

¡TODOS CON ADD!

Stabio, Silvia Alejandra

Lic. en Psicología.

Asesora Académica- Atlantic International University

silvia_stabio@hotmail.com

RESUMEN:

Hoy es posible escuchar en el discurso cotidiano de las personas, palabras técnicas del ámbito "psi", las que se entremezclan con la forma de vida que los padres y otros adultos significativos "transmiten" a los niños además de un sinnúmero de diagnósticos y tratamientos médicos caseros que se llevan a cabo.

Esto ha producido un detrimento constante de la veracidad y científicidad de los quehaceres profesionales de la psicología, psicopedagogía, psiquiatría y pediatría.

Uno de los trastornos que actualmente es "diagnosticado" por padres y maestros es "este chico puede tener ADD". Así le confieren al niño una enfermedad de la que "nadie es responsable".

"Ya no sabemos que hacer con él..." Así empieza el discurso cuando los tratamientos en casa no dan resultados y deben acudir a consultorios profesionales.

Creo que es importante conocer que es el ADD (TDAH), cuales son los síntomas e indicadores clínicos para el diagnóstico profesional, como interviene la familia y la esfera social directa del niño y en que casos es extremadamente importante medicar.

Este saber será tomando desde dos perspectivas complementarias: actualización y ética profesional. Asimismo se remarcará la importancia del diagnóstico y tratamiento interdisciplinar.

"¿Mi hijo tiene ADD?" Primer resultado que arroja la búsqueda en la Web sobre este tema. Diario La Nación, matutino de la República Argentina en Septiembre de 2006 publica en su revista impresa una nota que inicia con dicho título. (1- Mi hijo tiene ADD?- La Nación - Septiembre 2006)

La misma es un intento de echar luz a la sombra de este popular y colosal diagnóstico a niños de todas las edades y clase social.

La introducción a la temática es bastante avanzada como para ser de lectura masiva y popular. Refiere términos tales como trastorno, neurotransmisores, genes, línea neurobiológica, trastornos de aprendizaje "dis", síndrome de Tourette, sumados a ADD, ADHD y TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo).

Inmediatamente sigue a la introducción palabras de dos profesionales de mucho renombre en Argentina y finaliza la nota con el relato de un caso clínico. Acompañan además el listado de los síntomas y la definición de cuatro conceptos mencionados como básicos para comprender los trastornos de aprendizaje.

El artículo periodístico puede ser leído en:

http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=837968

Utilizo este artículo a modo introductorio para preparar el terreno hacia las problemáticas que quiero plantear en el presente trabajo:

- 1- Cotidianeidad en el uso de vocabulario técnico profesional
- 2- Diagnósticos y tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos caseros
- 3- Cuando llega la hora de consultar a un profesional
- 4- Actualización y ética profesional
- 5- Interdisciplinariedad

Hoy nos vemos invadidos por el lenguaje "psi" aplicado en la vida cotidiana. Nadie esta exento de haber sido rotulado, aunque sea al menos una vez de "bipolar", "neurótico", "obsesivo", "depresivo", "psicótico", etc. Los niños no escapan de estas rotulaciones, "tu hijo es hiperactivo", "es un chico sobre estimulado", "¿no estará deprimido?", ¿consultaste si no es ADD? Inundan los comentarios en charlas de café.

Una vez más les digo, nadie ha quedado exento. Hay una cotidianeidad en la expresión de estas palabras, terminología que se aplica de modo irracional y hasta de un carácter frívolo. Es "chic" utilizarlas, da glamour a quienes logren introducirlas en una conversación. Podemos observar esto hasta en programas televisivos.

Pero, ¿quién se hace cargo de lo que provocan al otro? ¿Quién puede explicar cabalmente que significan estos términos y porque los introducen en su discurso?

Así como no hay una respuesta direccional y completa a esta pregunta que arrojé para reflexión, si puedo mencionar una consecuencia que afecta a los profesionales del área "psi": ha producido un detrimento constante de la veracidad y cientificidad de los quehaceres profesionales de la psicología, psicopedagogía, psiquiatría y pediatría.

