

Consideraciones entorno a la utilización del concepto
trastorno en la atención precoz actual

Michel Socoró Carrié

CDIAP-EIPI Ciutat Vella

SEYPNA

UMBRAL-RED

Introducción

Después de trabajar muchos años en un servicio de protección infantil y de constatar los efectos del maltrato infantil y su contribución a la psicopatología, fue para mí una gran decepción descubrir el lugar que ocupa en la actualidad el concepto de *trastorno* en la clasificación diagnóstica en atención temprana.

Esta atribución constituye el paradigma, el común denominador de los posibles diagnósticos utilizados en atención precoz, en niños de 0 a 6 años. Se enmarca en los denominados *Trastornos del desarrollo*.

En la “Organització Diagnòstica per a la Xarxa de CDIAPs de Catalunya” se establece que “la entrada en el servicio se debe, en general, a la existencia de un *trastorno* del desarrollo”, si bien también contempla la posibilidad que no exista diagnóstico de trastorno principal/complementario y que el niño sea atendido únicamente por factores de riesgo. Es decir, al niño o se le diagnostica con un *trastorno* o no se le adjudica ningún diagnóstico.

La clasificación establece 10 tipos de trastornos del desarrollo según el área afectada (motor, visual, auditivo, cognitivo, del lenguaje, emocional, etc.). Cualquier diagnóstico que se realice en atención precoz está enmarcado, bautizado con el calificativo *trastorno* al principio de su definición. Si el niño/a tiene ansiedad de separación, eso se traduce en la clasificación como Trastorno por ansiedad de separación; si el niño/a tiene encopresis, enuresis, fobias, terrores nocturnos, mutismo selectivo, ello también conforma un *trastorno*, cuando siempre se había considerado una sintomatología; si se diagnostican signos de

maltrato, bien sea físico, de negligencia o emocional/psicológico también se categoriza como un *trastorno*... Así queda ordenada la primera infancia bajo este signifiante AMO que despersonaliza y uniformiza la rica y variada expresividad individual en unos momentos tan inaugurales del *infans*¹.

Resumen

En medicina, el concepto *trastorno* se refiere a una alteración del funcionamiento normal de la mente o del cuerpo.

A diferencia del concepto de *enfermedad, síndrome o síntoma*, el *trastorno* adolece de unos signos clínicos consistentes y tipificados, su aplicación es mucho más porosa, abierta e indeterminada.

El *trastorno*, cómo su nombre indica, se caracterizaría por una expresión patológica, desviada, y fue acuñado en psiquiatría para nombrar a lo que se entendía como “locura” con ánimo de clasificar con un lenguaje más técnico, más apropiado, podríamos decir más “científico”, si bien, en estos asuntos, la psiquiatría o la ciencia médica aún distan mucho de poder dar explicaciones

1. *Infans*, término utilizado por Lacan para designar al “cachorro humano” en absoluta dependencia del Otro del lenguaje.

comprendidas de los mecanismos de formación de dichos diagnósticos. El término *trastorno mental* fue atributo de los trastornos psicóticos, trastornos del humor, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, etc.

Posteriormente, este término empezó a filtrarse en diferentes ámbitos y también en la psicología. A partir de entonces, el *trastorno* psicológico será entendido como una alteración del equilibrio psíquico y no necesariamente se relaciona con psicopatología severa, por ejemplo; trastornos de la sexualidad, trastornos afectivos, neuróticos, etc. En cierta forma, el complejo de la psicología para hacerse un lugar entre las disciplinas consideradas científicas tiene que ver en todo esto.

Con la clasificación Diagnóstica DSM, el término ha quedado entronizado en la totalidad de los diagnósticos, con el fin de una categorización estadística. Podemos decir que se fue flexibilizando su sentido original y que, en pos de la ciencia y los estudios “científicos”, se estableció un sistema homogéneo con el mismo apellido para todos.

Según el DSM IV un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción psicológica o biológica. Esta manifestación se considera síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ejemplo, el dolor), a una discapacidad (por ejemplo, el deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. En esta definición podemos observar cómo lo psicológico queda emparentado con lo biológico y, además, se engloban diferentes posibilidades o manifestaciones diferentes, como el patrón comportamental, la disfunción, el síntoma, la discapacidad, el riesgo. De aquí la ambigüedad, indeterminación y porosidad del concepto.

