

VI Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2005

El ADHD como Síndrome Disfuncional Difuso *

12m1cof5 20485

Alicia E. Risueño**

Universidad Argentina John F. Kennedy- Departamento de Biopsicología.
Sociedad Argentina de Biopsicopedagogía

* El presente trabajo presenta algunas consideraciones que se exponen en la Tesis Doctoral "*Ópticas integrativistas del síndrome atencional con hiperactividad*"
Universidad Kennedy

**Dra. en Psicología. Prof. Titular U. Kennedy - Presidenta Sociedad Arg. De Biopsicopedagogía
Dirección Sarachaga 4959 Ciudad Autónoma de B.s As. email aliciamas@fibertel.com.ar

RESUMEN

El presente trabajo aborda la problemática del ADHD como *síndrome atencional con hiperactividad* carente de déficit. En primer lugar se lo define desde un modelo neuropsicológico dinámico considerándolo una entidad biopsicosocial que se manifiesta en la inatención, el exceso de actividad motriz y la impulsividad, entre otras manifestaciones. Se desestima comorbilidad con otros síndromes ya que se plantea que la signosintomatología que se presenta es la consecuencia de una disfunción difusa que encuentra su vía regia de acuerdo al potencial neurobiótico, a las experiencias infantiles y las situaciones actuales que pueden o no desencadenar conductas inapropiadas, torpeza motora, trastornos del lenguaje o de aprendizaje.

Consideramos que esta disfunción cerebral difusa contribuye a una estructuración psíquica singular y se manifiesta en una organización sociocognitiva particular. Su conducta y sus modalidades de aprendizaje son la manifestación de fallidos intentos de ir siendo en el mundo con otros.

Desde el principio de plasticidad neuronal y de la íntima y dialéctica relación entre cerebro, psique y cognición, en tanto niños, requieren de la presencia de otro que los regule y tutorée desde los primeros días de vida para que luego puedan construir una existencia creativa y organizar su lenguaje y pensamiento; morigerando tanto sus posibles fracasos escolares como sus fallidas intervenciones en el marco social.

Desde esta perspectiva no se puede hablar de una entidad abstracta deficitaria, sino de un niño que padece; por ende requiere de abordajes y estrategias terapéuticas que operen sobre el niño y no sobre la entidad gnoseológica.

Palabras Claves: Síndrome atencional Neuropsicología Dinámica Integral. Disfunción difusa, estructura psíquica y organización socio-cognitiva.

INTRODUCCIÓN

Si bien el ADHD es un síndrome que permanece a través de toda la existencia, nos abocaremos a la presencia de estos signos y síntomas en la infancia; su prevalencia en esta etapa y las posibilidades de intervenciones tempranas hacen que sea un campo propicio de investigación.

Nuestro objetivo, a partir de la descripción de los signos, es comprender el sentido de la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, teniendo en cuenta que la percepción inaugura el conocimiento, el movimiento tiene fundamento en la totalidad del siendo y la impulsividad muestra el intento fallido de escapar de la angustia, o cuanto menos lograr morigerarla. El movimiento humano hiperactivo parece revelar un nuevo orden de su-siendo-en-el-mundo- con-otros, buscando extender su espacio vital más allá de su espacio físico, otorgándole sentido y significado.

Por lo tanto debemos preguntarnos no por la enfermedad desde simplistas abstracciones y criterios clasificatorios, sino por el sentido de la existencia de esos niños en circunstancias especiales. Escudriñar en rótulos absolutos es establecer juicios de valores, pero no valoraciones. Es tan así, que de acuerdo al juez que observa un niño podrá ser considerado o no ADHD o presentar discrepancias en la valoración de la disminución de sus sintomatología. Pero nadie se pregunta por el niño; como diría Tomas Armstrong “¿Qué significa para un niño ser diagnosticado como ADD? ¿O.... con «hiperactividad» agregado al diagnóstico?” [1]

Las investigaciones que nos preceden identificaron signos y causas en la búsqueda del qué y por qué, olvidando el *para qué*. Las conductas impulsivas e hiperactivas y los trastornos de atención llevan al infante a apropiarse de forma inadecuada de la realidad compartida. Estos criterios cobrarán significado si se los considera signos con sentido; signos y síntomas que se dan en tanto siendo con otros.

Nos convocan comportamientos cuyas resonancias somáticas y sus visiones de futuridades perdieron sentido en pensamientos irreflexivos y en connotaciones asociales. Requieren pues, de nosotros, un comprometido accionar que ponga en juego la creatividad comprensiva para elaboraciones estratégicas justas y evaluaciones razonadamente precisas y oportunas para cada uno en particular, en su tiempo y en su espacio. Todo ello libre de presiones sociales, pero no ausentes de normativas valorantes que permitan sistematizaciones concordadas.

Como nos diría Herrera Figueroa: “*Sólo a través del complejo lente de la realidad, podemos ponernos a tono con la integralidad del conocimiento sobre la conducta del hombre*” [2]

Cuando se aborda el estudio del proceso de aprendizaje y sus alteraciones se considera a los *trastornos de atención con hiperactividad (ADHD)*, como uno de los síndromes más relacionados con el fracaso escolar. Esta entidad clínica es un trastorno que afecta, de acuerdo con algunos registros epidemiológicos, entre “3 y 5%” [3] señalando otras investigaciones entre el “3 y el 9% de los niños de edad escolar” [4] y que frecuentemente se mantiene en la edad adulta [5]. Su alta tasa de prevalencia lo ha convertido en uno de los problemas característicos de la psicopatología del desarrollo, y su incidencia en lo escolar ha concertado el interés de gran parte de la comunidad educativa. Sin embargo, estas cifras remiten a estadísticas ajenas a nuestro medio, ya que no contamos con estudios epidemiológicos que reflejen nuestra realidad.

La posibilidad de un diagnóstico claro y de una definición precisa no es siempre posible ya que constituye una entidad clínica altamente compleja que ha llevado a psicólogos, psicopedagogos, médicos y educadores a plantearse en más de una oportunidad la etiología, los instrumentos adecuados de diagnóstico y los posibles tratamientos.

