interacción social y el desarrollo de un patrón restrictivo y repetitivo de conductas, intereses y actividades. El desorden debe causar una alteración clínicamente significativa en lo social, ocupacional u otras áreas de funcionamiento (compromiso social-familiar-escolar). En contraste con el desorden autístico no hay un fracaso significativo en el lenguaje ni en el desarrollo cognitivo.

Si bien existe un cierto acuerdo sobre las consideraciones que acabamos de exponer divergen los puntos de vista sobre los riesgos evolutivos de estos niños. (7)

Para unos (Levobici y Diatkine) se trataría de reorganizaciones más o menos inestables dominadas por el riesgo de evolución hacia una psicosis franca particularmente en torno a la pubertad (7).

Por el contrario, otros (Witlöcher-Lang), los perciben como organizaciones patológicas relativamente estables y específicas de evoluciones variables, siendo la sicotización franca una eventualidad menos frecuente, y más frecuente un continuo hacia los trastornos severos de la personalidad en la adultez (7).

Quizás uno de los más grandes desafíos como psiquiatras infantiles es prevenir aquellas

patologías psiquiátricas de la adultez, cuyo origen organizativo se presenta en la niñez.

Como en toda la historia de la Medicina el primer gran paso es la descripción psicopatológica de los cuadros clínicos cosa que hemos tratado de ejemplificar con este caso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Luke Y.T., Mohammad G.: Autistic Disorder en J.M. Wiener. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Press 1991.
- 2.- Luke Y.T.: Other Pervasive Developmental Disorders en J.M. Wiener. Textbook of Child Adolescent Psychiatry American Psychiatric Press 1991.
- 3.- Volkmar, Fred: Autism and the Pervasive Developmental Disorders en M. Lewis. Child and Adolescent Psychiatry A. Comprehensive Textbook 1991.
- 4.- American psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual (4a. ed.) Washington, DC, American Psychiatric Association Press 1994.
- 5.- American Psychiatric Association: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder (3er. ed. rev) Washington, DC, American Psychiatric Association Press 1987.
- 6.- OMS Trastornos Mentales del comportamiento y del desarrollo. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Genarc. OMS, 1988 Cap. V.
- 7.- Maset P., Houzel D.: Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. II Ed. Médica y Técnica S.A. (Ed. española), Barcelona, España, 1981.
- 8.- Mises R.: Classification française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatric de l'Enfance, 1990, 38.

VISION CRITICA DEL SINDROME DE HIPERACTIVIDAD CON DEFICIT DE ATENCION

Dr. Juan E. Sepúlveda Rodrigo
Clínica Psiquiátrica Universitaria

Uno de los hechos que más quejas provoca en los adultos, es la inquietud en un niño, motivo frecuente de consulta en los padres, reclamo en los profesores y fundamento de presión, para obtener una receta de algún estimulante por parte de un médico.

No hay revista especializada que no tenga en cada número, uno o más artículos, relacionados con el tema de la inquietud o la atención, en el niño y el adolescente (34); lo mismo que en toda

reunión científica, entre cuyos temas está el desarrollo infantil y sus patologías.

Durante el siglo XX, el título diagnóstico para referirse a este cuadro, ha variado, consecuentemente al conocimiento prevalente respecto a su etiología y hechos clínicos centrales en ese momento, por lo cual nada asegura que el concepto actual no cambie en los años futuros.

TABLA 1

EVOLUCION TERMINOLOGICA DIAGNOSTICA S. XX

- 1902 Still	:	«Defecto del control moral»
- 1923 Ebaugh	:	«Secuelas neuropsiquiátricas de encefalitis»
- 1934 Kahn y Cohen	:	«Secuela orgánica»
- 1947 Strauss	:	«Daño cerebral mínimo»
- 1962 Clements y Peters	:	«Disfunción cerebral mínima»
- 1963 DSM II	:	«Síndrome hiperkinético de la infancia»
- 1980 DSM III	:	«Déficit de atención con o sin hiperactividad»
- 1987 DSM III R	:	«Desorden de hiperactividad con déficit de atención»
- 2000 ¿.....?	:	«¿.....?»

Por lo general, la investigación científica ha intentado descubrir el sustrato último que explique a cabalidad su origen y clínica: (Tabla II) Neurotransmisores (39), búsqueda de metabolitos (14, 20, 28, 38, 39) hechos neuroanatómicos (10,12,19) metabólicos, (18, 41) de flujo cerebral (17, 41) genéticos (5)

hereditarios (5), funcionales (3, 16, 24) y madurativos, teniendo cada uno estudios que los apoyan, pero ninguno es suficiente para erigirse como el sustrato.

De este modo se fundamentaría una base neurobiológica, que incluso siendo así, no lo explica todo (30).

