

Manifestaciones actuales de la enfermedad mental en el ámbito escolar. Algunas limitaciones de las categorías diagnósticas

Josep Moya Ollé

Psiquiatra, ex coordinador equipo clínico Centre l'Alba

Resumen

Manifestaciones actuales de la enfermedad mental en el ámbito escolar. Algunas limitaciones de las categorías diagnósticas

El diagnóstico es un paso indispensable en la atención de los problemas de salud mental, es el elemento que debe guiar la dirección del cuidado y del tratamiento. No obstante, en el ámbito de la salud mental infantil y juvenil la tarea diagnóstica se ha vuelto cada vez más compleja y difícil ya que la clínica basada en los síntomas está dando paso a una clínica en la que los problemas de conducta ocultan la base psicopatológica subyacente. Esto está provocando que, a menudo, una determinada conducta se convierta automáticamente en un diagnóstico. Así, un exceso de movimiento se convierte en un trastorno por déficit de atención e hiperactividad y una conducta oposicionista es etiquetada de trastorno negativista desafiante. Este artículo intenta mostrar las limitaciones de ciertas categorías diagnósticas (TDAH, trastorno de conducta, psicosis) y la necesidad de reformular algunos criterios con los que se definen aquellas categorías.

Palabras clave: Enfermedad mental, escuela, diagnóstico, limitaciones

Abstract

Current manifestations of mental illness in the school environment. Some limitations of diagnostic categories

Diagnosis is an indispensable step in the care of mental health problems as it guides treatment and therefore, the route to healing. However, in the fields of childhood and adolescent psychology and psychiatry, the diagnostic procedure is becoming increasingly complex because a symptom-based diagnosis often means that behavioral problems covert the underlining psychopathology. This is causing certain conducts to automatically become a diagnosis. Thus, excessive movement becomes a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and an oppositional behavior becomes a diagnosis of oppositional defiant disorder (ODD). The aim of this article is to show the limitations of some diagnostic criteria (ADHD, conduct disorders, psychosis) and the necessity to reformulate these criteria.

Key words: Mental disorder, diagnosis, epistemic limitations

Introducción

En el día a día se constata que la mayor parte de los profesionales y de los familiares que confluyen en la escuela coinciden en pensar que algo no va bien en la enseñanza y en la educación. Educar significa conseguir que el niño y el adolescente desarrollen un pensamiento propio con capacidad creativa y crítica, unos valores individuales y colectivos y un potencial emocional que lo haga apto para establecer vínculos afectivos beneficiosos tanto para él mismo como para los demás. La tarea educativa pertenece, en primer lugar, a la familia, y en segundo lugar, a los demás agentes sociales, el más importante de los cuales es, pero no el único, la escuela (Monseny, 2009).

Ahora bien, esta tarea educativa se encuentra con todo un conjunto de dificultades y problemas entre los cuales, los malestares psicoafectivos son una parte muy relevante. Es conocido que los problemas emocionales de los niños y los adolescentes implican una dificultad para el logro de los aprendizajes y, en ocasiones, conducen al fracaso escolar. Por otra parte, las problemáticas emocionales de los responsables de la educación de los niños y adolescentes, en su función de padres o docentes, pueden implicar también dificultades en el proceso de aprendizaje de los escolares y, muy especialmente, de aquellos que muestran al mismo tiempo problemas o fragilidad psicoafectiva.

La escuela, pues, es un lugar donde pueden confluír, en una compleja encrucijada, varios vectores relativos tanto a la salud mental infanto-juvenil como a la adulta que, de no ser abordados de manera cuidadosa, pueden convertirse en serios conflictos, como el día a día permite constatar (Anguera, y Moya, 2010).

Otro aspecto a considerar es el papel que tiene la escuela en la detección y reinserción del trastorno mental grave, especialmente la psicosis. En efecto, varios autores (Faya, Barrios y de Dios, 2010) han señalado que desde una perspectiva bio-psico-social, el hecho de abordar las diferentes patologías mentales en la infancia y la adolescencia mediante la interconsulta con los docentes y los pedagogos es fundamental para promover la salud y prevenir, detectar, diagnosticar y tratar la enfermedad. Los docentes, en tanto informantes, son importantes desde la primera entrevista. Son los docentes los que pueden proporcionar información sobre la conducta del niño en la escuela, sobre su rendimiento escolar, su desarrollo emocional y sus relaciones con los otros niños y niñas. Esto permite identificar factores estresantes en la escuela, que pueden repercutir en el menor y que en algunas ocasiones actúan como factores precipitantes de psicopatología.

Además, la observación escolar, de larga evolución, permite comparar situaciones evolutivas (Lasa, 2009) como, por ejemplo, cambios bruscos en el rendimiento escolar de un alumno o actitudes de aislamiento social, que pueden ser indicadores del inicio de un proceso psicótico (Edwards y McGorry, 2004). Esto permite también instaurar una dinámica que potencia la construcción del caso ya que varios docentes pueden tener

visiones diferentes sobre el menor lo cual obliga a iniciar un proceso dialéctico que evita la cosificación del menor, es decir, su etiquetado psiquiátrico.