Las primeras investigaciones datan de principios del siglo XX, pero es en los últimos años de la década del sesenta que los trastornos de atención, y en especial la conducta hiperactiva, son abordados por especialistas e investigadores en su intento de definirlos desde distintos campos como fenómeno clínico. La falta de acuerdo en cuanto a la terminología que se debe emplear nos muestra la presencia de discrepancias acerca del concepto de *déficit de atención con hiperactividad*, sus orígenes y sus formas de manifestación. Un recorrido por la bibliografía nos permite observar las modificaciones que ha sufrido a través del tiempo, desde la vieja categorización nosológica de “lesión cerebral” hasta el “déficit atencional con hiperactividad”. La mayoría de los autores hacen referencia a un conjunto de conductas como la actividad motriz excesiva, la inatención y la impulsividad como rasgos característicos; asociándose a ellos los trastornos específicos de aprendizaje y los trastornos de conducta.

Este panorama confuso y complejo se debe a los variados modelos teóricos que se manejan, partiendo desde concepciones etiológicas, hasta clasificaciones descriptivas. No escapan tampoco a este difícil recorrido denuncias como la de Ana Sneyers [6] quien señalaba hace ya más de dos décadas, los intereses productivos, políticos y económicos que se juegan en torno a esta problemática, especialmente en los EE.UU. entre las décadas del 30 y el 50 y que se han extendido a otras latitudes y aún hoy

permanecen entre nosotros, sobre todo en lo que concierne a las indicaciones de terapias farmacológicas.

Desde el modelo médico neurológico se lo define como posibles “*disfunciones o anomalías cerebrales*” [7]; el modelo psiquiátrico adopta los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que lo caracteriza por “*excesiva actividad motriz, falta de atención e impulsividad*” [3]. Desde el punto de vista pedagógico, la hiperactividad infantil se relaciona con deficiencias perceptivas y dificultades para el aprendizaje. El modelo conductual considera el trastorno a partir de la evaluación del comportamiento en el ambiente y situaciones específicas en las que aparece y por lo tanto destaca la presencia de un patrón de conductas concretas que se manifiesta en respuestas a condiciones ambientales adversas. Para el enfoque psicoanalítico, “*la hiperactividad es la forma de eludir la fantasía de muerte o el mecanismo de compensación de estados de ansiedad motivados por depresión*” [8]. Los niños que padecen el síndrome presentan, además, una escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima, dificultades para manejarse entre sus pares y en algunos casos, conductas agresivas y desafiantes, sintomatología que repercute en la imposibilidad que tienen de aceptar las normas propuestas por el adulto.

En estas pocas líneas quedan planteados algunos modelos que no han podido dar respuesta. Las investigaciones realizadas adolecieron, por las propias características signosintomatológicas, de homogeneidad lo que ha llevado a arribar a conclusiones falsas.

Es así como se hace necesario definir algunos aspectos, **los que se no podremos exponer en el presente trabajo, pero si que es nuestra intención dejar planteados**, ya que los mismos han sido indagados en otra oportunidad [9]. ¿El ADHD es un déficit?. ¿El llamado déficit atencional condiciona la hiperactividad o ambos son distintas manifestaciones de una misma problemática?. ¿La excesiva motricidad y la falta de control de los impulsos son lo que imposibilita que el niño se concentre y surja la problemática de aprendizaje, o el déficit de atención es el condicionamiento de su estilo cognitivo?.

El bajo rendimiento académico, los fracasos reiterados y una posible deserción escolar, muestran la punta del ovillo. No escapa a nuestro conocimiento que el quedar fuera del sistema educativo es condicionante de la exclusión social y la marginación en la que la no habilidad y competencia académica los instala.

Cabe preguntarse en qué comunidades se muestra con mayor fuerza el síndrome que nos ocupa, y para ello nos remitimos al estudio de la prevalencia y de las discrepancias del mismo de acuerdo a los grupos sociales que se investiguen. Coincidimos con lo que aportan Polaino-Lorente y equipo [10] y Montiel Nava [11] cuando señalan las diferencias entre las evaluaciones de padres y docentes. Es aquí cuando familia y medio escolar siguen en nuestro análisis: ¿cuál es la relación de los niños hiperactivos con su madre y cómo el rol paterno se instaure permitiendo la estructuración psíquica, el orden familiar y el pasaje al sistema escolar? Este, ¿en qué medida influye en la acentuación de signos y síntomas?

Existe un mito que aún permanece instalado entre nosotros: el ADHD desaparece en cuanto el niño se asoma a la adolescencia y su

hiperactividad disminuye, dejando sólo en algunos casos ciertos signos que constituyen lo que convinieron en llamar “*Déficit de atención (ADD) en remisión parcial*” [3] o *residual*. ¿Es entonces un ADD metamorfoseado o la comorbilidad que se va asociando transforma la entidad clínica en otras entidades biopsicopatológicas (depresión, trastornos sociales, antisociales, esquizofrenia)? ¿Podemos hablar de comorbilidad o son formas no precisas de manifestación sindrómica?. Los trastornos conductuales que impiden relacionarse con sus pares ¿nos llevan a pensar en imposibilidad de socialización?. La baja tolerancia a la frustración que los caracteriza, ¿no es un campo propicio para posibles adicciones?.

Los reduccionismos cercenan la posibilidad de ver con claridad la totalidad de la problemática y coloca a los científicos en verdades opuestas. Ni unos ni otros tienen la razón absoluta, sólo la han parcializado. Intentando encontrar la respuesta a tantos interrogantes han desestructurado un todo. Algunos pretendiendo encontrar alguna explicación a las discrepancias responden que se debe a las distintas formaciones (médica, psicológica, pedagógica, etc.), pero poco han hecho para acortar las distancias. Es cierto que distintas formaciones profundizan aspectos particulares, pero no pueden considerarse terminantes ni determinantes como absolutos. Más que nunca se impone lo transdisciplinario y abierto a globalizaciones integradoras.