El origen etimológico del concepto de trastorno proviene de la unión de “trans”, al otro lado, y “tornare”, girar o tornear. Así pues, su sentido original estaría relacionado con “girar hacia el otro lado”, podríamos decir al revés, lo que es lo mismo que diferente a lo esperado, lo habitual, lo “normal”. Entendemos por *trastorno* una perturbación o desorden que altera el funcio-

namiento normal de una persona o situación. Es decir, en la definición del concepto existe una clara delimitación del mismo en oposición al desarrollo o funcionamiento normal. Con lo cual, la utilización del mismo nos sitúa en una concepción del desarrollo del niño fundamentalmente binaria, con dos polos antinómicos (salud-enfermedad).

Pero, a mi juicio, lo que precisamente este concepto niega y deja de lado es todo lo “trans”, es decir, todo lo que no se ajusta a uno de los dos polos, ni salud ni enfermedad (ni femenino ni masculino, sino *trans* sexual, aquello diferente a los estándares establecidos por la cultura). Se trata de considerar el desarrollo infantil desde una visión psicológica y del desarrollo afectivo-relacional, con todos los matices y características del proceso de subjetivación dentro del grupo familiar, pasando por los momentos de alienación y separación al Otro en los que el sujeto se va conformado.

Y, precisamente, lo *trans* (tornado) nos remite al desarrollo y todos los avatares de la sexualidad infantil, con el establecimiento de fijaciones, de marcas o huellas mnémicas, que condicionaran esta persistencia-resistencia, suprimida aún en nuestros días, tantos años después de su descubrimiento por nuestro maestro Freud. Y esto es, la pulsión sexual, precisamente lo que más nos altera, perturba, desordena, inquieta, crea desasosiego y hasta aliena, confunde o desequilibra, si se puede decir así, lo que verdaderamente trastoca al sujeto, a toda la humanidad; su propia sexualidad y lo que puede hacer con ella. Por ello, en esta etapa del desarrollo es primordial la intervención del profesional como garante de un momento constitutivo de los cimientos de la organización psico-sexual del sujeto. La primera infancia representa las bases con las que el sujeto va a estructurarse y organizarse, propiciando unos procesos identificatorios y no otros, unas tendencias sublimatorias y no otras, unas características de personalidad y no otras; tejiendo las vestiduras y ropajes con las que va a advenir al mundo del lenguaje y la cultura, de la humanidad. Ello supone considerar los avatares de la pulsión oral, anal, escópica, invocante y el proceso de dominio y estructuración psico-corporal y de diferenciación del Otro.

Natalio Fejerman, neuropediatra y epileptólogo argentino, propuso el criterio de reconocer dentro de los Trastornos del Desarrollo (entonces denominados Disfunción Cerebral Mínima) cuatro síndromes: síndrome hiperactivo, torpeza motora, trastornos del desarrollo del lenguaje (disfasias) y trastornos específicos del aprendizaje (dislexia, disgrafia, discalculia) (Fejerman, 2007). Desde la neurología se vienen considerando hace tiempo las disfunciones del comportamiento, de la atención, de la agresividad, de las funciones cognitivas, de la memoria, etc. en niños como sintomatología susceptible de algún tipo de *trastorno*, como por ejemplo, el controvertido TDAH, también incluido en la Clasificación utilizada en atención temprana. Así pues, la neurología y la psicología del desarrollo comparten el mismo campo de exploración, pero con distinta mirada.

La dificultad reside en pretender diagnosticar con un lenguaje originariamente médico aspectos del desarrollo psíquico, emocional y psicosexual, topando con un contrasentido que no tiene solución, ya que, en el desarrollo de las adquisiciones funcionales (motricidad, corporalidad, control de esfínteres, adquisición del lenguaje, cognición, capacidad simbólica, juego, etc.) existen unos tiempos aproximados esperados más allá de los cuales el concepto que se atribuye es el de retraso, no el de *trastorno*. ¿Acaso podemos considerar el retraso como un trastorno? ¿En todos los casos? ¿Consideramos lícito en un niño de un año que apenas balbucea clasificar su retraso del lenguaje dentro de los Trastornos del lenguaje? ¿No hará falta para considerar un trastorno en la primera infancia un tiempo de aparición de la sintomatología y la gravedad del síndrome?