TABLA II
ESTUDIOS ETIOLÓGICOS

- | | | |
|------------------------------|---|---|
| 1) Neurotransmisores | : | - Noradrenalina
- Dopamina
- Serotonina |
| Teoría NT único | : | - Insostenible |
| 2) Metabolitos | : | - No concluyentes |
| 3) Estudios neuroanatómicos: | | |
| | | - Disfunción diencefálica (tálamo, hipotálamo) |
| | | - Falla inhibición cortical |
| | | - Alteración locus coeruleus |
| | | - Alteración lóbulo frontal |
| | | - Alteración flujo cerebral y metabolismo |
| | | Glucosa: Lóbulo frontal, áreas sensorio motoras, núcleos basales. |
| | | - Disfunción estriatal |
| | | - Alteración asimetría frontal |
| | | - Alteración morfología cuerpo calloso |
| 4) Modelo genético: | | Rasgo latente, autosómico dominante. |

Es interesante mencionar que desde la década del 60, cuando empiezan los grandes estudios buscando primero una causa en los neurotransmisores, se aprecia una tendencia progresiva a ir atomizando la funcionalidad cerebral, pero que en la década del 80, por la fuerza de los hechos, va surgiendo un pensamiento integracionista y ecléctico, ya no excesivamente positivista y buscando con cierto candor, el hecho único. Las teorías neurobiológicas, que fundamentan la fisiopatología, han ido

variando desde la década del 50, (Tabla III) (31, 39), dependiendo de los últimos hallazgos, teniendo en el avance tecnológico un gran aliado, para estudios cerebrales de carácter funcional o para estudios anatómicos de alta precisión. Como en otras áreas, los estudios de laboratorio, son múltiples, experimentales, con animales o haciendo analogías con cuadros clínicos del adulto, desde un efecto secundario a una lesión adquirida

TABLA III
MODELOS NEUROBIOLÓGICOS

- | | | |
|---------------------|---|---|
| Años 1960 | : | Niños hiperalertas |
| Fines 1960 | : | Niños subalertas. Satterfield. Disfunción formación reticular |
| Años 1970 | : | Falla central, la atención. Cohen Douglas |
| Mediados 1970 | : | - Compromiso lóbulo frontal. Zambelli
- Alteración eje caudado - frontal. Pontius
- Hipervigilancia. Compromiso locus coeruleus. Mefford y Potter |
| Alteración circuito | : | Córtico - estriado - nigro - tálamo - cortical. |

Toda esta información acumulada en los últimos 30 años, aparece como un gran respaldo para esta entidad nosológica, aparentemente dándole suficiente validez científica, pero más que fundamentar su existencia y tener una clínica a su servicio, parece más bien que los múltiples hallazgos, han estado al servicio de un conjunto sintomatológico, de límites muy imprecisos, acomodados para darle vida. De hecho, estos resultados tendrían mayor validez si la clínica propuesta, tuviera mayor exclusividad y no fuera una especie de denominador común de varios compromisos clínicos, de origen muy diverso.

Mientras más se investiga la funcionalidad y organización cerebral, más complejo se ve y menos se entiende su funcionamiento desde un locus único.

Paralelamente a la investigación respecto a la etiología de la hiperactividad, fue surgiendo una visión más integral respecto a las estructuras que participan en la organización del acto motor, ocurriendo otro tanto con la atención.

Se encuentra una compleja interacción de sistemas neuroanatómicos, haciendo improbable que algún área o sistema neuroquímico sea el único o primariamente involucrado en determinado síntoma. De hecho diversas áreas del cerebro participan en la función de la atención, por lo tanto su alteración aparece anatómicamente inubicable.

Quizás, lo más interesante de resaltar es que las hipótesis, conclusiones, hallazgos, comparaciones, diagnósticos, etc., ocurren en un niño, es decir en un ser en desarrollo, estructural y dinámicamente en evolución.

Este hecho es lo que más complica las extrapolaciones hechas desde el adulto con un defecto neurológico, por similar que se pretenda encontrar la clínica conductual. En el caso de un niño, pareciera más bien, que estamos en presencia de una organización especial y no frente a un defecto neurológico. ¿Cómo separar además, la influencia propia del desarrollo, de la alteración organizativa, o de los hallazgos de supuesto compromiso de una estructura?, especialmente los referidos a la función frontal.

Muchos estudios son difíciles de interpretar, por no considerar claramente el elemento evolutivo, como ocurre con más de alguna encuesta poblacional.

Si al examinar la información acumulada, respecto del sustrato orgánico de este cuadro y se ve lo difícil de su interpretación, al introducimos en el ámbito clínico que lo sustenta, la controversia es aún mayor. Desde las primeras descripciones y hasta hoy, aparecen dos grandes síntomas como pilares de sustentación, la hiperactividad y la falla en la atención y de acuerdo a algunos estudios, el primero como el más discriminativo de ambos.

Durante muchos años se ha intentado delimitar este cuadro, buscando características propias, hechos centrales, diferenciaciones, con el fin de darle categoría de síndrome, con un curso clínico definido y cierta especificidad del tratamiento, pero no se ve claridad al respecto. La dificultad para atender o un grado de actividad mayor al esperado es visto en diversos cuadros clínicos, haciendo, sobretodo de la atención, un hecho bastante inespecífico, que no dice mucho. Quizás lo más llamativo lo constituye el que los criterios diagnósticos sean de índole conductual, basados en lo observable y medible o lo que es más delicado, lo informable desde una instancia muy sesgada, como es el colegio.