Entre mis sugerencias dejo abierta dos pregunta que tienen distintos vértices reflexivos:

¿Si los medios de comunicación (televisión, diario, revista y radio) tratan en sus artículos temas relacionados a diversas áreas profesionales y los mismos son de consumo masivo, no sería esta la causa de la usual forma de expresarnos?

¿Por qué estos artículos, en lugar de reforzar la cientificidad de nuestras profesiones, las están destruyendo y hasta haciendo parecer triviales e insignificantes?

Es un poco obvio mencionar que hay por parte de los medios de comunicación la intención directa de obtener ganancias con la publicación de notas y artículos de toda índole. Pero sin ser gerente de marketing o ventas, sabemos que los títulos que se enmarcan dentro del terreno de la salud mental tienen una salida mayor debido al inconsciente colectivo de querer descubrir que hay en "la psiquis" de los demás.

Así la gente común se introduce lentamente en el terreno y el primer paso de posesión es

manejar el vocabulario técnico de un profesional. Lo grave no está en el uso, sino en el mal uso y abuso que se le da a la terminología científica, produciendo una banalidad en los distintos saberes que incumben a las diferentes ramas que tratan la salud mental de las personas.

Los niños ingresan al terreno de una manera más susceptible al no tener voz ni voto cuando opinan de sus "problemas psicológicos", y mucho menos cuando atribuyen en él diagnósticos y lo invaden con tratamientos caseros.

Actualmente hablar de ADD o hiperactividad es común tanto a nivel institucional (escuelas y otros) como a nivel social. El presunto diagnóstico "se manifiesta" y es "dado a conocer" cuando el niño ha sido institucionalizado y las dificultades se lucen en el aula u otro entorno de concurrencia masiva.

¿Pueden sospechar el porque? Casi unánimemente, profesionales del área pueden responder. El chico al ingresar a edad escolar deja el mundo de mamá y papá para insertarse en grupos mas grandes, y dirigidos por otros adultos. Esto pone en funcionamiento ciertas conductas que el niño trae en su bagaje estructural.

Como es de suponer cada niño es distinto a otro, pero hay generalidades que son posibles deducir de acuerdo a parámetros generales, como por ejemplo parámetros de conducta, de personalidad, de conocimientos, etc.

Cabe en este punto mencionar que cada generación es distinta a la que le sigue, y mucho más aún a la siguiente (tercera generación), quedando entre la primera y la tercera la brecha generacional, concepto explicado por Brunner.

He dirigido una encuesta en una escuela donde existe la posibilidad de dividir a los educadores en dos grupos. Un grupo es de docentes que ya están a punto de jubilarse quienes han visto pasar varias generaciones de niños por sus aulas. El segundo grupo es de docentes ingresantes, con pocos años de experiencia, quienes han recibido una formación distinta a la hora de transmitir los conocimientos.

La finalidad de la encuesta era dilucidar que opinan los docentes con respecto a los niños de "hoy" y de "ayer" y en donde creen ellos que está la llave del progreso para brindar una mejor atención a los estudiantes.

La encuesta se resume en estos puntos principales:

- 1- Los docentes con antigüedad distinguen que los niños "de antes" requerían menos atención que los actuales, que los grupos eran más homogéneos y que no había estudiantes que presentasen mayores dificultades en cuanto a asimilar conocimientos. Asimismo recalcan que la cooperación de los padres dentro de la comunidad educativa era casi completa. Hoy notan la diferencia en cuanto a niños con problemas de conducta, problemas de aprendizaje y el agravante de la falta de participación de adultos significativos para el infante.
- 2- Los docentes ingresantes se refieren a las diferencias desde una óptica diferente, ya que esos alumnos del pasado a los que alude la encuesta son ellos mismos en edad escolar. Ellos manifiestan que los chicos de hoy son diferentes, que conocen mucho mas, que los intereses son distintos a los que ellos tenían, que no todos vienen con predisposición y que todo lo que viven en la casa les afecta muchísimo.
- 3- Ambos grupos, por supuesto que hay quienes mantienen sus ideas en reserva, coinciden en señalar que las necesidades de los niños han cambiado. Que es necesario hacer un giro, y asimismo asumen su falta de seguridad en los lineamientos a seguir.