Así pues, en un niño de dos años que todavía se encuentra en un momento de su estructuración psíquica por terminar, ¿no resulta chocante considerar que tiene un “trastorno psicológico”? Si bien, por otro lado, no nos resultaría extraño diagnosticar un “trastorno del neurodesarrollo”. Precisamente, una de las peculiaridades de la psicología de la primera infancia y de la atención en edad temprana es poder intervenir antes de que aparezcan los *trastornos* y modificar su establecimiento y prevenir su aparición, permitiendo vías de de-

sarrollo más saludables. Para ello, será necesario asegurar la detección precoz en los mecanismos precursores y la sintomatología incipiente de los posibles trastornos. Pero entonces no parece lógico diagnosticar con el mismo calificativo el trastorno ya claramente desencadenado de aquellos signos, síntomas o predisposiciones iniciales de posible desencadenamiento de dicho trastorno.

Está sobradamente estudiado y varios autores concuerdan en los efectos neurológicos adversos e incluso en la aparición de trastornos o déficits neurológicos (cognitivos, de lenguaje, motor, etc.) a causa de la desatención emocional, el maltrato o bien las relaciones tempranas con apegos inseguros (Fernández, 2014).

Parte del problema que contribuye a entronizar el concepto *trastorno* en la clasificación tiene que ver con la amalgama de disciplinas que confluyen en esta, en la búsqueda de una globalidad idealizada pero en la que se desliza un predominio del modelo médico, con la psiquiatría y la neurología, las cuales sí se rigen por esta concepción. Así pues, podemos decir que existe un sesgo del modelo médico que confiere un lenguaje psiquiátrico a la clasificación del malestar en la temprana infancia, eclipsando los conocimientos y el lenguaje de otras disciplinas como la psicología evolutiva, el psicoanálisis, la psicomotricidad y del desarrollo del lenguaje. Entonces, cuando leemos Trastornos del desarrollo, en la Clasificación utilizada en atención temprana, en realidad, tendríamos que leer *Trastornos del desarrollo neurológico*². Cómo en tantos asuntos humanos, también aquí se pone de relieve, una vez más, un asunto de poder.

2. El término “trastornos del neurodesarrollo” hace referencia al grupo de alteraciones o problemas que interfieren en la adecuada maduración y funcionamiento, y que se presentan desde el nacimiento o, con mayor frecuencia, en la primera infancia. Implican dificultades en el desarrollo y funcionamiento del cerebro, que no siempre se muestran en lesiones estructurales; pueden expresarse en desfases motrices, de lenguaje, de aprendizaje o conductuales, así como en la interacción social (Galan, 2017).

Sin darnos cuenta, el concepto de *trastorno* nos conduce a focalizar nuestra atención en el niño cómo portador de una enfermedad, cómo individuo que requiere nuestra acción terapéutica para sanar. Y este puede ser un planteamiento correcto en algunos casos, pero no en todos. Así pues, el *trastorno* no finaliza con el diagnóstico, si no que perdura durante el tratamiento y significa una forma de entender al niño y de estigmatizarlo.

Diferentes autores (Guimón, 2014) y los sistemas de clasificación diagnóstica contemplan la revisión y modificación de las categorías diagnósticas, sometidas a la utilización de los propios profesionales.

Sería muy conveniente consensuar otros términos más apropiados para categorizar los diagnósticos, al menos los de carácter eminentemente psicológicos, más acordes y respetuosos con la infancia. Términos como funcionamiento mental, retraso, regresión, falta de deseo, fijación, rigidez, etc.

Claro está que, dadas las dificultades para diagnosticar a una edad tan temprana, cabe la posibilidad que los diagnósticos sean cambiados con la evolución del caso, pero sería recomendable poder determinar de forma más precisa la pertinencia de uno de estos *trastornos*.