Este proceso dialéctico puede encontrar intensas dificultades derivadas de la falta de consenso entre las partes implicadas; por ejemplo, puede darse el caso de que no haya acuerdo entre el profesional del equipo de asesoramiento psicopedagógico (EAP) y el profesional de salud mental infantil-juvenil con respecto a la hipótesis diagnóstica.

Finalmente, otro aspecto a señalar es el que se refiere a las particulares manifestaciones clínicas de los trastornos mentales en los niños y adolescentes de la época actual. En efecto - y es lo que intentaré mostrar en este artículo - las patologías clásicas, aquellas que durante mucho tiempo fueron objeto de estudio en las facultades de medicina y de psicología, han cambiado de manera considerable hasta el punto que provocan muchas dificultades en las tareas diagnósticas y en el diagnóstico diferencial. Un caso paradigmático es el de la psicosis en la infancia y la adolescencia que, en la actualidad, se presenta con predominio de trastornos conductuales y raramente en forma de delirios mínimamente estructurados.

2. El entorno social

Todas estas dificultades y malestares se desarrollan en un entorno social concreto: el de la sociedad hipermoderna (Lipovetsky, 2007). Este modelo de sociedad se caracteriza, entre otros, por un consumo descontrolado, que parece responder a la lógica del "sufro, por tanto, compro"; por lo que cuanto más aislado o frustrado se encuentra el individuo, más consuelo busca en las satisfacciones inmediatas de los objetos del mercado. El consumo ejerce su influencia en la medida que tiene la capacidad de adormecer, de anestesiar, de ofrecerse como paliativo de los deseos frustrados del individuo moderno. Se compra en proporción al amor que falta, e ir de compras permite llenar un vacío y disminuir el malestar que nos afecta.

Pero, en este marco social en el que el individuo se encuentra reducido a sí mismo y sometido al empuje de ampliar indefinidamente el círculo de sus deseos, ya no está preparado para soportar los infortunios de la existencia. Por un lado, vive sometido a un diluvio de incitaciones a disfrutar de la vida pero, por otro, comprueba cómo aumenta inevitablemente la distancia entre las promesas de la publicidad y la realidad. Es la diferencia, en ocasiones enorme, entre aquello a lo que se aspira y lo que es posible tener. De ahí que la civilización del bienestar potencia, a escala masiva, las frustraciones y los malestares existenciales. Y no es preciso resaltar que en los tiempos actuales esta dinámica está alcanzando unas dimensiones considerables ya que la crisis económica está acentuando hasta límites dramáticos las diferencias entre ideales y realidades.

Otro aspecto a resaltar del entorno actual, y que tiene una especial incidencia en la población joven, es el papel de las pantallas, lo que algunos autores (Lipovetsky y Serroy, 2009) han denominado "*pantalla global*". En efecto, nos encontramos en la era

de la pantalla global, en todo lugar y momento hay pantallas, en las tiendas, los mercados, los bancos, los aeropuertos, los restaurantes o los transportes. Hay pantallas de todo tipo y tamaño; es la pantalla planetaria y multimediática. Pero, ¿qué efectos tiene esta proliferación de pantallas en nuestra relación con el mundo y con los demás? Y, sobre todo, ¿qué clase de vida cultural y democrática anuncia el triunfo de las imágenes digitalizadas?, se pregunta Lipovetsky. Es más, ¿qué futuro espera al pensamiento y la expresión artística?

El individuo actual y el de mañana, conectado permanentemente, mediante el móvil y el portátil, con el conjunto de pantallas, se encuentra en el centro de un tejido reticulado cuya amplitud determina los actos de su vida cotidiana. Ante esto surgen dos posiciones: los defensores y los críticos. Para los primeros, las pantallas ofrecen la oportunidad de obtener mucha información de manera rápida. Para los segundos, mucha información no equivale a conocimiento, ya que éste exige una cultura previa, una formación intelectual y una capacidad para interpretar los contenidos disponibles.

Sin tomar partido por unos u otros, lo cierto es que las pantallas están desplazando los libros y esto tiene unos efectos en la manera de pensar y de vivir y, por tanto, tiene unas consecuencias directas en la educación. En este sentido es preciso poner énfasis en un fenómeno inherente a las pantallas: el mundo de los videojuegos. La imagen es bastante conocida: es imposible entrar en un vagón de metro o de tren y no observar ninguna persona que no esté absolutamente concentrada en un videojuego, navegando por internet o enviando mensajes ya sea a través de su móvil, la tableta o el ordenador portátil. La misma imagen se repite en el restaurante: la familia está sentada en la mesa y la hija o el hijo, muy pequeños, tienen un dispositivo con pantalla en el que centran toda su atención. La pediatra Concepción Ruipérez, del Hospital de Torre Vieja, advertía sobre los peligros de un uso abusivo de los videojuegos (Ruipe rez, 2014). Esta pediatra explicaba que entre los principales riesgos hay la disminución de la actividad física, la tendencia al sedentarismo y la obesidad, el insomnio y otros trastornos del sueño, la disminución del rendimiento escolar, la disminución de las habilidades sociales y de las relaciones familiares. Finalmente, el riesgo de aparición de síntomas patológicos: ansiedad, ira o reacciones col ricas, entre otros.