No creemos que sólo se trate de un síndrome funcional orgánico y que lo afectivo y lo social estén asociados o sean consecuencias. ***Son distintas formas de manifestación de un mismo problema.***

La existencia humana como única e irreplicable debe ser abordada desde el cuerpo como experiencia vital, desde el orden psíquico que le imprime su temporalidad y desde todas las expresiones que sistematizan las comunicaciones normológicas. La desorganización que se expresa en el niño y en el joven con ADHD abarca los planos perceptivo-motriz, estimativo y cognitivo; disfunciones que supeditan la organización vital, la estructuración de su comportamiento y las manifestaciones de su personalidad.

Es así como los cambios patológicos del cuerpo se muestran como un nuevo ordenamiento existencial y un sistema normativo renovado, en el que convergen más de una generación de existencias frustradas que se relacionan con ese niño. En la familia del hiperactivo, se confunde la libertad con la permisividad y la no puesta de límites, imposibilitando la creatividad y el desarrollo normal.[9]

DESARROLLO

Si bien se ha convenido en llamar el síndrome que nos ocupa “déficit de atención con hiperactividad”, planteamos la dificultad que acarrea el uso del término déficit, refiriéndonos a él como “*síndrome de atención con hiperactividad*” (SAH).

El SAH es una entidad biopsicosocial, con actividad disfuncional del sistema nervioso central, que se manifiesta en la inatención, el exceso de actividad motriz y la impulsividad. Su modo particular de construir la realidad, a partir del funcionamiento cerebral, obstaculiza un proyecto vital

y existenciario compartido, mostrando una existencia frustrada que se expresa en la imposibilidad de aceptar normas, de realizaciones grupales y de apropiación de la historia social; por ende de fracaso escolar. Este modo singular de formalizar sus relaciones con los otros y consigo mismo contribuyen a que los engramas vivenciales se tallen inadecuadamente en el sistema nervioso, constituyendo vías erróneas de resolución de conflictos.

No es suficiente considerar las características deficitarias, ya que los trastornos que presenta el niño con el síndrome no refieren a **una “falta”, sino que aluden a una particular forma de percibir el mundo** [9]. Sobradas investigaciones describen los signos que el fenómeno nos muestra. De ellas han surgido teorías que queriendo explicar el “por qué” sucede se han olvidado que no se trata de una disfunción alejada de la connotación humana, y que no podemos saber de él, en la medida que queramos sólo cuantificarlo en criterios clasificatorios. El hombre, cuánto más el niño en pleno desarrollo, es cambiante.

La inatención, hiperactividad e impulsividad no carecen de sentido; son la expresión de un modo particular de ir siendo en el mundo. Comprendiendo su espacio, su tiempo y su lenguaje, podremos ayudar a desentrañar rótulos y encasillamientos que lo alejan de su plena realización vital experiencial y personal; de lo espontáneo, lo creativo y por lo tanto del goce de una auténtica libertad. Es nuestra tarea tutorial, tanto en el proceso educativo como en lo terapéutico, que el otro -niño- comience a recorrer el camino que le permita encontrarse y construir su mismidad.

Si bien esto lo hemos expresado en otras oportunidades, cabe recordar que la psicología ha puesto de manifiesto que cuando se ha referido a lo psíquico hace clara referencia a lo mental. Así lo demuestran en todo su recorrido histórico las clasificaciones nosográficas cuando se refirieren a “trastornos mentales” y no a problemáticas o conflictivas psicoafectivas. Es decir que tanto la psicología como la neuropsicología han planteado lo mental (lo cognitivo) como sinónimo de lo emocional (psíquico). ¿Acaso es igual pensar que sentir?. ¿Se ponen en juego las mismas funciones cerebrales?. ¿Son las mismas estructuras neuronales las que participan en estos procesos?. ¿Son las mismas expresiones y manifestaciones que se observan frente a una problemática mental que aquellas que resultan de conflictos emocionales?. No podemos negar que una y otra se imbrican, ambas se muestran como una única manifestación existencial; lo sentiente sólo se puede observar desde el lenguaje del cuerpo o desde la palabra; sólo es posible separarlos para un análisis minucioso; pero es importante diferenciarlos ya que en ello radica nuestra comprensión del humano sufriente.

Partimos para este estudio de la definición de Neuropsicología Dinámica Integrativista que ya hemos puesto a consideración de la comunidad científica y oportunamente hemos definido como *“el estudio de las relaciones existentes entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y la sistematización socio-cognitiva en sus aspectos normales y patológicos, abarcando todos los períodos evolutivos”* [12].

En esta dinámica humana en la que interjuegan cuerpo, psique y cognición *“la estructura psíquica da sentido a cada uno de los procesos*

perceptivos y la organización cognitiva sistematiza la información recibida de una manera personal, de acuerdo a las experiencias vividas y a las situaciones sociales en las que se desarrolla. El mismo objeto no será percibido de igual forma por distintas personas, ni nadie percibirá el mismo objeto o se percibirá a sí mismo de la misma manera en distintos momentos vitales. Cada hombre como único e irrepetible y cada momento histórico vital de dicho hombre tendrá un registro particular que lo distinguirá del resto de la humanidad. Pero mantendrá una unidad y una continuidad en el tiempo que nos permitirá hablar de una conciencia de sí mismo" [13].

Impulso, espíritu y conocimiento constituyen el siendo humano, realidad corpórea temporalizada y abierta a la trascendencia en permanente movimiento, sabiendo que la desorganización de una sola esfera acarrearía indefectiblemente el desorden estructural del hombre. Sabemos que los cambios patológicos del cuerpo se muestran como un nuevo ordenamiento existencial y un sistema normativo renovado.

Por eso anunciamos una Neuropsicología que más allá de ser una ciencia que nos dice acerca de las actividades mentales superiores en sus relaciones con las estructuras cerebrales que las sustentan, nos acerca a un siendo humano afectado en su totalidad existencial.