En el CDIAP-EIPI de Ciutat Vella es frecuente asistir a niños/as con sintomatología autista en familias originarias de otros países, con efectos traumáticos de duelos migratorios y en circunstancias de habitabilidad y con hábitos de crianza con otros parámetros culturales difícilmente adaptables a la nueva situación. La capacidad de los padres, principalmente las madres, queda mermada a causa del cambio de país, de contexto y, sobre todo, por la ausencia de referentes familiares. A menudo, en las culturas orientales, la familia extensa participa de forma activa en la crianza de los hijos, pero al faltar esta, los niños quedan parcialmente desatendidos. Y los padres recurren a los recursos que tienen a mano para entretener a los niños, como por ejemplo el móvil, exponiéndolos a los efectos perturbadores de las pantallas como efecto sedante y calmante, promoviendo así el desarrollo de mecanismos de aislamiento similares al Autismo.

Están estudiados ya los efectos negativos que produce en el desarrollo la sobreexposición a las pantallas en edades tempranas, tanto a nivel psicológico como neurológico (Domingues-Montanari, 2017).

La intervención en estos casos pasa por ayudar a estos padres a encontrar las causas de su propio malestar para poder restablecer la matriz familiar nutricia y sus capacidades de cuidado y atención en una crianza saludable.

Este tipo de casos, mayormente, podremos haberlo diagnosticado de Otros trastornos de la relación y la comunicación (10.9.), pero, si somos más precisos, y al apreciar el relanzamiento del desarrollo evolutivo y de la comunicación y el lenguaje, constatando la remisión de la sintomatología de carácter autista, se trataría, en todo caso, de un trastorno de la relación y comunicación, la que recibe el niño, es decir, un Trastorno de la interacción familiar.

Conclusiones

Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo no se considera admisible considerar que todos los diagnósticos posibles en la temprana infancia se postulen con la misma categoría diagnóstica. Es decir, se hace necesario precisar mejor la dificultad, disfunción, retraso, funcionamiento, etc., procurando no patologizar en exceso a la infancia y ponderar el valor que se le da a los factores relacionales, de la dinámica familiar y social. No parece lo más apropiado que toda la psicopatología, todo diagnóstico en la primera infancia, sea bautizada como *trastorno*.

La visión de que el desarrollo del niño presenta un *trastorno* debería circunscribirse a aquellos casos de mayor gravedad y/o aquellos en los que el factor biológico, neurológico y genético es o se presume un elemento importante en su etiología. Entendemos que supone una función importante en los CDIAP la detección de posibles Trastornos del neurodesarrollo, sin desmerecer, a su vez, la detección de otras dificultades o malestares de carácter psicológico o relacional.

Comentarios

Los profesionales que atendemos y conocemos a los niños que requieren acompañamiento y ayuda en los servicios de atención temprana —pienso principalmente en los profesionales de la psicología— nos sentimos encorsetados en una clasificación diagnóstica que aplicamos a pesar de no considerarla ajustada a todos los casos. Por ejemplo, cuando explicamos el malestar del hijo a los padres; por un funcionamiento de carácter eminentemente neurótico, por una encopresis o enuresis, o bien por las dificultades de adaptación del niño a una situación nueva, o un cambio ambiental, en estos casos, los profesionales nos vemos obligados a marcar estos diagnósticos que empiezan con esta palabra *trastorno* a pesar de que ni conceptualizamos el significado de este término ni tampoco lo transmitimos así ni a los padres ni a otros agentes implicados.

Lo que verdaderamente nos interesa es cómo transmitir y trabajar con los padres lo que ellos trastocan y trastornan a los hijos

Bibliografía

American Psychiatric Association (2014): DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Domingues-Montanari, S. (2017). Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, Núm. 53. 333-338. <http://doi.org/10.1111/jpc.13462>

Fejerman, N., Fernández, E. et al. (2007). *Neurología Pediátrica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Fernández García, Rosa M^a et al. (2014). *Neuropsicología del abandono y el maltrato infantil*. La Garriga: Publiberia.

Galán-López I.G., Lascarez-Martínez S, Gómez-Tello M.F., et al. (2017). Abordaje integral en los trastornos del neurodesarrollo. *Rev Hosp Jua Mex*. Núm. 84 (1).19-25.

Guimon, J. (2014). *Controversias en la clasificación de los trastornos mentales*. Bilbao: OME.

Organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAPs de Catalunya.

Ponte, J. (2015): “Las dificultades de clasificación diagnóstica en Atención Temprana. La experiencia en dos unidades de Galicia”, *Revista Española de Discapacidad*, Núm. 3 (1). 123-139.