Unos años antes, dos psiquiatras franceses, Marc Valleur y Jean - Claude Matysiak, explicaban que en los juegos de estrategia y simulación, el derrumbe pasional en un universo paralelo puede revelarse más problemático (Valleur y Matysiak, 2005) . En efecto, en algunos casos, el sentimiento de identificación con el héroe y la fuerza de atracción de ese mundo ficticio son tales que tendrá tanta importancia, o más, que la realidad del jugador durante un periodo de tiempo más o menos largo. Los mismos autores añadían que la dependencia tomar  aquí la forma de una inversión pasional en el sujeto dejando de lado sus otros centros de interés, sociales o afectivos.

Es indudable el valor económico y social que tienen los videojuegos en nuestra sociedad, así, en un artículo titulado "* Y después del Fortnite, qu ?*", publicado en junio en el diario ARA (Vallejo, 2019), se explicaba que el popular videojuego Fortnite, de la

empresa Epic Games, estaba arrasando en el mercado y había ganado 3.000 millones de dólares en 2018. Este videojuego pertenece al tipo de juegos shooter (videojuego de disparar), se juega en tercera persona y el objetivo es ser el último jugador vivo en un espacio que va reduciéndose a medida que avanza el juego. Pero, como alerta Justo Navarro en su libro *El videojugador* (Navarro, 2017), la dinámica, el mensaje subyacente al videojuego consiste en dividir el mundo en dos partes: los buenos y los malos, y esto lo hace más fácil, comprensible y manejable. Los lenguajes informáticos y su sistema binario, el uno o el cero, sí o no, mantienen una correspondencia casi natural con el juego maniqueo de la guerra, basado en la distribución de simpatías y antipatías, rechazo o solidaridad afectiva y moral con los personajes, buenos y malos, viles que deben ser destruidos, héroes con los que nos podemos identificar o confundir, sin dudas sobre quién tiene que vencer y al que es divertido eliminar. Finalmente, un punto a considerar es el de la psiquiatrización de la educación.

Se trata de un fenómeno que va en aumento y que consiste en la interpretación de los problemas de la educación en términos psiquiátricos, es decir, se considera que la mayor parte de problemas que enfrenta el sistema educativo se deben a trastornos mentales. Estas tesis encuentran defensores tanto en el campo de la clínica como en el campo educativo y es innegable que la existencia de un determinado trastorno psicopatológico en un alumno suele tener efectos adversos en su equilibrio emocional y en su rendimiento escolar. Sin embargo, no siempre que un niño o un adolescente muestra dificultades en sus aprendizajes o bien presenta problemas de conducta se debe a que sufre algún tipo de trastorno mental. Por otra parte, hay que ser muy prudentes a la hora de establecer correspondencias biunívocas entre determinadas conductas y un trastorno mental concreto. Los síntomas mentales pueden formar parte de diversos trastornos, como sucede por ejemplo con el síntoma distracción / falta de atención o con el trastorno de conducta. El primero puede estar presente en una depresión, un trastorno de ansiedad, un trastorno por déficit de atención con hiperactividad o una psicosis (Sims, 2008; Stahl, 2011). Finalmente, tampoco hay que pretender resolver los problemas educativos con la administración sistemática de psicofármacos. Estos tienen unas indicaciones muy precisas y requieren unos controles y seguimientos muy cuidadosos ya que tienen efectos secundarios importantes. En resumen, cada problema que enfrente la práctica educativa debe ser analizado exhaustivamente, rehuendo "soluciones rápidas" y teniendo en cuenta el contexto o contextos en los que aparece.

3. Los malestares en el ámbito escolar

Nada más adecuado que las declaraciones de los propios implicados para poder hacernos una idea sobre los malestares en la educación. Son fragmentos extraídos del estudio "Problemas de comportamiento en los niños y adolescentes de Cataluña (TDAH y TC). Necesidades educativas que generan ", que fue encargado por el Departamento

de Educación al Observatorio de Salud Mental de Cataluña (Anguera y Moya, 2010). En este estudio se registraron conversaciones de grupos focales constituidos por docentes, familias, profesionales de salud mental y profesionales de los equipos de asesoramiento psicopedagógico. Los grupos focales se realizaron en colegios de primaria y en institutos de secundaria. El primer fragmento corresponde a las quejas de una madre:

“Yo creo que sí hay un problema de límites, que cuando les dices NO lo toleran fatal, hay problemas de frustración. A la que dices NO, se monta una tangana. Yo tengo un niño que si le digo NO, puede estar muchas horas enfadado, con comportamiento agresivo, y desde muy pequeño”.

Esta madre expresa lo que podemos escuchar a menudo en los centros de salud mental infantil y juvenil: la dificultad de las familias para poder ejercer su autoridad.

