

Una Visión Crítica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Lorena Isis Hernández Basilio*

Resumen: El trabajo forma parte de un capítulo para alcanzar el grado de maestra en la maestría de psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia en la UVAQ, refleja mi propio paso desde las ciencias positivas al psicoanálisis, es por lo tanto un análisis crítico del reduccionismo con el que frecuentemente se hacen supuestos clínicos de análisis y tratamiento de patologías como el trastorno por Déficit de atención con hiperactividad, por un lado cuando la práctica profesional se dice multidisciplinaria y tiene como base muy poca apertura científica, expresada en las formas de nombrar y renombrar un trastorno de la infancia, así como en las formas de entender los multifactores; lo que lleva a cuestionar el papel que hemos jugado los psicólogos y las psicologías y nos conduce a seguir reflexionando en la conocida y vieja discusión mente-cuerpo. **Palabras clave:** Deficit de atención con hiperactividad, psicoanálisis, multidisciplinarietàad.

Este capítulo da inicio a la parte teórica y en él hago un análisis que refleja el curso de mi propia manera de conocer a los pacientes con Déficit de Atención con hiperactividad TDAH¹, que va desde mi comprensión inicial, en la que formaba parte de una visión psicológica positivista², incluso biologicista³, hasta mi formación actual que se reflejará en la tesis, mostrando un análisis basado en la teorización psicoanalítica y en la comprensión de las características de la psicodinámica y la psicopatología del TDAH, que no se ve expresada en las formas clásicas⁴ para abordar el trastorno.

En la historia del TDAH los médicos y la medicina han ocupado un lugar importante, la descripción de signos y síntomas sin duda ha contribuido a clarificar, clasificar y analizar enfermedades, ha formado parte de la estadística de frecuencias, incidencia, patrones y ha logrado establecer importantes generalizaciones; partir de una análisis diferente no implica una descalificación al avance médico

sino una visión distinta por lo que en primer lugar no partiremos de la redacción del listado de síntomas que contienen los manuales sobre TDAH.

La descripción de síntomas no ocupa el primer lugar del análisis sino el último, la lógica de esta investigación en lo general no parte de los avances en la investigación sobre las teorías biológicas, bioquímicas y anatómicas que se dan en torno al TDAH, el punto de partida se hará bajo una concepción de desarrollo psíquico dimensional más amplio que el que se obtiene cuando este concepto esta unido a la fisiología, la teorización y propuesta en los siguientes capítulos serán en un marco psicoanalítico.

Reitero que este capítulo uno es para mí importante porque expresa mis reflexiones y el camino que he seguido desde el interior de la biología y las neurociencias hasta lograr una conceptualización psíquica más abstracta y por lo mismo más compleja a mi entender.

EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN EL TDAH

En la comprensión del TDAH, tanto el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual)⁵ como el CIE 10 (Clasificación internacional de las enfermedades)⁶ fueron para mi inicialmente libros de consulta que permitieron conocer esta patología, la cual esta descrita y vista a través de la neurología y la psiquiatría, por lo tanto mi comprensión inicial de la misma se dio de lleno dentro de estas ramas de la medicina y a través de sus manuales diagnósticos, en ellos se ofrece una clasificación y descripción del TDAH, y se menciona que esta descripción tiene también por objetivo establecer puntos de encuentro consensuado tanto internacional como con otros profesionales que se vean involucrados en la comprensión de este fenómeno, como los psicólogos.

Esta apertura que se hace a través de los manuales médicos resulta también una invitación al conocimiento de un fenómeno, sin embargo la integración de dos ciencias como la medicina y la psicología parece tropezar

* Licenciada en psicología por la UNAM. Master en Neuropsicología por la UNAM. Master en psicoterapia psicoanalítica por la UVAQ. Psicoterapeuta. Correo: isishbc@hotmail.com.

¹ TDAH, siglas que en adelante se utilizarán para hacen mención del trastorno, existen otras que no emplearé y sin embargo las podemos leer en la literatura refiriéndose a este trastorno DDA, ADD, ADHD.

² Englobando a las ciencias que cómo la medicina se basan en los hechos y en la experiencia positiva para conocer.

³ Bleger refería que cuando por razones metodológicas se aísla o se divide algún grupo de fenómenos y luego se realizan generalizaciones olvidándose de que es un fragmento de un todo, se está ante una aberración del pensamiento científico porque se está reduciendo todo a fenómenos de una misma categoría o un mismo nivel de integración a esta aberración se le conoce como biologismo, psicologismo, sociologismo. Bleger, 1973. «Psicología de la conducta».

⁴ Me refiero por clásicas a las posturas médicas en las ramas de neurología y psiquiatría.

⁵ DSM siglas que se emplean para referirse al manual estadístico de diagnóstico. Y se emplearan para referirse a él en adelante.