Pensar sólo en la relación entre lo cognitivo y lo cerebral sin tener en cuenta lo psíquico es como aseverar que el sentido puede darse sin entendimiento y cuerpo, cuando es más que entendimiento y cuerpo.[12]

Es aquí cuando nos acercamos a la problemática del niño con SAH, sin olvidar que este síndrome permanece a través de la existencia humana, tomando características distintivas según edad, sexo y grupo social al que pertenece. ¿Cuál es entonces la dinámica que se establece entre cerebro, psique y socio-cognición en estos niños, adolescentes o adultos, cuyas manifestaciones patológicas se expresan en la totalidad de su siendo?

Retorna nuevamente a nosotros el interrogante cuando las distintas clasificaciones internacionales intentan subdividir el cuadro y entre ellas no encuentran consenso. ¿Será que han perdido de vista la singularidad de la existencia humana, dejando de lado la estructura psíquica que sustenta estas manifestaciones?. Las posturas organicistas se han rehusado a considerar que en todo análisis de la conducta humana es imposible desconocer las estructuras societarias y psicoaxioespirituales del hombre, olvidando que lo disposicional sólo puede darse en el siendo con otros.

Debe estimarse que los trastornos psico-lógicos pertenecen al todo de la personalidad, por ende no debemos desentendernos del cuerpo que el humano es; considerando que ese cuerpo adquiere tonalidades particulares en ese siendo con otros. Tanto las manifestaciones normales como las patológicas deben ser leídas desde su ir siendo en el mundo. Esto torna necesario poner en consideración su mundo.

El SAH no es una enfermedad y supera el concepto de síndrome, aunque de dicho término nos valemos para identificarlo, es un acontecer que envuelve todo el desarrollo del niño en su mundo y con su mundo, que lo deja fuera de él como extranjero, extrañado y exaltado [9].

Es así como, la sistematización de lo cortical se expresa en la organización de la persona y el orden que supone trasciende el plano de lo

biótico ya que en las primeras transacciones emocionales, la relación madre-hijo, constituyente de la urdimbre afectiva, se va modelando a partir de sistemas específicos, que a su vez se van construyendo a sí mismos (en sentido anatómo-funcional) a lo largo de la vida, de acuerdo con las sucesivas integraciones emocionales en que va participando [12]

Este cuerpo comandado por el Sistema Nervioso Central, el cual a su vez se rige por el principio de plasticidad neuronal, constituye la arquitectura funcional que pone en marcha la estructuración del psiquismo humano, formalizándose en la cognición, basándose fundamentalmente en el lenguaje; se sistematiza en las relaciones sociales. Estas, a modo de constante intercambio y proceso dialéctico modifican lo cerebral y por ende la estructura psíquica. Cerebro y psiquismo conforman lo mental, pero lo mental no es sinónimo de lo psicoemocional. Los procesos mentales llamados superiores - prefiero llamarles "humanos"- son tales en tanto se reúnan cerebro y afecto. Por otro lado, lo mental y afectivo encuentran en lo cerebral distintas estructuras y ellas se congregan para dar como resultado lo humano. [12]

La necesidad de explicar las manifestaciones comportamentales de los niños con SAH ha llevado a diferentes disciplinas de la ciencia a buscar en determinados "presupuestos" las causas del mismo. En líneas anteriores hemos mencionado que una de las dificultades mayores con las que se han encontrado los científicos fue la pluralidad terminológica y la diversidad conceptual. Estas han propiciado diversos abordajes diagnósticos y terapéuticos, que en la mayoría de los casos resultan inadecuados, y que en última instancia provocan que sean los mismos niños que padecen la trilogía signosintomática, los únicos perjudicados.

Las posturas reduccionistas necesitan tener criterios muy bien delimitados para poder, con un manual en mano, diagnosticar al niño que se le presenta en la consulta o emitir un informe que sea útil a docentes y padres. No cabe duda que la ciencia requiere de estatutos diagnósticos que le permitan tener un lenguaje común para comunicar sus avances. Pero en la praxis clínica observamos que son pocos los niños que "encajan" en los diagnósticos descritos en los manuales estadísticos. Es tan así, que la mayoría de las clasificaciones reservan un apartado para el que suelen utilizar el término de "*trastorno.....no especificado*" [3]

Por otro lado, la complejidad y aún inmadurez del desarrollo cortical de los primeros años, la dinámica relación del niño en su mundo y las incipientes sistematizaciones cognitivas en constante reequilibración hacen muy difícil una descripción de cuadros clínicos rígidos, aunque no eludimos la necesidad de dichas descripciones y los acercamientos más precisos a explicaciones que coadyuven a la búsqueda del sentido del síndrome.

Si adherimos a ópticas integrativistas no podemos desconocer que el hombre es un constante devenir, y que en su posibilidad de proyectarse a partir de su raigambre corporal conformará su particular estilo social. Esto puede ser aplicado mejor aún al período de la infancia, cuando todavía no se ha desarrollado todo su potencial humano.

La literatura desde la sexta década del siglo pasado ha dejado testimonios de que los niños diagnosticados como hiperactivos podrían hoy ser clasificados en otras entidades clínicas, señalando el desacierto o la

ligereza diagnóstica del momento. Esto no invalida el hecho de bucear en las posibles causas de los trastornos de atención y de las conductas de impulsividad e hiperactividad. Es más, tenemos de obligado la consideración de todas ellas.

Las dificultades atencionales cierran aperturas hacia el mundo y abren estados alertas de desadaptación, más ocupados en mirarse que en mirar, no aceptando limitaciones y roles asignados. La atención confiere al niño la posibilidad de su realización en el mundo a partir de un sostenido vínculo; éste incluye un descentramiento de sí, en tanto la atención exige centrarse en un otro, y sostener el ir siendo a pesar de los aspectos desagradables que puedan aparecer. En el niño con SAH su atención responde a aquello que satisfaga necesidades, deseos e impulsos, sin tolerancia a la frustración y a la postergación de lo deseado. Es un aquí, ahora y así que debe satisfacerse, por ende sólo se atiende a esas necesidades que provienen de lo más profundo de lo vital, desatendiendo aquello que el mundo despliega. Mientras atiende a un mundo vacío de otros, paradójicamente busca quien atienda a sus necesidades. Si la medicación juega como una suerte de posibilidad de reemplazo del hacerse cargo por el huir, el poner fuera de su propia realidad existenciada las formas de resolución de lo conflictivo, ese niño no podrá reconocer en sí mismo el interjuego dinámico de lo que quiero, puedo y debo. Deberá siempre haber otro que domine sus impulsos, que ordene sus ansiedades y organice sus pensamientos. Por eso alertamos en el uso indiscriminado de la medicación como único recurso terapéutico, ya que estamos frente a niños con una estructura psíquica lábil, con tendencia a la resolución inmediata de los conflictos, a la búsqueda de soluciones de urgencias sin poder ponderar las consecuencias del estilo elegido de tramitación.