Los siguientes fragmentos corresponden a docentes:

“Cuanto peor está la clase, peor se pone el profesor, y los niños lo notan. Si se llega a un límite, deberíamos relajarnos. Y ves que no puedes porque no llegas a realizar el trabajo que tienes y te agobia”.

“Tenemos sentimientos de frustración, te ves muy impotente estando sola en clase con 25 niños. Los problemas van creciendo, y generando mucha tensión, somos muy irresponsables”.

“Todo esto te cansa, te desmonta y te apuras”.

Estos tres fragmentos son indicativos del profundo malestar que afecta el profesorado, tanto de primaria como de secundaria. Este malestar se puede expresar en términos de sentimientos de soledad, de impotencia o de apatía. El docente puede acabar concluyendo que quizás se ha equivocado al elegir la profesión de maestro o puede pensar que las familias no comprenden las dificultades que tienen que afrontar día a día. A menudo, y esto es manifestado de manera recurrente, los docentes tienen la vivencia de que se espera demasiado de ellos, de que hay demasiadas expectativas depositadas en sus funciones y esto les crea una presión insoportable.

Por otra parte, las familias se sienten, como ya he advertido antes, desautorizadas para ejercer sus funciones educativas. A menudo, cuando piden ayuda preguntan qué deben hacer para que su palabra sea bien valorada por sus hijos, que éstos les hagan caso. Pero este problema forma parte y es la manifestación de una cuestión más general: la crisis de la autoridad. En efecto, varios autores han señalado (Renaut, 2004; Marina, 2009) que en nuestra época se está produciendo un declive de la autoridad y esto supone una crisis estructural de las sociedades democráticas. Esta crisis se manifiesta en una progresiva desautorización de los docentes y también de los padres y madres para llevar a cabo sus tareas educativas. La autoridad, entendida como el respeto que se tiene a quien se le reconoce un saber, ya no es un elemento que venga dado a los docentes en tanto transmisores de conocimientos sino que es necesario ganarla en un ejercicio continuado y pesado.

Pero, hay otros problemas. Como se ha dicho antes, la transmisión de valores y los modelos educativos son inherentes al ámbito familiar, pero esto requiere tiempo y dedicación. En consecuencia, la dilatación y fragmentación de los horarios laborales, somete a los padres y madres a intensas cargas de trabajo de manera que no disponen ni del tiempo ni de las energías que se necesitan para desarrollar su función educativa. Esto produce sentimientos de impotencia y de soledad, tanto en los padres y madres como en los hijos e hijas, debido a que es difícil compartir los tiempos y los momentos necesarios para poder trabajar y alcanzar los límites, las normas de convivencia, los hábitos de trabajo, la contención, la aceptación del no, y todas aquellas coordinadas educativas inherentes a la introyección de referentes parentales sólidos.

Además, las dificultades de las familias para educar a sus hijos no sólo derivan de los extenuantes horarios laborales sino que tienen que ver también con una situación de desorientación total (Campos, 2008)). En efecto, muchas familias no saben cómo deben responder a los persistentes interrogantes que plantea la educación de sus hijos en unas circunstancias que son muy diferentes a las de los tiempos en los que dominaba la educación basada en el orden, la disciplina y el respeto a la jerarquía. La pregunta que se plantea es la de cómo controlar lo que parece que se escapa a cualquier tipo de control familiar, escolar o político. En este contexto se pide que la escuela sea la institución que se encargue de hacer todo el trabajo y de resolver lo que no funciona; al fin y al cabo -se dice- que es allí donde se educa. Pero lo que se le pide, en muchos casos, es que lo resuelva todo, que actúe como elemento sustitutivo de la familia en tanto ésta se ve totalmente impotente y sin referentes que orienten una nueva manera de educar.

Actualmente, tampoco existen otras instituciones que transmitan los valores mencionados; así que se le pide a la escuela que, yendo contracorriente, asuma esta responsabilidad. En este sentido habría que enfatizar que la educación es cosa de todos, de las familias, de la escuela y de todo el conjunto de la sociedad.

4. Limitaciones de las categorías psicopatológicas actuales

Como ya he indicado al inicio, un elemento destacable de la clínica mental en la infancia y la adolescencia de nuestra sociedad es la dificultad que encontramos a menudo a la hora de poder elucidar, definir, un diagnóstico preciso. Así, por poner un ejemplo paradigmático, en un caso que traté en mi consulta, el chico, un adolescente de 17 años, había sido diagnosticado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la niñez. Posteriormente, se añadieron comportamientos disruptivos en la escuela que, pocos años después, se hicieron extensibles al ámbito familiar. El diagnóstico que se hizo entonces fue el de trastorno negativista desafiante. Paralelamente, las dificultades en los aprendizajes fueron en aumento provocando un fracaso escolar considerable. A lo largo de aquellos años fue atendido en diversos dispositivos: centro

de salud mental infantil (CSMIJ) y juvenil, hospital de día, unidad de crisis de adolescentes, así como varias visitas a urgencias de psiquiatría. Los tratamientos farmacológicos fueron oscilando entre psicoestimulantes (metilfenidato) y antipsicóticos (risperidona, aripiprazol), con resultados decepcionantes. Para complicar más las cosas, el chico inició una trayectoria de robos seguidos de las correspondientes detenciones e intervenciones de justicia juvenil. No hay que añadir que a lo largo de todo este proceso fue muy difícil conseguir su vinculación transferencial a un / una psicoterapeuta. Finalmente, se intentó que se vinculara con un centro especializado en adolescentes con graves problemáticas conductuales. El tiempo dirá si este objetivo se habrá conseguido.