⁶ CIE 10, forma abreviada para referirse a la Clasificación Internacional de las Enfermedades que se utilizará para referirse a este manual.

con dificultades para establecer alianzas y crear una participación conjunta, al menos en lo que se refiere a TDAH.

Existe un reto al pensamiento científico Baconiano «debe extenderse y ampliarse el entendimiento, para que abarque la imagen del universo a medida que va siendo descubierto y no reducir el universo a los límites del entendimiento» (Bacon F., citado por Bleger, 1994: 191) que es difícil de llevar a cabo, e implica que las ramas de la medicina en donde nace el diagnóstico de TDAH, concedan a otra ciencia un espacio importante en la comprensión y diagnóstico, además de dar apertura al crecimiento científico y aceptar verdaderamente distintos marcos de referencia en el conocimiento y comprensión de fenómenos psíquicos.

En las líneas de investigación científica médica, encontré una apertura parcial en la inclusión de la psicología y aunque sus investigaciones se encaminan a comprender principalmente la participación biológica en el TDAH, es frecuente leer que admiten en sus conclusiones y discusiones la participación de la psicología en este trastorno, dando lugar a la participación de ramas de la psicología con las que tienen puntos de encuentro como la neuropsicología; o la psicología de modificación conductual y cognitiva, proponiendo que deben formar parte del tratamiento y el diagnóstico del TDAH. Resulta poco común leer en sus reportes científicos que se nos excluya, incluso somos considerados parte de la multidisciplina.

Se esperaría entonces que la práctica clínica en medicina fuera un reflejo de los análisis parcialmente integradores que aporta la investigación médica, que la multidisciplina estuviera presente, sin embargo, ahí en la importante práctica clínica la multidisciplina propuesta se rompe.

Considero que algunos de los factores que intervienen en esta escisión teórica y práctica podrían estar dados porque el TDAH nació como diagnóstico en la rama médica de la neurolo-

gía y la psiquiatría, no sé si hay un «por lo tanto» las teorías psicológicas y los psicólogos no formamos parte de la comprensión y el tratamiento. Esta conclusión pertenecería a una postura médica radical, limitada y reduccionista, para Bleichmar H. (2001: 10), «crear una categoría única cómo causa de todo... para luego ir ampliándola cada vez más a fin de ir incorporando todo lo que ella no puede dar cuenta, puede servir a los fines de conservar una consigna que otorgue identidad», aunque en esta cita Bleichmar se refería a los psicoanalistas reduccionistas, la considero aplicable a cualquier tipo de reducción teórica, que intente imponer su pensar en forma omnipotente.

Otros factores podrían ser explicados por el hecho de que los criterios diagnósticos de los manuales de consulta para el caso del TDAH, no expresan una línea directa y única con las fallas o el mal funcionamiento orgánico, de tal manera que la psicología tiene la oportunidad de hacer teorizaciones clínicas psicopatológicas y por lo tanto establecer tratamientos en los que la opción farmacológica no es la única alternativa, lo que conlleva a que el tratamiento central que ofrece la psiquiatría y la neurología pueda ser discutido.

Otros más, se dan por la frecuente desconfianza que los médicos tienen de los psicólogos que los lleva a no escuchar y no creer⁷ en el diagnóstico, menos aun en los tratamientos, esta desconfianza se vuelve un punto de choque y radicalización que cae en la exclusión de profesionales en la práctica clínica.

Ante una postura médica en la que los supuestos están basados en una supremacía biológica, al psicólogo se nos ve como el «rehabilitador», tarea importante, pero que se relaciona con los logros en el área cognitiva y conductual, por lo que una vez más la psicopatología no aparece en el panorama ni como explicación etiológica ni para ser tratada, por lo tanto la psicología clínica

sobretudo la línea psicoanalítica y psicoterapéutica queda fuera.

Para el TDAH cómo diagnóstico médico, la apertura multidisciplinaria y el pensamiento científico, queda entonces reducido al grupo de ciencias afines en las que se plantea una comprensión fenomenológica obtusa tanto para la etiología como para el tratamiento; lo que genera inconsistencias teóricas y prácticas, estas mismas inconsistencias hacen necesaria la apertura a otras psicologías.

La ramificación y diversificación de la psicología la convierte en más de una postura científica, algunas de las psicologías surgieron del desarrollo que se tuvo ante la unión fuerte con la fisiología, de la que surgió la psicología experimental, el desarrollo del laboratorio y los test psicológicos; la psicología fisiológica, el conductismo y sus evoluciones como psicologías muy apegadas a la ciencia «no podría decirse que la psicología, tanto de su punto de vista de los métodos cómo de su objeto, es una.» (Mueller Fernand, 1992: 7).