Con estos tres puntos resumo en breves palabras la encuesta aplicada. Podemos decir que en la actualidad las instituciones se "topan" con niños y niñas que saben mucho acerca de variados y vastos temas. Es posible conversar con ellos y pedirles que opinen desde temprana edad. Sus posibilidades son prácticamente ilimitadas y el adulto que se encuentra al frente, el cual pertenece a una o dos generaciones anteriores se ve estrellado frente a este niño "sobrenatural".

¡TODOS CON ADD!

Hay quienes reconocen y se hacen cargo de esta impresión que tienen de los chicos, mientras algunos eligen hacer algo con ello, otros simplemente obvian hablar del asunto. Lo más grave ocurre cuando el adulto (padre o docente) cree que existe una norma y que todo niño que salga de ella es "anormal".

Frente a niños anormales se dice...

La maestra: "no (me) presta atención" "se distrae con facilidad y distrae a los demás", "no (me) hace la tarea", "no respeta (mis) consignas", "molesta en (mi) clase"... "¿porqué no consulta?, a lo mejor tiene ADD". Este diagnóstico ligero ha socavado el discurso escolar.

Los padres: "Este chico no (me) hace caso", "ya no sé con que distraerlo", "ya no se que más comprarle", "(me) contesta mal", "(me) pega a mi y a los demás", "(me) citan de lo escuela todo el tiempo"... "Por eso venimos, creemos que tiene ADD".

Sin ningún ánimo de menospreciar la tarea docente, y mucho menos aún de menospreciar los roles paternos ¿Qué tipo de autoridad enviste al educador como para sugerir tal rotulación al niño? ¿Los padres creen que son "dueños" de la forma de actuar de este niño"? ¿Se harán la pregunta sobre las consecuencias de tales palabras? ¿Se han observado ellos mismos? ¿Sabrán que tipo de responsabilidad tienen con respecto a esto que esta sucediendo?

Pero, ¿norma?, ¿norma? ¿Qué es una norma? ¿Qué es ser normal? Ahora resulta que todos los chicos que sean inquietos, distraídos, ruidosos, movedizos, hiperactivos e impacientes son chicos "ADD". Algo así como tener un virus...

¿A quién o qué no presta atención el niño?, ¿el tema de hoy en la escuela se ha presentado de forma atractiva?, ¿es actual?, ¿sabe el docente si es un contenido conocido por los chicos?... ¿sabe el docente la cantidad de minutos que el cerebro de un niño puede prestar atención y/o responder a los estímulos externos?

¿A quién no le hace caso el niño? ¿Distraerlo?, ¿de qué o para qué? ¿Cómo contesta? ¿Cómo se comporta?

¿Acaso los adultos somos tan diferentes a estos niños? ¿Somos tranquilos, atentos, silenciosos, quietos, activos y pacientes? O, ¿será que todos tenemos ADD?

Desde el psicoanálisis, específicamente con palabras lacanianas, quisiera mencionar algunos puntos importantes que sería bueno tener presente cuando llegan los adultos al consultorio con expresiones como las citadas. Como psicólogos sabemos que el Yo es algo constituido en el "Otro. Agregó:

- 1- El advenimiento como sujeto se [estructura](#) por [el lenguaje](#) y en el que tienen lugar otros, significando, tal vez, la posibilidad del advenimiento de un sujeto. Las posibilidades de que esta aventura sea exitosa, depende de múltiples factores, pero sobre todo, de los avatares del deseo.
- 2- Encontrar su propia voz, [poder](#) ser escuchado, tener un rostro, llevar el nombre que le fue dado al nacer de acuerdo a una [ley](#), y poder ubicar su propio deseo, es lo que posiciona fundamentalmente al sujeto, en el estatuto de sujeto humano verídico.
- 3- Desde [la lectura](#) lacaniana, el inconciente está estructurado como un [lenguaje](#), por lo que sabemos de la existencia del inconciente por la palabra del sujeto. Este discurso inconciente transcurre en un juego de condensaciones y desplazamientos, o, en la concepción de Lacan, de metáforas y metonimias. Es decir, las asociaciones de ideas se desarrollan en el camino del significante, que es la unidad del código, y el del sentido.
- 4- Para Lacan el Ideal del yo designa la instancia de [la personalidad](#) cuya función es la de normativizar la estructura imaginaria del yo, las identificaciones y [conflictos](#) que rigen las relaciones con sus semejantes. Esta noción será desarrollada en torno a la

metáfora paterna.

- 5- En el campo del otro hay que encontrar la causa del yo; de esta manera la identificación hay que buscarla en la cosa con la cual el yo se identifica, dando origen al yo (identificación imaginaria), proceso psíquico que también está en el origen del sujeto inconsciente (identificación simbólica).

El psicoanálisis está brindando un marco teórico en cuanto a lo constitutivo del Yo. Plantea la existencia de un entorno "responsable", mucho más aún en lo que circunscribe a un infante. Observamos entonces, casi en la totalidad de los casos, una NO RESPONSABILIZACIÓN del problema por parte de los adultos. Los papás llegan cansados, muy cansados de este "hijo"... Cansados, cansados de haber intentado solucionar por sus medios algo que ni siquiera comprenden.

La hora de la consulta al profesional debe ser entendida en estos términos y la contundencia del profesional será la carta de presentación. Conocer exhaustivamente los síntomas, poder brindar un diagnóstico certero y ofrecer un tratamiento eficaz forman los tres pilares que sostienen el deber y la ética profesional.

Pero, ¿qué es ADD? Para responder esta pregunta tomaremos los criterios para el diagnóstico del DSM IV. ADD se traduce como Trastorno por Déficit de atención, hay variables a tener en cuenta como la presencia o ausencia de hiperactividad.

A. Existen 1 o 2:

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

¡TODOS CON ADD!

- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso Impulsividad
- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad). (2- DSM IV – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

La cantidad de ítems que describen la sintomatología es tan exhaustiva que no dejan hueco sin abarcar, pero respetuosamente digo que los autores del Manual no tuvieron la suerte de contemplar lo variable que puede ser la conducta de un niño "normal". Siguiendo la descripción realizada, todos o casi todos los niños podrían ser catalogados con Trastornos por déficit de atención. ¿No lo creen así?

Nuevamente propongo acudir al psicoanálisis para hallar la punta del ovillo. ¿De qué síntoma hablamos en psicoanálisis?

En Psicoanálisis, el saber es un espacio de subjetividad único que está del lado del pa(de)ciente. Nos importa todo aquello que para el médico no sólo es nimio sino que constituye incluso un obstáculo porque no lo ayuda en la definición de la enfermedad y porque, de hecho, hace "ruido" en lo que va de suyo en su materia (...)La construcción del Síntoma Analítico viene dada por la construcción misma de la Puesta en Acto de lo Inconsciente: el psicoanálisis, lejos de buscar rápidamente la curación (y el bien) del sujeto -furor curandis- crea -repito: crea- una neoformación: un nuevo síntoma que forma parte del constructo entre analista y anali(siendo).. (3- El síntoma en psicoanálisis -<http://psicocorreo.blogspot.com/2008/01/el-sntoma-en-psicoanlisis.html>)

Para no divagar en ideas, directamente me pregunto: ¿cuál es el síntoma en el psicoanálisis de un niño?