Pese a que es indudable que los factores genéticos constituyen una de las posibles causas del SAH, no se puede descartar la existencia de distintos factores de riesgo pre, peri y posnatales. Entre otros se observan con una importante prevalencia el alcoholismo materno, el hábito de fumar durante el embarazo, complicaciones durante el parto o trastornos neurológicos tempranos en el niño. Si bien en muchos casos no dejan secuelas lesionales, provocan disfuncionalidad a nivel del SNC, que sólo puede observarse a partir de la presencia de signos blandos. Una noxa que actúa en ese momento no solamente puede provocar una lesión y sus consecuentes secuelas, sino que también interfiere en el proceso madurativo.

La labilidad de las estructuras morfofuncionales hace que todo lo que ocurre en ese período deje sus huellas. Lo que se deberá evaluar luego es la incidencia que han tenido en el desarrollo integral de cada niño en particular. Pineda y su grupo de trabajo concluyen que las madres que presentan consumo de alcohol con embriaguez durante el embarazo tienen 19 veces mayor probabilidad de tener un niño con SAH que aquellas madres de niños del grupo control. Algo similar ocurre con el consumo de tabaco; en ese caso las probabilidades son 17 veces mayores en el grupo de riesgo que en el de control [14].

Esto no sólo puede ser un factor de riesgo para la aparición del síndrome, sino que además esos niños durante su adolescencia tienen

mayor probabilidad de adquirir hábitos adictivos que los jóvenes sin estos antecedentes. La literatura hace referencia a que en los adolescentes con SAH “*se presenta una asociación directa con el consumo de sustancias adictivas*” [3].

Observamos que no sólo depende de los factores de riesgo que se presentan, sino que además se constituyen en una de las posibles características del síndrome durante la adolescencia. Cabría preguntarse si el pertenecer a comunidades en donde se favorece la adicción, no es un reforzador de las disposiciones congénitas que hacen que estos niños frente a determinadas situaciones recurran a la dependencia de sustancias, como resultado del juego de identificaciones que no son ajenas a ninguna conducta humana.

Dejamos planteada la necesidad de investigar si en los niños con SAH que no presentan antecedentes directos con madres adictas existe la misma probabilidad de consumo de sustancias, que en los casos que el entorno del niño coadyuva a la adquisición de tales hábitos de consumo. Sin embargo, si bien es cierto que existe una mayor probabilidad de producirse, no podemos considerarlos como determinantes ya que estaríamos condenando y prejuzgando a ese niño con demasiada premura.

Así como enunciamos los factores genéticos y congénitos, se observa que un pequeño porcentaje de niños hiperactivos tiene antecedentes perinatales adversos que actuarían como factores etiopatogénicos en el SAH adquirido. En este sentido, se conjetura que la asfixia, el retraso del crecimiento intrauterino, la hemorragia de la matriz germinal y la prematuridad podrían inducir hipoxia en los núcleos estriados de estos recién nacidos; lo que, a su vez, impediría la formación de circuitos frontoestriados durante el período crítico del desarrollo cerebral.

A la vieja dicotomía genético-ambiental, intentamos proponer una mirada integradora que no descarte la posibilidad de que estos niños durante su adolescencia transiten por experiencias que les posibiliten el ejercicio de una existencia libre de atascamientos adictivos y conductas disociales. Las disposiciones genéticas y congénitas, los condicionamientos peri y postnatales sólo son uno de los planos a tener en cuenta en el análisis de la conducta humana; estos no deben convertirse en sentencias psicosociales sino en desafíos compartidos entre el niño, su familia y las instituciones terapéuticas que acudan a su habilitación.

Estamos analizando una problemática humana, por lo tanto describir las posibles causas del SAH sin ponderar el interjuego de lo biótico con la esfera espiritual valorativa y el plano sociopersonalitario, es olvidar que la existencia asienta en el cuerpo su funcionalidad para poder desplegarse hacia su trascendencia. No siempre nos encontramos con familias que colaboren en esa habilitación existencial, contribuyendo más a la construcción del conflicto y del disvalor que a la de un devenir de realizaciones y proyectos.

El adentrarnos en los factores congénitos nos remite a la estructura psíquica materna, al rol que ocupan las figuras parentales en la relación familiar y al plano social en donde se despliega esta historia vital desde antes del nacimiento. Nuestro protagonista sale a la escena vital a

construir su existencia con claras limitaciones fácticas; en muchos casos con estructuras familiares excéntricas que contribuyen a la construcción de una existencia sin sentido.

Lo fáctico no es sólo el cuerpo del niño; lo fáctico durante el tiempo prenatal es el cuerpo materno que lo acuna mientras lo gesta; y este cuerpo materno como existencia temporalizada da cuenta de su propia historia, con sus posibilidades y sus limitaciones; la historia parental va de piso. En los primeros momentos vitales será el cuerpo del niño disfuncionando, el que denuncie esa historia que le precede y que ya comienza a pertenecerle.

Las noxas teratogénicas pueden ser variadas, pero, cualquiera que hubiese podido ser evitada y que no haya sido tenida en cuenta, ya por la estructura psíquica o por la condición sociocognitiva materna y/o paterna, nos manifiesta que aquel que no puede cuidarse, no podrá cuidar. En el autocuidado y en el respeto a sí mismo comienza esta posibilidad de dar a otro, en este caso el hijo; el cuidado lleva implícito el valor, centro de toda conducta humana.