Otras de las psicologías que se desarrollaron fueron a las que Mueller llama de las profundidades refiriéndose a la escuela que se desprende del psicoanálisis, gracias al psicoanálisis se logró: «el estudio de la complejidad del funcionamiento psíquico... la existencia del inconsciente y sus múltiples modalidades operatorias» (Bleichmar Hugo. 2001: 2). Por desgracia algunos médicos continúan en la línea de pensamiento que Bleichmar Silvia ubica en el siglo XVIII, y lo denomina intuición sustancialista en la que «La concepción médico-positivista no puede entender el alejamiento de Freud de las explicaciones biofisiológicas y se sigue buscando todavía para los fenómenos psíquicos correspondencias cerebrales o nerviosas...» (Bleichmar S, 1981: 4). Cómo la única forma de comprensión.

La discusión sobre la dualidad mente-cuerpo se ve reflejada no sólo en la validación de psicoanálisis como ciencia, el TDAH es un trastorno que pro-

⁷ Hay dos caminos a entender en esta falta de creencia, la primera ocasionada por la falta de consenso y claridad en la patología misma, la segunda por descalificación a la psicología como ciencia.

mueve la teorización desde varios supuestos teóricos.

La misma investigación del TDAH en psiquiatría presenta cuestionamientos que la teoría biológica no logra abarcar, por ejemplo en *El tratado de Psiquiatría*⁸ (2004), se expresan preguntas abiertas sobre:

a) La inconsistencia de la conducta hiperactiva, ya que la intensidad de los síntomas varía de un ambiente a otro, de una persona a otra; o incluso en el mismo ambiente y con la misma persona.

b) Resulta inconsistente la explicación acerca del proceso atencional como área deficitaria responsable de desencadenar hiperactividad motora. Ya que ha habido hallazgos en los que se encontró aumento de la actividad motora durante el sueño.

Mis propios cuestionamientos a la teorización sobre TDAH, son ante la carencia de explicaciones y observaciones por ejemplo:

a) La minimización que se da a los procesos afectivos, ya que en la descripción fenomenológica de la patología en el tratado de psiquiatría se habla de «interferencias» que afectan los síntomas nucleares (déficit de atención, hiperactividad, impulsividad), refiriéndose a los procesos de conflicto familiar y emocional de los pacientes; sin mayor profundización y a pesar de ser factores que afectan o incluso modifican los síntomas nucleares, estas «interferencias» no merecen una explicación más amplia y detenida.

Aun cuando existe la posibilidad de que estas «interferencias» formen parte de la teorización sobre la variabilidad de los problemas comportamentales, de hiperactividad y de agresividad excesiva o que incluso permitan contribuir en la tipificación del TDAH.

b) La falta de profundización sobre los niños con predominio en inatención, cómo es el caso de Felipe en esta tesis quien a pesar de tener los síntomas nucleares, existen particularidades

que se explican dando importancia a esas «Las interferencias», dando pie con ello a la posibilidad de recibir un tratamiento distinto al clásico.

c) La falta de teorización psico-social para dar respuesta al hecho clínico de que hay mayor incidencia de TDAH en niños que en niñas, sin que profundice en el papel que juegan los procesos de identificación en una familia, los roles y los determinantes psicológicos con los que una sociedad valora las conductas aceptables y no aceptables en los niños y en las niñas por ejemplo.

A través de la teorización fisiológica es muy difícil sostener tal hecho basados solamente en las explicaciones hormonales que llevan niveles menores de impulsividad en las mujeres que los hombres; la vida contemporánea, el ritmo de vida y el cambio de roles han modificado y rebasado lo esperable para cada género y se acepta con más frecuencia la agresividad en las niñas como signo de fortaleza y carácter.

d) la falta de una construcción teórica psicopatológica no subordinada a la función fisiológica, tomando como ejemplos patologías como la depresión o la ansiedad en las que los conflictos intrapsíquicos pueden generar cambios fisiológicos como los trastornos del sueño.

En conclusión, es frecuente encontrar en la práctica clínica cotidiana que los médicos tiendan a desconocer, descalificar o minimizar la explicación psicopatológica, basando su diagnóstico únicamente en el cumplimiento de criterios clínicos descriptivos, resulta preocupante la poca disponibilidad para integrar a otras ciencias; de tal manera que los tratamientos se ven reducidos al uso farmacológico o al uso de terapias en el orden de la modificación conductual, despreciando los cambios que originan los estados emocionales y el significado de la sintomatología en la familia y en el mismo niño.