1- *"el síntoma del niño se encuentra en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar."*

2- *"el niño se convierte en el "objeto" de la madre y su única función es entonces revelar la verdad de este objeto."* (4- Dos notas sobre el niño. En: intervenciones y textos 2. Manantial. 1988-LACAN JACQUES)

Pero es propicio aclarar que la sintomatología en la infancia es histérica por excelencia, inerva el cuerpo. Un niño tomado por la angustia nos habla con el cuerpo, su dolor, su inquietud, su disfunción. (5- ¿Niños anormales o epidemiología neoliberal? II Congreso Internacional de Psicoanálisis, Derecho y Ciencias Sociales. 2009 - Jaime Van Thienen, Mariana) Esto tal como se sugiere en las notas que anteceden, requiere un tiempo de trabajo con el sujeto (el niño) y su familia.

Para las psicoanalistas Claudia Amburgo de Rabinovich y Luisa Rotmistrovsky de Ferder, "la hiperactividad es un síntoma y hay que preguntarse a quién le molesta ese niño. Hay hiperactivos en el aula que no lo son en el club, por ejemplo. Muchas veces el chico encubre situaciones familiares, conflictos o frustraciones de sus padres". (...) "Existe en la sociedad la idea de que todo debe ser rápido; hay una presión generada por el deseo de curación veloz. Deshacerse del problema

¡TODOS CON ADD!

es una cuestión universal". (6- Para los chicos hiperactivos no alcanza con la medicación – La Nación- Septiembre 2006)

Es fácil, a esta altura del texto, dilucidar las marañas del ovillo que he presentado al inicio.

El ADD es una enfermedad que existe y que está contemplada en el DSM IV, si bien se dice mucho acerca de ella, podemos redoblar la apuesta diciendo que poco se hace y que ello se debe a que poco se sabe.

Las consultas a profesionales "psi" que giran alrededor de este trastorno son muchas, pudiendo dar cuenta de ello, en especial, los profesionales que laboran con el sector de minoridad.

Pero, así también está la contracara a este malón de consultas diagnósticas, cara que no es para nada alentadora. "Existe en la sociedad la idea de que todo debe ser rápido; hay una presión generada por el deseo de curación veloz. Deshacerse del problema es una cuestión universal". (6- Para los chicos hiperactivos no alcanza con la medicación – La Nación- Septiembre 2006).

Y así aparece la pastilla mágica...

La más común es la Ritalina. La droga base es el metilfenidato, un estimulante que hace que mientras dure el efecto el chico esté hiperconcentrado. El MFD existe desde hace ya más de 60 años. Sin embargo, cobró especial notoriedad a partir de los [años noventa](#). Esto se debió a la difusión del diagnóstico de [Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad](#) en niños y adultos, fenómeno unido a la prescripción del MFD, [fármaco](#) de elección para este tratamiento. (7- Enciclopedia Wikipedia – Palabra clave: Metilfenidato). Esta droga estaba de moda en los 70, los estudiantes universitarios la tomaban para estar despiertos, pero se dejó de usar por sus efectos adversos, cierra el apetito, da dolor de cabeza, trae problemas urinarios, derrames cerebrales, riesgos cardiovasculares y hasta muerte súbita.

En periódicos argentinos podemos leer las frases que cito al pie y que ponen en tela de juicio toda la ética que enviste a un experto en la temática, dejando ver lo fraudulento de aquellos a quienes solo les importa facturar.

- "Para recetar la droga mágica que solucionará todos los problemas los especialistas cobran cuantiosos honorarios, con la complicidad de los colegios que abusan del diagnóstico (...)" (8- ADD - La Nación - Septiembre 2006)

- "La importación de esta droga no para de crecer —asegura Gabriela Dueñas—. Al país la traen siete laboratorios para comercializarla: en 2003 importaron 24 kilos; en 2004, 40; en 2005, 50, y para este año el pedido sumó 82 kilos, 38% más del tope pautado para Argentina". (9- Una droga con efectos adversos y muy severos - Clarín - Abril 2007)