El primer espacio del hombre es el espacio que otorga la madre en su seno; ésta debe cuidar de ese espacio-cuerpo para sí y para otro que depende de ella. Ese tiempo exclusivamente biótico se conjuga con la temporalidad de la existencia de sus padres, deja de ser puramente biótico para comenzar allí su "ir siendo con otros"; desde ahí, desde el seno materno se lo pone en camino hacia. Espacio no elegido; pero en tanto elección parental, potencialmente factible de ir siendo. Los factores congénitos pueden ser prevenibles; en tanto obviados, son el sinsentido; son la presencia del disvalor formalizado en la discapacidad. El hombre carga, en el sentido de hacerse cargo, con su facticidad; en este caso el niño carga con su facticidad y su historia se ve teñida con la existencia frustrada y limitaciones de sus padres y con las limitaciones de un sistema que tampoco ha sabido hacerse cargo de ese niño por nacer.

"Si lo humano es también cuerpo, él no es un objeto más, sino algo con lo cual percibimos, sentimos y significamos todo cuanto nos ocurre" [15]. En el tiempo prenatal, la indiferenciación del cuerpo de la madre y del niño, lleva a la madre a terciar entre el niño y el mundo; es ella la que abre puertas a futuridades y potencialidades. Comienza aquí una etapa de sumo cuidado biótico, que le permitirá al niño aprender luego a cuidarse; comienza la autoeducación del cuerpo. Es desde aquí que se despliega el cuerpo, que una vez dado a luz tendrá la posibilidad de percibir, sentir y significar. En tanto una madre carente de cuidados coloca en desventaja al que viene, pone en el centro de la discusión el valor justicia.

Toda existencia humana requiere *"orden, seguridad y poder"* [16] el orden es primariamente funcional, orden que otorga seguridad frente a los avatares fisicoquímicos durante la embriogénesis y desarrollo fetal; poder que se traducirá en posibilidad de realización existencial; en la discapacidad se presenta un desequilibrio entre el yo actuante, el yo valorante y el yo cognoscente.

La imposibilidad de elegir que tiene el que aún no ha nacido, debe traducirse en la posibilidad de elección que tienen sus padres para que en su futuro tiempo vivencial se haga cargo de sí mismo. Si nos encontramos

frente a padres que no pueden elegir por sus propias limitaciones, deben ir al auxilio de los mismos los servicios comunitarios y sociales que desde sus acciones de solidaridad, confraternidad y cooperación contribuyan a preservar la salud del humano, aún desde antes de su nacimiento. Estas acciones no sólo se refieren a cuerpos y a SNC que funcionen de acuerdo a lo esperado, sino que además hacemos alusión a cuerpos que estén posibilitados de una estructuración psíquica concordante con otros existentes; humanos que puedan compartir con otros, normas y reglas de juego con prudencia y temperancia, menguando la manifestación de conductas impulsivas e irreflexivas.

Es indudable que los basamentos genéticos [17], neuroquímicos y neuronales [18] confirman que el SAH es un trastorno neurofuncional (*hipofunción dopaminérgica provoca una hipoactividad fronto-estriada bilateral de predominio en el hemisferio derecho de origen*)[18] que se manifiesta con un rendimiento no adecuado en tareas en las que intervienen las áreas frontales y subcorticales, siendo estas últimas las responsables desde lo neurobiótico de los aspectos afectivos, en tanto que las primeras responden a las dificultades sociocognitivas.

La compleja y extensa red de conexiones y áreas involucradas y la ausencia de compromiso lesional lo constituyen en un *síndrome disfuncional difuso con predominio a hemisferio derecho*. Pero es desde el singular modo de establecimiento del entramado neuronal que se establecen tonalidades afectivas, que en su ir siendo en el mundo constituyen particulares y personales formas societarias disonantes y disociales, y estilos cognitivos irreflexivos que se expresan en frustrados rendimientos académicos.

Las dificultades atencionales cierran aperturas hacia el mundo y abren estados de desadaptación; más preocupados en mirarse que en mirar, no aceptando limitaciones y roles asignados. La atención confiere al niño, a partir de su funcionamiento, el establecimiento de un sostenido vínculo, el que a su vez posibilita su realización en el mundo; éste incluye un descentrarse de sí, en tanto exige centrarse en un otro, y sostener el ir siendo a pesar de los aspectos desagradables que puedan aparecer. En el niño con SAH su atención responde a aquello que satisfaga necesidades, deseos e impulsos, sin tolerancia a la frustración y a la postergación de lo deseado. Mientras atiende a un mundo vacío de otros, paradójicamente busca quien atienda a sus necesidades. Estamos frente a niños que una sociedad riesgosa y en riesgo no puede contener.

Las disfunciones atencionales que conllevan deficiencias sensorio-perceptivas llevan al niño a construir un mundo que sólo le pertenece, corriendo el riesgo de una estructuración psíquica de factibles aislamientos, cerrada y ajena a la coexistencia.

La hiperactividad es desde el punto de vista funcional una conducta que requiere de una estimulación permanente, necesaria para la activación cortical, en tanto ésta por las deficiencias dopaminérgicas requiere de estrategias adecuadas para mantenerse en estado atencional.

El compromiso atencional con cambios frecuentes de foco y dificultades en la selectividad se debe a procesos de habituación y por ende de reducción de los niveles de activación cortical que requieren

cambios continuos para mantenerse. Por otro lado las disfunciones noradrenérgicas posteriores completaría la red cortico-subcortico-cortical, siendo los responsables de las deficiencias de las funciones ejecutivas y de las fallas de autorregulación y control inhibitorio de la conducta.

La conducta humana se apoya en realidades perceptibles y concretas, cargadas de facticidad. El hombre encuentra en el ir siendo su posibilidad y su sentido, lo que le da expresión personal a sus conductas. Ellas son la manifestación singular de una historia vital que se construye con otros y encuentran en lo comunitario y social su tono y forma. La no adquisición de la comprensión guesáltica de las distintas situaciones hace perder al niño con SAH, la posibilidad de ponderar cada situación real y por lo tanto adecuar su conducta a las circunstancias.