LA EVOLUCIÓN DE LA NOMENCLATURA EN EL TDAH, «UNA POSTURA TEÓRICA Y EXPLICATIVA»

Los nombres de la personas en general, expresan parte de su historia y muestran su origen, la posición y la importancia que ocupa en la familia, sus vínculos familiares, las fantasías y esperanzas o incluso las prohibiciones. En el caso de TDAH los nombres que ha recibido, incluyen también un discurso, que refleja una construcción teórica que va cambiando y evolucionando, sin duda la identidad de este nombre impacta y orienta tanto a pacientes como a profesionales, orientado a una serie de supuestos basados en el pensamiento lógico, o en las explicaciones médica del padecimiento.

Me resulta interesante realizar un análisis breve de la nomenclatura que se ha usado para identificar el TDAH, pues en esas denominaciones se subraya la orientación y el análisis que se hace del Trastorno en la actualidad.

La historia de los acercamientos al trastorno es variable de autor en autor en el tratado de psiquiatría (2003) Schachar, R. y Ickowicz, A. sugieren que el primer nombre fue identificado en los primeros años del siglo XX como consecuencia de una *lesión cerebral mínima*, esta concepción es atribuida al pediatra Still Friederick quien encontró signos neurológicos leves, déficit de atención y déficit en el control moral en algunos niños «de acuerdo con la teoría prevalente del Darwinismo social el control moral fue el último y mayor logro de la evolución y, era considerado susceptible de perderse como resultado de diversos daños cerebrales» (2003: 2078). Este concepto de déficit en el control moral de los niños apareció y desapareció sin saber porque. En otras revisiones no se explica sobre este desuso o cambio de concepto es posible que se reorganizara y se optara por llamarlo problema conductual, impulsividad o hiperactividad.

Me es interesante el concepto de pérdida de la moral en dos sentidos, primero porque resulta precursor de los

⁸ Tres tomos en los que se hacen revisiones amplias y detalladas de los diagnósticos que se dan en los manuales DSM que se llevan a revisión teórica cada 4 años, estos libros se les dan a los psiquiatras y no sé si están a disposición en librerías.

síntomas de hiperactividad, impulsividad y agresividad; y segundo porque era susceptible de perderse a través de un de una lesión cerebral, es decir la moral era vista como un producto biológico, aunque estoy de acuerdo en que la disfunción frontal promueve algunas conductas desinhibidas, está fuera de proporción no considerarla como una construcción bio-psico-social.

Con esta visión biológica se consideraba que sólo las personas con predisposición genética a sufrir déficit de atención o hiperkinesia mostraban este «daño» una vez más la hiperkinesia como un síntoma que es producto biológico al igual que la moral.

De 1902 a 1940 los nombres fluctuaron entre *daño imperceptible* o *daño cerebral mínimo*. El tratado de psiquiatría refiere que

La sola presencia de las manifestaciones conductuales del síndrome fue considerada suficiente para el diagnóstico de daño cerebral mínimo, mientras que en Reino Unido los médicos requerían la existencia demostrada de una neuropatía como una historia de lesión craneal o un trastorno convulsivo (2003: 2079).

La hipótesis estaba basada en un daño, por lo que se generó una división entre continentes unos a favor de que el daño fuera «perceptible» otros bajo el supuesto de que los síntomas eran la expresión del «daño orgánico», es probable que la diferencia de requisitos en Norteamérica y Europa fomentara la observación de poblaciones distintas que compartían algunos síntomas, habría que agregar que en Europa se requería que además del déficit de atención y la hiperactividad en diversos contextos no presentaran comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, agrandando las diferencias poblacionales de niños con daño cerebral mínimo.

En el Tratado de Psiquiatría DSM IV (2001), los psiquiatras Popper Ch. y West A. realizaron una revisión en la que mostraron una postura crítica ante las atribuciones históricas que se

habían hecho al déficit de atención, refiriendo que fue nombrado daño cerebral mínimo para luego observar que no había daño demostrable y dicen «niños impulsivos se han etiquetado con lesión cerebral mínima y no hay pruebas directas de la existencia de tal lesión»(2001: 824) Se optó entonces por dar peso ya no al término de «lesión o daño mínimo», ahora se daba fuerza a la *disfunción cerebral*, con el tiempo el diagnóstico se construyó basado en *el síntoma de hiperactividad*:

Se les etiquetó con disfunción cerebral mínima DCM aunque las lesiones neurológicas francas pueden producir disfunciones semejantes... se le llamó síndrome hiperkinético aunque no sólo está afecto el sistema motor y síndrome de hiperactividad aunque el 50% de todos los niños varones son calificados como «hiperactivos» por padres y profesores (2001: 825).

Se realizó por primera vez en Europa y en Norteamérica una clasificación más formal exhibida a través de manuales; en Europa se utilizaba la clasificación Internacional de las enfermedades CIE 9 y el trastorno era conocido como *síndrome hiperkinético*; en Norteamérica en el DSM II, se le llamó *síndrome hiperkinético infantil o reacción hiperkinética en la infancia*. En ambas clasificaciones se daba importancia al síntoma de hiperactividad como marcador central de ahora *síndrome*.