En la práctica clínica es muy raro ver un niño cuya principal queja no sea la «inquietud» o «la falta de concentración», términos que se han excesivamente popularizado, a punto de constituir un sello diagnóstico para cualquier persona. Si bien los síntomas son un factor importante de la clínica, es un deber ineludible buscar la esencia que subyace a estos, su psicopatología, sin la cual, difícilmente se logrará un preciso y claro diagnóstico y por lo mismo, un correcto tratamiento. Es tan común esto, que al final, el ser infantil aparece reducible a un conjunto conductual muy fácil de entender y de tratar, minimizando o desvalorizando el relato del propio niño, de acuerdo a su momento evolutivo o la riqueza del hecho relacional, fundamento de más de algún diagnóstico.

Al no tener la capacidad simbólico-expresiva del

adulto, el niño recurre a su principal instrumento de comunicación para expresar sus conflictos, su propio cuerpo, es así como un niño angustiado por algún motivo, fácilmente podría confundirse con una hiperactividad.

Al aparecer como síntomas inespecíficos de una variedad de cuadros psiquiátricos, implica que múltiples niños están en claro riesgo de ser rotulados de hiperactivos, porque tal conducta hegemoniza el diagnóstico, estereotipando lamentablemente, el tratamiento.

El problema va más allá de lo nosológico apuntando a sus raíces epistemológicas, siendo la conducta, el motor que organiza el diagnóstico, no aparece la persona del niño en su origen, considerándolo como un ser pasivo y no activo frente a su propio desarrollo, quien en su permanente búsqueda de sentido, va analizando y sintetizando la realidad a cada momento, organizando sus propias vivencias, moduladas por la experiencia previa y la organización madurativa de este instante. Esto hace de cada niño un ser incluso, mucho más complejo de analizar que un adulto, al estar en pleno proceso de estructuración. Como en toda la psiquiatría, es la persona y su modo de vivenciar la realidad y a sí mismo, lo que nos orientará en la evaluación diagnóstica y en ausencia de lenguaje, la psicopatología del vínculo, de la relación, de su modo de estar frente a nosotros, lo que orientará nuestro análisis.

Es interesante mencionar el sentido e importancia de la impulsividad en el ser infantil. El niño normal tiene la necesaria facultad de tener una continuidad en la experiencia, hecho posible, al surgir la motivación de actuar desde la significación que la realidad tenga para sí, de acuerdo a su nivel madurativo y modo de relacionarse con ella. Al tener un continuo experiencial facilita su estructuración cognitiva, al ver en la realidad, un referente conocido desde su propio interés, aprehendiéndola coherentemente, permitiéndole modificar y modular armónicamente su curso evolutivo. Cuando este niño presenta o queda a merced del impulso, el actuar deja de estar comandado preferentemente desde la significación externa, modulándose su motricidad, desde un hecho

interno que no corresponde a la voluntad o a alguna vivencia personal, sino a un hecho más vacío, como es el impulso, provocando verdaderos saltos experienciales, al verse obligado a cambiar constantemente de actividad o no concluir lo que empieza, por libre decisión o de acuerdo a una clara significación de la realidad. De esta manera, se evita terminar adecuadamente el acto, el cual queda interrumpido, no pudiendo obtener la vivencia total, integral, de acuerdo al plan básico original. A los procesos de análisis y síntesis, sobre los cuales se va estructurando la cognición, no les es permitida la vivencia total, integral. Llegando a un análisis parcial y a una síntesis trunca e incompleta, discontinuando la experiencia como referente, pudiendo comprometerse así, secundariamente, el proceso cognitivo.

Así el impulso, no siendo en su origen una vivencia, su expresión y consecuencias lo transforman en una, contra la cual, el niño tampoco podrá luchar plenamente al no poseer la experiencia de normalidad para compararla, limitará su capacidad de análisis y síntesis de este fenómeno que modulará sus actos y exigencias.

Por otro lado que ocurre con aquellos niños que presentan un modo de ser desde su temperamento, más extrovertido, empático, sociable, demuestran más iniciativa, seguridad, de humor algo elevado, que fácilmente pasan por hiperactivos o pueden ser rotulados luego de la pubertad, como cuadros residuales, dándole a una variación madurativa normal, categoría de morbilidad. Otro hecho muy común o quizás el más común, es ver niños que desarrollados en un ambiente no estructurado, se prolonguen y distorsionen hechos madurativos normales, como el egocentrismo propio del período pre-escolar, al no modularlos adecuadamente por falta de normas o límites claros, confundiéndose fácilmente con hiperactividad, sino se investigan detalladamente los hechos relacionales, que de tratarse, volverían al niño a un curso evolutivo normal. Esta situación puede apreciarse de manera evidente, especialmente en niveles socio-culturales bajos, asociado a los grandes cambios sociológicos ocurridos en los últimos 20 años.