Las dificultades en el desarrollo del lenguaje se relacionan con la inmadurez psicomotriz, el pensamiento irreflexivo con la impulsividad y los trastornos de aprendizaje con la disfunción atencional. Pero esto no deja fuera, que la atención requiere de la organización psicomotriz y del control inhibitorio de la conducta, como la excesiva actividad demanda de autorregulaciones funcionales y presencia de adultos que moderen, en dialéctico y constante movimiento, las primeras experiencias vitales hacia existencias plenas con ordenamiento societario; posibilitando el proceso autoeducativo, ya que en él anida el valor.

Este encierro en la hiperactividad y en la impulsividad va en desmedro de la construcción de la conciencia de mismidad. Las conductas hiperactivas e impulsivas desregulan, desordenan y desorganizan la dinámica existencial, haciendo prevalecer lo instintivo, el condicionamiento ciego de las necesidades y deseos, sin lograr una conducta equilibrada, teñida por la libertad de elección.

A modo de conclusión: Aperturas Finales

La heterogénea combinatoria entre lo funcional, lo psíquico y lo sociocognitivo hace que no exista un niño hiperactivo igual a otro, como ningún humano igual a otro. Esta necesidad de la comunidad científica de rotular y poner en caja a los niños con diagnósticos rígidos, responde tanto a demandas como a desbordes sociales; resulta imperioso controlar la ansiedad que deviene de no saber cómo encauzar aquello mismo que en algún momento se desvió o cuyo desvío la sociedad propició o no pudo tutorear adecuadamente. Padres y docentes frente a la imposibilidad de instaurar normas que legitimen la convivencia, quedan sumidos en la angustia de no saber ni entender acerca de dónde, cuándo y cómo ir siendo con un niño con características de atención disfuncional, hiperactividad e impulsividad. Pareciera que el solo hecho de ponerle nombre al síndrome disminuye la ansiedad de los adultos, aunque no beneficie al niño.

En la medida que sólo se considere la hiperactividad y la impulsividad como mero estado morboso y no se contemplen como posibles gérmenes de creatividad, estaremos cercenando proyectos de

futuridad en niños que evidentemente su funcionamiento neuronal es diferente.

Dependerá de los adultos que velan por el niño con SAH tutorear su tránsito existencial en etapas prístinas, para que luego pueda hacerse cargo él mismo de su proyecto y su realización societaria. El hecho de considerarlo sólo un trastorno neurológico disfuncional, plagado de signos menores pero no menos importantes, limita las estrategias terapéuticas y hacen descansar la problemática sólo en lo corporal del niño, descartando la participación del sistema familiar y depositando en lo farmacológico la posibilidad de la cura.

El sistema familiar es primordial en la estructuración psíquica. Los primeros encuentros afectivos son fundantes de la misma, y a su vez, modeladores de lo cerebral y organizadores del aprendizaje.

Esto nos lleva a que más allá de componentes vitales genéticos y congénitos que predisponen al síndrome, estos se expresan en una dinámica humana coexistenciada. Es por ello que hacemos hincapié en que las manifestaciones conductuales no pueden ser procesos co-mórbidos del síndrome, sino componentes del mismo. Sólo la singularidad de cada niño, constituirán las distintas y particulares formas de expresión del SAH. De igual manera ocurre con el lenguaje, el aprendizaje y la torpeza motora como con otras manifestaciones afectivas.

Pensar en un cuadro sindrómico posible de catalogarse sólo a partir de un listado de conductas, es olvidar que la existencia de cada humano es irreplicable y que difícilmente hallamos a un niño que cumple con criterios a raja tabla, muchas veces la combinatoria signosintomática que se constituye excede las clasificaciones. Los criterios diagnósticos son criterios, pero no determinantes. Aún desde un cerebro difusamente disfuncional existe la particularidades personales. Los tiempos finiseculares que hemos dejado recientemente han sido cimiento de la inauguración de un siglo XXI que continúa con la cultura de la inmediatez, forjando personalidades en busca constante del éxito y de la satisfacción permanente. Como tampoco podemos obviar que así como promueve estas conductas, no encuentra estrategias dinámicas y adecuadas para que un niño que necesita aprender moviéndose, tocando y construyendo cosas, sólo pueda y deba quedarse quieto.

La prevalencia del SAH durante el siglo XX es indudablemente una muestra epocal. La sociedad propicia desde su ordenamiento caótico el incremento paulatino de la sintomatología, pero además, desde la globalización y la rapidez en las comunicaciones, nadie ha quedado ajeno al conocimiento de las características de estos niños. Pero la misma rapidez con la que se divulgan los criterios clasificatorios y los últimos tratamientos médicos, es la velocidad con la que se alejan del problema, rotulando al niño y condenándolo a la enfermedad.

Es indudable que el síndrome está presente entre nosotros; queda explorar si tanto como se dice o se dice tanto, para no ver otros síndromes. Lo que sí, de lo que no dudamos, es que en tanto un niño con un cerebro disfuncional no encuentre el espacio materno y el ordenamiento temporal con la instauración de las normas paternas está lejos del proceso de auteducación biopsicosocial. Este proceso disfuncional posiblemente se

muestre en décadas posteriores con otras manifestaciones, tanto conductuales como lingüísticas, inaugurando nuevas investigaciones.

Tampoco dudamos que los adelantos científicos en relación al genoma humano y los estudios complementarios posibilitarán abordajes desde lo biótico que permitirán modificar los cimientos corporales y en consecuencia se construirán nuevos modelos terapéuticos. Pero independientemente de dichos adelantos en el plano de la ciencia, la sociedad tendrá posiblemente también nuevas formas de expresión que moldearán nuevos y no menos complejos sindrómicos; se llamen SAH o adquieran una nueva sigla no dejarán de ser la expresión real de un cuerpo afectado que se ve imposibilitado de construir desde el comienzo de su camino el orden estructural y la sistematización sociopersonalitaria.

De lo que no podemos renegar y va de suyo, es que el humano se construye en una temporoespacialidad compartida y que requiere de otros para la misma; en tanto alguien no ha sido cuidado no podrá cuidar de sí. Es en ésta, nuestra época, el no-así, porque es mejor allí, un no-ahora porque es mejor después y nunca así porque jamás pudo ser, ni vivido, ni conocido-con que se pone el disfraz de SAH.