En el tratado de psiquiatría DSM (2003), refieren que el nombre cambió de *síndrome a trastorno*; y de *hiperkinético, a déficit de atención*, enfatizando ahora en un proceso psicológico básico como la atención, se llamó entonces, *Trastorno por déficit de atención en el DSM III de 1980*,

El nombre del trastorno se cambió para reflejar la opinión prevalente, especialmente en Norteamérica, de que era el déficit cognitivo más que la hiperactividad lo que constituía el centro del trastorno, sin embargo se conservó una distinción entre el trastorno con y sin hiperactividad (2003: 2078).

Las observaciones sindrómicas no lograban un acuerdo para ponderar los síntomas:

- 1) O bien se era hiperkinético con una falta de control de impulsos que generaban déficit de atención
- 2) O bien el déficit de atención generaba dispersión, hiperactividad secundaria y pobre control de impulsos.

En resumen se destacaron tres síntomas, la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, todos en una conformación tripartita ocasionada por disfunción cerebral o daño o neuropatía.

Hasta aquí las discusiones se encajinaban (y aún en la actualidad) a la alteración conductual y cognitiva como producto de disfunción neurofisiológica y neuropsicológica.

En 1987, el DSM III-R cambió el nombre del trastorno por el de trastorno con déficit de atención con hiperactividad y combinó todos los síntomas en una categoría unidimensional, reflejando el punto de vista de entonces de que la falta de atención, la inquietud y la impulsividad estaban relacionados y eran marcadores equivalentes del trastorno (2003: 2078).

En 1994 se resolvió a favor de que los síntomas fueran divididos en dos grupos los que mantenían un predominio en la falta de atención y los que se mantenían en forma predominante con hiperactividad-impulsividad.

En el tratado de psiquiatría (2003) resaltan que tanto el DSM IV como el CIE 10, se han acercado para definir el trastorno y clasificar sus síntomas, el DSM IV⁹ requiere la presencia de 6 síntomas de inatención, o 6 de hiperactividad-impulsividad, o de ambos, en los que los síntomas prevalezcan de mínimo 6 meses y se permite el diagnóstico de 3 subtipos diferentes, además de la comorbilidad con otras patologías como la ansiedad y la depresión, la subdivisión en tres grupos es la siguiente:

⁹ La descripción de los síntomas que se dan para el déficit de atención, para la hiperactividad y para la impulsividad se pueden consultar en el DSM IV e incluso en el DSM IV R.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.

Mientras que para el CIE 10 deben estar presentes 6 síntomas de desatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad, y el diagnóstico no puede ser dado en ausencia e síntomas de falta de atención, su muestra riguroso para que los síntomas se den de forma persistente en varias situaciones, tanto en casa como en la escuela y otras más, mientras que el DSM requiere que se presente en al menos una situación, las diferencias implican que los pacientes diagnosticados por el CIE presenten mayor gravedad que los que están diagnosticados por el DSM.

Otra diferencia es que el CIE no acepta que se den diagnósticos múltiples y no recomienda que se dé el diagnóstico si existe trastorno de ansiedad o trastornos del estado de ánimo.

Por otro lado las neurociencias mostraron mayor acuerdo y más avances aceptados en ambos continentes como por ejemplo los hallazgos que la neuropsicología aportó sobre los procesos que componen la atención y los mecanismos de autocontrol:

Las teorías actuales están a favor del papel de un deficiente control inhibitorio -el mecanismo de retención que interviene en la regulación temporal, de inicio e interrupción de la acción- y de la neuropatología de la región frontal y de otras áreas del cerebro relacionadas. (2003:2078).

A pesar de las diferencias metodológicas de inclusión y exclusión de síntomas en ambos continentes; sí hubo acuerdo en llamarlo trastorno, logró aceptarse como más complejo y superó la categoría de síndrome entendido por Aduriz F. (2007:20) como «síndrome clínicamente significativo asociado a deterioro en más de un área de funcionamiento»; el hecho de ser

un trastorno implica entonces que se pueda llevar a cabo la diferencia entre aquellos niños que pueden presentar hiperactividad o atención deficiente por otras causas sin que por ello tengan que ser diagnosticados con TDAH, esta evolución en la categoría parece no reflejarse en la práctica médica hoy día.

Elevar a categoría de trastorno nos deja en posibilidad de diferenciar listas sindrómicas de cuadros clínicos; y de favorecer tratamientos en los que no sólo se atiendan los signos y síntomas manifiestos sino que se realicen constructos e inferencias clínicas.