Este caso se puede considerar paradigmático ya que se trata de una situación que se produce con cierta frecuencia en el ámbito escolar. El problema se detecta en la escuela primaria y parece compatible con lo que se conoce como trastorno por déficit de atención (TDAH). Más adelante, las cosas se complican en forma de problemas de conducta, y el alumno es diagnosticado de trastorno disocial o trastorno negativista desafiante. Tiempo después, aparecen elementos paranoides o claramente paranoides y se hace el diagnóstico de psicosis. Veamos a continuación lo que nos dicen los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales DSM V (APA, 2014) y CIE-10 (OMS, 1992) y cuáles son las limitaciones que detectamos.

Empecemos por el TDAH. Este trastorno ha sido conceptualizado con los mismos criterios de déficit atencional, hiperactividad e impulsividad, tanto por el DSM V como por la CIE-10, pero con algoritmos diferentes según el sistema clasificatorio internacional; así, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, la CIE-10, tiene un algoritmo mucho más restrictivo que el DSM V ya que exige un sumatorio de síntomas (seis más tres más uno) (tabla 1).

Tabla 1: Algoritmo diagnóstico del TDAH.

DSM V	CIE-10
Al menos 6 de los criterios del grupo de Inatención y / o 6 criterios del grupo de Hiperactividad-Impulsividad o ambos.	Al menos 6 criterios del grupo GI + 3 criterios del grupo G2 + 1 criterio del grupo G3.

Una segunda diferencia entre el DSM V y la CIE-10 consiste en la aproximación al diagnóstico cuando coexisten dos o más trastornos (comorbilidad). El DSM V reconoce todos los diagnósticos que estén presentes excepto la esquizofrenia, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo. Esto conlleva que se pueda hacer el diagnóstico de TDAH junto con otros trastornos como la depresión, los estados de ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo. En cambio, la CIE-10 sólo aprueba los diagnósticos múltiples cuando sea clara la presencia independiente de un trastorno

hipercinético manifestado por síntomas que simplemente no forman parte del trastorno afectivo. La consecuencia de todo ello es clara: La CIE-10 es mucho más restrictiva que el DSM V de modo que las prevalencias variarán en función del tipo de clasificación internacional que se utilice (Soutullo y Díez, 2007).

Además, siguiendo aún en el capítulo del TDAH, varios autores han alertado de que nos encontramos ante una falsa epidemia de TDAH, es decir, que se sobrediagnostica. Así, Vasena (2011) explica que los síntomas nucleares del TDAH - falta de atención, hiperactividad e impulsividad - no son sinónimos excluyentes de este cuadro sino que se encuentran entre las conductas más globales y generalizadas que se ven en la infancia y la adolescencia de "nuestra acelerada modernidad tardía". Por otra parte, Frances Allen (2014), presidente del comité de la edición del DSM IV, se pregunta cuál puede ser la razón de que el TDAH se esté convirtiendo en una explicación para todo tipo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes; y la respuesta que da es que actualmente se diagnostican como trastornos mentales problemas conductuales y de atención que antes se consideraban parte de la vida y de la variedad individual.

La segunda categoría diagnóstica a considerar es la de los trastornos de conducta (TC). El DSM V incluye esta categoría en el capítulo de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Estos últimos se definen como patrones repetitivos y persistentes de comportamiento en los que no se respetan los derechos básicos de los demás, las normas o reglas sociales propias de la edad. Los criterios que deben estar presentes - en un periodo mínimo de doce meses - se refieren a agresiones a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaños o robos y el incumplimiento grave de las normas. Lo que más llama la atención de la definición dada por el DSM V es la ausencia de ningún síntoma mental; sólo se citan conductas disruptivas o ilegales; dicho de otra manera, el trastorno de la conducta se define con criterios extraídos del código penal. Es un ejemplo de cómo la psiquiatría oficial renuncia al lenguaje que le debería ser propio: el de los síntomas mentales, y se apropia de criterios del derecho penal. Esta renuncia es ya una primera limitación, pero hay otras.

Una autora, Valerie Harwood (2009), profesora en la Universidad de Wollongong, Australia, señala que desde la primera aparición del DSM, el trastorno de conducta ha experimentado una metamorfosis en cada edición. Esta transformación se hace evidente en los distintos criterios utilizados para diagnosticarlo que han ido variando. En el DSM III había cuatro subtipos específicos del trastorno de conducta. Siete años más tarde, en el DSM III-R se propusieron tres subtipos del trastorno de conducta. Pero cuando se publicó el DSM IV, los tres subtipos desaparecieron y dieron paso a tres nuevos subtipos. Dicha autora advierte que cada cambio en la definición rediseña la verdad del trastorno de la conducta y realinea su objeto, el niño problemático. Resulta bastante clara la debilidad epistemológica de un trastorno mental que requiere ser revisado en cada edición de las clasificaciones internacionales. Pero no acaban aquí las limitaciones del concepto.