- "En los últimos tiempos observamos asombrados un incremento increíble de 'diagnósticos' rápidos, cada uno de los cuales viene acompañado con su respectiva etiqueta y su sigla en inglés: tenemos así las aulas pobladas con chicos con ADD/ADHD, TEA, TOC, ODD y por qué no algunos TGD", reveló a Página/12 la psicopedagoga Gabriela Dueñas (...) "Al diagnosticar con ligereza estos cuadros les dicen a los padres que sus hijos tienen un problema de base constitucional genético y por lo tanto crónico (...)" "Hay un problema muy serio porque se reduce la diferencia en los chicos a categorías psicopatológicas. No se hace un diagnóstico sutil y diferencial como se requiere en estos casos. Y se recurre a la medicación rápidamente", opinó Marisa Rodulfo, otra prestigiosa especialista, profesora de Clínica de Niños y Adolescentes y docente de posgrado de la Facultad de Psicología de la UBA.–

(10- Las pastillas que no tienen edad – Pagina/12 - Octubre 2006)

CONCLUSIÓN

Luego de haber desarrollado los puntos de inflexión que he considerado en este escrito, aspiro en esta conclusión a "desenmarañar el ovillo y dejar la punta sobre la mesa".

Como profesionales no podremos manipular este mundo cotidiano que paulatinamente se está apoderando de nuestro lenguaje. Si podemos, y más aún, creo que debemos defender nuestras profesiones desde la constante formación y desde la permanente actualización de temáticas surgentes. No podemos caer en el certero disparate de que "todo lo sabemos" y "que todo podremos solucionar". Formarnos y trabajar en equipos es una respuesta efectiva y hasta considero la única vía eficaz y segura de dar solución a las problemáticas actuales.

Frente al trastorno que he demarcado en el presente trabajo, trastorno por déficit de atención, o bien, ADD, es necesario que todo profesional, desde el pediatra hasta el psicopedagogo, pasando por el psiquiatra y el psicólogo, aprendan a mirar y sobre todo a escuchar lo que este niño tiene para decirnos. Sabemos, y ya lo he explicado antes, los adultos no se responsabilizarán por este padecimiento del infante, al contrario, es casi seguro afirmar que lo presentarán en nuestros consultorios como un "estorbo", "algo anda mal en él". Y esta es primera señal que debemos rescatar para el diagnóstico, sea médico, psiquiátrico, psicológico y hasta psicoanalítico.

Estos papás llegarán a nuestras manos desde dos maneras: como expertos en probar cuanta solución se les haya presentado y habiendo visitando todo tipo de expertos, o bien, como tablas rasas enviadas por una autoridad (el docente). Este es otro punto al que debemos prestar atención. La manera en la que llegan al profesional es de suma importancia para establecer el diagnóstico.

Toda práctica que se realice debe centrarse en este niño que "a gritos" pide ser escuchado. Desde el psicoanálisis sabemos que esta es la herramienta más poderosa que tenemos: nuestra capacidad de escucha. Todo lo que nos diga quedará para nuestro posterior análisis.

Los signos para diagnosticar ADD, reitero una vez más que hay que prestarles mucha atención ya que los niños tienden a tener este tipo de conductas a diario y son parte de su "normalidad" y de ser "niños", son:

1-Hiperactividad, la cual suele observarse desde una edad temprana. Estos niños son muy inquietos desde que sus piecitos tocan el suelo, no paran de moverse, están en constante movimiento y parecen inagotables. Cuando pasan los años y se insertan en otros grupos se ve claramente su dificultad para acomodar su actividad motriz a las exigencias del ambiente, les cuesta permanecer sentados cuando la situación lo requiere, se remueven en su asiento y se levantan a cada rato hasta que son reprendidos por sus padres o maestros, para volver a hacer lo mismo después como si no pudiesen registrar las exigencias normativas del ambiente.