En conclusión los nombres al actual TDAH han sufrido varias modificaciones que expresan un análisis de síntomas que si bien tienen una base biológica compleja no podrían ser ni existir sin la humanización y la personalización que nos brinda la vida emocional y afectiva, despojar del desarrollo del psiquismo sano y patológico de su parte social y psicológica y vestirla de cognición y biología aporta un análisis tan parcial que en sentido filosófico podría llegar a ser falso.

El psicoanálisis tiende a mostrar que la salud mental no depende sólo de la herencia ni de acontecimientos fortuitos, sino que sus fundamentos se construyen en forma activa en la primera infancia cuando la madre es suficientemente buena en su tarea y en el lapso de la niñez que se vive en el seno de una familia que funciona como tal Winnicott (1994: 206).

A los humanos nos conforma más la condición biológica, para Bleger poseemos varias condiciones, una de ellas, la de ser social y pertenecer a la sociedad, refiere que a través de esta condición incorporamos experiencias, nos construimos y nos transformamos:

Ser social... no es un factor superficial que modifica características transitorias o no esenciales del ser humano, sino que cambia profunda y sustancialmente la primitiva condición de ser natural, en el sentido de depender en gran parte de la naturaleza (1973:20).

A esta condición se le unen las de ser concreto, con lo cual adquirimos una

cultura, una religión, una pertenencia que se integra al ser y a la personalidad; y también la de ser histórico, tanto individual como grupal y socialmente.

Hasta ahora el nombre ha mostrado una exclusión afectiva y social, una tendencia a marcarlo como predominantemente biológico y a tratarlo por consecuencia mediante fármacos a pesar de que existen inconsistencias graves que incluso marcan diferencias entre América y Europa.

En el análisis de la etiología, la predominancia biológica genera la expectativa de que es un trastorno que afecta e impacta al paciente y a su familia mostrándolos pasivos tanto a la generación de síntomas como al tratamiento, por lo que los tratamientos farmacológicos operan como la solución al problema dejando de lado el análisis subjetivo.

Al restar importancia al análisis subjetivo de la patología, las psicologías de corte positivista saltan como alternativa de entrenamiento a las consecuencias que les ha generado la alteración biológica de la cual son víctimas y en la que su participación etiológica es nula.

CONCEPTO DE MULTIFACTORIALIDAD.

No obstante la supremacía en las teorías biológicas al explicar el origen del TDAH, en las investigaciones y construcciones explicativas se inicia diciendo que el TDAH es un trastorno multifactorial.

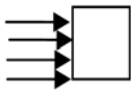
Concepto que lleva a la reflexión en varias líneas, de primera impresión aparece como un término que genera una expectativa sobre la complejidad del trastorno, por lo que el análisis y conocimiento parece incluir varios niveles de compromiso que rebasan al orgánico; y más fenómenos psíquicos que los que se describen como centrales, puede hacernos pensar en la importancia del surgimiento de explicaciones integrativas, ya que no son suficientes los conocimientos que aportan las teorías bioquímica, genética, neuropsicológica, neurología o cualquier rama médica biológica.

Pero también ha sido una sorpresa encontrarme con confusiones en el uso

de este término, que es empleado para explicar diferentes formas de causalidad.

Por ejemplo, a la tendencia a concluir que tener TDAH presupone que quien lo padece está ante un problema biológico; desde las categorías que Bleger José (1973:130) propuso, se le consideraría policausalidad unidireccional:

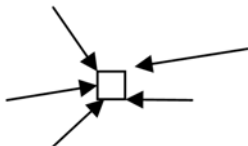
policausalidad unidireccional en el que todo fenómeno es siempre la resultante de un conjunto numeroso de causas, que actúan todas en la misma dirección, impulsando el objeto en el mismo sentido.



En dónde muchas causas orgánicas (genéticas, bioquímicas, fisiológicas) ocasionarían TDAH.

O también dando mayor complejidad al problema, existe la policausalidad concéntrica en la que

«hay muchas causas que actúan en distintas direcciones, de manera que el efecto final es una resultante del paralelogramo de fuerzas y no una simple suma...se incluye el hecho de que una conducta puede ser la resultante de motivos en conflicto entre sí» (1973:130).



A esta policausalidad usada como sinónimo de multifactorialidad, se le adjudica que las distintas teorías biológicas constituyen el fundamento teórico para comprender el fenómeno del TDAH, y que algunas variables psicológicas podrían estar presentes, como se puede leer en el artículo de M.T. Lucas, F. (2005:42)- «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad factores etológicos y endofenotipos»; *Revista de Neurología*, 2005.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH constituye una entidad polimorfa y multifactorial... los avances en las neurociencias han conseguido que el trastorno sea contemplado he investigado desde perspectivas muy amplias. Los aspectos genéticos y los marcadores neuroana-

tómicos y neurobiológicos... el abordaje neuropsicológico más preciso permite un mayor conocimiento de TDAH.