Los llamados trastornos de la conducta (TC) constituyen un cajón de sastre (Martínez, 2016) en el que se incluyen problemáticas de naturaleza muy heterogénea en las que el único común denominador podría ser el malestar que generan en los demás: madres, padres, docentes, educadores. De hecho, en la clínica cotidiana nos encontramos, muy a menudo, con demandas formuladas por las familias o los docentes a partir de los síntomas que sufren y que derivan de los malestares provocados por el niño o el adolescente. Dicho con otras palabras: aquel o aquella que son diagnosticados de trastorno de la conducta no presentan síntomas - al menos de manera clara - mientras que los que sí presentan síntomas mentales son los que hacen la demanda: los padres o los docentes/educadores. Se trata de adolescentes reconocidos por su valor de molestia (Tolchinsky, 2016). Y es aquí donde encontramos una segunda limitación del concepto de trastorno de conducta: no expresan absolutamente nada sobre el sufrimiento mental subyacente.

Finalmente, y sin ánimo de ser exhaustivo, me centraré en el capítulo de las psicosis. Aquí las cosas se complican un poco más dado que ni los tratados al uso ni los sistemas clasificatorios internacionales abordan el concepto general de psicosis; así, el DSM IV-TR y el DSM V encabezan el capítulo correspondiente con el título de *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* (APA, 2014), y lo mismo encontramos en diversos manuales y tratados de psiquiatría (Wiener y Dulcan, 2005). Llama la atención que se coloque primero el término *esquizofrenia* y seguidamente se añada *otros trastornos psicóticos* cuando, en rigor, el concepto de esquizofrenia constituye un subapartado dentro del capítulo de las psicosis y, además, definido de manera imprecisa.

Pero es necesario añadir que el propio concepto de psicosis aplicado a la infancia ha sido objeto de fuertes polémicas ya que mientras que algunos autores negaron su existencia en la infancia otros consideraron que las psicosis infantiles agrupaban tres categorías: autismo infantil, esquizofrenia infantil y psicosis desintegrativo de la infancia (Kanner, 1957).

Si - aceptando los criterios internacionales al uso - se considera que las psicosis son aquellos trastornos en los que se presentan delirios, alucinaciones y tendencias al aislamiento social, hay que advertir que diferenciar las alucinaciones psicóticas infantiles de otros fenómenos puede resultar difícil desde el punto de vista clínico (House, 2003). Esto conlleva, entre otros, establecer el diagnóstico diferencial con las imágenes eidéticas, los amigos imaginarios, las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas. El mismo autor advierte que, a menudo, muchos examinadores no son conscientes de hasta qué punto sus preguntas sugieren las respuestas que desean obtener.

Pero, las dificultades no se agotan con lo que he planteado. Es preciso añadir que los trastornos psicóticos se manifiestan en nuestros niños y adolescentes de manera diferente a como lo hacían hace unos veinte o treinta años. En efecto, en la actualidad es una relativa rareza encontrar procesos psicóticos en niños y adolescentes que se manifiesten con delirios y alucinaciones; sí son frecuentes, en cambio, los

comportamientos disruptivos que pueden ir acompañados de patrones de abuso de sustancias tóxicas, predominantemente, de cannabis.

En otras ocasiones, la historia se desarrolla de una manera más dramática. Así, en un caso atendido por nuestro equipo, la historia se inició con episodios de rabietas seguidos de absentismo escolar. Al cabo de un tiempo aparecieron ideas autolíticas enmarcadas en un discurso de insatisfacción por la vida. A estas vivencias se añadió una mala relación con los hermanos - con momentos de agresiones físicas- así como un aislamiento social que se expresaba en términos de "no tengo amigos ni siento la necesidad de tenerlos". Su discurso se expresaba con una frialdad absoluta, incluso cuando explicó su tentativa de suicidio (defenestración). En este paciente no fue posible detectar ningún elemento propio de las neurosis sino todo lo contrario: un discurso centrado en la posesión de la verdad, sin fisuras, sin matices. Además, protagonizó episodios violentos desencadenados a raíz de sentirse hostigado por sus compañeros del aula.

En estos casos no se puede hablar de psicosis típicas, es decir, con las manifestaciones centradas en delirios y alucinaciones. Las descripciones de los manuales y tratados así como los criterios utilizados para las clasificaciones internacionales (CIE y DSM) no nos son de utilidad. Ha sido el psicoanálisis de orientación lacaniana el que ha incorporado una lógica no binaria, no aristotélica, para intentar dilucidar la naturaleza de esta nueva clínica en el ámbito de las psicosis. Así, Jacques-Alain Miller (2003) recurrió a la clínica borrosa, inspirada en la teoría de los conjuntos difusos de Zadeh (1965), para referirse a aquellas psicosis "más modestas" que reservan sorpresas en tanto el fenómeno específicamente psicótico puede tardar un tiempo en manifestarse. La clínica de las psicosis ordinarias está hecha de rasgos discretos, útiles para la diferencia que existe entre unos y otros; ahora bien, estos rasgos son tan discretos, tan sutiles, que pueden desaparecer de manera general y solo aparecen en la singularidad de cada caso, y cada vez de manera diferente (Bassols, 2017).