El para qué sin sentido existenciarlo y el ir siendo sin cuidado normado se llama hoy: SAH. El tiempo nos enseñará el nombre con el cual llamar a las disfunciones difusas que no han podido encontrar otro que atempere pro-cure y ordene, como una sociedad que coopere en la construcción de valores de solidaridad y confraternidad.

Por lo tanto, postulamos que “El síndrome de atención con hiperactividad es una entidad signosintomática “neuro-psico-lógica” que manifiesta su modo disfuncional neurobiótico, en la estructura psíquica y en la organización sociocognitiva”.

Por ende no es una mera enfermedad, ni un malogrado procesamiento cognitivo; es el modo, tono y forma aunque fallidos, de las iniciarias conductas de un niño que busca las posibles estrategias para la construcción existenciarla. Su inatención, su movimiento hiperactivo y su impulsividad adquieren bajo esta óptica el sentido de lo que pueden, desviados de lo que quieren y deben.

La presencia de otro, construye co-existencias y conllevan a síntesis personales esenciales para el desarrollo posterior, pues el estar atentos a estas necesidades contribuye a ordenamientos existenciarlos y a la prevención de posibles acciones futuras disvaliosas, a modo de boomerang se vuelve en contra de todos.

Decíamos en la introducción lo que significa para un niño ser diagnosticado como un ADHD; deja de ir siendo como niño para comenzar a ser un síndrome.

No descartamos el diagnóstico, ni vemos impropio llegar al mismo si este fuera así; de lo que estamos alertando es que el diagnóstico por el diagnóstico mismo no es en sí mismo nada y, sobre todo cuando este puede ser errado o condenatorio. El diagnóstico es en función de lo que deviene de él, que son las estrategias que permitan desarrollos plenos. El diagnóstico como un hacia y no el diagnóstico como punto de llegada que cercena la realización.

El arribo a un diagnóstico sólo por la descripción de los signos que se presentan al ojo del observador participante de la dinámica existencial no cumple con los requisitos de un diagnóstico neuropsicológico. En esa observación va de suyo la propia historia vital y existencial de quien observa, y muchas veces la falta de tolerancia y la ineptitud del tutor. Es indispensable que frente a esa primera observación se investigue el funcionamiento del SNC y la conducta del niño en todos los ámbitos sociarios en el cuales se desempeña; se requiere más de un ojo para el diagnóstico de SAH.

Las estrategias terapéuticas o los abordajes en el ámbito escolar deben ser los justos para ese niño con esa familia y con ese estilo educativo.

No debemos olvidar que los diagnósticos son sólo la posibilidad de describir un conjunto sindrómico, que más que limitaciones nos debe plantear posibilidades estratégicas de abordaje terapéutico. Lo terapéutico en tanto camino que se construya con todos los actores que pertenecen al mundo del niño.

Bibliografía

- 1.- Armstrong, T. Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad ADD/ADHD. Bs.As., Paidós, 2001, pág. 65
- 2.- Herrera Figueroa, M. Psicología y criminología Bs. As., ECUA, 3° edición. 1991, pág. 30
- 3.- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los trastornos mentales. Barcelona, Masson Ed., 1995, pág. 86
- 4.- Álvarez Gálvez, E." Evaluación y manejo terapéutico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad". An Psiquiatría, 16:10, (2000), pág. 425
- 5.- Papazian, O., Alfonso, I." Evolución del trastorno por déficit de atención con hiperactividad". Revista de Neurología Clínica, 2:1 (2001), pág. 156
- 6.- Sneyers, A. *Problemática de la Disfunción cerebral mínima*. Barcelona. Edit. Fontanbella, 1979
- 7.- Cabanyes Truffino, J., Polaino Lorente, A. "Bases biológicas y evaluación neurofisiológica del trastornos por déficit de atención con hiperactividad" en Polaino–Lorente et al. *Manual de Hiperactividad Infantil*. Madrid, Unión Editorial, 1997, pág. 90
- 8.- Luzuriaga I. citado en Tallis, J. *Metodología Diagnóstica en la Disfunción cerebral mínima*, Bs. As., Paidós, 1982, pág. 32.

9.- Risueño A. Tesis doctoral *Ópticas integrativistas del síndrome atencional con hiperactividad*. Universidad Kennedy - No publicada 2003 Bs As Argentina – Disponible en Biblioteca Graduados Universidad Kennedy

10.- Ávila C. y Polaino-Lorente A. (1997) "Evaluación observacional y escalar de la Hiperactividad infantil" en Polaino-Lorente et al. *Manual de Hiperactividad Infantil*. Madrid, Unión Editorial, 1997, pág.140.

11.- Montiel Nava, C., Peña, J.A. "Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes". *Revista de Neurología*, 32:6 (marzo 2001) pág. 510.

12.- Risueño, A. *Neuropsicología, cerebro, psique, cognición*. Bs. As., Erre Eme Edit., 2000, pág. 32

13.- Mas Colombo, E. y otros. *Clínica Psicofisiopatológica*. Bs. As. Erre Eme Editor. 1999, pág. 28.

14.- Pineda Salazar, D.A., Puerta, I.C., Merchán, V., Arango, C.P., Galvis, A.Y., Velásquez, B., et al. "Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana Paisa". *Revista de Neurología*, 36:7, (abril 2003), págs. 609-613.

15.- Herrera Figueroa, M. *Estimativa Iuspolítica*. Bs. As., Leuka., 1994 pág. 45

16.- Herrera Figueroa, M. *Justicia y Sentido*. Universidad Nacional de Tucumán, Fac. de Derecho y Ciencias Sociales, 1955, pág. 86

17.- Lopera, F., Palacio Baena, L., Jiménez, I, Villegas, P, Puerta I.C., Pineda D., et al "Discriminación de factores genéticos en el déficit de atención". *Revista de Neurología*; 28:7.(1999), pág. 662.

18.- Aparicio-Meix, J.M. "Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El niño hiperactivo". *Revista Española de Pediatría*, 58:4 (julio 2002) págs. 232.