El término «multifactorial», lejos de ser integrador, en muchas de las investigaciones mantiene un enfoque mecanicista, lineal como los del tipo causa-efecto (monocausalidad en cadena) o como la policausalidad ya mencionada, que aunque más compleja continua con una faltante importante y sin tomar en cuenta la *sobre-determinación causal*, entendiéndose por ella que no sólo existe policausalidad compleja con múltiples y complejas relaciones,

sino que además se tiene en cuenta que el efecto producido reaccúa sobre las causas, en un condicionamiento recíproco muy complejo (Bleger, J. 1973:131).

Bleger también propone que en la sobre-determinación causal se han de considerar:

1. *Niveles*: Biológico, psicológico, sociológico.
2. *Ámbitos*: Individual, grupal institucional.
3. *Áreas*: mente, cuerpo y mundo externo.
4. *Campos*: Conciente, inconciente; psicológico, ambiental.
5. *Causas*: subjetivas y objetivas

Al considerar todos estos factores la apertura al paradigma brinda un beneficio multidimensional, mientras que la falta de apertura al paradigma biológico o psicológico, Pichon-Rivière, E. (1985:200) lo considera un obstáculo epistemológico que lentifican el proceso de producción científica, ya que faltan premisas adecuadas para comprender los fenómenos humanos, algunos otros obstáculos propuestos por Rivière son el uso de la lógica formal cómo la única forma de lectura de la realidad o de pensamiento científico:

La lógica formal como la única forma de pensamiento científico con lo que se crean dificultades para efectuar una correcta lectura de la realidad.

Otra más es la ausencia de perspectivas totalizadoras que incluyan la in-

terrelación dialéctica entre individuo y sociedad; y yo agregó que también lo es la dificultad para aceptar fenómenos inconcientes, y las limitaciones que provoca teorizar sólo con fenómenos concientes.

La multifactorialidad es en muchos de los casos reducida y empleada como sinónimo de policausalidad, como formalismo desdibujado en la fuerte tendencia a subordinar los fenómenos psicológicos a la biología, o bien, para mostrar la posibilidad de que la hipótesis biológica puede presentar fallas, como cuando se dice en estadística que existe .05 % de posibilidad de error para marcar que se tiene alta confiabilidad.

Las ciencias positivas han tenido la fuerza de encaminar la teorización y la investigación formando un cauce que empuja y jala hacia las teorías biológicas en las que a través del pensamiento lógico-deductivo se concluye que si falta atención luego entonces, se debe fortalecer esa falta, apostando sus tratamientos al estímulo cognitivo y al control farmacológico de los síntomas que causan displacer al paciente y a quien lo rodea. La comprensión de fenómenos inconcientes, vinculares, emocionales entre otros, es poco atendida o incluso negada.

En esta inercia, los tratamientos se muestran dirigidos a normalizar síntomas ignorando las condiciones sociales, históricas, subjetivas, inconcientes del ser humano dejando de lado la teorización del origen psicodinámico y la estructura psíquica en todas sus dimensiones, forzando a tratar cuadros descriptivos bajo supuestos de control biológico.

La clasificación actual no es suficiente ni determinante en la evolución de la gama sintomatológica, ni en el tratamiento, y la omisión o la mala interpretación que la ciencias positivas o de corte médico dan a la teorización psicológica y psicodinámica, no ha contribuido a esclarecer las variables del origen psico-social.

En la actualidad no ha quedado claro el proceso biológico, la separación que se hace de este con respecto a las demás condiciones humanas,

fracciona y genera dificultades para comprender al TDAH como un fenómeno sobredeterminado, policausal, multidimensional y humano.

La dificultad para tratar a niños con trastorno con TDAH cuestiona el paradigma de las ciencias positivas, que resulta insuficiente en los tratamientos, pero al mismo tiempo abre la posibilidad de integrar otros que profundicen no sólo en las ciencias biológicas sino en las psicodinámicas.

LA PROPUESTA PSICOANALÍTICA

Bleger desde 1973, consideraba que las investigaciones que aislaban al ser humano perderían vigencia al superar los dualismos metafísicos, como innato-adquirido, individuo-sociedad, mente-cuerpo, consideraba que era necesario conceptualizar en forma integrada al humano y que era una aberración del pensamiento científico tomar la parte por el todo o analizar en una categoría única al ser humano.

Todas las ciencias no son sino fragmentos de una sola realidad, única y total; todos los fenómenos se relacionan entre sí y se condicionan recíprocamente. Estos hechos no deben ser olvidados cuando por razones metodológicas se aísla, divide, y estudia por separado algún grupo de fenómenos (Bleger, 1973:73).