Resumiendo de manera muy breve, en las psicosis ordinarias encontramos rasgos muy heterogéneos así como trayectorias muy diversas en las que los niños y adolescentes han recibido diagnósticos que van desde el TDAH hasta los trastornos de personalidad pasando por el trastorno negativista desafiante y el abuso de sustancias tóxicas. Pero, una mirada atenta y paciente permite localizar aquellos elementos específicamente psicóticos y, también, las diversas maneras y estrategias mentales que los pacientes han podido desarrollar para afrontar el insoportable sentimiento de vacío existencial.

De todo ello se desprende que la escuela y los docentes, con cierta frecuencia, se encuentran frente a alumnos con conductas disruptivas y / o difíciles de contextualizar; pero cuando se coordinan con los profesionales de los equipos de asesoramiento psicopedagógico (EAP) o de los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) no siempre obtienen herramientas e indicaciones que útiles para el manejo de las complejas

situaciones generadas por esos alumnos. Intentaré, en el apartado siguiente, dar algunos elementos.

5. ¿Qué observar, como observar y como informo en el medio escolar?

Una de las dificultades que tienen los docentes en su tarea educativa es decidir lo que hay que observar en relación a los comportamientos disruptivos que presentan algunos alumnos y cómo hacerlo.

En primer lugar, hay que poder diferenciar entre comportamientos que pueden ser considerados inherentes a la edad (por ejemplo la adolescencia) y aquellos otros que pueden ser la manifestación de algún tipo de trastorno mental. Además, en algunas ocasiones, hay que tener muy presente que algunos alumnos pueden mostrarse muy silenciosos en el aula y, al mismo tiempo, tener importantes y / o graves trastornos mentales. Esta observación es fundamental tanto para el trabajo en red (con equipo psicopedagógico, servicios sociales, salud mental infantil y juvenil, equipos de atención a la infancia i la adolescencia, pediatría) como de cara al trabajo dentro del propio centro educativo.

Es necesario disponer de una metodología que permita diferenciar lo que es relevante de lo accesorio y, al mismo tiempo, que ayude al docente a transferir la información a los profesionales del EAP y, especialmente a los de la salud mental infantil y juvenil.

En primer lugar, hay que considerar que todo comportamiento debe ser observado en base a unos procedimientos:

1. Descripción
2. Elaboración del contexto situacional (tiempo, espacio, actores implicados)
3. Ampliación del contexto en base a las informaciones previas

Tener mucho cuidado de observar en base al carácter ambiguo de la conducta (figura 1).



Figura 1. Fases de la descripción de la conducta en el medio escolar

La primera fase consiste en describir de manera detallada lo que hace el alumno, por ejemplo, si se muestra distraído de manera recurrente, o si no es capaz de permanecer sentado en la silla, o molesta los compañeros o bien se comporta de manera extraña, con conductas no apropiadas al contexto.

En la segunda, hay que especificar el contexto en el que se produce la conducta anómala o disruptiva, es decir, si es durante toda la clase o solamente al inicio o al final, o la conducta se produce en la hora del patio.

En la tercera fase, es necesario ampliar el contexto con informaciones que puedan aportar otros docentes; así, por ejemplo, en una reunión de claustro la maestra explicó toda una serie de comportamientos que mostraba un alumno en su clase, pero cuando intervinieron otros docentes la visión se modificó considerablemente hasta el punto que la tutora del curso anterior se mostró muy sorprendida afirmando que parecía que estuvieran hablando de otro alumno y no del que ella había tenido el curso anterior.

La contextualización de la conducta o del comportamiento de un determinado alumno es necesaria ya que toda manifestación conductual, o todo síntoma adquieren un significado en base al resto de conductas y a las coordenadas de tiempo y espacio en que aparecen. Un ejemplo práctico ayudará a clarificar el procedimiento mencionado.

Se trata de un alumno que mostraba comportamientos disruptivos en algunas clases. Estos comportamientos consistían en molestar a otros compañeros, dándoles golpecitos o lanzándolos papelitos. Cuando el docente le llamaba la atención, el alumno solía mostrarse desafiante. Sin embargo, estos comportamientos no se producían en todas las clases sino en algunas. Además, tampoco molestaba todos los compañeros sino a algunos en concreto. A la hora de comedor, las cosas se complicaban aún más ya que el chico desafiaba de manera descarada a las monitoras. Ahora bien, en casa, el chico se mostraba amable y cariñoso con sus padres. El procedimiento que se siguió para reconducir la situación incluyó sesiones de análisis del caso en las que intervinieron la tutora, la psicopedagoga del centro y el profesional de salud mental. Esto permitió que la tutora dispusiera de herramientas para un adecuado manejo de los conflictos que se producían en el aula.