2- Impulsividad, a este término se asocian tres conceptos básicos: actuar sin pensar, velocidad incrementada en la respuesta e impaciencia. Unidos estos tres conceptos surgen otros indicadores que se relacionan a lo que refiere la impulsividad: bajo control de impulsos y poca tolerancia a la frustración. DE modo sencillo puedo decir que la impulsividad hace que estos niños parezcan atropellados e impacientes, les cuesta esperar su turno en juegos o situaciones grupales, quieren todo ya, son muy insistentes e interrumpen las actividades de los demás como si quisieran ser siempre el centro de atención. Esta amplia gama de conductas hacen que llamen la atención de manera negativa del docente y de sus pares.

3-Déficit de atención, es un signo determinante, los maestros del pequeño notan que este se distrae mucho en clase y que nunca tiene completas las tareas. En la casa sus papás perciben que muchas veces parecieran no escuchar cuando se les habla y aprecian que siempre hay que repetirles varias veces las cosas para que las hagan. Tienden a evitar actividades que requieren de un gran esfuerzo atencional, se observa con frecuencia que cometen errores por descuido y además suelen dejarlas sin terminar. Los adultos significativos para él deben permanecer a su lado para que hagan la tarea escolar. Son chicos olvidadizos, pierdan sus útiles y cuadernos,

nunca recuerdan dónde dejan sus cosas, ni tampoco recuerdan qué hay que llevar al colegio al día siguiente.

Hay profesionales que si no pueden aplicar un test dudan de toda su investidura. Sepamos que no siempre una técnica proyectiva, o un Bender nos brindarán las respuestas. Asimismo recalco que en la actualidad estas herramientas han mejorado mucho, pero nada "dirán" si no estamos capacitados cabalmente para aplicarlas.

Actualmente se considera que el Déficit de Atención con Hiperactividad está relacionado con una falta de balance en la producción cerebral de dos neurotransmisores: Dopamina y Noradrenalina. Estudios de metabolismo cerebral realizados sobre pacientes con este trastorno evidenciaron una menor actividad metabólica especialmente en la base de la corteza cerebral frontal, esta zona está relacionada con el control de los impulsos y la persistencia atencional.

Si bien no se sabe con certeza la causa de esta falta de balance neuroquímico, existe considerable evidencia que la Herencia juega un papel preponderante. Cuando en una familia un miembro presenta el trastorno, la probabilidad de que haya otro miembro afectado es del 40%. Estudios sobre hermanos gemelos mostraron que cuando uno de ellos tiene el trastorno la probabilidad que el otro lo tenga también es del 70%. (11-Desarrollo pleno para nuestros hijos-
<http://www.desarrolloplano.com.ar/index.php/component/content/article/3-general/128-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>)

Creo que sería importante, antes de tratar el correlato psíquico, desestimar con seguridad cualquier tipo de anormalidad a nivel orgánico como las que menciono. De esta manera, un profesional del área "psi" puede dedicarse a explorar y finalmente otorgar un diagnóstico infalible. No confundir este procedimiento de explorar distintas áreas con lo que realmente es trabajar de manera multidisciplinar.

Para arribar al diagnóstico de este trastorno se requiere una minuciosa evaluación de la conducta del niño en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve, así como de la historia de cada uno de sus síntomas, y cómo inciden éstos en su vida familiar y escolar. Es importante descartar que los síntomas de distracción no se deban a trastornos sensoriales (problemas de vista u oído), o a problemas respiratorios que interfieran con un descanso nocturno adecuado (como la hipertrofia adenoide), para esto es imprescindible la consulta pediátrica.

Desde el punto de vista psiquiátrico hay que descartar la presencia de Depresión, Manía o Ansiedad excesiva, trastornos éstos que por tener algunos síntomas comunes con el Déficit de Atención con Hiperactividad pueden confundirse con él, o presentarse como trastornos coexistentes con el TDAH complicando su evolución. También es importante obtener una estimación del nivel madurativo del niño tanto en lo intelectual como en el área social y emocional.