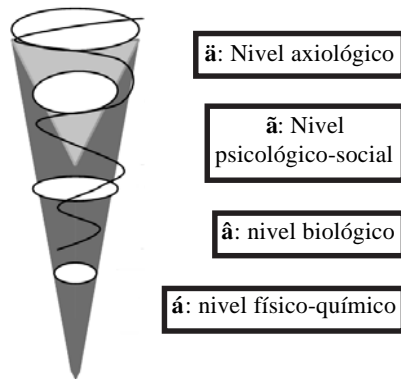
Para Rivière Pichon, las dualidades (mente-cuerpo, salud-enfermedad) sirven para realizar integraciones y descubrir los diferentes aspectos de la psique:

definimos la conducta como estructura, como sistema dialéctico y significativo en permanente interacción, intentando resolver desde esta perspectiva las antinomias mente-cuerpo, individuo y sociedad, organismo-medio (Laganche, citado por Pichon-Rivière, E. 2001:173), concepto en los que la individualidad y no sólo la estadística importan para la comprensión de un fenómeno complejo.

En este sentido integral del humano la conducta es orgánica y psicológica y no puede dejar de ser alguna, de acuerdo con Bleger existen niveles de integración en donde los niveles su-

periores contienen a los inferiores y agregan condiciones nuevas, en donde el nivel psicológico y axiológico serían los niveles más altos que integrarían elementos nuevos que no existen en el nivel biológico.

Todo lo que se manifiesta en el hombre es siempre psicológico y este nivel de integración no puede darse jamás sin los niveles precedentes (1973:71).



(Bleger, p. 71)

Refiere también que la conducta es siempre una manifestación de un ser humano en un contexto social y tiene propiedades que no aparecen en el nivel biológico, y a pesar de que la psicología no puede dar cuenta de la totalidad de un fenómeno, sin la psicología no se completa el estudio de esos fenómenos.

A la complejidad psicológica agregamos los efectos reactuando en las causas (subjetivas y objetivas), en las diferentes áreas (mente, cuerpo y mundo externo), en diferentes campos (consciente, inconsciente; psicológico, ambiental), en diferentes ámbitos (individual, grupal, institucional).

El TDAH nos abre la puerta no sólo a la rehabilitación (estimulación) cognitiva, sino a analizar cómo la cognición activa los estados emocionales, y cómo los estados emocionales guían a la cognición inconsciente y consciente, debiéndose otorgar a los estados afectivos no únicamente el papel de simple subordinado de la cognición sino un lugar relevante en la organización de esta (Ablon, 1994; Jones 1995; Killingmo, 1999; Schore, 1984, citados por Bleichmar, H. 2001)

Los afectos no son entidades aisladas que acompañan la cognición así como tampoco son la consecuencia del pensamiento

la cognición existe dentro de los estados afectivos, formando parte de ellos y no antecediéndolos (Bleichmar, H., 2001:2).

El cuerpo teórico que compone al TDAH puede ser analizado desde una postura teórica diferente a la que le dio origen y considero que como parte de una verdadera apertura científica, esta teoría forma parte esencial en la construcción y comprensión de lo dicho y de lo que aún falta por analizar y depurar en el conocimiento de esta patología, abriendo posibilidades sin caer en determinismos monocausales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aduriz, F. (2007). El niño hiperactivo en la cura y el apoyo del psicoanalista. <http://ule.cvuniversidad.com> (junio del 2007).
- Bleger, J. (1973). *Psicología de la conducta*. Argentina: Paidós 1ª ed.
- Bleichmar, H. (2001). «El cambio terapéutico a la Luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes». *Revista de psicoanálisis*, N° 9, nov. 2001: 10; en: <http://www.aperturas.org> (noviembre de 2007).
- Bleichmar, S. (1981). «Construcción de la sexualidad infantil» Secretaria de Educación Pública, SEP, 1981.
- Lucas, F. (2006). «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: factores etiológicos y endofenotipos». *Revista de Neurología*. 42(supl 2):S9-S11 [versión electrónica]. www.neurologia.com (nd)
- Mueller, F. (1976). *Historia de la psicología*. México. Fondo de Cultura Económica. 2ª ed, 1983.
- Popper, Ch. West, S. (2001). *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*. Tratado de psiquiatría DSM IV (Tomo I, pp 825-834). España: MASSON. 3ª ed.
- Pichón-Rivière, E. (1985). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Argentina. Nueva Visión. 31 ed.
- Schachar, R. Ickowicz, A. (2003). *Trastornos hiperkinéticos con déficit de atención en la infancia y la adolescencia*. Tratado de psiquiatría (tomo III, pp. 2077-2096). España: Ars Médica. 1ª ed.
- Winnicott, D. (1994). El hogar nuestro punto de partida. Argentina. Paidós. 1ª ed.