Haciendo una extrapolación a otros casos, podemos decir que la descripción que hay que hacer debe incluir todos esos detalles pertinentes ya que así se podrá dilucidar con mayor precisión el significado de las conductas disruptivas y tomar decisiones sobre las medidas a adoptar de manera más adecuada. Además, el tutor del alumno podrá aportar esta valiosa información a los profesionales de salud mental infantil y juvenil.

6. Conclusiones

La patología mental en la infancia y la adolescencia se manifiesta en el momento actual de maneras mucho más complejas y atípicas. Esto sucede en un entorno social en el que

educar - tanto en el ámbito escolar como en el familiar - es cada vez más difícil. Por otra parte, los nuevos patrones conductuales derivados de la incorporación de las nuevas tecnologías y de los consumos abusivos de sustancias tóxicas contribuyen también a dificultar las tareas diagnósticas.

En este marco, es necesario revisar y reformular los criterios utilizados habitualmente para diagnosticar ciertos tipos de problemas mentales, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de la conducta (TC) y los trastornos psicóticos. Diagnosticar un determinado trastorno mental a partir de un síntoma - niño demasiado movido, o poco atento; adolescente rebelde y desafiante; adolescente con comportamiento raro, puede fácilmente llevar al error diagnóstico y, en consecuencia, a tomar medidas inadecuadas.

En este contexto, los docentes tienen mucho a observar y a decir ya que el alumno pasa muchas horas en la escuela y es allí donde se generan los actos de conducta que pueden ser la manifestación de algún trastorno mental.

Por otra parte, es necesario ir más allá del síntoma y quizás recurrir a lógicas que superen las limitaciones de la lógica binaria. Es probable que esta manera de proceder nos lleve a reformular también el propio concepto de normalidad psíquica y, en consecuencia, el concepto de trastorno mental. El reto está planteado.

Referencias bibliográficas

- Allen, F. (2014). *¿Somo todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel.
- Anguera, M. i Moya, J. (2010). *Problemes de comportament en els infants i adolescents de Catalunya (TDAH i TC). Necessitats educatives que generen.* Barcelona: Departament d'Ensenyament. Generalitat de Catalunya.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Madrid: Panamericana.
- Bassols, M. (2017). Psicosis, ordenadas bajo transferencia. En J.A. Miller, *Las psicosis ordinarias y las otras* (págs. 25-29). Buenos Aires: Grama.
- Camps, V. (2008). *Crear en la educación.* Barcelona: Península.
- Dulcan, M.J. i Wiener, J. M. (2005). *Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Masson.
- Edwards, J. i McGorry, P. (2004). *La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis.* Madrid: Fundación para la intervención y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Faya, M., Graell, M. i de Dios, J.L. (2010). Interconsulta con el equipo escolar: maestros y pedagogos. En C. Soutullo i M.J. Mardomingo, *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (págs. 331-336). Madrid: Panamericana.
- Harwood, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes problemáticos. Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conducta.* Madrid: Morata.

- House, A. (2003). *DSM IV. El diagnòstic en la edat escolar*. Madrid: Alianza.
- Kanner, L. (1957). *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Lasa, A. (2009). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.
- Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. i Serroy, J. (2009). *La pantalla global*. Barcelona: Anagrama.
- Marina, J. (2009). *La recuperación de la autoridad*. Barcelona: Versátil.
- Martínez, A. (2016). Los trastornos de conducta, un cajón de sastre. En J. Monseny, *¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan?* (págs. 7-24). Barcelona: Horsori.
- Miller, J.A. (2003). Apertura. En J.A. Miller et al., *La psicosis ordinaria* (págs. 197-204). Buenos Aires: Paidós.
- Monseny, J. (2009). *Educar aún. El educador frente a los retos de la enseñanza*. Barcelona: ICE. Universitat de Barcelona.
- Navarro, J. (2017). *El videojugador*. Barcelona: Anagrama.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Renaut, A. (2004). *La fin de l'autorité*. París: Flammarion.
- Ruipérez, C. (10 de Gener de 2014). *EFESalud*. Obtenido de www.efesalud.com/adiccion-a-los-videojuegos-un-exceso-peligroso-para-la-salud/
- Sims, A. (2008). *Síntomas mentales*. Madrid: Triacastela.
- Soutullo, C. i Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Panamericana.
- Stahl, S. (2011). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Aula Mèdica.
- Tolchinsky, S. (2016). Unos chicos difíciles. En J. Monseny, *¿Trastornos de conducta o conductas que trastornan?* (págs. 37-52). Barcelona : Horsori.
- Vallejo, O. (30 de juny de 2019). I després del Fortnite, què? *ARA*, págs. 62-63.
- Valleur, M. i. Matysiak, J.C. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios*. Buenos Aires: Noveduc.
- Zadeh, L. (1965). Fuzzy Sets. *Information and Control*, 8, 338-353.