El electroencefalograma y el "mapeo cerebral", muy útiles en el diagnóstico de epilepsia, no tienen ninguna utilidad para diagnosticar el Déficit Atencional. Tampoco tienen validez las determinaciones obtenidas a través de análisis de sangre u orina.

El diagnóstico es eminentemente clínico ya que no existen estudios de laboratorio apropiados y requiere de un profesional idóneo que sepa hacer las preguntas pertinentes de manera de poder obtener información relevante.

¡TODOS CON ADD!

La evaluación neuropsicológica constituye una herramienta poderosa, no tanto para el diagnóstico de la patología sino para definir el tipo de tratamiento que resultará más adecuado.

Hoy por hoy se sabe que las personas con TDAH padecen déficit en el funcionamiento de determinadas áreas, principalmente ligadas al funcionamiento de los lóbulos frontales. Sin embargo en cada individuo, diferentes habilidades relacionadas con este funcionamiento pueden estar afectadas en diverso grado y eso puede imponer modificaciones en la forma de abordar el problema. Es por eso que aunque el diagnóstico de TDAH puede ser realizado por un profesional experto mediante un pormenorizado interrogatorio, es recomendable contar con una evaluación neuropsicológica que permita obtener un perfil atencional del niño, una noción de sus capacidades para un adecuado control inhibitorio, una noción de su flexibilidad cognitiva, etc.

(11-Desarrollo pleno para nuestros hijos- <http://www.desarrolloplano.com.ar/index.php/component/content/article/3-general/128-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>)

En lo que se circunscribe al ADD, o su sigla en español, TDAH, es importante saber que un diagnóstico retardado, la presencia de fracaso escolar sea por educación permisiva o muy severa, un ambiente familiar marcado por el estrés, el desacuerdo entre padres y la hostilidad en el trato; precedentes de alcoholismo, conductas antisociales u otros son indicadores de un pronóstico muy desfavorable.

El ADD demanda un tratamiento de tipo multimodal, eso quiere decir que las propuestas de tratamiento son diferentes en función de las dificultades del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana. Reitero una vez más, la singularidad de cada caso debe ser tomada en cuenta por cada profesional al que le atañe la tarea de diagnosticar y sugerir los caminos de tratamiento a seguir.

Lo ideal en casos de diagnóstico positivo es apuntar a los distintos vértices que afectan la relación del niño con los demás. A saber:

Esfera conductual: terapia que ayude a fomentar todas las conductas positivas que el niño posea y ayudarlo a disminuir progresivamente aquellas que sean de carácter negativo.

Esfera cognitiva: ayudar a este niño a instaurar un pensamiento de tipo organizado, que sea capaz de anticipar las consecuencias de sus actos y consiga indagar sobre las distintas alternativas frente a una situación particular.

Esfera familiar: además del tratamiento que se está aplicando al niño es importante trabajar con los padres, o bien, la familia que interactúa a diario con el sujeto. Debemos hacerlo tanto a nivel formativo, como de apoyo terapéutico. Es importante tener conocimiento de cursos, conferencias, seminarios y del funcionamiento de distintos grupos para padres.

Esfera escolar/institucional: lograr que el docente del establecimiento al cual el niño concurre a diario conozca y comprenda el modo en el que debe trabajar con un pequeño que presente estas dificultades. Tener una entrevista con el docente, y mucho mejor aún, una entrevista multidisciplinar con el psicopedagogo o psicólogo de dicha institución es el camino más efectivo.

Esfera orgánica: La medicación debe ser administrada en casos en que la terapia ya no pueda soportar las condiciones y este niño realmente requiera, y valga la pena exponerlo a los efectos secundarios del metilfenidato.

¡TODOS CON ADD!

El tratamiento no cura pero favorece una mejor adaptación social, académica, familiar y personal, y aborda los problemas y/o trastornos asociados con la intención de evitar que se compliquen. (12-Asociación mexicana por el...<http://www.deficitdeatencion.org/diagnostico.htm>)